

**Gleden ved å
ruse seg**

Kristoffer Høiland

**Implementeringsklima
i psykisk helsevern**

Vatne, Peters & Egeland

**Ny studie utfordrer
teoridrevet forskning**

Matt Oxman



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
20.03.2026

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 31 33
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 16.04, 13.05, 16.06

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

Layout Christian von Schack
Bileredaktører Maria Astrup og Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Skinkeape
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. Etikspanelet
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.
Etikspanelet og debattinnlegg uttrykker forfatterens meninger,
ikke Psykologtidsskriftets. 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.

F Fagpressen



INNHold

NR 4 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Marianne Gretteberg Engedal / Skinkeape
har illustrert gleden ved å ruse seg.



INTERVJU Matt Oxman	
Ny studie utfordrer teoridrevet forskning	206
INTERVJU Matt Oxman	
Hamsun opptar stadig psykologer	208
FAGARTIKKEL Per Roar Anthi	
Knut Hamsuns psykoanalyse hos Johannes Irgens Strømme – betraktninger 100 år etter	210
FRA PRAKSIS Reidulv Dyrkorn	
Kunsten å gestalte – psykoterapi og relasjonell kreativitet	216
FRA FORSKNINGEN Steffen André Fagerbakk	
En praksismodell for å styrke psykologstudenters relasjonelle ferdigheter	222
FRA FORSKNINGEN Ingrid Funderud	
Søskens erfaringer med deltakelse i flerfamilieterapi for spiseforstyrrelser	225
ORIGINALARTIKKEL Vatne et al.	
Implementering i psykisk helsevern for voksne – en studie av klima, ledelse og organisasjonsstrategier	229
KOMMENTAR Birgitte Furberg Moe	
Om Hamsuns kristne omvendelse	239
KOMMENTAR Jens-Erik Aasbø	
<i>L'Enfant et les sortilèges</i> – en kommentar	242
DOKTORGRADER	244
ETIKKPANELET Anna Szulc	
Fagetikk og verdien av egenterapi	245
DEBATT	
Psykologforeningen ønsker å spille på lag Lind & Aanondsen	249
Fagetikk ivaretas best gjennom dialog Vik & Eide	251
En tryggere uenighetskultur Rydningen	253
Podkasten «Snakk med Silje» truer ikke profesjonsetikken Schevig	255
Inkonsekvent, kunnskapsløst og ansvarsfraskrivende Madsen	257
KRONIKK Trydal et al.	
Når mål om smertefrihet møter klinisk kompleksitet	259
BOKSTOFF	
Bokessay av Kristoffer Høiland	
<i>Rusmidlenes skjønnhet og smerte</i>	263
Klassikeren av Ole Christer Lund	
<i>The Interpretation of Dreams</i>	269

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Ny studie utfordrer teoridrevet forskning

I datasimuleringer kom forskere nærmere «grunnsannheten» da de tok tilfeldige valg.

Se for deg en enorm skog. Et titalls forskningsgrupper skal kartlegge hvilke planter, sopper og insekter som bor der. Men alle gruppene tar prøver på den samme flekken, på samme årstid, med samme utstyr. Og de har like forutsetninger og forventninger. Resultatene deres samsvarer og danner et tydelig bilde – et bilde som er misvisende, fordi det er mye mindre mangfoldig enn det skogen faktisk er. Hadde de ulike forskergruppene i skogen tatt flere tilfeldige valg, ville de sannsynligvis fått et bilde som var mer representativt for den faktiske skogen. På likende vis burde forskning innenfor andre felt – ikke minst psykologi – være mer tilfeldig, ifølge forskerne bak en ny studie.

– Resultatene sjokkerte meg

I studien kjørte forskerne fem data-simuleringer. De såkalte agentene i simuleringene representerte forskere (Dubova et al., 2026). Alle forskerne utførte eksperimenter for å utvikle teorier, men de brukte forskjellige forskningsstrategier. Noen holdt seg til det mer tradisjonelle og prøvde å bekrefte eller avkrefte teorier – typisk for blant annet psykologisk

forskning. Andre gikk frem tilfeldig. De mer tradisjonelle forskerne endte opp med imponerende ryddige teorier. De mer utforskende endte opp med mindre imponerende, mer rotete teorier. Men de komplekse teoriene viste seg å være mye bedre på å forutsi hva som vil skje i neste eksperiment. De lå nærmere «grunnsannheten» i den simulerte verdenen.

– Resultatene sjokkerte meg. Det var derfor vi kjørte så mange simuleringer. Ironisk nok prøvde vi vårt beste å avkrefte det vi så.

forske på nye måter. Å forske basert på det som er nytt, kan også være fruktbart, ifølge simuleringene.

Tilfeldig forskning på straff

Det er to fordeler ved å teste forskningsstrategier i simuleringer, forklarer Dubova. For det første blir de faktiske forskerne allvitende. De vet nøyaktig hvor nære de simulerte forskerne har kommet «grunnsannheten» i den simulerte verdenen. For det andre gjør simuleringene det mulig å teste strategier som

— *Spørsmålet er i hvilken grad teori skal drive valgene vi tar som forskere*

Det sier Marina Dubova, førsteforfatter av den vitenskapelige artikkelen i tidsskriftet *Collective Intelligence*. Dubova er postdoktor ved Santa Fe Institute i New Mexico, USA. Studien var en del av hennes ph.d. i kognitiv psykologi. Hun sier det som gjorde studien unik, var at modellen hadde flere agenter, i motsetning til tidligere forskning fra beregningsvitenskap (*computational science*), der det kun har vært én agent. Dessuten var ikke målet i de tidligere studiene å finne effekten av forskjellige forskningsstrategier. Dubova understreker at det finnes andre forskningsstrategier som ikke er teoridrevne, for eksempel å aktivt

forskere i dag ikke bruker eller ikke kan bruke. Men simuleringer er abstrakte, så Psykologtidsskriftet ber Dubova om eksempler på tilfeldighetsdrevne forskning fra den virkelige verden. Hun viser blant annet til forskning på altruisme – hva som påvirker folks valg i dilemmaer der de må velge mellom det som vil gagne fellesskapet eller seg selv. For å knekke koden har forskere ofte brukt en type spill. Alle spillerne – det vil si deltakerne i studien – har en pengepung. Hver runde må de velge hvor mange mynter de skal spytte inn i en fellespott. Potten tjener umiddelbart renter og fordeles så likt mellom

spillerne. Med andre ord, det beste for fellesskapet er at alle deler alt. Men enkeltspillere kan tjene mer ved å beholde pengene sine i tillegg til å ta utbyttet fra fellespotten. Da kalles de gratispassasjerer.

Et av tiltakene forskere tester ved hjelp av spillet, er straff. Tidlige studier har gitt motstridende svar på om straff forebygger gratispassasjerer. I en studie publisert i 2025 prøvde forskerne noe nytt (Alsobay et al., 2025). De brukte et dataprogram til å ta en rekke tilfeldige valg om hvordan de gjennomførte eksperimentet, for eksempel om hvor mange runder spillet skulle vare.

Ved å justere slike faktorer tilfeldig fikk de sprikende resultater – fra at straff hadde en stor positiv effekt til en stor negativ effekt. Så brukte de resultatene som grunnlag for å utvikle en ny modell. Modellen viste seg å være bedre enn menneskelige eksperter på å forutsi når straff ville fungere eller ikke. Konklusjonen var at debatten må flyttes fra om straff fungerer eller ikke, til hva som er effekten av straff under forskjellige forhold.

FOTO TATYANA DUBOVA



FØRSTEFORFATTER Marina Dubova står bak den nye studien av forskjellige forskningsstrategier. Hun sier hun ble sjokkert over resultatene.

Målet er fortsatt teorier

Det er intuitivt å la teori drive forskningen, sier Dubova.

– Da ser vi på eksperimentene våre som mer gjennomtenkte. Vi føler at vi vet hva vi holder på med.

Men hun påpeker at tilfeldige valg i forskning ikke er noe nytt. I randomiserte studier velger forskere tilfeldig hvilke deltakere som skal få en behandling. Det nye hun og medforfatterne hennes foreslår, er å bruke tilfeldighet i andre ledd av forskningsprosessen.

I introduksjonen til artikkelen bruker forfatterne psykologi som eksempel på et teoridrevet forskningsfelt. Psykologi er tverrfaglig og mer komplisert enn for eksempel fysikk, utdypes Dubova overfor *Psykologitidsskriftet*. Perfekte teorier finnes kanskje innenfor fysikken, men ikke psykologien.

Derfor er det så viktig at forskere innenfor psykologi er åpne og utforskende.

– Jeg mener ikke at vi skal kaste bort teorier, presiserer Dubova.

– Tvert imot: Målet er å utvikle teori. Spørsmålet er i hvilken grad teori skal drive valgene vi tar som forskere.

Dubova foreskriver ikke hva noen enkeltforsker burde gjøre. Alle felt er unike og har unike utfordringer.

– Jeg tror forskere er kreative og klarer å finne ut hvordan de kan ta mer utforskende valg innenfor rammene for deres felt.

Poenget hennes er at forskere må slutte å anta at teoridrevet forskning er mest nyttig. Det samme gjelder andre grupper, som undervisere og vitenskapelige redaktører.

Lettere sagt enn gjort

Dubova sier studien hennes har mange begrensninger. For det første opererer «forskerne» i en ideell verden. De kan gjøre hva de vil, uten hensyn til kostnader eller praktiske utfordringer ved å ta tilfeldige valg. I den faktiske verden kan det være dyrt å sette tilfeldigheter i førersetet. Og det kan være krevende å forsvare strategien overfor dem som finansierer forskning. Dessuten vil teori alltid påvirke alle eksperimenter. Det er umulig å eksperimentere helt tilfeldig.

I klinisk forskning er det spesielt vanskelig å forske tilfeldig, fordi det er fare for å skade deltakere. Men mer tilfeldig grunnforskning – for eksempel på kognisjon – kan gi et bedre grunnlag for klinisk forskning, avslutter Dubova. 🗣️

REFERANSER

Alsobay, M., Rand, D. G., Watts, D. J. & Almaatouq, A. (2025). Integrative Experiments Identify How Punishment Impacts Welfare in Public Goods Games. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2508.17151>

Dubova, M., Moskvichev, A. & Zollman, K. (2026). Against theory-motivated experimentation: Can random experimental choice lead to better theories? *Collective Intelligence*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/26339137261421577>

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Hamsun opptar stadig psykologer

Psykoanalysen er en basisvitenskap som kan brukes til både litteraturstudier og behandling, sier Per Roar Anthi.

Når Vålerengas elitelag i fotball spiller hjemmekamp, sitter psykolog Per Roar Anthi ringside. Da laget slet på tabellen for noen få år siden, tok han kontakt med sportslig leder Joacim Jonsson for å tipse om hvordan psykoanalysen kunne forbedre lagdynamikken.

– Psykoanalysen er en basisvitenskap, etter min oppfatning. Den kan brukes til litteraturstudier og behandling, men også idrett.

Anthi, som er født i 1946, var en gang kaptein på Vålerengas juniorlag. Det var også i ungdommen at hans lidenskap for Knut Hamsun tok fyr. I en ny fagartikkel (se s. 210) i Psykologtidsskriftet (Anthi, 2026) skriver Anthi om Hamsuns terapi hos Johannes Irgens Strømme for 100 år siden. Fra og med Sigmund Freud har psykoanalytikere saumfart populærkulturen etter tegn på

det ubevisste. Analyser av skjønnlitteratur og etter hvert film har preget psykoanalytiske tidsskrifter. I analysene fungerer romanene, filmene og kunsten som uttrykk for menneskelige behov.

På Anthis kontor i Ski spør vi hva som har gjort spesielt Hamsun til et interesseobjekt for den psykoanalytiske tradisjonen.

Hamsuns tiltrekningskraft

Anthi fremhever tre trekk ved Hamsun som har gjort ham interessant for psykoanalytikere. Det første er kvaliteten på skrivekunsten.

– Han kunne bruke en dag på en setning.

Det andre trekket er alt Hamsun opplevde, og dybden som opplevelsen ga tekstene hans. Det tredje er behandlingen hos Strømme, som

FAN Psykolog Per Roar Anthi har vært opptatt av Vålerenga Fotball og Knut Hamsun siden han var ungdom. Han ser begge med et psykoanalytisk perspektiv.

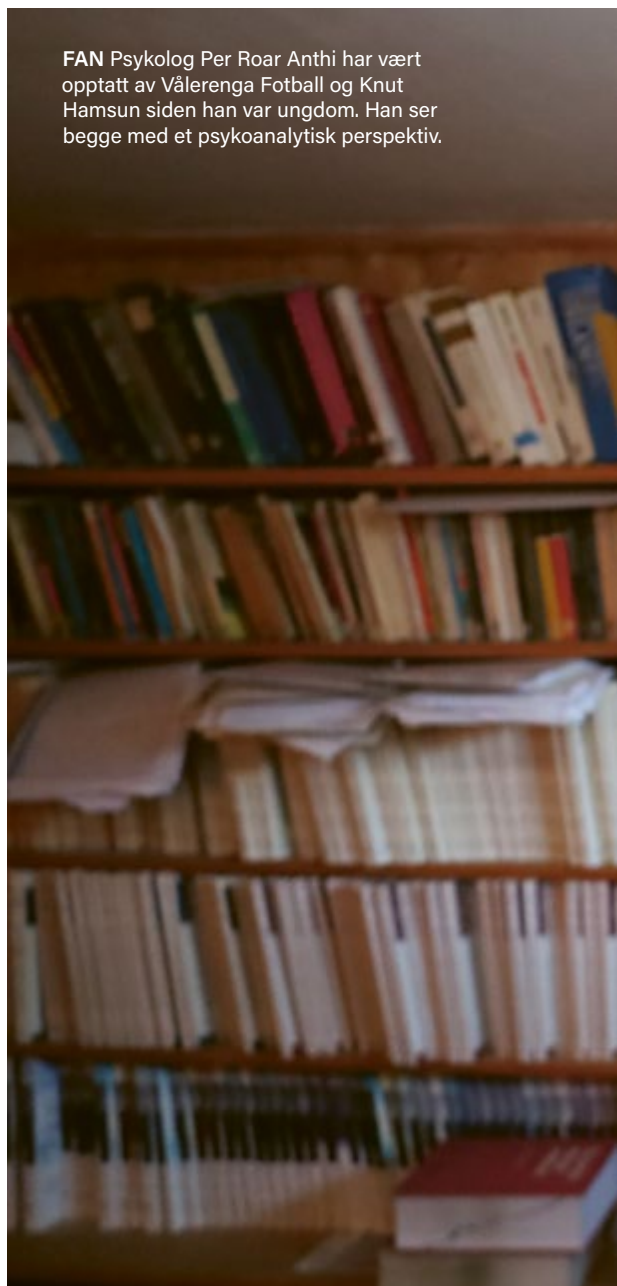
FOTO MATT OXMAN

var den første i Norge til å anvende psykoanalytisk teknikk i klinisk praksis (Anthi & Stänicke, 2018).

Dybde og drømmer

I 1890, samme år som Hamsun skrev *Sult*, publiserte han også en artikkel om det ubevisste sjelsliv. Hamsun tok avstand fra Henrik Ibsen og den daværende romanideologien. Karakterene var tamme, og beskrivelsene var kun av ytre begivenheter. Det mentale, indre liv var det lite av.

Mens Hamsun slet med skrivesperre i 1926, kom han over Strømmes bok *Nervøsitet kan*





helbredet. Hamsun kjente seg igjen i tenkemåten som Strømme beskriver i boken, forteller Anthi.

I sin begeistring tok Hamsun kontakt med Strømme, som så tok Hamsun i behandling. Hamsun er ikke den eneste forfatteren som har blitt tiltrukket av psykoanalysen, påpeker Anthi og nevner Sigurd Hoel og Arnulf Øverland som andre eksempler. Og romaner er ikke den

eneste typen tekst som har tiltrukket psykoanalytikere. Film og drømmer er beslektet gjennom sin visuelle natur, legger Anthi til.

Fra divan til skrivebord

Til slutt spør Psykologtidsskriftet hvordan Anthi er så sikker på at behandlingen hos Strømme kurerte skrivesperren til Hamsun.

Fordi både Hamsun og hans kone Marie Hamsun sa det, svarer Anthi. Og fordi Knut begynte å skrive igjen nesten umiddelbart etter at han kom hjem fra Strømme. Men da Marie gikk til Strømme på oppfordring fra Knut, var behandlingen ikke så vellykket.

– Strømme tolket mye i sexsammenheng. Det ble dårlig mottatt, noe jeg kan skjønne.

REFERANSER

Anthi, P. R. (2026). Knut Hamsuns psykoanalyse hos Johannes Irgens Strømme – betraktninger 100 år etter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 210–215. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a-so4ae-Knut-Hamsuns-psykoanalyse-hos-Johannes-Irgens-Strømme-betraktninger-ar-etter>

Anthi, P. & Stänicke, E. (2018). Psykoanalysens inntog i norsk psykologi og psykiatri. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 446–457. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018aso6ae-Psykoanalysens-inntog-i-norsk-psykologi-og-psykiatri

Hermundstad, G. (2023). Profesjonsstriden mellom Langfeldt og Schjelderup. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(7), 424–435. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso6ae-Profesjonsstriden-mellom-Langfeldt-og-Schjelderup

TEKST

Per Roar Anthi
Privatpraktiserende psykolog

Knut Hamsuns psykoanalyse hos Johannes Irgens Strømme – betraktninger 100 år etter

Behandlingen lettet på skrivesperren,
men bidro ikke til varig endring i
Hamsuns personlighet.

– Om Hundrede Aar er allting glemt
Knut Hamsun (1904). *Det vilde Kor*.

I 1997 fikk jeg tilsendt et omfattende stenografert utdrag fra Johannes Irgens Strømmes journal som omhandlet psykoanalysen av Knut Hamsun. Det var Randolph Alnæs, som på dette tidspunktet var professor i psykiatri på Vinderen Psykiatriske klinikk, som sendte meg utdraget. Hvordan han hadde fått tak i notatene, ville han ikke si, men han skrev at han var i besittelse av hele den stenograferte analysen. Grunnen til at han sendte det til meg, var at jeg noen år tidligere hadde holdt et foredrag om Hamsun på Universitetet i Oslo. Foredraget med tittelen «Hamsun – apokalyptiske visjoner og nazisme» ble seinere publisert som en egen artikkel i en bok om *Psykoanalysen i Norge* (Anthi & Varvin, 1993). Men den egentlige grunnen til at Alnæs sendte meg utdraget, var

KONTAKT anthi@online.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

— han skrev for livet i bokstavelig forstand

at han hadde fått vite at jeg kjente en eldre dame som het Margit Line, som behersket det kompliserte stenografisystemet, *Gabelsberger*, som Strømmes notater var skrevet i. I 1997 var hun 84 år, men fullt ut åndsfrisk. Hun oversatte behendig for meg; men hverken hun eller jeg skrev ned det hun dechifferte. Hun fant fort ut at videre dechiffre-ring, som Alnæs ønsket, var for omfattende og krevende. Men jeg husker godt hvordan hun beskrev hvordan Strømmes journalnotater var organisert; drømmer var fremhevet som et eget avsnitt, etterfulgt av assosiasjoner som et eget avsnitt. Jeg formidlet dette til Alnæs, men han var nok skuffet over at Margit Line ikke hadde tilstrekkelig overskudd til å gjennomføre en omfattende oversettelse av Strømmes notater som han ønsket. Hva han gjorde videre med de stenograferte notatene, veit jeg ikke.

Etter at Hamsun skrev boka *Siste Kapittel* (1923), var han i mange år plaget av depresjon. Det ble stadig vanskeligere å begynne å skrive på en ny bok. På nyåret 1926 dro han til Oslo, og 4. januar 1926 begynte han i psykoanalyse hos Strømme. I det følgende skal jeg på basis av et psykoanalytisk resonnement gjøre rede for hva jeg mener gjorde denne analysen vellykket.

Skrivesperren

Evnen til å skrive og diktet hadde gjort ham berømt og velstående. Skriveprosessen representerte en kanal som hadde gjort det mulig for ham å gjennomarbeide traumatiske og konfliktpregete sider ved sitt sinnelag. En kan nesten si at han skrev for livet i bokstavelig forstand. Den selvbiografiske romanen, *Sult*, (1890) er et eksempel på dette. Kunstnere som Hamsun er i mye større grad enn oss andre tvunget til å benytte seg av kreativ virksomhet for å bli i stand til å gi utløp for psykiske spenninger. Dette gjør at andre former for mestring av psykiske problemer blir gjort overflødige eller blir hemmet i å utvikle alternative mestringsstrategier. Hamsuns ustanselige trang til skapende virksomhet ble derfor en dyd av nødvendighet og fungerte som en sikkerhetsventil for hans følsomme sinn preget av lav selvfølelse, sosial angst, svartsjue og depresjon. Slik sett ble det for ham en krise da han i årene 1923–1926 ikke lenger var i stand til å skrive. Han maktet ikke lenger å nøytralisere og beherske psykisk smerte og tungsinn. Han var daglig til behandling hos Strømme, noen ganger to ganger om dagen. 13. juni tok han en pause fra analysen og dro tilbake til Nørholm i Grimstad, hvor han bodde. Hjemme i dikterstuen skrev han i ett strekk den første delen av *Landstrykere* (1927). I september flyttet han midlertidig til Bygdøy for å fortsette analysen hos Strømme, som han mente hadde hjulpet ham til å overvinne sin skrivesperre og melankoli.

Hva var det med denne behandlingen som viste seg å være så gunstig for Hamsun? Ingen har gitt noe klart svar på dette. I Ingar Sletten Kolloens eminente tobindsbiografi *Svermeren* (2003) og *Erobreren* (2004) får vi heller ikke noe klart svar på hva som gjorde at psykoanalysen hos Strømme ble virkningsfull, selv om Kolloen er en av de ytterst få som har hatt tilgang til dechifferte notater fra Strømmes journal. Mye tyder på at Strømme selv hadde til

hensikt å bruke sine notater i en faglig/vitenskapelig studie basert på analysen av Hamsun. Datidas psykoanalyse var på mange måter etablert på bakgrunn av Freuds berømte kasusstudier, som representerte en unik blanding av vitenskap og litteratur. Strømmes notater er på hele 424 sider. Dette indikerer at analysen har vært intensiv og rikholdig. En kjent av Strømme overlot hele journalen til Gyldendal i den hensikt å la den bli vurdert som en kasusstudie. Gyldendal kopierte journalen og sendte originalen til *Håndskriftsamlingen i Nasjonalbiblioteket*, som bestemte at den skulle holdes lukket for personvern-hensyn. I 2001 overveide Nasjonalbiblioteket å gjøre journalen tilgjengelig for spesielt interesserte.

Billedkunstneren og forfatteren Thomas Kvam sier i et intervju med redaktøren Audun Lindholm i tidsskriftet *Vagant* (2017) at et eller annet sted i Strømmes notater vil en kunne finne informasjon om hva som førte til at Hamsun fikk bukt med sin skrivesperre. I intervjuet med Kvam inkluderer Lindholm en del av de dekodete notatene Kvam har fått tak i.

Enkelte forskere har kritisert Kvam og Lindholm for publiseringen av Strømmes notater. De mener at de er for private, og at leserne ikke har noen interesse av å få kunnskap om Hamsuns sex- og drømmeliv. Jeg ser annerledes på dette, fordi målsettingen med Lindholms og Kvams offentliggjorte notater var å forstå mer av Hamsuns personlighet og hvordan han overvant sin skrivesperre. Hamsun la seg ikke ned på divanen for å snakke om sitt kjærlighetsliv, men for å bli i stand til å skrive. I det følgende vil jeg basere mine betraktninger på Kolloens tobindsbiografi om Hamsun, brev Hamsun skrev til sin kone (Næss, 1999), samt de dekodete notatene som er publisert i *Vagant*.

Strømmes behandlingsrasjonale tok først og fremst utgangspunkt i Jungs og Freuds tekniske anbefalinger, der analyse av pasientens drømmer var selve hjørnesteinen i behandlingen. Hamsuns drømmer har en autentisk kvalitet med innholdsrike assosiasjoner. De gjenspeiler Hamsuns ubevisste konflikter og komplekser og utgjør pålitelige «fingeravtrykk» ved hans personlighet og viser hvordan han var plaget av sjalusiforestillinger, sosial fobi, ensomhet og depresjon. Sigmund Karterud og Ingar Sletten Kolloen (2003) har gjort en grundig personlighetsvurdering av Hamsun, men de har oversett hans psykotiske symptomer, ettersom hans paranoide beredskap noen ganger kunne framkalle psykotiske prosesser (Kringlen, 2005). I et selvbiografisk notat har

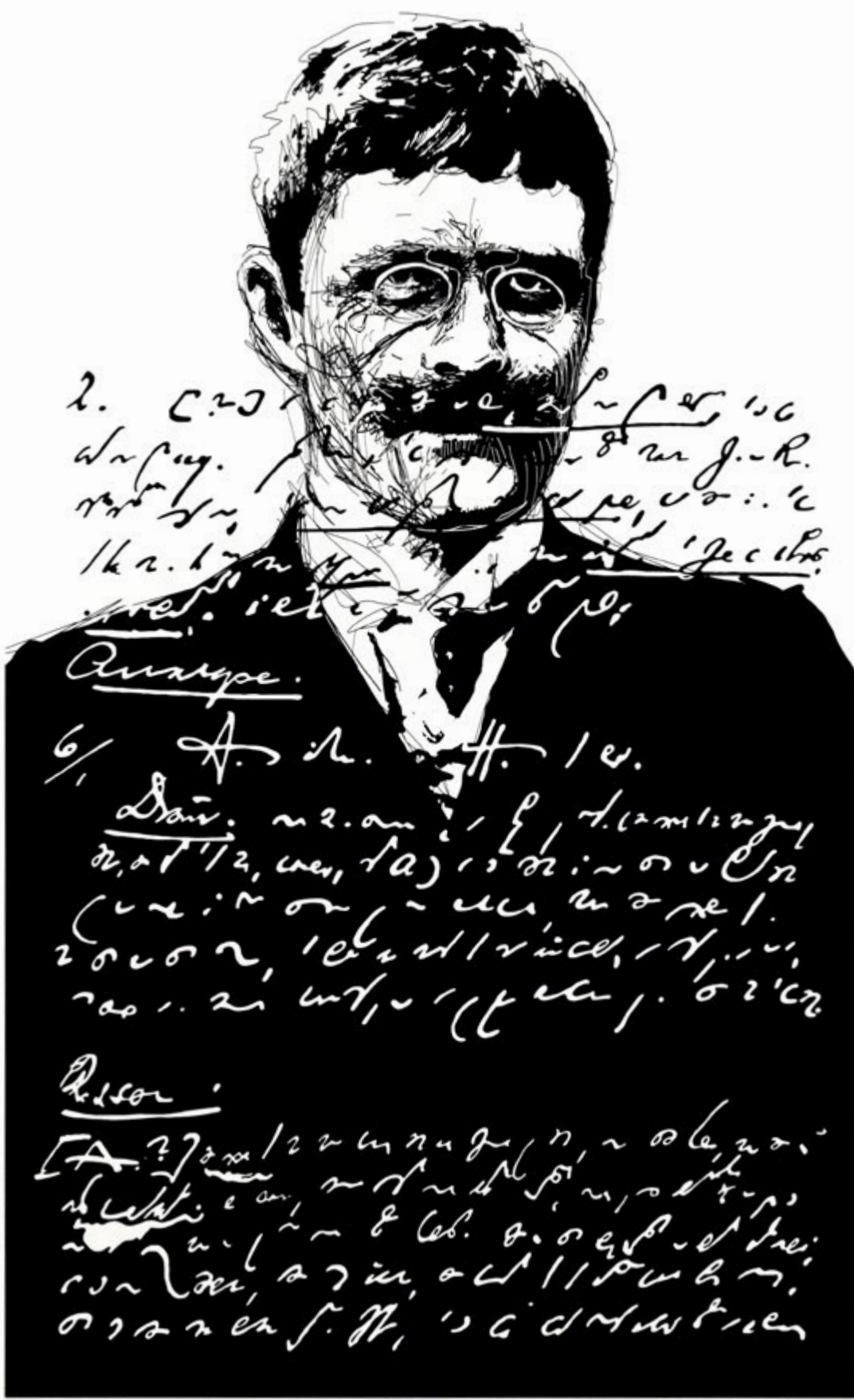


ILLUSTRATION THE HAMSUN SESSIONS #1 AV THOMAS KVAM, 2016. FOTO AV ISTVAN VIRAG © THOMAS KVAM / BONO 2026

Hamsun beskrevet hvordan han var plaget av synshal-lusinasjoner mens han bodde hos sin morbror. Han var hos ham fra han var 9 år, til han var 14 år gammel. Da han var 13 år, begynte han å bli hjemsoekt av et fryktinn-gytende gjenferd som gjentatte ganger viste seg for ham som en mann med rødt fullskjegg og et rødt ullband om halsen og med en manglende tann i overmunnen (Ferguson, 1988, s. 18–20). Da han var 38 år, hadde han en annerledes psykotisk episode; han følte seg forfulgt av gamle damer. Han skrev brev til både statsministeren, kriminalsjefen og andre myndighetspersoner for å få slutt på «forfølgelsen». Psykoanalysen hos Strømme førte til at Hamsun fikk en mulighet til å bearbeide og integrere slike psykotiske opplevelser. Han fortalte en drøm så i hver eneste time og viste en enestående og kreativ evne til å anvende sine regressive fantasier på en konstruktiv måte med økt selvinnsikt.

Marie Hamsun beretter at han etter seks måneder med intensiv analyse dro rett hjem til dikterstuen på Nørholm ved Grimstad og skrev det første kapittelet i *Landstrykere* (1927) som «i et åndedrag» (M. Hamsun, 1970). Jeg tenker at det ikke er en tilfeldighet at en gråskjegget mann dukker opp i bokas første setning. På sin makeløse underfundige og fascinerende måte skriver Hamsun: «To Mænd kom ruggende nordover fra Nabogaarden, de var mørke i Ansiktet og med tyndt graanet Skjæg.» Da det blir et opptrinn og kramgel, spenner Edvart, en halv voksen trettenåring, bein på en av de gråskjeggete mennene og legger ham i bakken. Jeg tolker denne åpningssekvensen som et kreativt produkt av analysen, der han har fått mulighet til å gjennomarbeide og integrere redselsfulle psykotiske opplevelser fra den gangen han var hjemsoekt av hallusinasjoner om en skjeggete mann som truet ham på livet, og som han følte at han bare kunne komme seg unna ved å begå selvmord og kaste seg i elva. I åpningssekvensen i *Landstrykere* er det som han omformer en gruoppvekkende opplevelse fra den tida han bodde hos morbroren. Da var hans ego fylt av angst og hjelpeløshet. Idet han begynner å skrive *Landstrykere*, er det et restituert og aktivt skapende ego som trer i kraft. Han får bearbeidet de traumatiske opplevelsene han hadde som trettenåring, da han følte seg forfulgt av en truende skjeggete mann.

Personlig relasjon

Kringlen (2005) hevder at Strømmes analyse av Hamsun ikke var en ordinær psykoanalytisk behandling med vekt på dypere selvinnsikt. Han mener den var en form for støtteterapi der Strømme oppmuntret ham og ved hjelp av suggesjon hjalp ham til å overvinne sine hemninger, sin sosiale fobi, skinnnsyke og depressive tilbøyeligheter. I motsetning til Kringlen anser jeg ikke Strømmes terapi som en form for støtteterapi. Den var basert på datidas psykoanalytiske rasjonale, der analyse av drømmer var framtreddende. Strømmes tilnærming var dynamisk. Han hadde i 1911 gått i lærebehandling hos Oskar Pfister i Zürich og var påvirket av hans dialogorienterte teknikk. Pfister var en nær kollega av Freud og influert av hans

aktive behandlingsrasjonale. I dag har psykoanalytisk behandlingsteori i den grad forandret seg at selv Freud ville ha hatt problemer med å forstå det rasjonale som ligger bak dagens moderne behandlingsteknikk. Moderne psykoanalyse har blitt mer *relasjonsorientert* og legger i større utstrekning vekt på pasientens kognitive prosesser. Mentalisering, koding, deklarativ og prosedural hukommelse etc. har bidratt til å videreutvikle psykoanalytisk behandlingsteori (Anthi, 2010).

— fortalte en drøm så å si hver eneste time

Hamsun fikk lette sitt hjerte for en analytiker som han gjennomgående hadde et positivt overføringsforhold til. Kolloens biografi og Lindholms og Kvams offentliggjorte notater gir oss ikke detaljert informasjon om Strømmes tolkninger. Etter alt å dømme var han sparsom med overføringstolkninger. Etter min oppfatning har han i høy grad vært *i overføringen* uten å tolke den; trolig fordi han ikke var klar over hvor ofte han var i en overføringssituasjon. Jeg mener det var en annen spesifikk faktor som gjorde at analysen hos Strømme ble vellykket. Nyere forskning har vist at terapeutens personlighet og måten å analysere på kan være bestemmende for behandlingens utfall (Stange Bernhardt et al., 2020). I en nylig publisert artikkel, *The rat man, Ibsens rat wife and Little Eyolf. The rat man case revisited*, har jeg framhevet hvordan Freuds dialogorienterte teknikk medførte at en personlig og dynamisk relasjon ble etablert, og at en slik relasjon utgjorde en viktig terapeutisk variabel (Anthi, 2024). Strømmes tilnærming til Hamsun var nettopp kjennetegnet av en dialogorientert teknikk, der han skapte en virkningsfull og dynamisk personlig relasjon til Hamsun. Brevene Hamsun skrev til Marie Hamsun mens han var i behandling, vitner også om dette. I et brev skriver han: «Jeg har nu været hos Dr. 3 Ganger, det er en rar Lægebehandling, den bestaar i at jeg av alle Livsens Kræfter prøver at huske litt av siste Nats Drøm og saa «analyserer» Dr. den. Han er tilfreds med mig, han erklærte i dag igjen at det nok skulde bli et godt Resultat» (Næss, 1999, s. 31).

Ødipuskompleks

Freud la vekt på at guttens ødipuskompleks hadde en forhistorie som omfattet «en hengiven identifisering med faren». Ble hans ødipale konflikter hindret i å bli løst på en tilfredsstillende måte, ville gutten bli hengende igjen i en higen etter den allmektige og opphøyde *preødipale*

— Hamsun hadde et sterkt ønske om å bli anerkjent og få hjelp av en mektig farsfigur

far (Anthi, 1992; Anthi & Varvin, 1993; Nilsen, 2025). Blos (1984) har påpekt at grunnleggende kvaliteter ved mannens overjeg har en dyadisk opprinnelse som stammer fra det preødipale forholdet til faren. Guttungen søker aktivt og kontinuerlig farens anerkjennelse og bekreftelse, slik at det ganske tidlig utvikles et kjærlighetsbånd preget av overvurdering og idealisering av far. I en slik relasjon vil sønnen veksle mellom underkastelse og selvhevdelse. Guttungen ønsker å være en del av farens grandiositet og makt. Kvaliteten i en slik lengsel har blitt betegnet som «*farshunger*» og «*farstørst*» -en oralt preget karakteristikk som vitner om at det hentydes til noe tidlig. I denne dyadiske konstellasjonen oppleves faren som en som beskytter og verner guttungen mot å bli fanget i et symbiotisk farget morsforhold. Slik vil farens nærvær fremme guttens separasjons- og individuasjonsprosess. Faren får et islett av karismatiske egenskaper som er annerledes enn den moderlige kroppskontakt og nærhet. Faren er i mindre grad et symbiotisk objekt og inviterer til en relasjon som er mer distansert.

Knut var nummer fire av sju søsken. Han hadde begrenset kontakt med sin far i sin barndom og oppvekst. I tillegg følte han at faren ikke hadde den tiltrengte styrke og autoritet som kunne ha forhindret at han ble bortplassert i fem år hos morbroren, og derved at han kunne ha blitt forskånet for de trusler og all den frykt og pine som de fem årene hos morbroren førte med seg.

Det er mange eksempler på at Hamsun hadde et sterkt ønske om å bli anerkjent og få hjelp av en mektig farsfigur. Nessekongen på Kjerringøy, Erasmus Zahl, ble oppfattet som en slik patriarkalsk fader. Hamsun kontaktet ham ærbødig flere ganger og ba om pengestøtte for å kunne foreta nødvendige studiereiser for å utvikle sin evne til å skrive. Det er betegnende for Hamsuns oppfatning av Zahl at han i et av sine brev avslutter med følgende hilsen: «Deres sønlig forbundne og ærbødigste Knut Pederson» (Ferguson, 1988, s. 40). Hans beundring av Bjørnstjerne Bjørnson er et annet eksempel på hans lengsel etter et faderlig forbilde. Da han var ung, etterlignet han Bjørnsons skrift, og han kjemmet håret sitt med en iøynefallende Bjørnsons opp-og-bakover-sveis. Han var stolt over rykter om at han var en uekte sønn av Bjørnson. Opphavet til en slik høyaktelse for mektige farsfigurer hadde røtter i spesielle psykologiske omstendigheter. Hans fortrenge, uforløste regressive farslengsel og higen etter den allmektige og preødipale far ble ikke modifisert, ettersom hans ødipale konflikter

forble uløst. Identifiseringen med en ødipal autoritet som skulle fremme Knuts virkelighetsoppfatning, ble vanskeliggjort og hemmet potensialet til å generere en videre utvikling av hans realitetstesting. Organiseringen av over-jeg-strukturer og evnen til stabil realitetstesting ble forstyrret og bidro til at han seinere ble disponert for psykotiske prosesser. Mangelen av en begrensende og godmodig irttesettende ødipal far som gestaltet realitetsprinsippet, gjorde at patogene aspekter ved hans infantile forestillingsverden ikke ble modifisert. Dette medførte at Hamsun i mange tilfeller fikk et forvridt og urealistisk perspektiv på seg selv og omverden. Hans hallusinatoriske opplevelser som trettenåring, der et rødskegget gjenferd trakasserte ham, samt hans forfølgelsesvanvidd i voksen alder var eksempler på dette. Hans «*farshunger*» synes også å ha bidratt til å ha skapt «blinde flekker» i hans psyke. Hans politiske gangsyn var preget av benekting og selsomme meninger. Det er betegnende at han tidlig i 1920-åra var begeistret for den nimbus og omnipotens som omga Mussolini, da han ble leder for et fascistisk parti i 1922.

I flere brev til Marie forteller Knut (1970) hvor fornøyd Strømme var med ham. På en omsorgsfull væremåte og med en dialogorientert behandlingsteknikk kommuniserte han til Hamsun at han skulle bli kurert for sitt tungsinn og sin skrivesperre. Jeg tolker og forstår det slik at Strømmes atferd aktualiserte og personifiserte Hamsuns ubevisste infantile ønsker om å bli ivaretatt av et preødipalt overhode som tok vare på og beskyttet ham. Han projiserte sin fortrenge farslengsel på Strømme, som på sin side uten å være klar over det tok på seg rollen som en preødipal farsfigur. Strømme ble «manipulert» og påvirket av Hamsuns projektive identifiseringer til å komme i en slik terapeutisk posisjon. Jeg antar at den omstendighet at Hamsun følte seg ivaretatt av en preødipal farsfigur og fikk formidlet sine problemer og bekymringer, var en betydningsfull faktor som gjorde at behandlingen ble virkningsfull i *den forstand* at han ble kvitt sin skrivesperre og sitt tungsinn.

Men analysen hos Strømme førte ikke til en varig strukturendring i Hamsuns personlighet. Hans higen etter den «faderlige drott» opphørte ikke. I krigsårene 1940–1945 tilkjennega han sine dommedagsprofetier og viste mangelfull dømmekraft og evne til refleksjon. Han åpenbarte sine underliggende undergangsforestillinger og søkte trygghet ved å hengi seg til nazistiske ledere som Quisling, Goebbels og Hitler. ♀

REFERANSER

- Anthi, P. R. (1992). Vidkun Quisling. Paranoid konspirasjon og apokalyptisk forestillingsverden. *Nytt norsk Tidsskrift*, 1.
- Anthi, P. R. & Varvin, S. (red). (1993). *Psykoanalysen i Norge*. Universitetsforlaget.
- Anthi, P. R. (2010) Et innledende essay. I Sigmund Freud (Red.), *Forelesninger til innføring i psykoanalyse*. Bokklubbens kulturbibliotek.
- Anthi, P. R. (2024). The rat man. Ibsen's rat wife and Little Eyolf. The rat man case revisited. *International Journal of Psychoanalysis*, 105(5), 819–831. <https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2238802>
- Blos, P. (1984). Son and father. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 301–324.
- Ferguson, R. (1988). *Gåten Knut Hamsun*. Dreyer.
- Hamsun, K. (1890). *Sult*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1904) *Det vilde Kor*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1923). *Siste Kapittel*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1927). *Landstrykere*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1970). *Brev til Marie*. Gyldendal.
- Karterud, S. & Kolloen, I. S. (2003). *En personlighetsbeskrivelse av Knut Hamsun*. Samtiden.
- Kolloen, I. S. (2003, 2004). *Svermeren og Erobreren*. Gyldendal.
- Kringlen, E. (2005). Knut Hamsuns personlighet. *Nytt norsk Tidsskrift*, 1.
- Lindholm, A. (2017). Den Gaadefulde. Psykoanalysen av Knut Hamsun finnes nedskrevet, men er aldri blitt offentliggjort. Det vil Thomas Kvam gjøre noe med. *Vagant*, (1–2).
- Nilsen, Ø. (2025). *Fascismen vender tilbake. Wilhelm Reich, Zygmunt Bauman og nyfascismen*. Sandnes Bokforlag.
- Næss, H. S. (1999). *Knut Hamsuns brev 1925–1933*. Gyldendal.
- Stange Bernhardt, I., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2020). The embodied listener: a dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31, 682–694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>

VISUELLE FORESTILLINGSBILDER I KLINISK PRAKSIS

Et forskningsprosjekt ved UiB inviterer deg til å delta i en spørreundersøkelse som skal undersøke psykologers erfaring med egne visuelle forestillingsbilder, og om det har en sammenheng med bruk av forestillingsbilder i klinisk praksis.

Vi søker psykologer og psykologspesialister som jobber med et bredt utvalg av psykiske lidelser, til å svare på et 20-minutters anonymt spørreskjema om visuelle forestillingsbilder.

KRITERIER FOR DELTAKELSE:

- Arbeider med voksne (18+)
- Psykolog
- Jobber ikke eksklusivt med én pasientgruppe.

Prosjektet gjennomføres ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi.

Prosjektleder: Prof. Mark Price

KONTAKT OG DELTAKELSE:

Scan QR koden eller bruk tilhørende lenke for å delta. Om du lurer på noe, ta kontakt via e-post.

LENKE: <https://svar.uib.no/LinkCollector?key=UVCEN43VS6CP>

E-POST: Thea.Haugland@student.uib.no



TEKST Reidulv Dyrkorn
Privatpraktiserende psykolog

Kunsten å gestalte – psykoterapi og relasjonell kreativitet

Hva er en gestaltbasert tilnærming til psykoterapi, og hvordan kan den se ut i praksis?

Den gestaltbaserte tilnærmingen til psykoterapi og til ledelses- og organisasjonsutvikling har stor utbredelse internasjonalt, men er slik jeg erfarer det, ikke like godt kjent i det norske psykologmiljøet. I artikkelen her, som er skrevet på basis av min egen gestaltbaserte praksis som psykolog, ønsker jeg å beskrive fagfeltet og utdype det jeg kaller kunsten å gestalte. Det vil komme frem av teksten at jeg forstår gestaltterapi som en integrativ tilnærming som fint lar seg kombinere med andre terapeutiske metoder og tilnærminger.

Jeg har i mine nesten femti år som psykolog jobbet i psykisk helsevern for voksne og har arbeidet i flere år som skolepsykolog. Jeg ble etter hvert spesialist i organisasjonspsykologi og ansatt som avdelingsdirektør ved Administrativt Forskningsfond (AFF) ved Norges Handelshøyskole med ansvar for nasjonale og internasjonale lederutviklingsprogram. De siste årene av mitt virke drev jeg mitt eget konsulentselskap med programmer i ledelses- og teamutvikling, og kurs i integrativ gestaltterapi. Jeg hadde også enkeltklienter i terapi og veiledning.

KONTAKT reidulvdyrkorn@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

— Gestaltterapi kan sies å være integrativ ved å ta opp i seg ideer og synsmåter fra flere ulike kilder

Arbeidet som skolepsykolog og som organisasjonspsykolog bar preg av en stor grad av kompleksitet. Det stilte krav til kunnskaper og teoretisk innsikt på mange nivåer, inkludert forståelse av det systemet og den kulturen som setter sitt preg på enhver organisasjon og på menneskene som jobber der. I så måte har jeg hatt stor nytte av å ta en lengre videreutdanning i gestaltterapi og gestaltbasert ledelses- og organisasjonsutvikling. En videreutdanning som også ga interessante og lærerike møter med psykologer fra store deler av verden.

Integrativ gestaltterapi

Betegnelsen gestaltterapi ble første gang anvendt som tittel på en bok som ble utgitt i 1951 (Perls et al., 1951). Siden den gang er det publisert hundrevis av bøker om gestaltterapi og etablert en serie av fagtidsskrifter som er viet gestaltterapeutisk teori og metode. Som navnet antyder, er gestaltterapeutisk teori sterkt påvirket av gestaltpsykologiens persepsjons- og læringspsykologi, og av Kurt Lewins gruppedynamiske og feltteoretiske tenkemåte – ikke minst det siste. Med sin feltteori understreker Lewin (Lewin, 1951) betydningen av å kartlegge relevante driv- og motkrefter som virker potensielt fremmende eller hindrende i forhold til endring og utvikling, enten det gjelder på individnivå eller på et høyere system- og samfunnsnivå.

I arbeidet som skole- og organisasjonspsykolog ble det overtydelig for meg hvordan problemer på individnivå kunne utløses og forsterkes av problemer på gruppe- og systemnivå. Kurt Lewins feltteori og den gestaltpsykologiske læresetningen om at helheten er noe annet og mer enn summen av delene, har bidratt til å gi gestaltterapeutisk teori og metode en utpreget holistisk tilnærming. Det gjelder om å se sammenhenger og forholde seg best mulig til hvordan aktuelle og relevante systembetingelser virker inn på problemer som melder seg på gruppe- og individnivå.

Gestaltterapeutisk teori og metode lar seg overordnet beskrive med begreper som feltbasert, eksistensialistisk, relasjonsorientert, fenomenologisk og holistisk. Her vil jeg først og fremst utdype betydningen hva gjelder en holistisk, relasjonsorientert og fenomenologisk tilnærming til psykoterapi, og til det jeg kaller kunsten å gestalte

– en kunst som fordrer en kreativ tilnærming til kontakten og samspillet mellom terapeut og klient (Dyrkorn & Dyrkorn, 2010; Zinker, 1978).

Gestaltterapi kan i utgangspunktet sies å være integrativ ved å ta opp i seg ideer og synsmåter fra flere ulike kilder. Erskine og Moursund (2011) viser i den forbindelse til at gestaltbasert teori og metode også lar seg kombinere med andre terapiformer som for eksempel klientsentrert terapi, psykoanalytisk selvteori, objektrelasjonsteori og tilknytningsteori. Det pekes på at en selektiv integrering av ulike teorier og metoder kan bidra til å gi terapiprosessen økt verdi ved å forene noe av det beste fra ulike perspektiver og teoretisk ståsted (Erskine & Moursund, 2011).

For egen del har jeg funnet det fruktbart å supplere min egen gestaltbaserte tilnærming med perspektiver fra tilknytningsteori, samt narrativ og emosjonsbasert terapi. Mer generelt støtter jeg meg på verdien som ligger i å utvikle og utvide måten å oppfatte og begripe virkeligheten på, inkludert hvordan man forstår seg selv i verden. Watzlawick sier det slik: «Den som er bevisst på å være arkitekten av sin egen virkelighet, vil på samme måte være klar over den alltid tilstedeværende muligheten for å konstruere den annerledes» (Watzlawick, 1984, s. 386).

Den nære kontakten i terapirelasjonen

Terapeutiske samtaler påvirkes på en helt spesiell måte av relasjonen og kontaktforholdet mellom terapeut og klient (Dyrkorn & Dyrkorn, 2010). Terapeutiske samtaler skiller seg fra vanlige samtaler i måten man skaper og er i kontakt på. Den terapeutiske relasjonen har stor betydning for behandlingsutfallet på tvers av hvilken terapiform terapeuten bekjenner seg til (Nissen-Lie et al., 2013). Dette forholdet har bidratt til en økt interesse for integrativ psykoterapi (Norcross, & Goldfried, 2005).

Gestaltterapiens vektlegging av den terapeutiske relasjonen henter inspirasjon fra Martin Bubers tenkning om jeg–du-relasjonen som motsats til den mer reduksjonistiske og tingliggjørende jeg–det-relasjonen (Hycner & Jacobs, 1995).

Slik jeg ser det, understøttes betydningen av den terapeutiske relasjonen av gestaltterapiens holistiske og fenomenologiske tilnærming.



Den holistiske og fenomenologiske tilnærmingen betyr å møte sine klienter som hele mennesker og i sin individualitet, møte dem i deres egen selvforståelse og i forståelsen av deres relasjoner til andre – møte dem i deres tanker, følelser, oppfatninger, verdier og forestillinger. Det å bli møtt med forståelse føles gjerne mer støttende og ivaretagende enn å bli forklart. Det å føle seg forklart har mer preg av en jeg–det-relasjon enn av en jeg–du-relasjon.

Filosofen Søren Kierkegaard sier det slik: «For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke» (Kierkegaard, 1813, s. 10).

I tråd med Kierkegaards utsagn innebærer den fenomenologiske tilnærmingen at man som terapeut evner å innta en ikke-vitende holdning og kan sette egne oppfatninger og antagelser i parentes. Det øker mulighetene for en mer åpen, relasjonsbasert og opplevelsensnær kontakt. Den fenomenologiske tilnærmingen er basert på prinsippet om at alt som skjer, har samme krav på å bli gitt oppmerksomhet. Et prinsipp som i fenomenologien kalles horisontalisering (Spinelli, 2005). I henhold til prinsippet om horisontalisering har den nonverbale kommunikasjonen samme krav på oppmerksomhet og interesse som den verbale kommunikasjonen. Det kommer jeg tilbake til. Et tredje prinsipp som utgår av den fenomenologiske tilnærmingen, består i å beskrive hva som skjer, i motsetning til å tolke, som kan bety å fjerne seg fra det opplevelsensnære og direkte observerbare.

Det er ikke enkelt å forholde seg til fenomenologiens grunnprinsipper, men jeg tenker likefullt at det har verdi som terapeutisk grunnholdning – en holdning som kan bidra til å sikre en nødvendig grad av ydmykhet i egen profesjonelle rolle.

Oppmerksomhet på det nonverbale språket

Bevisstheten om eget kroppsspråk er gjerne svakere enn bevisstheten om de ordene vi velger å si, eller velger å holde tilbake (Dyrkorn, 2014). Vi hører hva vi sier, men ser ikke hva vi forteller med ansiktsuttrykk og resten av kroppen, og i måten vi puster. Det kan derfor ligge viktig tilleggsinformasjon i hva kroppen uttrykker, sett i forhold til hva som uttrykkes med ord. Et nedslått blikk kan for eksempel kommunisere et ambivalent forhold til å se, og ikke minst til å bli sett. Det kan forstås som en ambivalens som kan ha i seg både en frykt og en lengsel, uten at personen er seg bevisst dette forholdet (Dyrkorn, 2025). Ved å kommentere og dvele ved personens kroppsspråk kan terapeuten hjelpe frem en bedre selvforståelse og dypere erkjennelse. Det er en måte å komme bak ordene på. Kroppslig uro kombinert med en grunn pust kan lett omtales med ordet rastløshet, men ved å kjenne lenge nok etter kan det tre frem potensielt ubehagelige følelser som ligger bak rastløsheten: følelsen av skyld og skam, for eksempel.

Ord kan som kjent maskere følelser, og noen følelser kan maskere andre og dypere følelser som i første omgang

unndrar seg oppmerksomheten (Dyrkorn, 2014). Det trer altså ikke frem det man kaller en tydelig nok gestalt for det som trenger å bli uttrykt og bearbeidet for å gi en helende effekt. Undersøkelser tyder imidlertid på at intervensjoner på kroppsspråk ofte er underrepresentert i repertoaret av intervensjonsmetoder som psykoterapeuter anvender (Foley & Gentile, 2010). Slik jeg erfarer det, gjelder dette i mindre grad for gestaltterapeutisk teori og praksis. Gestaltterapeutisk teori tar et tydelig oppgjør med kartesiansk og dualistisk tenkning, og gjør det tydelig at kropp og sinn eller soma og psyke ikke er til å skille fra hverandre, men henger uløselig sammen.

Det følger som nevnt av fenomenologiens horisontaliseringssprinsipp at det nonverbale språket også har krav på oppmerksomhet. Arbeid med pust og kroppsspråk er derfor en integrert del av gestaltterapeutisk intervensjonsmetodikk (Dyrkorn, 2014). Som terapeut kan man kanskje ane intuitivt hva klienter kommuniserer med kroppsspråket, men sikker i sin sak kan man ikke være – betydningen må uteskes sammen med klienten, og kan da gi kreative oppdagelser som i positiv forstand kan virke transformerende og endringsskapende.

Kunsten å gestalte

I henhold til persepsjonsprinsippet om figur–grunn kan en gestalt defineres som det inntrykket eller den opplevelsen som til enhver tid danner forgrunn for oppmerksomheten, og som trer frem på basis av en gitt bakgrunn (Dyrkorn & Dyrkorn, 2010).

Det å føle seg sulten, tørst eller søvnig trer frem som en gestalt på bakgrunn av at man ikke har spist, drukket eller sovet på lenge. Det er behov som gestalter seg med relativt fast regularitet og automatikk. Det er behov som det ikke er noen kunst å bli oppmerksom på. Begrepet kunst benyttes gjerne om noe som fremstår kreativt og nyskapende, eller hva jeg omtaler som kunsten å gestalte. Psykoterapi blir av flere beskrevet som både en kunst og en vitenskap: som en kunnskapsbasert og kreativ prosess (Holm Hadulla, 2004; Zinker, 1978).

Begrepet relasjonell kreativitet viser til at det oppstår nyskapende og innsiktsfulle øyeblikk gjennom kontakten og dialogen mellom terapeut og klient (Dyrkorn, 2024). Grunnlaget for læring gjennom innsikt og for såkalte aha-opplevelser betyr at gestalter antar en form som innebærer å oppdage eller skape nye sammenhenger.

Slike typiske og plutselige aha-opplevelser kan stå som eksempel på kreativ problemløsning. Selv om aha-opplevelser gjerne gestalter seg plutselig, har det i mange tilfeller vært en såkalt inkubasjonsperiode i forkant. Det kan være som å våkne etter nattens drømmer og innse løsningen på et bestemt problem, eller gjøre skjellsettende oppdagelser i badekaret som Arkimedes. Personer i terapi kan også komme til viktige oppdagelser og erkjennelser mellom terapitimene ved at nye og kanskje overraskende tanker, sammenhenger og perspektiver så å si gestalter seg i bevisstheten med bakgrunn i erfaringer fra tidligere terapitimer og i kombinasjon med ulike hendelser i personens liv.

Kreativ selvregulering

I gestaltterapeutisk teori benyttes begrepet kreativ tilpasning om evnen til selvregulering – innbefattet evnen til å regulere seg i møte med andre mennesker. Understøttelse av denne evnen er en vesentlig komponent i en terapeutisk prosess. I gestaltterapeutisk teori skilles mellom tre oppmerksomhetssoner med betydning for god gestaltdanning og evnen til selvregulering (Dyrkorn & Dyrkorn, 2010).

Innersonen refererer til at oppmerksomheten rettes mot egen kropp ved for eksempel å merke seg egen pust, et bankende hjerte, et sug i magen, muskelspenninger, smerteformennelser etc. Yttersonen refererer til anvendelse av syn, hørsel, berøring, bevegelse, lukt og smak som en måte å ta imot eller aktivt oppsøke inntrykk og informasjon på fra den ytre verden. Mellomsonen refererer til at oppmerksomheten rettes mot egne tanker, følelser, fantasier og forestillinger.

En øvelse som anvendes i gestaltbasert opplærings- og treningsøymed, består i å utvikle evnen til oppmerksom tilstedeværelse med den utsikten det gir for bedre tilgang til hva som ligger av kreative muligheter i den aktuelle situasjonen. Det å være oppmerksomt til stede som terapeut inkluderer evnen til å vie seg selv oppmerksomhet – at man underveis i terapiprosessen er oppmerksom på egne tanker, følelser og reaksjoner og dermed kan bruke seg selv til beste for den man skal hjelpe (Knapp et al., 2017).

Den nevnte øvelsen går ut på å stille seg følgende spørsmål:

- Hva ser, hører og sanser jeg her og nå?
- Hva føler jeg i møte med det jeg ser, hører og sanser?
- Hvilke tanker, forestillinger og eventuelle fantasier vekkes i meg ut fra hva jeg ser, hører og føler – og hvordan merkes det i kroppen?
- Hvordan responderer jeg og svarer best mulig (tar ansvar) i møtet med den/de andre?

Slike og lignende spørsmål ligger nær opp til hva Donald Schön beskriver som refleksjon i handling (Schön, 1983). Den nevnte øvelsen illustrerer måter å hente informasjon fra alle tre oppmerksomhetssoner på med henblikk på å gestalte en helhetsopplevelse som er noe annet enn summen av delene – og dermed utgjør en kreativ syntese. Det å kunne gjøre raske skift i oppmerksomheten og prosessere informasjonen man da mottar, lar seg anse som en viktig terapeutisk ferdighet. Det handler om å være i kontakt med seg selv som forutsetning for kvaliteten i den kontakten som skapes med personen(e) man skal hjelpe.

Kreativ eksperimentering i gruppeterapi

Følgende eksempel er en omskrevet case som er hentet fra boken *Terapeutens tårer* – en bok som beskriver forløpet av en gruppeterapeutisk prosess (Dyrkorn, 2024). Eksempellet illustrerer hvordan man som terapeut kan sikre at alle tre nevnte oppmerksomhetssoner bidrar til å

understøtte evnen til kreativ selvregulering.

To menn i en terapigruppe havner i konflikt med hverandre. De legger hverandre motiver og intensjoner som øker avstanden mellom dem. Det skapes en anspent stemning i gruppen. Mennene er så involvert i konflikten at de ikke sanser eller tar inn informasjon om virkningene av konflikten på de andre medlemmene av gruppen. De inviteres til å se seg rundt i gruppen og kommentere på hva de ser. Som en neste intervensjon stilles spørsmål om hva inntrykkene får dem til å tenke, føle og forestille seg, og hva de merker av kroppslige reaksjoner. Det er en intervensjon som henleder oppmerksomheten mot det som er beskrevet som mellomsonen og den indre sonen for oppmerksomheten. Intervensjoner som ligger nært opp til en fenomenologisk tilnærming.

Som påfølgende intervensjon bringes konflikten mellom de to mennene tilbake i fokus. Kommentarene de har gitt til hva de har sett og erfart av gruppens reaksjoner, danner en viktig bakgrunns- og påvirkningsfaktor. Mennene inviteres til å sette seg overfor hverandre i en avstand som indikerer hvor de befinner seg i forhold til hverandre. Dermed gjøres det implisitte eksplisitt for å skape en tydeligere gestalt. De setter seg et par meter fra hverandre og inviteres til å gjøre forsøk på å snakke sammen. De får valget om å flytte seg lenger bort eller nærmere hverandre beroende på hvordan dialogen forløper.

Den ene mannen kommer etter hvert frem til at den andre personen minner ham sterkt om forholdet til hans strenge og autoritære far – en far som alltid mente seg å vite best, og som også kunne bli voldelig. Det er nedlatende kommentarer, og den andre mannens hevede øyenbryn og strenge mine som bidrar til å trigge reaksjonsmåter med opphav i en vond og uløst konflikt mellom vedkommende person og hans far – et slags ekko fra fortiden.

Ved å åpne opp for og formidle denne traumatiserende far-sønn-historien hjelpes den andre mannen til å vedgå at han ikke er uvant med å bli oppfattet som arrogant og avvisende. Han bekjenner at han ikke har lett for å knytte seg til eller etablere nærhet til andre. Samboeren hadde brutt med ham for kort tid tilbake. De to mennene flytter seg etter hvert halvannen meter nærmere hverandre, og ender opp med å gi hverandre et forsonende håndtrykk. Dermed omgjøres den ansente stemningen i gruppen til en følelse av lettelse. Alle blir en erfaring rikere og innser betydningen av hvordan hendelser i fortid virker inn på opplevelser og væremåter i nåtid.

Eksempellet illustrerer én av mange måter å anvende eksperimentet som en kreativ og terapeutisk tilnærming og metode. Løsningen av konflikten bidro til et positivt stemningsskifte i gruppen. Et stemningsskifte som kan være grunn til å gjøre et poeng av gjennom et terapeutisk gruppe-eksperiment. Det kan gjøres gjennom vanlig dialog, men det finnes flere måter å gestalte mening på enn gjennom ord alene – og ikke alle har ordet i sin makt. Ved å benytte mer kreative tilnærminger som tegning, bevegelse og skulpturering som uttrykksmåter

kan terapiprosessen tilføres både variasjon og større verdi. Gruppen ble invitert til å forme en gruppeskulptur og endte opp med å skape en skulptur i form av et fuglerede. Flere personer la seg på gulvet, grep hverandre i føttene og formet en tilnærmet sirkel. En mann la seg på kne inni sirkelen med utslåtte armer som en flyvedyktig fugl, mens én av kvinnene la seg til rette som om hun ruget på et egg. Formingen av fugleredet kan stå som eksempel på relasjonell kreativitet og som symbol på betydningen av behovet for fellesskap, nærhet og tilknytning – behov mange sliter med å få oppfylt, men som kan generere håp når behovene tilfredsstilles.

Avsluttende kommentar

Jeg har i artikkelen gjort det til et poeng å omtale psykoterapi som en relasjonell og kreativ prosess. Det eksisterer

en omfattende forsknings- og faglitteratur om både psykoterapi og kreativitet, men jeg erfarer at sammenhengen og slektskapet mellom de to fagområdene virker mindre kjent og utforsket. Forskningsstudier tyder i alle fall på at det er lite søkelys på kreativitet i mange terapeututdanninger, med en tilsvarende mangel på kunnskaper om kreative intervensjonsmåter (Carson & Becker, 2002, Wells & Dickens, 2020).

I den forbindelse finner jeg det interessant at det har skjedd en dreining i forsknings- og faglitteraturen om kreativitet, en dreining bort fra et noe ensidig søkelys på kreativitet som et individuelt fenomen til en mer sosialpsykologisk og relasjonell forståelse av kreative prosesser (Glăveanu, 2017). I så måte kan studier av relasjonell kreativitet og terapeutiske prosesser kanskje bli et viktig og interessant utviklings- og forskningsområde i kommende år. Jeg har troen på det. 

REFERANSER

- Carson, D. & Becker, K. (2004). When Lightning strikes: Reexamining Creativity in Psychotherapy. *Journal of Counselling and development*, 82(1), 111–115. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00292.x>
- Dyrkorn, R. & Dyrkorn, R. (2010). *Innføring i gestaltveiledning – teori, metode, praktiske eksempler*. Universitetsforlaget.
- Dyrkorn, R. (2014). *Lederen og teamet – Gestaltbasert coaching og teamutvikling*. Gestaltforlaget
- Dyrkorn, R. (2024). *Terapeutens tårer*. Kapabel Forlag.
- Dyrkorn, R. (2025, 15. januar). Terapeuter har noe å lære av skjønnlitterære forfattere. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2025/01/terapeuter-har-noe-a-laere-av-skjonnlitteraere-forfattere/>
- Ersikine, R. & Moursund, J. (2011). *Integrative Psychotherapy in Action*. Routledge.
- Foley, G. & Gentile, J. (2010). Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry (Edgemont)*, 7(6), 38–44.
- Glăveanu, V.P. (2017). The Creative Self in Dialogue. I M. Karwowski & J. Kaufman (red.), *The Creative Self* (s. 119–137). Academic Press.
- Holm-Hadulla, R. (2004). *The Art of Counselling and Psychotherapy*. Karnack Books Ltd.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. Gestalt Journal Press.
- Knapp, S., Handelsman, M. & Gottlieb, M. (2017). Self-Awareness Questions for Effective Psychotherapists: Helping Good Psychotherapists Become Even Better. *Practice Innovations*, 2(4), 163–172. <https://doi.org/10.1037/prio000051>
- Kierkegaard, S. (1813). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*. Onlineudgave fra Søren Kierkegaards Skrifter.
- Nissen-Lie, H., Oddli, H. & Wampold, B. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), 489–491. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as05ae-Fellesfaktordebatt-pa-ville-veier>
- Norcross, J. & Goldfried, M. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in personality*. Julian Press.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Basic Books.
- Spinelli, E. (2005). *The interpreted world. An introduction to phenomenological psychology*. Sage Publications Ltd
- Watzlawick, P. (1984). *The invented reality*. Norton.
- Wells, P.C. & Dickens, K.N. (2020) Creativity in Counselor Education: More than Case Studies. *International Journal for the Advancement of Counselling* 42(2), 191–199 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09393-7>
- Zinker, J. (1978). *Creative Processes in Gestalt therapy*. Vintage Books.

TEKST Steffen André Fagerbakk
Institutt for psykologi,
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

En praksismodell for å styrke psykologstudenters relasjonelle ferdigheter

OMTALT ARTIKKEL

Fagerbakk, S. A., Brattland, H., Laugen, N. J., Holgersen, K. H., Vogel, P. A. & Ryum, T. (2026). Developing facilitative interpersonal skills: A randomized controlled study of an apprenticeship training for first-year clinical psychology students. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2026.2615393>

Tidlig praksis i terapirommet kan gi studentene bedre relasjonelle ferdigheter i terapi.

Profesjonsstudiet i psykologi er i stor grad basert på lesing, skriving og forelesninger. Slik læring er viktig for å bygge et solid teoretisk fundament, men har begrenset betydning for utvikling av kliniske ferdigheter (Frank et al., 2020). Observasjon og modellering, som bidrar til ferdighetsutvikling (Bandura, 2004), har en mer begrenset plass i psykologutdanningen sammenlignet med andre profesjonsutdanninger. Nyutdannede psykologer kan dermed ha lite erfaring med hvordan terapi faktisk utspiller seg i praksis, og utfordrende relasjonelle situasjoner i terapirommet, annet enn eksemplene fra lærebøker. I vår nye artikkel (Fagerbakk et al., 2026a) har vi undersøkt effekten av mester-svenn-praksis på relasjonelle ferdigheter hos profesjonsstudenter i psykologi. Studien er en del av et større prosjekt som undersøker ulike utfall av mester-svenn-praksis i psykologutdanningen (Brattland et al., 2022).

Metode

En «mester-svenn-modell» (*apprenticeship*), som vi de siste årene har testet ut ved Institutt for psykologi ved NTNU, innebærer at en svenn (studenten) jobber sammen med en mester (terapeuten) under tett veiledning. Vi organiserte en praksis hvor førsteårsstudenter fikk delta ukentlig i en terapisamtale sammen med en terapeut (psykolog, psykiater, sosionom, osv.), over en periode på ti

KONTAKT steffen.fagerbakk@ntnu.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

uker. Studentene observerte terapien i terapirommet, men ble også oppfordret til å bidra med enkle intervensjoner når det var hensiktsmessig. Slik skiller praksisen seg fra annen type observasjonspraksis det første året, hvor studentene kun blir bedt om å observere. I tillegg roterte studentene mellom ulike terapeuter og klinikker, som bidro til bredde i erfaring og høy økologisk validitet. Ved å legge praksisen første eller andre semester i profesjonsstudiet utnyttet vi studentenes høye motivasjon for praksis, samt at praksisen var gjennomførbar uten krav om forkunnskaper.

I en randomisert studie (Fagerbakk et al., 2026a) som inngår i mitt doktorgradsprosjekt, testet vi om studentene utviklet bedre relasjonelle ferdigheter gjennom observasjon og modellering. For å måle effekten av praksisen benyttet vi rammeverket «fasiliterende interpersonlige ferdigheter», et sett med åtte ferdigheter som terapeuten bruker for å motivere en pasient til å sette i gang positiv endring, slik som empati, overbevisningsevne og emosjonsuttrykk (Anderson et al., 2009). Kjernen i ferdighetene, som antas virkningsfulle på tvers av psykoterapeutiske retninger, er terapeutens evne til å etablere en sterk allianse, reparere alliansebrudd og overbevise pasienten om å bruke foreslåtte løsninger på et problem og gi slipp på mer uhensiktsmessige mestringsstrategier. Terapeuter med høyere nivå av slike ferdigheter er funnet å ha gjennomgående bedre behandlingsresultater (Anderson et al., 2009).

Ferdighetene ble målt i en observatørvurdert ferdighetstest (Ryum et al., 2021), hvor deltakere presenteres for videosnutter av skuespillere som spiller pasienter i utfordrende terapisisituasjoner, for eksempel der pasienten er sint og konfronterende eller passiv og stille. Deltakeren blir bedt om å respondere med en hjelpsom intervensjon. Responsene blir filmet og senere vurdert etter en standardisert manual, der responsene skåres ut fra i hvilken grad deltakeren demonstrerer interpersonlige ferdigheter. Vi målte endringen i studentenes relasjonelle ferdigheter fra før til etter praksisperioden med denne testen, og sammenlignet med en kontrollgruppe som kun fulgte ordinær undervisning, som de to første semestrene hovedsakelig består av teoretiske basalemnner.

Hovedfunn

Studentene som gjennomførte en ti ukers mester-svenn-praksis, viste en moderat og statistisk signifikant forbedring i ferdigheter, mens studentene i kontrollgruppen viste en liten, men ikke-signifikant forbedring av ferdigheter i samme periode. Forskjellen i ferdighetsutvikling mellom gruppene var ikke statistisk signifikant, men praksisgruppen viste en noe større forbedring enn kontrollgruppen.

Styrker, begrensninger og implikasjoner

Vi fant en moderat forbedring av ferdigheter hos dem som gjennomførte praksisen, som kan være klinisk meningsfullt ettersom intervensjonen var relativt kort.

DESIGN

- Kontrollert studie av en mester-svenn-praksis på profesjonsstudiet i psykologi.
- 108 førsteårsstudenter ble tilfeldig plassert i praksisgruppe eller kontrollgruppe.
- Praksisgruppen deltok i en ukentlig terapisamtale mellom en profesjonell terapeut og en pasient over en periode på ti uker.
- Relasjonelle ferdigheter ble målt i begge gruppene før og etter praksisperioden med en standardisert observatørvurdert ferdighetstest.
- Ferdighetene til praksisgruppen ble sammenlignet med ferdighetene til kontrollgruppen som kun fulgte ordinær undervisning.

HOVEDFUNN

- Praksisgruppen viste en moderat forbedring i relasjonelle ferdigheter som var statistisk signifikant ($d = 0.43$, 95 % CI [0.19, 0.67], $p = .001$).
- Kontrollgruppen viste en liten forbedring som ikke var signifikant ($d = 0.16$, 95 % CI [-0.06, 0.39], $p = .16$).
- Forskjellen i forbedring av ferdigheter mellom gruppene var ikke statistisk signifikant, men praksisgruppen viste en noe større forbedring ($d = 0.24$, 95 % CI [-0.09, 0.58], $p = .15$).
- Resultatene tyder på en mulig positiv effekt av mester-svenn-praksis.
- Flere studier med større utvalg trengs for å undersøke hvor robuste og varige effektene er.

Fraværet av en signifikant forskjell i forbedring av ferdigheter mellom gruppene gjør at effekten av praksisen likevel må tolkes med forsiktighet. Studien hadde imidlertid relativt begrenset statistisk styrke til å oppdage mellomgruppeforskjeller i endring. Vi er derfor forsiktig optimistiske til mester-svenn-praksis, selv om flere studier med større utvalg er nødvendige for å undersøke fordelene med praksisformen.

Vi har naturligvis ikke funnet opp mester-svenn-praksis, og observasjonspraksis brukes allerede i noen grad i psykologutdanningen. Mester-svenn-modellen skiller seg likevel ut ved at praksisen ble innført allerede første år av utdanningen, og at studentene kunne delta aktivt fremfor å bare observere, selv uten tidligere erfaring. Studentene roterte også mellom ulike terapeuter og klinikker fremfor å følge en fast veileder, noe som ga dem erfaring med et bredt spekter av kliniske tilnærminger og terapeutiske

stiler. Mester-svenn-praksis kan gi studentene verdifull innsikt i hvordan terapeuter håndterer vanskelige relasjonelle situasjoner. Samtidig får studentene profesjonelle rollemodeller, og blir dermed bedre forberedt på selvstendig klinisk arbeid senere.

Andre studier fra prosjektet viser at praksisen opplevdes som nyttig av både studentene (Laugen et al., 2024)

og terapeutene (Holgersen et al., 2025), og at studentene fikk høyere terapeutisk mestringstro (*therapist self-efficacy*) etter praksisen (Fagerbakk et al., 2026b). Tydeligere søkelys på praksis og relasjonelle ferdigheter i utdanningen kan bidra til å gjøre kommende psykologer tryggere, mer fleksible og bedre rustet for klinisk praksis. Ψ

REFERANSER

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 613–630. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.001>
- Brattland, H., Holgersen, K. H., Vogel, P. A., Anderson, T. & Ryum, T. (2022). An apprenticeship model in the training of psychotherapy students. Study protocol for a randomized controlled trial and qualitative investigation. *PLoS ONE*, 17(8), e0272164. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272164>
- Fagerbakk, S. A., Brattland, H., Laugen, N. J., Holgersen, K. H., Vogel, P. A. & Ryum, T. (2026a). Developing facilitative interpersonal skills: A randomized controlled study of an apprenticeship training for first-year clinical psychology students. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2026.2615393>
- Fagerbakk, S. A., Brattland, H., Laugen, N. J., Holgersen, K. H., McAleavey, A. A. & Ryum, T. (2026b). *Developing Therapist Self-Efficacy in Clinical Psychology Students: A Randomized Controlled Study of an Apprenticeship Training* [Innsendt til tidsskrift].
- Frank, H. E., Becker-Haimes, E. M. & Kendall, P. C. (2020). Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), e12330. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12330>
- Holgersen, K. H., Laugen, N. J., Grøtte, T., Brattland, H., Vogel, P. A., Selnes, M. & Ryum, T. (2025). "It's incredibly fun": Psychotherapists' perspectives on participating in a pilot study of an apprenticeship model for training psychology students. *The Clinical Supervisor*, 1–30. <https://doi.org/10.1080/07325223.2024.2448992>
- Laugen, N. J., Grøtte, T., Ryum, T., Vogel, P. A., Brattland, H. & Holgersen, K. H. (2024). Something has sort of opened up for me: psychology students' reflections after participating in an apprenticeship training model. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.794>
- Ryum, T., Nordnes, A. M., Brattland, H., Holgersen, K. H., Anderson, T. & Vogel, P. A. (2021). En norsk pilotstudie av ferdighetstesten fasiliterende interpersonlige ferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(4), 256–265. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as03ae-En-norsk-pilotstudie-av-ferdighetstesten-fasiliterende-interpersonlige-ferdigheter

Skriv og del

Psykologtidsskriftet sendes hver måned ut til mer enn 10 000 psykologer. Derfor er Psykologtidsskriftet en unik arena for å dele erfaringer, kunnskap og meninger.

Alt vi publiserer er fritt tilgjengelig. Vi har ingen betalingsmur.



TEKST Ingrid Funderud
Regional seksjon spiseforstyrrelser,
Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Oslo universitetssykehus

Søskenens erfaringer med deltakelse i flerfamilieterapi for spiseforstyrrelser

OMTALT ARTIKKEL

Funderud, I., Hage, T. W., Skjønhaug J., Kvakland A-L., Stedal, K., Rø, Ø. & Nilsen, J-V. (2025). The experience of siblings attending multi-family therapy for adolescent eating disorders: a mixed-methods study. *Journal of Eating Disorders*, 14, 25. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01502-9>

Søsken av pasienter i behandling for spiseforstyrrelser rapporterte at flerfamilieterapi bidro til at de følte seg mindre alene.

Spiseforstyrrelser er alvorlige psykiske lidelser som ikke bare påvirker personen selv, men gjerne også medfører belastninger for foreldre og eventuelle søsken (Zabala et al., 2009). Til tross for at søsken ofte står tett på lidelsen, er deres erfaringer lite undersøkt. Det som finnes av forskning viser at søsken ofte rapporterer om sosial isolasjon, høyt konfliktnivå i familien og negative konsekvenser for egen fysiske og psykiske helse (Dimitropoulos et al., 2009; Garley & Johnson, 1994; Halvorsen et al., 2013; Matthews et al., 2021; van Langenberg et al., 2016).

Spiseforstyrrelser debutterer oftest i tenårene (Solmi et al., 2022). Ved behandling av barn og unge med en spiseforstyrrelse anbefales familiebasert behandling som førstevalg (Helsedirektoratet, 2017). I behandlingsformen har foreldrene en sentral rolle i det terapeutiske arbeidet, mens søsken involveres i varierende grad.

Flerfamilieterapi kan tilbys som et supplement til familieterapi (Dare & Eisler, 2000). Flerfamilieterapi er en gruppebasert behandlingsform der flere familier møtes over tid under veiledning av terapeuter. Behandlingsformen legger i større grad til rette for søskens aktive deltakelse enn familieterapi for individuelle familier. I to studier beskrev søsken til ungdom med en spiseforstyrrelse at flerfamilieterapi var krevende, men nyttig (Batchelor et al., 2022; Brinchmann & Krvavac, 2021). Det er behov for mer kunnskap om hvorvidt flerfamilieterapi kan gi søsken den støtte og kunnskapen de har

KONTAKT ifunderu@ous-hf.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

DESIGN OG ANALYSE

- Deltakerne var søsken ($n = 72$, alder 7–22 år) som deltok i flerfamilieterapi sammen med en bror eller søster (11–18 år) med en spiseforstyrrelse, samt foreldre.
- Søskenene fylte ved avslutning av flerfamilieterapien ut et spørreskjema om sine erfaringer med deltakelsen, inkludert vurdering av egne behandlingsmål og måloppnåelse.
- Åpne spørsmål analysert med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og lukkede spørsmål med deskriptiv statistikk (4-punkts Likert-skala).
- Dataene ble analysert med en mixed methods-tilnærming.

HOVEDFUNN

Kvantitative funn

- Flertallet av søskenene svarte at flerfamilieterapien overgikk deres forventninger.
- Nesten alle ville anbefalt andre søsken å delta.

Kvalitative funn – hovedtemaer

- Styrket forståelse og selvrefleksjon: Bedret innsikt i spiseforstyrrelsen og refleksjon over egen rolle som søsken.
- Helende kraft i å knytte bånd: Verdifullt å møte andre i samme situasjon, dele erfaringer og erfare at man ikke er alene.
- Positive endringer i familiedynamikken: Bedret kommunikasjon, mer åpenhet og færre konflikter.

behov for. Derfor undersøkte vi (Funderud et al., 2025) søskens erfaringer med deltakelse i flerfamilieterapi.

Metode

Som ledd i kvalitetssikringsrutiner ved Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP), Oslo universitetssykehus (PVO saksnr. 23/01834), ble familier som deltok i flerfamilieterapi for spiseforstyrrelser, invitert til å besvare spørreskjemaer ved behandlingsstart, behandlingsslutt og ved seks måneders oppfølging.

Rammen for flerfamilieterapien ved RASP er at familiene møtes ti–elleve ganger, først fire sammenhengende dager, deretter oppfølgingsdager spredt over cirka fem måneder. Behandlingen kombinerer samtale med kreative og erfaringsbaserte oppgaver. Søsken oppfordres til å delta.

I vår studie inngår data fra søsken ($n = 72$) innhentet ved behandlingsslutt og ved seks måneders oppfølging, da spørsmålene ved disse tidspunktene var relevante for

studiens problemstilling. Spørsmålene var utviklet for å fange søskenenes erfaringer med å ha deltatt i flerfamilieterapien, og var en blanding av åpne og lukkede spørsmål. De omhandlet blant annet søskenenes forventninger til terapien, om de ville ha anbefalt den til andre søsken og hvorvidt søskenene opplevde at terapiens behandlingsmål var blitt oppnådd.

Dataene ble analysert med en mixed methods-tilnærming, med deskriptiv statistikk for lukkede spørsmål og tematisk analyse for åpne spørsmål.

Hovedfunn

Kvantitative funn

Flertallet (63 %) av søskenene hadde nøytrale forventninger til behandlingen, mens noen hadde høye, lave eller ingen forventninger på forhånd. Likevel oppga 62 % at behandlingen overgikk deres forventninger. Nesten alle (96,5 %) ville anbefalt andre søsken å delta i flerfamilieterapi.

De tre viktigste behandlingsmålene for søskenene var «å hjelpe søskenet med spiseforstyrrelse til å få mot nok til å spise normalt», «å minske konfliktene rundt mat i familien» og «å kunne være sammen som familie».

Høyest måloppnåelse (87–100 %) ble rapportert for «å høre om hvordan det er i andre familier hvor noen har en spiseforstyrrelse», «å minske skyldfølelse og bebreidelser» og «å få støtte fra andre i samme situasjon».

Kvalitative funn

Den kvalitative analysen avdekket tre hovedtemaer:

«Økt forståelse av sykdommen og fremming av selvrefleksjon» fanget opp at søskenene opplevde økt mestring og kunnskap om spiseforstyrrelsen, samt at deltakelsen ga rom for refleksjon over egen rolle.

«Helende kraft i å knytte bånd til andre søsken og familiemedlemmer» tematiserte den opplevde verdien av å møte andre i samme situasjon, dele erfaringer og erfare at man ikke er alene.

«Å erfare positive endringer i familiedynamikken» omfattet beskrivelser av bedret kommunikasjon, større åpenhet og færre konflikter, samt en opplevelse av en mer «normal» hverdag.

Diskusjon og implikasjoner

Funnene støtter tidligere studier som viser at det kan være verdifullt for søsken å delta i flerfamilieterapi (Batchelor et al., 2022; Brinchmann & Kravac, 2021). Hva ved flerfamilieterapi bidrar til disse positive opplevelsene? Ifølge våre funn gir terapien søsken en strukturert ramme der de kan uttrykke egne perspektiver og lære sammen med andre i samme situasjon. Formatet balanserer ivaretagelse av søskens egne behov med støtte til forståelsen av deres rolle i tilfriskningsprosessen.

Ikke alle søskenene uttrykte stort utbytte, delvis på grunn av få søsken i gruppen eller stor aldersforskjell. Terapeuter bør være oppmerksomme på slike utfordringer og tilpasse aktiviteter ved behov, for eksempel ved

å la de yngste delta på alternative måter som lek eller tilpassede oppgaver.

Søsknenes erfaringer ble samlet via skriftlige svar på åpne spørsmål i spørreskjemaer. Dette kan ha begrenset dybden i svarene, men kan samtidig ha gjort det lettere å svare ærlig. Andelen søsken som deltok i studien, er ukjent da totalantallet søsken ikke er registrert. Andelen som takket nei til å delta, kan ha hatt andre erfaringer. At

alle deltakerne ble rekruttert fra én flerfamilieterapitjeneste, kan også begrense generaliserbarheten.

Samlet sett indikerer vår studie at flerfamilieterapi som aktivt involverer søsken, kan gi søsknene både kunnskap og emosjonell støtte. Funnene kan inspirere behandlere til å inkludere søsken i behandling og oppmuntre foreldre til å ta dem med. 

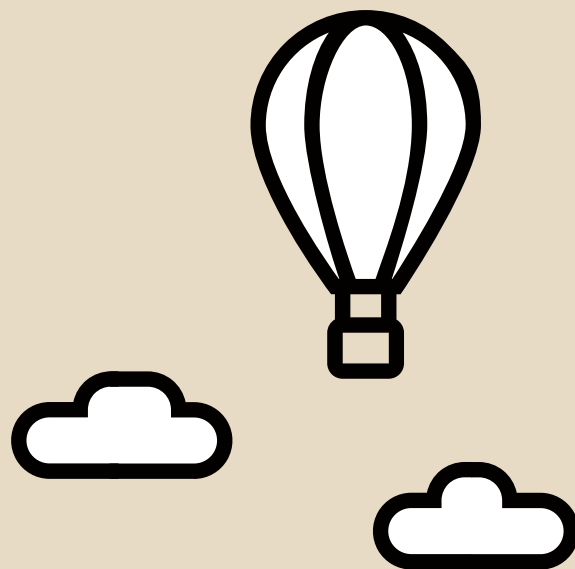
REFERANSER

- Batchelor, R., Cribben, H., Macdonald, P., Treasure, J., Cini, E., Nicholls, D. & Kan, C. (2022). The experiential perspectives of siblings and partners caring for a loved one with an eating disorder in the UK. *BJPsych Open*, 8(2), e76. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.43>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brinchmann, B. S. & Kravavac, S. (2021). "Breaking down the wall" patients' and families' experience of multifamily therapy for young adult women with severe eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00412-w>
- Dare, C. & Eisler, I. (2000). A Multi-family Group Day Treatment Programme for Adolescent Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4–18. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200002\)8:1<4::AID-ER-V330>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200002)8:1<4::AID-ER-V330>3.0.CO;2-P)
- Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L. & Schacter, R. (2009). Caring for a sibling with anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorder Review*, 17(5), 350–365. <https://doi.org/10.1002/erv.937>
- Garley, D. & Johnson, B. (1994). Siblings and eating disorders: a phenomenological perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(3), 157–164. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1994.tb00039.x>
- Halvorsen, I., Ro, O. & Heyerdahl, S. (2013). Nine-year follow-up of girls with anorexia nervosa and their siblings: retrospective perceptions of parental bonding and the influence of illness on their everyday life. *European Eating Disorder Review*, 21(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/erv.2191>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Matthews, A., Peterson, C. M., Lenz, K., Kramer, R. A., Mara, C., Copps, E. C. & Mitani, L. (2021). Modifiable factors associated with mental health symptoms in siblings of adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(6), 1757–1765. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00993-6>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- van Langenberg, T., Sawyer, S. M., Le Grange, D. & Hughes, E. K. (2016). Psychosocial Well-being of Siblings of Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*, 24(6), 438–445. <https://doi.org/10.1002/erv.2469>
- Zabala, M. J., Macdonald, P. & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *European Eating Disorder Review*, 17(5), 338–349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>

Fritt og åpent for alle

Vi mener psykologisk kunnskap bør komme alle til gode.

Derfor er alt vi publiserer åpent og fritt tilgjengelig for alle på www.psykologtidsskriftet.no



Psykologer i lederroller

Er du psykologleder og vil bidra til å øke kunnskapen om lederrollen?

Prosjektet «Psykologen som leder» undersøker arbeidshverdagen, belastningene og ressursene til psykologer i lederstillinger gjennom en landsdekkende spørreundersøkelse. Målet er å forstå hvilke krav og ressurser som preger psykologlederrollen, og hvilke personlige og organisatoriske faktorer som bidrar til motivasjon, trivsel og utvikling i rollen.

Prosjektet skal gi den første helhetlige, empiriske oversikten over hverdagen til psykologer i lederstillinger i Norge, og kan danne grunnlag for bedre støtte, utvikling og kvalitetsarbeid.

Spørreundersøkelsen lanseres mandag 13. april, rett etter påske, og datainnsamlingen skjer løpende. Deltakerne kan også delta i en påfølgende dagbokstudie, der arbeidshverdagen følges tett over ti dager. Alle deltakerne får personlig tilbakemelding basert på egne svar.

Prosjektet er del av en nærings-PhD ved Universitetet i Bergen, utviklet i samarbeid med Norsk psykologforening.

Ved ønske om å delta eller andre spørsmål, kontakt Rudi Myrvang, psykologspesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi:
rudi.myrvang@uib.no 📧

CALL FOR PAPERS

Nevropsykologi

Tidsskrift for Norsk psykologforening

Bli den første til å publisere i en ny vitenskapelig publiseringsplattform for nevropsykologi.

Norsk Nevropsykologisk Forening har inngått samarbeid med Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vi inviterer forfattere til å sende inn vitenskapelige manuskripter i forbindelse med lanseringen av nye Nevropsykologi.

Artikler om ulike temaer innen nevropsykologi, som rehabilitering, habilitering, psykisk helse og testmetodikk ønskes. Vi er spesielt interessert i bidrag innen barnehabilitering.

Det påløper ingen publiseringsavgift. Artiklene publiseres med åpen tilgang og gjøres tilgjengelige nasjonalt og internasjonalt via Crossref og DOAJ. Publisering på engelsk er mulig.

📧 **Psykologtidsskriftet**



**NORSK
NEVROPSYKOLOGISK
FORENING**

Spørsmål? Ta gjerne kontakt med redaktørene:

Marianne Berg Halvorsen, PhD:

marianne.berg.halvorsen@psykologtidsskriftet.no

Rune Raudeberg, PhD:

rune.raudeberg@psykologtidsskriftet.no

Frist for innsending:

Fra og med medio mars 2026
og løpende.



For manusinnsendelse:

**Karin Bugge Vatne**Lovisenberg Diakonale Sykehus AS,
Nic Waals Institutt**Nadina Peters**Nasjonalt kunnskapssenter om vold
og traumatisk stress**Karina Egeland**Nasjonalt kunnskapssenter om
vold og traumatisk stress

Implementering i psykisk helsevern for voksne – en studie av klima, ledelse og organisasjonsstrategier

Sammendrag

Målet med studien er å undersøke hvordan ansatte ved norske poliklinikker i psykisk helsevern for voksne opplever implementeringsklima for implementering av kunnskapsbaserte metoder for traumebehandling. Ansatte ved 16 poliklinikker ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) svarte på spørreskjema om implementeringsklima mens implementering av kunnskapsbasert traumebehandling pågikk. Deretter ble poliklinikkens strategiplaner for vedlikehold gjennomgått for å se etter sammenhenger mellom strategier og opplevd implementeringsklima. Resultatene viste totalt implementeringsklima på moderat nivå. Terapeutene skåret høyere på dimensjonene fokus og anerkjennelse og lavere på dimensjonene opplæringsstøtte, eksisterende støtte, bruk av data og integrasjon. Det var signifikante forskjeller mellom lederskårer og terapeutskårer på noen områder. Vedlikeholdsplanene viste mange strategier knyttet til støtte, men det kan være nødvendig å se på andre strategier for å sikre at terapeuter får gjennomført det som er planlagt. Klinikken har stor variasjon i hvordan de vil integrere implementeringsarbeidet i klinikkens ordinære drift. De kan med fordel spesifisere mer spesifikke målsettinger med implementeringen for å bedre anvende etablerte systemer og praksiser for å sikre vedlikehold og likeverdig pasientbehandling. Bedre tilgang til data vil kunne understøtte dette arbeidet.

KONTAKT KarinBugge.Vatne@lds.no**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.**Nøkkelord:** implementeringsklima, kunnskapsbasert praksis, implementeringsstrategier

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har siden 2018 hatt i årlig oppdrag fra Helsedirektoratet å bistå poliklinikker i psykisk helsevern for voksne (DPS) i implementering av kunnskapsbaserte metoder for traumebehandling. Oppdraget er prosjektbasert og benytter implementeringsprogrammet *Leadership and Organizational Change for Implementation* (LOCI) (Egeland et al., 2019). Prosjektet Implementering av kunnskapsbasert traumebehandling med LOCI (LOCI Norge-prosjektet) omfatter opplæring i utredning og diagnostikk av posttraumatisk stresslidelse (PTSD), samt opplæring og veiledning i to kunnskapsbaserte metoder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Lalot & Shapiro, 2022) og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) (Ehlers & Clark, 2000). Målet er å bidra til høy kompetanse på traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg må metodebruket settes i system slik at alle pasienter som kan ha nytte av behandlingen, får tilbud om den, og ikke minst at praksisen opprettholdes og vedvarer over tid.

Implementering påvirkes av mange forhold, herunder to sentrale faktorer (Klein & Sorra, 1996). Den ene er såkalt *innovation-values fit*, som handler om hvorvidt de involverte vurderer det som skal implementeres, som forenlig med egne sentrale verdier. I denne sammenhengen vil det si hvorvidt en metode oppfattes av behandlere som egnet og riktig for pasientgruppen og klinikken. Terapeuters oppfatning av metodene CT-PTSD og EMDR er undersøkt og er funnet å ha høy aksept (Skar et al., 2022; Egeland et al., 2023). Den andre sentrale faktoren er *implementeringsklima* (Klein & Sorra, 1996), som omhandler de ansattes oppfatninger av ulike forhold og betingelser i organisasjonen som er relevante for implementeringen, altså kontekstuelle faktorer. I arbeidet med å støtte DPS-ene med implementeringen av traumebehandling har det derfor vært sentralt for LOCI Norge-prosjektet å fokusere på implementeringsklima og hvordan organisasjonene best kan styrke dette (Egeland et al., 2019).

Implementeringsklima

Implementeringsklima handler overordnet om hva ansatte oppfatter at organisasjonen og dens ledelse verdsetter og støtter. Ved innføring av nye metoder defineres begrepet som i hvilken grad ansatte oppfatter at bruk av den nye metoden er forventet, støttet og belønnet i organisasjonen (Klein & Sorra, 1996). Begrepet er beslektet med organisasjonsklima generelt, men skiller seg ved å ha et spesifikt strategisk fokus (Weiner et al., 2011). Begrepet omfatter strategier (tiltak, praksiser og prosedyrer) en organisasjon har eller kan iverksette for å understøtte ansattes motivasjon for og anledning til å ta i bruk en ny metode. Dette kan være å sørge for opplæring av høy kvalitet, gjøre grep

for å sikre at ansatte har tid til å lære seg metoden, og at de har de riktige pasientene å jobbe med, og å gi ulike former for insentiver eller anerkjennelse. I praksis betyr det alt man gjør i en organisasjon som bidrar til at en metode tas i bruk på en god måte. Implementeringsklima er et mangefasettert begrep på tvers av nivåer i organisasjonen. Begrepet tar høyde for at organisasjoner er komplekse sosiale systemer hvor ulike faktorer eller forhold kan samvirke og påvirke hverandre. Dette innebærer at ulike strategier kan lede til samme ønskede resultat, og at det slik sett ikke er en retlinjet sammenheng mellom spesifikke strategier og implementeringsutfall (Weiner et al., 2011). Videre antas det at selv om det generelt sett er positivt å ha en viss bredde i implementeringsstrategier, kan noen strategier av høy kvalitet kompensere for mangel på eller lav kvalitet på andre strategier (Weiner et al., 2011). Implementeringsklima er vist å ha sammenheng med implementeringsutfall (Egeland et al., 2023; Williams et al., 2022), altså omfanget av og kvaliteten på metodebruket.

Begrepet implementeringsklima har over tid blitt bearbeidet teoretisk og empirisk, også gjennom konkretisering i form av faktorer eller dimensjoner, og er et viktig fundament for mange av de modellene og programmene som er blitt utviklet med tanke på implementering (Ehrhart et al., 2014; Thayer et al., 2022). Kartleggingsverktøy er utviklet for å kunne måle implementeringsklima til bruk i praktisk implementeringsarbeid og forskning.

Implementeringsklima og ledelse

Ledere har en avgjørende rolle i utformingen av en organisasjon. Betydningen av ledelse i implementeringsprosesser er godt dokumentert (Birken et al., 2018; Meza et al., 2021; Reichenpfader, 2015), og ledelse er funnet å ha sammenheng med implementeringsklima (Egeland et al., 2023; Williams et al., 2022). Fagfeltet er sentrert rundt noen nøkkeltemaer: betydningen av god ledelse generelt, hvilke type handlinger og lederatferd som er sentrale i implementeringsprosesser (implementeringsledelse), og betydningen av *leadership alignment*, altså i hvor stor grad ledere på ulike nivåer er samkjørte i oppfatning, fokus og strategi (O'Reilly et al., 2010; Aarons et al., 2014).

LOCI Norges arbeid i DPS

Implementeringsprogrammet LOCI er utviklet spesifikt for implementering av kunnskapsbaserte metoder innen psykisk helse (Egeland et al., 2019; Aarons et al., 2015). Programmet har en varighet på 9–12 måneder. En hovedkomponent i programmet er lederopplæring og veiledning. Lederne som inkluderes, er poliklinikkledere

med personalansvar for behandlerne (LOCI-ledere) samt overordnede ledere (ofte DPS-ledere). Programmet omfatter fire samlinger (fem dager til sammen) for LOCI-lederne og inneholder opplæring i transformasjonsledelse (Bass & Avolio, 1990), implementeringsledelse (Aarons et al., 2014) og implementeringsklima (Ehrhart et al., 2014; Weiner et al., 2011), samt gruppearbeid og selvstendig arbeid med disse temaene. Mellom samlingene møtes lederne til ukentlig veiledning med implementeringsveiledere fra NKVTS.

Lederoppfølgingen er datadrevet. Det gjøres kartlegginger av både ledelse og implementeringsklima på hver poliklinikk via spørreskjemaer i forkant av ledersamlingene (fire ganger). Basert på disse kartleggingene utarbeider lederne en lederutviklingsplan i samarbeid med implementeringsveiledere.

En annen hovedkomponent for å styrke implementeringsklimaet er arbeid med organisasjonsstrategier (Aarons et al., 2015). Dette arbeidet gjøres i møter med hver enkelt poliklinikk, kalt strategimøter. Her deltar LOCI-lederne, overordnede leder(e) og implementeringsveilederne. I tillegg blir poliklinikkene oppfordret til å invitere med andre som kan ha viktige bidrag, slik som behandlere, teamledere, FoU-rådgivere, kvalitetsrådgivere og andre. Strategimøtene avholdes i etterkant av hver ledersamling, til sammen fire ganger. Møtene starter med en tilbakemelding fra kartleggingen av implementeringsklima. På bakgrunn av kartleggingen utvikles en strategiplan som inneholder de spesifikke målene poliklinikkene har satt seg for å styrke klimaet, konkretisering av handlinger/tiltak knyttet til hver målsetting, samt hvem som har ansvaret for handlingene. Det siste strategimøtet oppsummeres i en vedlikeholdsplan som i likhet med strategiplanene inneholder konkrete handlingsplaner og ansvarsområder.

Kartleggingene og strategi-/vedlikeholdsplanene er viktige for å spisse strategier for utvikling av klima i samarbeid med poliklinikkene. Samtidig representerer målingene og vedlikeholdsplanene en kilde til informasjon om klima for implementering. Etter å ha fulgt klinikkene tett i en periode på ni måneder ble vi nysgjerrige på om arbeidet med implementeringsklima kan si oss noe om de implementeringsutfordringene klinikkene står overfor i norske helsetjenester, og vi ble opptatt av følgende problemstillinger:

1. Basert på målingene av implementeringsklimaet – hvordan ser klimaet ut i poliklinikkene og blant de dimensjonene som utgjør implementeringsklima? Er det forskjeller av betydning?

Etter å ha undersøkt dette ble vi videre nysgjerrige på følgende:

2. Kan vi forstå mer av bakgrunnen for skåringene på implementeringsklima ut fra vedlikeholdsplanene de enkelte klinikkene utarbeidet etter ni måneders implementering?

Metode

Deltakere og prosedyre

Seksten poliklinikker deltok i en ni måneders implementering av kunnskapsbasert traumebehandling i perioden 2022–2023. Alle var del av offentlig psykisk helsevern, med unntak av en privatdrevet poliklinikk med avtale med helseforetak. Foruten allmennpoliklinikker deltok en ruspoliklinikk og en psykosepoliklinikk. Poliklinikkene varierte i størrelse fra ni til 33 behandlere (gjennomsnitt 21), og tilhørte tre regionale helseforetak.

Implementeringsveilederne, herunder forfatterne, fungerte som fasilitatorer. De hadde rollen som både kursholdere, veiledere og deltakere i strategimøtene og var aktive deltakere i alle deler av implementeringen, også i å utarbeide vedlikeholdsplanene. Implementeringsveilederne ledet drøftingene av strategier, oppsummerte drøftingene med tanke på hvordan de kunne konkretiseres i handlinger, tok sikte på å stimulere og legge til rette for idémangfold, og foreslo strategier i dialog med klinikkens representanter.

Datainnsamling av implementeringsklima

For å kartlegge implementeringsklima i deltakende klinikker (problemstilling 1) ble spørreskjema sendt ut på e-post til alle ledere og terapeuter i de 16 deltakende klinikkene tre, seks og ni måneder inn i LOCI-oppfølgingen. Av 338 terapeuter svarte 214 (63 %) på spørreskjemaet på tidspunkt 1, 152 (45 %) på tidspunkt 2 og 128 (38 %) på tidspunkt 3. Av 16 LOCI-ledere svarte 15 på tidspunkt 1, 13 på tidspunkt 2 og 10 på tidspunkt 3. Fire overordnede ledere hadde ansvar for to LOCI-ledere, og svarte følgelig på implementeringsklima for to poliklinikker. Av 16 overordnede ledersvar (ett svar per LOCI-leder) ble 16 mottatt på tidspunkt 1, 12 på tidspunkt 2 og 15 på tidspunkt 3.

Analyse av implementeringsklima

Implementation Climate Scale (ICS) (Ehrhart et al., 2014; Peters et al., 2022; Thayer et al., 2022) består av 24 utsagn fordelt på åtte dimensjoner, der gjennomsnittet av skårene representerer målet på generelt implementeringsklima. De åtte dimensjonene, med et eksempel på utsagn for hver dimensjon, er: fokus – «Implementeringen er ansett som et hovedmål og blir prioritert i tjenesten», støtte til opplæring – «Tjenesten tilbyr kurs, arbeidsgrupper, veiledning og blir prioritert i tjenesten», anerkjennelse – «Ansatte som bruker metodene, anses som eksperter, som verdifulle og kan kompenseres med overtid for ekstra tidsbruk», ansettelse for kunnskap – «Tjenesten ansetter personer som har kompetanse på eller interesse for metodene», ansettelse for åpenhet – «Tjenesten ansetter personer som

er fleksible, tilpasningsdyktige og åpne for nye metoder», bruk av data – «Tjenesten anvender data for å understøtte bruk av metoden», eksisterende støtte – «Tjenesten tilbyr støtte i form av tid avsatt til å lære mer eller oppfølging knyttet til å bruke metoden på en hensiktsmessig måte», og integrasjon – «Tjenesten integrerer metodebruken i annet pågående arbeid og i allerede eksisterende systemer og praksiser».

Utsagnene ble vurdert på en fempunkts Likert-skala fra 0 til 4 der 0 er «ikke i det hele tatt», 1 «i liten grad», 2 «i moderat grad», 3 «i stor grad» og 4 «i veldig stor grad». Både terapeuter og ledere fikk tilsendt skjemaet.

Vi gjennomførte deskriptive analyser og beregnet gjennomsnittsskårer for ICS. For å undersøke forskjellene i ICS-gjennomsnitt mellom terapeuter, LOCI-ledere og overordnede ledere brukte vi lineær blandet effekt-modell med tilfeldig skjæringspunkt (*intercept*) for klinikk. Slike modeller egner seg godt for datasett der respondenter er gruppert i klynger (klinikker), og der det foreligger gjentatte målinger over tid. Gruppeforskjeller ble analysert ved hjelp av justerte modeller som tok hensyn til klynger på klinikknivå og gjentatte målinger. Alle statistiske analyser er gjort i R (versjon 4.2.3).

Analyse av vedlikeholdsplanene

For å forstå mer av bakgrunnen for resultatene på implementeringsklima (problemstilling 2) er det tatt utgangspunkt i vedlikeholdsplanene som ble utarbeidet i samtlige klinikker ved avslutningen av LOCI-oppfølgingen. Vedlikeholdsplanene ble utarbeidet av lederne med hjelp fra implementeringsveilederne i siste strategimøte. Planene ble samlet inn rett etter ferdigstillelse.

Vedlikeholdsplanene er oversikter over de strategier hver enkelt poliklinikk ønsket å videreføre eller iverksette for å kunne opprettholde tilbudet om kunnskapsbasert traumebehandling. Både innholdet i strategiene og frekvensen av ulike strategier på tvers av poliklinikker kan bidra med informasjon. Vi valgte derfor å analysere vedlikeholdsplanene etter prinsippene for kvalitativ innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005). Målet var å identifisere strategityper, altså kategorier av strategier, spesifisere frekvensen av strategier blant poliklinikkene, for deretter å relatere disse funnene til dimensjonene i implementeringsklima. Analysen foregikk ved at forfatter 1 gjennomgikk og kategoriserte strategiene for alle poliklinikkene i ett felles Excel-dokument. I dokumentet fikk hver poliklinikk sin kolonne hvor alle poliklinikkens strategier ble ført inn. Forfatter 1 startet med én vedlikeholdsplan og førte strategiene ordrett inn i poliklinikkens kolonne. Tilsvarende ble gjort med de resterende planene. Mange strategier tilsvarte eller overlappet med andre poliklinikkens strategier. Strategier med samme tema/innhold ble lagt inn ved siden av hverandre. Slik dannet det seg rader av strategityper. Forfatter 1 og 2 gikk deretter hver for seg gjennom alle strategiene med utgangspunkt

i de åtte dimensjonene i ICS med tanke på relevans for dimensjonene i implementeringsklima, det vil si hvilke dimensjoner av implementeringsklima strategiene kan tenkes å påvirke. Forfatterne kodet hver strategi med den/de aktuelle dimensjonene de oppfattet som relevant(e). Kodingen ble deretter sammenholdt. Der det ikke var sammenfall, ble kodingen drøftet fram til konsensus ble oppnådd.

Resultater

Implementeringsklima etter ni måneder

Terapeutene i de 16 poliklinikkene rapporterte et moderat implementeringsklima på siste måletidspunkt (gjennomsnitt = 2.8) (figur 1). Dimensjonene *fokus*, *anerkjennelse* og *ansettelse for åpenhet* trakk snittet opp. Dimensjonene *opplæringsstøtte*, *bruk av data*, *eksisterende støtte* og *integrasjon* trakk snittet ned.

ICS-skårer fordelt på ledere og terapeuter

Tabell 1 og figur 2 viser forholdet mellom skårene til terapeuter, LOCI-ledere og overordnede ledere på de tre ulike måletidspunktene, henholdsvis etter tre, seks og ni måneders implementering.

På tidspunkt 1 var det signifikant forskjell på implementeringsklima mellom terapeutene og overordnede ledere, der overordnede ledere skåret høyere enn terapeuter ($b = 0.39$, 95 % KI [0.06, 0.72], $p = .016$). Forskjellen mellom LOCI-ledere og terapeuter var ikke statistisk signifikant ($b = 0.32$, 95 % KI [-0.03, 0.66], $p = .076$), og det var heller ingen signifikant forskjell mellom LOCI-ledere og overordnede ledere ($b = -0.07$, 95 % KI [-0.53, 0.38], $p = .924$).

Ved tidspunktene 2 og 3 var det ingen signifikante forskjeller i implementeringsklima mellom terapeuter, LOCI-ledere og overordnede ledere (alle p -verdier $< .05$).

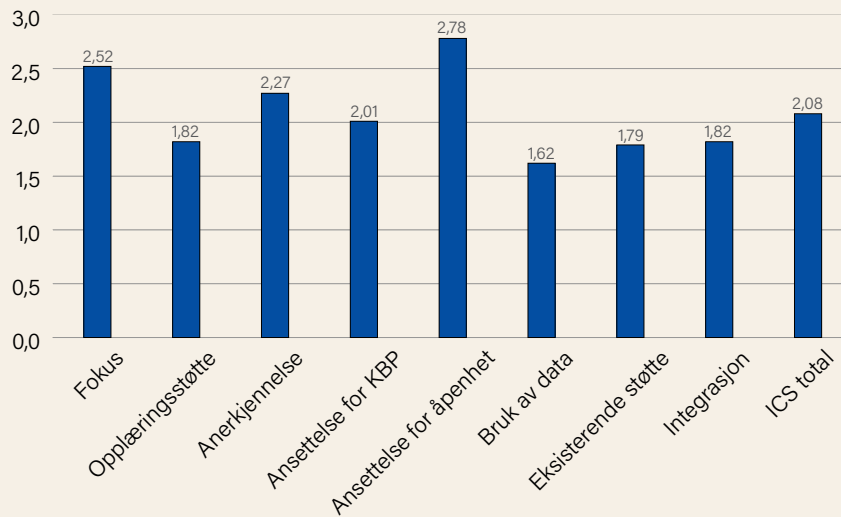
Ser vi på underdimensjonene på tidspunkt 1, skåret LOCI-lederne signifikant høyere enn terapeutene på subskalaene *anerkjennelse* ($b = 0.53$, 95 % KI [0.11, 0.96], $p = .009$) og *eksisterende støtte* ($b = 0.51$, 95 % KI [0.03, 1.00], $p = .036$). Overordnede ledere skåret også signifikant høyere enn terapeutene på *eksisterende støtte* ($b = 0.61$, 95 % KI [0.14, 1.08], $p = .007$), *ansettelse for kunnskapsbasert praksis* (KBP) ($b = 0.55$, 95 % KI [0.11, 0.99], $p = .009$), *bruk av data* ($b = 0.54$, 95 % KI [0.05, 1.03], $p = .026$), og *integrasjon* ($b = 0.47$, 95 % KI [0.00, 0.93], $p = .050$).

Det var ingen forskjell mellom gruppene på underdimensjonene på tidspunkt 3 (alle p -verdier $< .05$).

Når vi ser på gjennomsnitt på tvers av grupper, var det en signifikant nedgang i implementeringsklima fra tidspunkt 1 til tidspunkt 3 ($b = -0.4$, 95 % KI [-0.28, -0.01], $p = .032$). Når denne endringen ble undersøkt innen hver gruppe separat, var det ingen signifikante

FIGUR 1

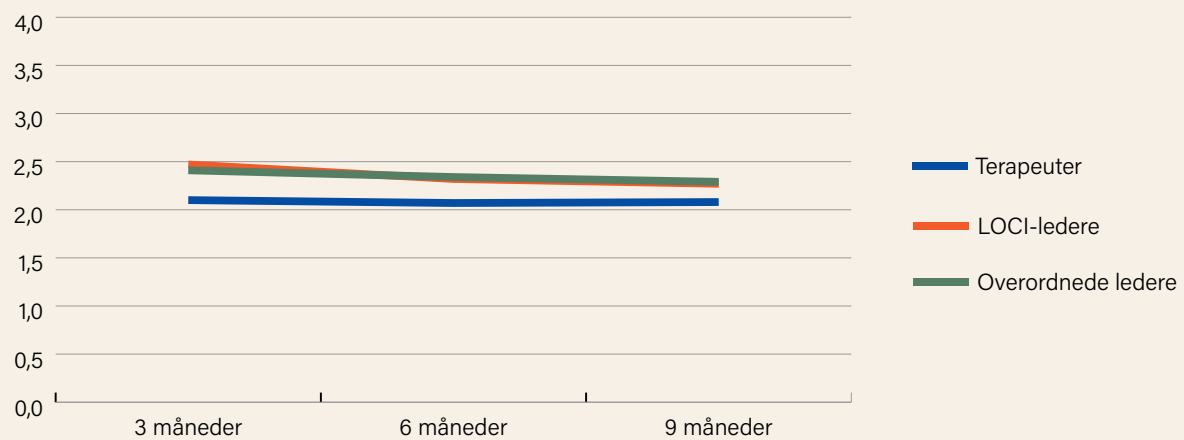
Implementeringsklima målt med ICS



Merknad. ICS = implementation climate scale; KBP = kunnskapsbasert praksis.

FIGUR 2

Implementeringsklima fordelt på terapeuter og ledere



TABELL 1

Implementeringsklima blant ansatte

	Terapeuter		LOCI-ledere		Overordnede ledere	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
T1	214	2.09 (.56)	15	2.41 (.45)	16	2.47 (.38)
T2	152	2.07 (.59)	13	2.34 (.36)	12	2.32 (.34)
T3	128	2.08 (.67)	10	2.29 (.42)	15	2.27 (.35)

Merknad. LOCI = Leadership and Organizational Change for Implementation; M = Gjennomsnitt; SD = Standardavvik.

forskjeller mellom tidspunkt 1 og tidspunkt 3 verken for overordnede ledere ($b = -0.21$, 95 % KI $[-0.43, 0.01]$, $p = .063$), LOCI-ledere ($b = -0.17$, 95 % KI $[-0.42, 0.09]$, $p = .192$) eller terapeuter ($b = -0.06$, 95 % KI $[-0.26, 0.15]$, $p = .582$).

Vedlikeholdsplanene

Målingen av implementeringsklimaet viste at terapeuter skåret tre dimensjoner i området moderat til høy grad og fire dimensjoner i området lavt til moderat. På bakgrunn av de fire dimensjonene med lavere skår ønsket vi å undersøke forhold som kunne belyse disse. I analysen av vedlikeholdsplanene konsentrerte vi oss derfor om dimensjonene: støtte til opplæring, eksisterende støtte, bruk av data og integrasjon. Under følger en oversikt over kategorier av strategier relatert til de fire dimensjonene.

Støtte til opplæring og eksisterende støtte

Støtte til opplæring og eksisterende støtte er begge dimensjoner som handler om kompetanseheving. Strategiene her representerer både tidsavgrensede tiltak som å sende terapeuter på kurs og opplæring («støtte til opplæring»), men også mer varige tiltak som å sikre at terapeutene fortsetter å jobbe med pasientgruppen, at de har mulighet for møtepunkter og saksdrøftinger, veiledning og på andre måter kan videreutvikle kompetansen (eksisterende støtte). Dimensjonene er nært beslektet, og strategiene presenteres derfor samlet.

Kurs og veiledning var blant strategiene nesten alle poliklinikkene ønsket å iverksette eller videreføre (15 og 12 i tabell 2). Seks av planene inkluderte også videre opplæring i EMDR (trinn 2). Tilsvarende gjaldt for videreføring av oppfølging fra leder (14). En strategi av mer organisatorisk karakter er å formalisere/definere en faglig fordypningsgruppe eller team, en strategi som var til stede i ni av vedlikeholdsplanene, der fire av disse allerede var etablert og skulle videreføres. Fire av planene beskrev også faste møtetidspunkter og

møtefrekvens for teamet/gruppen. Fire av poliklinikkene hadde som strategi å sikre at terapeutene fortsatte å ha PTSD-pasienter å jobbe med, noe som er viktig for å videreutvikle kompetanse og jobbe aktivt med metoden. Ti av poliklinikkene hadde som strategi å spisse teksten i stillingsannonser, som er en måte å tilføre kompetanse til et fagmiljø på. En poliklinikk hadde en strategi for tilgang til faglitteratur, og en hadde strategi for etterlevelse av metoden (fidelitet).

Bruk av data

Bruk av data er knyttet til evaluering av implementeringen: om man oppnår ønsket implementeringsresultat, og å identifisere problemer eller utfordringer som kan kreve justeringer underveis. Ni av vedlikeholdsplanene inneholdt konkrete beskrivelser av data som poliklinikkene ønsket å innhente. Dette omfattet antall pasienter med diagnosen PTSD, antall pasienter som var utredet med verktøyet Traume- og PTSD-screening (TRAPS) (Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, 2025), antall pasienter som mottok behandling med metodene, symptom/effektmål, behandlingslengde, frekvens på timeavtaler og brukerfornøydhet. Ni av poliklinikkene hadde altså konkretisert en eller flere typer data de ønsket å innhente. I tillegg inneholdt vedlikeholdsplanene strategier som omhandlet *selve* datainnhenting (tabell 3).

Gjennomgangen av vedlikeholdsplanene viste med andre ord at ingen av poliklinikkene hadde etablert systematisk datainnhenting. Strategiene for å få til dette var å henvende seg til foretaket eller avvente innføring av tilbagemeldingssystemer (eksempelvis «Del med meg», «Norse»), med unntak av to poliklinikker, som planla at behandlere skulle registrere data manuelt.

Integrasjon

Integrasjon handler om å innlemme aspekter av betydning for implementeringen i eksisterende systemer eller praksiser. Her inkluderte vi alle strategier som viste til

TABELL 2

Planlagte strategier knyttet til opplæring og eksisterende støtte

Strategi	Antall poliklinikker
Interne fagdager eller påmelding til traumekurs/konferanser	15
Videreføre jevnlig oppfølging fra leder	14
Videreføring av veiledning	12
Spisse utlysningsteksten i stillingsannonser – beskrive traumebehandling som satsing og ønske om søkere med denne kompetansen	10
Videreføre eller etablere traumegruppe/traumeteam/traumeforum med faste møtepunkter	9
Påmelding til opplæring i trinn 2 EMDR	6
Sikre at terapeutene fortsetter å ha tilgang på pasienter med posttraumatisk stresslidelse	4t
Fidelitetsskåring mellom terapeuter	1
Samarbeid med foretakets bibliotekstjeneste	1

Merknad. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

TABELL 3

Planlagte strategier knyttet til innhenting av data

Strategi	Antall poliklinikker
Kontakte ressursperson i foretaket (FoU-rådgiver, kvalitetsrådgiver, kontroller) med spørsmål om det er mulig å innhente data av interesse	13
Undersøke om pasientfeedback-systemet som innføres, kan benyttes i datainnhenting	6
Behandlerstyrt datainnhenting	2

et etablert system, en rutine eller praksis som eksisterer uavhengig av implementeringen. Dette innebar strategier som i utgangspunktet kan relateres til andre dimensjoner i implementeringsklima, som kompetansehevingstiltak eller datainnhenting (tabell 4).

Den mest frekvente strategien relatert til denne dimensjonen var å innlemme kompetanse på EMDR og CT-PTSD i klinikkens praksis med å jevnlig vurdere opplærings- og rekrutteringsbehov for å sikre at klinikken har kompetansen den trenger (11). Videre planla man oppfølging av implementeringen som fast punkt på møteplan i syv av klinikkene. Begge disse strategiene viser til lederstyrte strukturer. Flere andre strategier var også knyttet til lederaktiviteter, som utforming av behandlingsprosedyre (4), system for fordeling av pasienter (4), inkludere traumebehandling i plan eller årshjul for undervisning (3), fast punkt i medarbeidersamtale (3) og prosedyre for internhenvisning til matriseteam (1), men disse var mindre frekvente. Seks klinikker planla å inkludere utredningsverktøyet TRAPS i et elektronisk tilbakemeldingssystem. En poliklinikk hadde en strategi knyttet til å koble implementeringen opp mot et sykehusovergripende kvalitetsforbedringssystem.

Diskusjon

Måling av terapeutenes opplevelse av implementeringsklima kan være til stor hjelp for å forstå hvor skoen trykker. Terapeutene ved de 16 norske DPS-ene som deltok i implementering av kunnskapsbasert traumebehandling, skåret dimensjonene fokus, anerkjennelse og ansettelse for åpenhet i området moderat til stor grad, mens dimensjonene opplæringsstøtte, eksisterende støtte, bruk av data og integrasjon ble skåret i området lavt til moderat grad på siste måletidspunkt. Det var også forskjeller i terapeutenes og ledernes oppfatning av implementeringsklima. Lederne skåret signifikant høyere enn terapeutene på de samme underdimensjonene eksisterende støtte, bruk av data og integrasjon, i tillegg til anerkjennelse og ansettelse på første måletidspunkt. Forskjellen var ikke lenger signifikant ved avslutningen.

Hvorvidt terapeuter og ledere er samstemte, kan være viktig kilde til informasjon. Manglende samstemthet kan se ut til å påvirke organisasjonsklimaet negativt i form av misforståelser og redusert effektivitet i implementeringen (Shuman et al., 2023). I vår studie nærmet lederne seg

TABELL 4

Planlagte strategier knyttet til integrasjon i eksisterende systemer eller praksiser

Strategi	Antall poliklinikker
Sikre tilstrekkelig kompetanse – inkludere kompetanse på EMDR/CT-PTSD i kompetanseplanlegging/kompetanseplaner/rekrutteringsplanlegging	11
Rapporterings-/informasjonspunkt på ledermøter/avdelingsmøter/personalmøter/poliklinikk møter	7
Inkludere TRAPS i elektronisk kartleggingspakke (CheckWare eller tilsvarende)	6
Etablere system (ikke nærmere spesifisert) for refordeling av pasienter til terapeuter med opplæring i EMDR/CT-PTSD	4
Formalisere pasientforløp/behandlingsprosedyre	4
Traumeundervisning som fast punkt i undervisningsplan/årshjul/læringsnettverk	3
Terapeutenes bruk av metoden som fast punkt i medarbeidersamtaler	3
Inkludere opplæring i kartleggingsverktøyet TRAPS i opplæringspakken for nyansatte	2
Bruk av metoden som fast punkt i caseloadsamtaler	1
Videreføre prosedyre for internhenvisning av pasienter til matriseteam	1
Melde implementeringen inn som forbedringsprosjekt i foretakets kvalitetsforbedringssystem	1

Merknad. TRAPS = Traume- og PTSD-screening; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; CT-PTSD = Kognitiv terapi for PTSD.

terapeutene i oppfatning av klima underveis i implementeringen. Dette kan ha sin naturlige forklaring i at lederne fikk tilbakemeldinger om skåringene underveis, og la seg på et tilnærmet nivå som terapeutene utover i implementeringen. At terapeutenes opplevelse av implementeringsklima ikke endret seg i positiv retning i løpet av implementeringen, men holdt seg konstant, ga motivasjon for å undersøke om vi kunne forstå mer av bakgrunnen for terapeutenes lave skårer på dimensjonene støtte, bruk av data og integrasjon ut fra vedlikeholdsplanene ni måneder etter implementeringsoppstart.

Poliklinikkens vedlikeholdsplaner viste at klinikkene i løpet av implementeringen hadde iverksatt og planla for et bredt spekter av strategier relatert til støtte, slik som etablering av fagteam, faste tider til veiledning eller fagmøter, oppfølging fra leder og annet. Kartleggingen av opplevd støtte inneholder spørsmål om tid avsatt til denne type aktiviteter, og lederskårene kan nettopp reflektere hvordan de opplever å legge til rette for dette. Det kan da være nærliggende å stille spørsmål ved om terapeutene får benyttet seg av denne tiden. Behandlere i de polikliniske tjenestene har lenge meldt om kapasitetsutfordringer og at de har for lite tid til fagutvikling (Kvittingen & Sømshovd, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Det er mulig diskrepansen mellom ledernes og terapeutenes skårer reflekterer prioriteringsutfordringer der tid avsatt til fagfordypning kommer i konflikt med andre oppgaver og krav. Det vises i denne sammenhengen ofte til ledere og deres ansvar for kvalitetsforbedring og tilrettelegging av tjenestene (Øhlckers et al., 2023; Helsedirektoratet, 2017). Vedlikeholdsplanene viser flere strukturelle grep ledere har benyttet seg av for å organisere tid til fagfordypning. Til tross for dette skåret terapeutene signifikant lavere enn lederne. Dette kan i tilfelle innebære at det kreves andre typer strategier for å sikre at avsatt tid til kompetanseheving faktisk kan brukes, som å begrense eller frita terapeutene fra andre arbeidsoppgaver. Da må lederne ha dette handlingsrommet.

Både terapeuter og ledere rapporterte lav til moderat bruk av data i implementeringen. Hovedhensikten med datainnhenting er å kunne evaluere implementeringen og eventuelt justere kursen for å nå det målbildet poliklinikken har satt seg. Vedlikeholdsplanene viste at poliklinikkens strategier med få unntak var å rette en forespørsel til foretaket, og å undersøke om pasient-feedback-systemene som var planlagt igangsatt, kan benyttes til dette formålet. Verken LOCI-ledere eller overordnede ledere hadde altså funnet gode måter å gjøre dette på i løpet av implementeringen. Det er mye bruk av datainnhenting i forbindelse med kvalitetskontroll i norsk helsevesen, men datasystemene har sine begrensninger når det gjelder hvilken informasjon som kan hentes ut (Øhlckers et al., 2023). Flere av vedlikeholdsplanene inneholdt spesifisering av hvilke typer man ønsket å innhente. Vår erfaring var at lederne både var svært interessert i og så nytten av dataene, men strevde med å få

det til. Dette kan handle om manglende kompetanse på datasystemene, at datasystemene ikke egner seg til uttrekk av denne type data, eller at lederne ikke har ressurser eller kapasitet til å benytte dem.

Strategier relatert til dimensjonen integrasjon regnes i implementeringsfeltet for å være særlig viktige for å sikre at implementeringen blir bærekraftig over tid og ikke bare blir et tids- og personavgrenset prosjekt (Thayer et al., 2022). Også denne dimensjonen ble skåret i området lavt til moderat. Noe av forklaringen kan ligge i at dette arbeidet er vanskelig og krever mer tid enn ni måneder. Samtidig viste strategiene i vedlikeholdsplanene mer variasjon her enn innenfor de øvrige dimensjonene. Ikke alle poliklinikker virker å ha tradisjon for å planlegge systematisk kompetanseheving på metoder på ledernivå. Poliklinikker kan også ha ulike tradisjoner eller kultur for systematisering av pasientforløp. Vedlikeholdsplanene viste at noen valgte formalisering av behandlingsprosedyrer. Andre vektla heller kommunikative strategier rettet mot ulike grupper eller fora, som for eksempel møter med lege- og psykologspesialistene, personalmøter, behandlingsmøter eller fagdager. I Riksrevisjonens rapport (2021) etter å ha undersøkt psykiske helsetjenester pekes det på for stor grad av tilfeldigheter i hvilke behandlingstilbud pasientene mottar, og mangel på overordnede rutiner og retningslinjer. Pasientene tilbys den behandlingen terapeuten kan. Samtidig er det viktig for helsearbeideren med en god balanse mellom kontroll og fleksibilitet/autonomi (Øhlckers et al., 2023). Det er derfor ikke rett fram å vite hvilke strategier som er egnet på dette området. Bakgrunnen for og effekten av ulike strategier er viktige spørsmål for implementeringsfeltet.

Styrker og begrensninger

Studien av implementeringsklima baserer seg på flere datakilder og har sin styrke i at spørreskjemaer er supplert med analyse av vedlikeholdsplanene, som representerer faktiske og konkrete planer utarbeidet i poliklinikkene. Det er imidlertid flere begrensninger man må ta høyde for i tolkningen av resultatene. Det foreligger ingen måling av klima før oppstart av implementeringsprogrammet. Det er derfor ikke mulig å si noe om endring som følge av implementeringsprogrammet LOCI. Forfatterne har hatt en aktiv rolle i undervisning, veiledning og utarbeidelse av strategier og vedlikeholdsplaner og har i stor grad vært med på å påvirke innholdet. Vedlikeholdsplanene er *planer* og sier lite om hva som faktisk skjer. Videre studier bør undersøke den faktiske endringen, og om dette har sammenheng med endring i opplevelse av implementeringsklima. Dataene som er innhentet på implementeringsklima, er basert på selvrapportering, og antall poliklinikker, svarprosent, gruppestørrelser og tidsperiode gjør at vi må understreke at analysene er å forstå som et tidsavgrenset innblikk i 16 poliklinikkers arbeid med implementeringsklima og vedlikeholdspla-

ner. Dette innblikket kan dog være egnet til å belyse implementeringsutfordringer slik de framstår i dag, og gi innspill til forbedringsområder og tiltak på ulike nivåer i helsetjenestene.

Implikasjoner for praksis

Bredden og omfanget av strategier viser at det gjøres mye godt arbeid i norske poliklinikker. Samtidig er det klare utviklingsområder. Norske poliklinikker kan i langt større grad konkretisere hvilke mål de ønsker å oppnå når de implementerer ny behandlingsmetodikk. Dersom man ønsker å sikre pasientmedvirkning og unngå stor grad av tilfeldigheter i hvilke tilbud pasientene får (likebehandling), må man sette seg som mål at *alle* pasienter som kan ha utbytte av en behandlingsmetode, skal få informasjon og tilbud om denne. Dette krever strategier rettet mot å følge med på pasientflyt, organisering av tilbudene og kanskje også behandlerkultur. Datainnhenting av prosessindikatorer (Øhlckers et al., 2023) er et grunnlag for å vurdere om man når et slikt mål, og bør kunne innhentes uten at det krever for mye ressurser av behandlere eller ledere. Videre er investering i kompetanseutvikling

nødvendig for å bygge et fagmiljø som kan tilby behandlingen over tid. Til tross for ledernes fokus på både tid og strukturer for å understøtte utviklingen av et fagmiljø, rapporterte terapeutene at de opplevde slik støtte i begrenset grad.

Ekspertutvalget bak rapporten «Forenkler og forbedre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023) peker på at de regionale helseforetakene viser til klinikkene når de får spørsmål om hvordan det arbeides med at kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er tilgjengelige i tjenestene. Det kan tyde på at de overlater denne oppgaven til poliklinikkene. Utvalget etterlyser en mer samordnet strategi for å sikre fagutvikling, herunder metodekompetanse. *Leadership alignment* (samsvar i ledelse) er pekt på som et kritisk element for å lykkes med implementering (Aarons et al, 2014), og handler om å samkjøre på tvers av ledernivåer med henblikk på sammenheng i fokus, prioritet og strategi. Denne studien peker på to konkrete problemområder hvor behandlingsfeltet kan dra nytte av at foretaks- og direktoratnivå samordner seg med poliklinikkene: utfordringer knyttet til datainnhenting og ledernes handlingsrom når det gjelder å legge til rette for kompetanseheving. 📌

REFERANSER

- Bass, B. M. & Avolio, B. J. (1990). Developing Transformational Leadership: 1992 and Beyond. *Journal of European Industrial Training*, 14(5).
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J. & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science*, 13, 149. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Egeland, K. M., Borge, R. H., Peters, N., (2023). Individual-level associations between implementation leadership, climate, and anticipated outcomes: a time-lagged mediation analysis. *Implementation Science and Communication*, 4(75). <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00459-7>
- Egeland, K. M., Borge, R. H., Peters, N., Bækkelund, H., Braathu, N., Sklar, M., Aarons, G. A. & Solheim Skar, A.-M. (2023). Individual-level associations between implementation leadership, climate, and anticipated outcomes: a time-lagged mediation analysis. *Implementation Science Communication*, 4(75). <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00459-7>
- Egeland, K. M., Skar, A. S., Endsjo, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., Granly, L. B., Husebø, G. K., Borge, R. H., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H. & Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science*, 14(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0873-7>
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehrhart, M. G., Aarons, G. A. & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science*, 9, 157. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Forenkler og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern* (1-1214). https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9e-d416ab2b62646d/no/pdfs/forenkler_og_forbedre_-_rapport.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Hsieh, H. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Klein, K. & Sorra, J. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055–1080.
- Kvittingen, I. & Somhovd, M. J. (2021). *Slik opplever psykologer mulighetene for å hjelpe pasienter*. Psykologforeningen.no. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/slik-opplever-psykologer-mulighetene-for-a-hjelpe-pasienter>
- Lalot, D. & Shapiro, F. (2022). EMDR Therapy for Trauma-Related Disorders. I U. Schnyder,
- M. Cloitre (Red.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_11
- Meza, R. D., Triplett, N. S., Woodard, G. S., Martin, P., Khairuzzaman, A. N., Jamora, G. & Dorsey, S. (2021). The relationship between first-level leadership and inner-context and implementation outcomes in behavioral health: a scoping review. *Implementation Science*, 16(69). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01104-4>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2025). *Kartleggingsverktøy*. <https://www.nkvt.no/kartleggingsverktoy/>
- O'Reilly, C. A., Caldwell, D. F., Chatman, J. A., Lapid, M. & Self, W. (2010). How leadership matters: The effects of leaders' alignment on strategy implementation. *The Leadership Quarterly*, 21(1), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.10.008>
- Peters, N., Borge, R. H., Skar, A. M. S. & Egeland, K. M. (2022). Measuring implementation climate: psychometric properties of the Implementation Climate Scale (ICS) in Norwegian mental health care services. *BMC Health Services Research*, 22(23). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07441-w>
- Reichenpfader, U., Carlford, S. & Nilsen, P. (2015). Leadership in evidence-based practice: a systematic review. *Leadership in Health Services*, 28(4), 298–316. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2014-0061>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsestjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-013.pdf>

- Shuman, C. J., Ehrhart, M. G., Veliz, P. T. & Titler, M. G. (2023). Perceptual differences in nursing implementation leadership and climate: a cross-sectional study. *Implementation Science Communications*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00392-9>
- Skar, A. M. S., Babaii, A., Borge, R. H., Braathu, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Granly, L., Hansen, K. S., Husebø, G. K., & Peters, N. (2022). *Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne*. N. k. o. v. o. t. stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/06/NKVTS_Rapport_1-22_LOCI_Implementering.pdf
- Thayer, A. J., Cook, C. R., Davis, C., Brown, E. C., Locke, J., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Picozzi, E. & Lyon, A. R. (2022). Construct validity of the school-implementation climate scale. *Implementation Research and Practice*, 3. <https://doi.org/10.1177/26334895221116065>
- Weiner, B. J., Belden, C. M., Bergmire, D. M. & Johnston, M. (2011). The meaning and measurement of implementation climate. *Implementation Science*, 6(78). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-78>
- Williams, N. J., Hugh, M. L., Cooney, D. J., Worley, J. A. & Locke, J. (2022). Testing a Theory of Implementation Leadership and Climate Across Autism Evidence-Based Interventions of Varying Complexity. *Behavior Therapy* 53(5), 900–912. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.001>
- Øhlckers, L. R., Høstmælingen, A. & Siqveland, J. (2023). *Godt nok og bedre. Kvalitet i psykisk helse og rustjenester*. Fagbokforlaget.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10, 11. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0192-y>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health*, 35, 255–274. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>

TEKST Birgitte Furberg Moe
Ph.d. i nordisk litteratur
(Selvstendig)

Om Hamsuns kristne omvendelse

KOMMENTAR TIL

Larsen, K. (2025). Knut Hamsuns vei til Gud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 751-758.



KONTAKT b.furberg.moe@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Kildene tyder på at Hamsuns kristne tro har en sammensatt forklaring.

I artikkelen *Knut Hamsuns vei til Gud* skriver Kim Larsen (2025) om Knut Hamsuns religiøse utvikling, som i hovedsak forklares gjennom forholdet til datteren Ellinor. Larsen (2022a, 2022b) har tidligere skrevet omfattende og innsiktsfullt om Ellinor Hamsun i *Psykologtidsskriftet*, men i forbindelse med den nye artikkelen, der Knut Hamsun i større grad står i sentrum, ser jeg behov for å klargjøre at det er en forskjell mellom hvordan mitt forskningsbidrag fremstilles i Larsens artikkel, og hvordan det er utviklet i min ph.d.-avhandling i nordisk litteratur. I avhandlingen *Om tekstens tilblivelse og om skyld i Knut Hamsuns Paa gjengrodd Stier* (1949) argumenterer jeg blant annet for det jeg har betegnet som Hamsuns kristne vending, som inngår som en sentral konklusjon.

Larsen skriver at jeg, sammen med forfatteren Arne Tumyr, har «kommentert den sene Hamsuns kristne utvikling», nærmest som om en slik utvikling allerede var befestet som et klart faktum forut for min analyse, snarere enn noe som kommer frem gjennom min analyse av kildene (2025). Min avhandling tar imidlertid ikke en kristen utvikling hos Hamsun som et premiss, men søker å etablere og begrunne den gjennom analyser av brev-, dagbok- og manuskriptmateriale. Larsens formulering er derfor etter mitt syn en betydelig forenkling.

Tumyr gjorde viktige arkivmessige funn, dokumentert i Harald S. Næss' brevsamling over Knut Hamsuns brev, som jeg har bygget videre på. Som jeg også skriver i min avhandling, deler jeg imidlertid ikke Tumyrs analyse av

at Hamsun fant «lise og fred i en ny totalitær ideologi» (Tumyr, 1996, s. 517); jeg påpeker dessuten at Hamsuns henvendelser til Gud hos Tumyr ikke relateres «direkte til krigens konsekvenser» eller berører «kristendommens kjernebudskap om syndenes forlatelse» (Moe, 2023, s. 29). I ettertid kan jeg også legge til at Tumyr ikke benytter begrepet «omvendelse». Mitt poeng har nettopp vært at hans analyse av Hamsuns gudstro forblir lite utbygget, også fordi kristendommen hos ham fremstilles som en ekstrem ideologi.

En kristen omvendelse

Et sentralt anliggende i min studie har vært å argumentere for at Hamsun faktisk gjennomgikk en kristen omvendelse i teologisk forstand – fra kulturkristendom til personlig tro. Jeg mener at Larsens fremstilling kan etterlate et inntrykk av at det først og fremst er hans egen artikkel som forklarer Hamsuns tro på en personlig Gud, samtidig som mitt bidrag reduseres til at jeg «ser» «omvendelsen til kristendommen som en indikasjon på at Hamsun føler skyld og anger for sin nazisme» (Larsen, 2025). Jeg kunne ønske at Larsen i større grad hadde basert seg på den sammensatte argumentasjonen i min ph.d.-avhandling, og ikke på formidlingsintervjuer i mediene der jeg ikke har hatt kontroll over titler, ingress eller redaksjonell vinkling. Det fremgår heller ikke hos Larsen at jeg i avhandlingen, på grunnlag av skriftlige kilder, argumenterer for Hamsuns omvendelse til en personlig kristen tro, og gir en flerleddet årsaksforklaring der innesperringen i psykiatrien og øvrige erfaringer etter krigen, som alderdom, ensomhet og et erfaringsmessig tap av posisjon og tilhørighet, inngår i en bredere eksistensiell overgang (se særlig kapittelet «Guds stemme» i Moe, 2023). Jeg forstår relasjonen til datteren Ellinor som en relasjon hvor troen artikuleres, men ikke i hovedsak oppstår. Når disse nivåene, som også rommer mulige skylderfaringer knyttet til krigen, skiller for skarpt, risikerer man å forenkle både omvendelsesbegrepet og det religiøse alvoret i Hamsuns siste bok, *Paa gjengrodde Stier* (1949).

Videre skriver Larsen: «Noen har til og med, ifølge Smedsrud (2023a), sett Hamsuns kristendom som en strategisk manøver med hensyn til landssvikkoppgjøret» (2025). Formuleringen «til og med» kan oppfattes som avvisende. Dersom «til og med» også sikter til setningen før, det Larsen fremstiller som mine forskningsfunn, burde det vært gjort eksplisitt og uenigheten begrunnet.

Larsens forklaringsledd fra Hamsuns «avmakt» over datteren til «personlig gudstro» forblir på sin side mindre utfoldet, fordi sentrale brevsteder der synd- og nådemotivet eksplisitt tematiseres, ikke analyseres eller kommenteres (2025). Hamsuns tillit til Guds nåde er ikke kommentert i Larsens tilnærming, slik det kommer frem i et brev til datteren Victoria 7. juni 1946: «[...] jeg skal bare takke Gud for hans Naade mot mig» (brev 2837). Troen fremtrer i brev materialet som en respons på nåden. Heller ikke syndsbegrepet, så avgjørende som det er i kristen tro, kommenteres. I det mest sentrale brevet til Ellinor stanser Larsen sitatet rett før følgende fortolk-

ningsmessige vanskelighet: «Vi har syndet saa meget og har saa meget at bede om Naade og Forlatelse for» (brev 2818). Dette brevet drøfter jeg inngående i kapittelet «Guds stemme» i min ph.d.-avhandling, sammen med andre brev til henne og Hamsuns øvrige barn (Moe, 2023, se f.eks. s. 192–199).

Hamsun-biograf Ingar Sletten Kolloen har i et foredrag beskrevet Hamsuns sene religiøsitet som en gradvis orientering eller et tiltagende religiøst språk (2005; sitert i Furberg Moe, 2023, s. 314). (Larsen nevner et foredragsmanuskript av Kolloen fra 2012 uten publiseringssted, der «etter hvert» er blitt «mer og mer» [2025].) Et sentralt anliggende for meg har vært å vise hvorfor Hamsuns henvendelser til Gud, dels gjennom brevene til Ellinor, men også gjennom andre kilder, samlet sett representerer en kristen omvendelse. Også presten Odd Haugen har tidligere forfektet at Hamsun ble omvendt i forlengelsen av brevet til Ellinor (Haugen, 2015, s. 256, sitert i Moe, 2023, s. 193). Marianne Hamsun har hevdet at hennes svigerfar ble personlig kristen (Oftestad, 1999; Hamsun, 2010, s. 165, se Moe, 2023, s. 29). Ingen av dem har imidlertid analysert brevene til Ellinor i sin helhet, i lys av øvrig brev- og manuskriptmateriale eller gjort en helhetlig fortolkning av *Paa gjengrodde Stier*, slik jeg gjør i min avhandling.

Knut Hamsuns kristne omvendelse har betydning som strukturerende prinsipp for *Paa gjengrodde Stier*, som er noe jeg har konkludert med gjennom analyse av et omfattende kildemateriale. Jeg argumenterer blant annet for at Hamsun utvikler det religiøse Martin-motivet parallelt med henvendelsene til Ellinor, og at de to forholdene ikke kan forstås uavhengig av hverandre.

Komplekse tapserfaringer

Mens Larsen i hovedsak forklarer Hamsuns personlige gudstro som en respons på en langvarig avmakt i relasjonen til datteren, mener jeg Hamsuns personlige tro først og fremst utløses gjennom egen smerte og komplekse tapserfaringer, særlig under innesperringen i psykiatrien, som deretter artikuleres og formidles i brevene til Ellinor. De mest inderlige religiøse henvendelsene til datteren opptrer etter disse erfaringene, slik både hans dagbok – transkribert og drøftet i min avhandling – og brev materialet tyder på. I et brev fra 1. april 1946 skriver Hamsun eksempelvis til datteren:

For du er den eneste Ellinor Hamsun, og ingen er som du, Ellinor, naar du faar Hjelp hos Gud til å rette dig ordentlig op igjen. Aa, kjære, kjære Ellinor, tænk på dette og gjør Alvor at gaa til Gud i Jesu Navn. Det er merkelig hvor det hjelper. Jeg har erfaret at det følger Fred med det [...] (brev 2823; se Moe, 2023, s. 205).

Slik jeg har argumentert for, fant Hamsun fred og støtte i Gud da han var innesperret i psykiatrien, noe som jeg blant annet underbygger i det sentrale brevet til Ellinor, fra 20. mars 1946, der Hamsun omtaler sitt religiøse lesestoff:

Jeg legger ind denne lille Boken, den har hjulpet mig da jeg var indestengt, jegbeder Gud og hele Himlen om

at den vil hjelpe dig ogsaa. Bed Jesus paa Knæ. Læg dig saa og stol paa ham. Bed igjen. Bekjend din Skrøpeligheit og si at du vil ut av din sørgelige Last» (brev 2818; se Moe, 2023, s. 198).

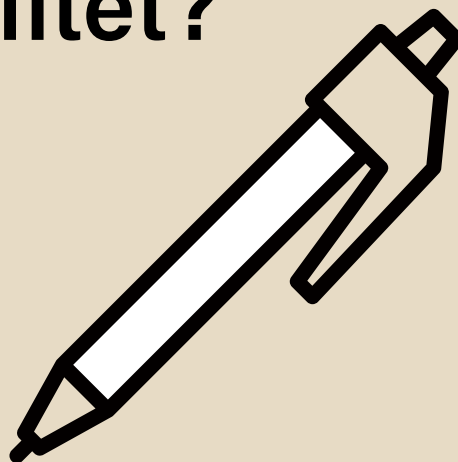
Ifølge Marianne Hamsun mente Tore Hamsun at boken som ble sendt til Ellinor, var av den svenske predikanten Frank Mang (Oftestad, 1999). Basert på mine undersøkelser kan det ha vært den forkynnende boken *Synd og Sannhet* (1935) (Moe, 2023, s. 199), der åpningskapittelet heter «Min synd». Jeg har ikke plass til å utdype de litterære implikasjonene av det og annet her, men Hamsuns kristne omvendelse impliserer en sammen-satt årsaksforklaring der en personlig tro trer frem. Det åpner for et stort fortolkningsrom i *Paa gjengrodde Stier* som i stor grad har vært oversett, der en kristen skyldtematikk trer frem ved siden av et selvrettferdig og kynisk forsvar. I sum har jeg betegnet dette som Hamsuns «kristne vending». Ψ

REFERANSER

- Hamsun, M. (2010). *Den fraværendes nærhet*. Licentia forlag.
 Haugen, O. (2015). *Erindringer*. Odd Haugen.
 Kolloen, I. S. (2005). «Vi kommer nok igjen. Vi er ikke ferdige med døden». Om Knut Hamsuns religiøsitet. Forum Berle. Nettartikkel omarbeidet etter et foredrag holdt i Forum Berle, 27.01.2005. https://www.forumberle.no/artikler/a_hamsun.html
 Larsen, K. (2022a). Ellinor Hamsuns tragiske skjebne – del I. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 36–41. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as12ae-Ellinor-Hamsuns-tragiske-skjebne-del-I
 Larsen, K. (2022b). Ellinor Hamsuns tragiske skjebne – del II. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(2), 104–109. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as01ae-Ellinor-Hamsuns-tragiske-skjebne-del-II
 Larsen, K. (2025). Knut Hamsuns vei til Gud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 751–758. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as12ae-Knut-Hamsuns-vei-til-Gud
 Moe, B. F. (2023). *Om tekstens tilblivelse og om skyld i Knut Hamsuns Paa gjengrodde Stier (1949)* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
 Næss, H. (2000). *Knut Hamsuns brev 1934–1950*. Gyldendal.
 Oftestad, E. (1999). Marianne Hamsun: Svigerfar ble kristen. *Krigsropet*, 112(5), 8–10.
 Tumyr, A. (1996). *Knut Hamsun og hans kors. En diafonisk livsvandring med Knut Hamsun*. Norgesforlaget.

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

I Psykologtidsskriftet kan du dele erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkolleger.



TEKST Jens-Erik Aasbø
Den Norske Opera & Ballett

L'Enfant et les sortilèges – en kommentar

KOMMENTAR TIL

Klev, Ø. (2025). Barnet og trylleriene – opera om det lille mennesket i den voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 800-804.



Librettoen er en bestanddel av verket, men ikke verket i seg selv.

Jeg leste Øystein Klevs essay om *L'Enfant et les sortilèges* i *Psykologtidsskriftet* nr. 12/2025 med stor interesse. Det er flott at en kunstart som opera, som mange opplever som virkelighetsflyktende adspredelse, også kan bidra med noe substansielt viktig.

Etter et par gjennomlesninger slo det meg imidlertid at essayet ikke egentlig omhandler *L'Enfant et les Sortilèges*, men *L'Enfant* sin libretto, som er en bestanddel av verket, men ikke verket i seg selv. Dette kan virke som flisespikkeri, men jeg mener at det er en viktig presisering, fordi det er en veldig vanlig snarvei å ta. Dette gjelder ikke bare publikummere, men også aktører på utøversiden av denne kollektive kunstarten, som regissører, og til og med også en og annen sanger.

Jeg vil understreke at jeg kommenterer essayet fra mitt ståsted som utøvende operasanger, ikke som verken psykolog eller operateoretiker. Det må også nevnes at dette ikke er ment som noen kritikk av selve essayet – som (i alle fall for meg) framstår som velskrevet, interessant og etterrettelig – men som en utfyllende kommentar.

KONTAKT jenserik.aasbo@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

En tredelt kunstform

Opera regnes som en scenisk kunstform, men mer presist kan man beskrive opera som en narrativ tekstlig-musikalsk-scenisk kunstform, der alle tre elementer virker sammen og er avhengige av hverandre. Ingen av disse grunnelementene er ment å vurderes for seg, og selv om det kan være interessant

å skille ut et element for å kunne belyse nettopp det, vil det uansett være snakk om en mer eller mindre relevant bestanddel, ikke verket i seg selv. Et tilsvarende eksempel vil være å analysere fargebruken i et billedkunstverk uten å forholde seg til det motiv- eller formmessige: Det kan være mye interessant å hente fra en slik analyse, men utelater man viktige, substansielle bestanddeler av verket, analyserer man egentlig ikke verket som sådan, men kun bestanddelen man velger.

Disse grunnelementene er altså ikke ment å eksistere eller vurderes uavhengig av hverandre. En libretto, som isolert «verk», holder vanligvis ikke spesielt høy litterær kvalitet. En god librettist er bevisst hva som bør fortelles av henholdsvis ord, musikk og visualitet, og vet hva som best overlates til de to sistnevnte elementene. Det visuelle aspektet ved en operaproduksjon, som kulisser, kostymer, regi etc., kan være både spennende og viktig, men uten det lydlig vil det vanligvis ikke henge helt på greip. Musikken er kanskje det elementet som står best på egne bein, og som er vanligst å forholde seg til alene, men også den er og blir kun en bestanddel av verket. Opera er med andre ord ikke en musikksjanger. Det er heller ikke en litterær kunstform, eller å regne som pantomime (altså noe rent visuelt).

Komponistens indre verden

Når Klev skriver at vi som utøvere (les: operasangeren) ikke kan uttrykke oss helt fritt, men «blant annet må søke å realisere aspekter ved den indre verden til skaperen av verket», er det en sannhet med modifikasjoner. Rollearbeid er en mangslungen prosess, og komponistbiografi er kanskje én av mange inspirasjonskilder til en rikere tolkning, men med enkelte unntak (komponisten Benjamin Britten, for eksempel) er ikke komponistens indre verden spesielt vanlig å forholde seg til når man som utøver skal utvikle rollen. Komponistens indre verden vil nok imidlertid kunne skimtes «mellom linjene» i både libretto, musikk og sceneanvisninger, så sånn sett har den en viss relevans. Men dersom utøverens rolle er viktigere for verket enn kuratorens rolle er for verket i en utstilling av billedkunst, og det tror jeg den er, må tolkningsprosessen være noe mer enn rent reproduserende, men også skapende, innenfor sine rammer av tekst, musikk og scenisk uttrykk.

Hva er verket?

Om vi tar utgangspunkt i tredelingen scene–tekst–musikk, kan man si at alle tre elementer må være til stede for at verket skal eksistere. I tillegg kommer den narrative, tidsmessige dimensjonen, altså at verket begynner og slutter, samt publikumsmøtet. Dette medfører at verket ikke er partituret, som kan sees på som en delvis instruksjon til hvordan verket skal kunne eksistere, det er ikke videoopptaket, som kan sees på som en dokumentasjon på at verket fant sted. Det er heller ikke kulissene, regien, fiolinstemmen, librettoen, etc., disse er bestanddeler av verket, på lik linje med et maleris lerret, maling eller

utstillingsrom. En innspilling av Tosca kan være flott å høre på, men det er altså ikke Tosca man opplever; det er en dokumentasjon på at verket Tosca fant sted; oppsetningen begynte, varte og sluttet.

Ettersom vi alle sitter med våre egne erfaringer, vår egen bakgrunn, smak etc., opplever vi som publikummere samme oppsetning til dels radikalt ulikt. Det én publikummer elsker, hater en annen. På scenen opplever vi dette gjennom svært ulik mottakelse av samme forestilling, for eksempel ved at noen publikummere buer mens andre jubler etter at siste tone er spilt. Ulike forestillinger av samme oppsetning kan også høste svært ulik, kollektiv respons fra publikum, selv om det som serveres fra scenen, stort sett er tilnærmet identisk fra kveld til kveld.

Selve publikumsmøtet er altså også en viktig faktor. Utan det er ikke verket fullendt, ettersom et viktig «filter» er borte, så fram til (det ellers komplette) verket er framført av utøvere og opplevd av et publikum, eksisterer det kun som potensial. Dette er også gode komponister – som regnes som en opera sin primære opphavsperson – bevisst på, og gir plass til både utøverens og publikums tolkning i det de skriver ned.

Slik sett vil jeg gjerne få uttrykke min klare enighet i Klevs oppfordring om å følge med på hvor *L'Enfant et les sortilèges* settes opp neste gang, og å «kjenne etter hva dette ekstraordinære verket vekker av barndomsminner og følelser i deg. Alle (over)teoretiseringer kan da med fordel tre tilbake.» Det er når alle elementene møtes i en operasal, at verket virkelig eksisterer. ♫

REFERANSE

Klev, Ø. (2025). Barnet og trylleriene – opera om det lille mennesket i den voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 800–804. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as12ae-Barnet-og-trylleriene-opera-om-det-lille-mennesket-i-den-voksne

Arbeidsevne før og etter terapi

Jakob Lundqvist undersøkte sykefravær og arbeidsevne hos pasienter i primær- og spesialisthelsetjenesten ett år før og etter start av behandling. Pasientene ble behandlet for vanlige psykiske lidelser som depresjon og angst under koronapandemien. Avhandlingen bygget på nasjonale registerdata og spørreskjemadata, der registerdataene ga informasjon om sykefravær, bruk av arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Mens AAP er ment å erstatte inntekt i noe lengre perioder der man har behov for hjelp, brukes uføretrygd ved varig sykdom eller skade.

I artikkel én og to gjennomgikk Lundqvist forskningslitteraturen og testet en selvrapportskala for tilpasning til arbeidshverdagen. I artikkel tre undersøkte han arbeidsevne hos 95 pasienter i spesialisthelsetjenesten. Før behandlingen var omkring 70 % av pasientene fullt eller delvis sykmeldte. Etter behandlingen var kun omkring 11 % sykmeldte. Imidlertid var en fjerdedel av

pasientene på arbeidsavklaringspenger etter behandlingen, selv om ingen av pasientene var det før, og tross rapportert symptomlette.

Artikkel fire inkluderte et større utvalg fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ($N = 2609$). Omkring halvparten av pasientene hadde samme arbeidsevne gjennom observasjonsperioden på to år, men til tross for mindre kortvarig sykefravær doblet bruken av arbeidsavklaringspenger seg. Resultatene i artikkel tre og fire antyder et skifte fra kortvarig til mer langvarig sykefravær fra jobb gjennom arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, der særlig pasientene i spesialisthelsetjenesten viste en økning i varig fravær.

For klinikere kan funnene vise betydningen av å måle arbeidsevne og sykefravær for å få et bedre bilde av pasientens funksjon etter behandling, ettersom symptomlette ikke er synonymt med at pasientene returnerer til arbeid etter sykmelding. Ψ



FOTO KJETIL SVENSEN/NTNU

Jakob Lundqvist

Return-to-work outcomes following routine mental health treatment for common mental health disorders

Disputas 06.02.2026

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Traumer og senere lidelser hos barn

Annika Skandsen undersøkte hvordan potensielt traumatiske erfaringer, som å oppleve eller bevitne ulykker, dødsfall, vold eller overgrep, henger sammen med senere psykiske lidelser og bruk av helsetjenester. Avhandlingen bygger på data fra Barn i Bergen-studien, som fulgte barn fra skolealder til ungdomstiden, og Norsk pasientregister.

I artikkel én ($N = 2043$) fant Skandsen at for kun 30 % av ungdommene med traumatiske erfaringer rapporterte foreldrene at ungdommene hadde symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Reaktivitet, som dårlig konsentrasjon, og negative tanker og humør, som blokkering av minner, var de vanligste symptomene. Gruppen med traumatiske erfaringer hadde mer psykososial belastning hjemme og mottok mer sosial støtte.

I artikkel to ($N = 8845$) viste Skandsen at ungdom diagnostisert med angst, ADHD, atferdsforstyrrelser, depre-

sjon eller traumelidelser rapporterte flere traumatiske erfaringer enn en referansegruppe med ungdom uten kontakt med spesialisthelsetjenesten. Forskjellen gjaldt ikke ungdom diagnostisert med psykoselidelser, autismspekterdiagnoser eller spiseforstyrrelser.

I artikkel tre ($N = 8755$) så Skandsen nærmere på kombinasjoner av ulike traumatiske erfaringer. Blant ungdom som opplevde flere dødsfall, også blant venner, i kombinasjon med flere ulykker (*situational trauma*), hadde flere en diagnose enn blant ungdom som opplevde å miste besteforeldre og andre fjernere familiemedlemmer (*low trauma*). Samme mønster gjaldt også ungdom som opplevde vold i kombinasjon med seksuelle overgrep (*interpersonal trauma*). Skandsen forstår funnene slik at ulike kombinasjoner av traumatiske erfaringer kan bidra ulikt til utviklingen av psykiske lidelser. Ψ



FOTO LUISA PINZON/HELSE STAVANGER

Annika Skandsen

Potentially traumatic life experiences, symptomatology, and mental health care utilization in childhood and adolescence

Disputas 05.12.2025

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen



Psykologen bringer også med seg et ubevisst indre liv, der umodne behov og dynamikker bor.

Fagetikk og verdien av egenerapi



FOTO TROND ISAKSEN

TEKST Anna Szulc
Privatpraksis

KONTAKT psykolog@annaszulc.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Tematikken knyttet til grenseoverskridelser fra behandlere er satt sterkt på dagsorden i nyere tid. De konkrete sakene og innholdet i dem og Helsetilsynets vurderinger skulle nå være godt kjent. Men selv er jeg mest opptatt av den debatten som har vært etterfølgende i vårt fagfelt, og det som i altfor liten grad har blitt adressert tidligere.

Psykologer skal følge prinsipper for nordiske psykologer, hvor det å handle til pasientens beste og unngå å gjøre skade (*non-maleficence*) er helt sentralt: «Beskytte klienter mot uhensiktsmessig og/eller skadelig intervensjon» (Psykologforeningen, u.å.).

At vi som faggruppe reagerer og tar tydelig avstand når prinsippet brytes, er selvsagt helt avgjørende for våre pasienters trygghet og fagets troverdighet. Men hvis kollektiv utstøtelse og plassering av «det onde» i enkeltpersoner blir eneste respons, tenker jeg vi er på avveie. Hvis «det onde» kan plasseres i enkeltmennenes som ikke er en del av oss andre, det gode selskap, slipper vi å ta inn over oss dimensjonen jeg savner i slike debatter: nemlig de selvransakende refleksjonene vi som profesjon bør gjøre oss, om de sterke relasjonelle kreftene som ofte er i spill i terapeutiske prosesser, og hvordan kreftene kan treffe behandleren på måter vi ikke alltid overskuer uten veiledning, egenerapi og hjelp fra kolleger.

Mangelen på den selvransakende samtalen mellom oss uroer meg, og jeg



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

tenker det bør bekymre oss alle. For det er bare gjennom en sannferdig dialog om slike dynamikker at vi kan bli best mulig rustet til å stå støtt i «kampens hete». Vi trenger – og jeg vil påstå at vi mangler – en kultur som inviterer denne samtalen frem.

Psykoanalysens uunnværlige bidrag

Terapeutiske prosesser foregår på mange plan: det eksplisitte emosjonelle, relasjonelle og kognitive plan, og på et mer ubevisst og ofte kroppslig og nonverbalt nivå, hvor tidlige behov, savn, erfaringer og konflikter bor og reaktiveres i terapien.

Psykoanalysens grunnlegger, Sigmund Freud, var den første som introduserte en tenkning om kreftene i det ubevisste, begreper som overføring og motoverføring, og en tenkning om projektive krefter og prosesser tok form. Siden har psykoanalytiske teorier blitt videreutviklet. Vi har i dag et solid erfarings- og evidensbasert forståelsesgrunnlag og rammeverk som kan være til uvurderlig hjelp i kliniske møter, for å håndtere slike prosesser.

Psykoanalysen har særlig med fremveksten av den relasjonelle psykoanalysen og nyere psykoanalytisk tenkning vært opptatt av hvordan terapeuten blir trukket inn i og bidrar i det relasjonelle samspillet med pasienten (se

f.eks. Stänicke et al., 2019). Det er ikke et poeng å unngå at følelser aktiveres i oss som behandlere. Tvert imot. For våre motoverføringsreaksjoner er en av våre viktigste informasjonskilder i terapeutisk arbeid. Og pasienten trenger at vi stiller oss til rådighet emosjonelt for at vi skal kunne forstå problematikken «innenfra» og være til hjelp.

Egenbehandling

Ett av de viktigste bidragene fra psykoanalysen er søke-lyset på egenbehandling og veiledning. Det er ikke bare pasienten som bringer med seg et ubevisst indre liv hvor også umodne behov og dynamikker bor. Vi som behandlere har med oss vårt eget ubevisste indre liv også, med alt det nå omfatter for den enkelte av oss. Narsissisme, grandiositet og omnipotent forsvar, sammensmeltningsslengsler, projektive dynamikker og diverse andre psykologiske mekanismer er fellesmenneskelig. Det bor i oss alle, i forskjellige konstellasjoner og varierende grader. Forskjellen på meg/deg og pasienten ligger ikke i om disse mekanismene er til stede, men hvordan den psykologiske utviklingen har blitt, hvordan mekanismene er integrert, og om egen sårbarhet arbeides med og kjennes igjen av oss når den aktiveres. Det er noe befriende og formildende i et slikt menneskesyn, etter min mening. Vi er alle mennesker,

– vi trenger en kontinuerlig refleksjon om egne motoverføringer for å stå trygt

og vi deler noen grunnvilkår som innebærer en felles sårbarhet. Men så er det vårt ansvar som behandlere å gjøre oss best mulig rustet til å møte det turbulente og uregulerte hos pasienten på en faglig fundert måte. Derfor mener jeg kjennskap til psykoanalytisk/dynamisk teori er avgjørende fagetisk sett – for å forstå hva som utspiller seg, og kunne anvende det terapeutisk i stedet for å handle ut noe som kan bli til skade for pasienten. Samtidig vil vi alle ha med oss områder av sårbarhet og blinde flekker, hvor teoretisk kunnskap ikke alltid er nok. Teoretisk kunnskap uten emosjonell læring og integrering har store begrensninger. Derfor er det etter min mening fagetisk problematisk at ikke egenterapi er en selvfølgelig del av veien til å bli psykolog.

Når grensene skli ut

Den anerkjente nålevende amerikanske psykiateren og psykoanalytiker Glen Gabbard holdt for ca. 20 år siden et foredrag i Oslo om grenseoverskridelser basert på sitt arbeid (se også Molin, 2024). Gabbard har i en årrekke arbeidet med psykologer og psykiatere som var dømt for grenseoverskridelser og/eller pålagt egenbehandling/veiledning for å kunne fortsette å praktisere, og snakket klokt om sine erfaringer.

Han viste blant annet til at de fleste tilfeller av grenseoverskridelser starter i det små og utvikler seg over tid, i en prosess, som ikke skyldes «ondskap» eller en bevisst intensjon om å skade, der behandleren mister oversikt over egne indre prosesser og uten å være seg det bevisst bruker pasienten for å dekke egne behov. Behandleren begynner å rasjonalisere det grenseoverskridende som noe som gjøres «av omsorg for» pasienten eller er «til beste for pasienten».

Gabbard beskriver (se f.eks. Gabbard & Lester, 2016) at det som oftest viser seg å ligge bak hos terapeuten, er ubevisste behov for å bli trengt/beundret, egen narsissistisk sårbarhet, følelser av ensomhet og ofte livskriser som gjør en mer utsatt for å «miste grepet» i møtet med pasientens sterke følelser og behov. Og at behandleren mister bevisstheten om maktforhold og asymmetri, og om at pasienten alltid er den sårbare parten, og slutter å spørre seg selv «hvem er dette godt for?»

Gabbards hovedpoeng om hva som skal til for å

unngå slike situasjoner, er forståelsen av overføringer og motoverføringer og hvordan dette utspiller seg. Han mener at seksuelle eller emosjonelle grenseoverskridelser nesten alltid er utforsket motoverføring, hvor terapeuten handler på følelser i stedet for å tenke om dem, som er vår viktigste oppgave som psykologer/psykiatere. Jeg vil tro at også kolleger som ikke føler seg hjemme i den psykodynamiske begrepsverdenen, kjenner igjen den kliniske erfaringen av å «bli dratt inn i noe» man føler man mister oversikten over. Gabbards tenkning om dette bør dermed være av interesse for alle, uavhengig av teoretisk utgangspunkt.

Behovet for en ydmyk dialog

Så – for å gå tilbake til starten: Jeg etterlyser den ydmyke fagetiske samtalen om at enn så spennende, inspirerende og berikende vårt arbeid kan være, bærer det i seg en innebygd yrkesrisiko. Om at de sterke kreftene som kan oppstå i møtet med pasienter, kan aktivere noe i oss vi ikke overskuer selv. Hvor vi trenger hjelp fra hverandre, via egenterapi og veiledning. Hjelp til å tenke om i stedet for å handle. Hjelp til å skape mening i hva som foregår. Og i noen tilfeller – hjelp til å «la oss bli bundet til masten», som Odyssevs i Homers Odysseen når han skulle seile forbi sirenenes øy. Han som ville høre sirenenes sang, ikke av dumdristighet, men av nysgjerrighet og begjær etter kunnskap. Men som samtidig tok høyde for at fristelsen kunne bli så stor at den kunne bli for vanskelig å motstå når det først gjaldt.

Heldigvis ender de fleste terapiforløp – også der sterke krefter er i spill – ikke i alvorlige grenseoverskridelser. Men poenget her er ikke bare om vi ender med å utagere, men at vi trenger en kontinuerlig refleksjon om egne motoverføringer for å stå trygt. Og da må vi bygge en kultur som inviterer frem å snakke sant om disse tingene, spesielt fordi de viktigste terapiprosessene ofte utspiller seg i «grensenes og rammenes grenseland».

De fleste psykologer som har arbeidet en stund, har med seg erfaringer fra prosesser hvor sterke følelser har vært aktivert også i oss, hvor vi har følt oss satt på prøve når det gjelder å holde rammer og klare å tenke, på både den ene og den andre måten. Å snakke ærlig om hva som kan aktiveres i oss da, kan være sårbart og skamfullt. Det vet jeg fra egen klinisk erfaring, fra mitt arbeid som

terapeut og analytiker for andre psykologer og behandlere, som veileder, seminarleder/lærer og som kollegastøtte. Veiledning er helt nødvendig. Men den viktigste arenaen for utvikling av faglig trygghet, sensitivitet og kjennskap til egne sårbarheter vil oftest være egenterapien, som det finnes mye empiri på i dag (se f.eks. Råbu & Moltu, 2025).

Vi trenger som faggruppe en åpen og sannferdig

dialog om det som Gabbard påpeker: Vi trenger ydmykhet. Ingen er immune overfor de sterke krefter som kan oppstå i en terapeutisk relasjon. Og våre pasienter trenger at vi tar dette på alvor og tar vår fulle faglighet i bruk, når det virkelig stormer i overføringenes og motoverføringenes landskap (Bion, 1979).

REFERANSER

- Bion, W. R. (1979). Making the best of a bad job. I W. R. Bion (Red.), *Clinical Seminars and other works* (red. Francesca Bion). Routledge.
- Gabbard, G. O. & Lester, E. P. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis* (2. utg.). American Psychiatric Association Publishing.
- Gabbard, G. O. (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273(18), 1445. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520420061039>
- Jensen, F. (2025). Etikk eller gapestokk i saken om Peder Kjøs. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(4), 230-233. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso3ae-Etikk-eller-gapestokk-i-saken-om-Peder-Kj-s

- Molin, P. K. (2024). Grenseoverskridende behandlere – meg, deg eller overgripe? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(4), 246-249. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024aso3ae-Grenseoverskridende-behandlere-meg-deg-eller-overgripe-Psykologforeningen. (u.å.). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Råbu, M. & Moltu, C. (2025). Hvordan bruker terapeuter egenterapi? En metasyntese av norske forskningsfunn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(10). <https://doi.org/10.52734/RCWB4540>

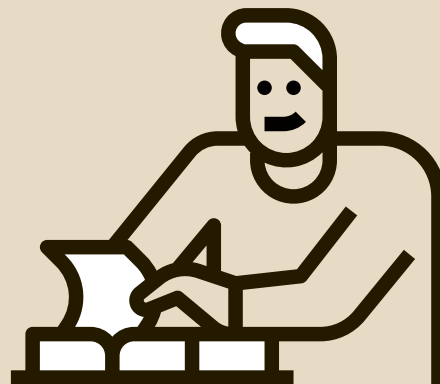
- Stänicke, E., Strømme, H., Kristiansen, S. & Indrevoll Stänicke, L. (Red.). (2019). *Klinisk tenkning og psykoanalyse*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Vrabel, K.A., Espeset, M.S., Dahlgren, C.L., Eielsen, H.P., Eik-Nes, T.T., Gulliksen, K., Kopland, M., Nordbø, R., Olofsson, M.E., Halvorsen, A., Sætherhaug, H.K. & Torsteinson, V.W. (2023, 14. desember). Ubehaget må vi som fagfolk bære. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/jlW4pw/ubehaget-maa-vi-som-fagfolk-baere>

Anmeld bok for Psykologtidsskriftet

Bokanmeldelser er populært
lesestoff hos oss.

Som bokanmelder holder du
deg faglig oppdatert.

Interessert? Kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Psykologforeningen vil samarbeide med myndighetene om spesialistutdanningen, men etterlyser utredning og tydeliggjøring av hvordan en offentlig spesialistgodkjenning vil se ut.

Psykologforeningen ønsker å spille på lag



FOTO: FELICIA ROLF / PSYKOLOGFORENINGEN

FOTO: LISE LOTTE MONSEN / PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Hanne Indregard Lind
Norsk psykologforening

Chris Margaret Aanondsen
Norsk psykologforening

Vi ønsker interessen fra myndighetene for psykologers spesialistutdanning velkommen og ønsker videre dialog rundt den. Vi deler Helsedirektoratets mål om tydelig kompetanse, god kvalitet og tilgjengelige utdanningsløp.

Nils Martin Jondalen (2026) ønsker offentlig spesialistutdanning velkommen. Han begrunner sitt standpunkt med demokratiske prinsipper, ved at myndighetene representerer befolkningen. I tillegg mener han det vil medføre sterkere krav til arbeidsgivere om å tilrettelegge for spesialisering av sine psykologer og økt kunnskap hos arbeidsgivere og samfunnet om hva sluttkompetanse til en psykologspesialist vil bestå av ved forskriftsfesting.

Helsedirektoratet har i egen rapport (2025) foreslått en offentlig godkjenning og offentlig spesialistutdanning for psykologer, og beslutningen ligger nå hos Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten beskriver flere viktige forbedringsområder, blant annet behov for bedre dialog mellom myndighetene, tjenestene og foreningen om spesialistutdanningen. Vi ønsker å bidra til å sikre bedre flyt av praksis og veiledning for psykologer i spesialisering. Vi er også enig i behovet for å ivareta rekrutteringen til både spesialisthelsetjenesten, kommunen og øvrige tjenester, inkludert tilgang til spesialister med vedtakskompetanse, som rapporten påpeker. Psykologforeningen ønsker en utdanning som gir solide spesialister med bred og nyttig erfaring, og sikre riktig balanse mellom faglig kvalitet og krav til innhold og praksis.

KONTAKT hanne@psykologforeningen.no

MERKNAD Hanne Indregard Lind er president i Psykologforeningen. Chris Margaret Aanondsen er visepresident for fag og profesjonspolitikk.

Hvem kan vurdere befolkningens behov?

Jondalen spør i sitt innlegg om det er folkevalgte eller fagforeninger som er nærmest til å vurdere hva samfunnet og befolkningen har behov for.

Han argumenterer for at myndigheter bør være de som definerer samfunnets behov, ikke en medlemsorganisasjon. Myndighetene definerer samfunnets

behov, men vi mener psykologene har viktig kunnskap til vurderingen av dette spørsmålet. I tillegg bør arbeidsgivere med sitt ansvar ha innflytelse på hvilken kompetanse det offentlige tilbyr befolkningen.

Psykologforeningen er en profesjonsforening for et sterkt fagmiljø. Samfunnsansvaret er nedfelt i formålsparagrafen vår. Vi arbeider for «å forbedre menneskers livsvilkår og livskvalitet gjennom utvikling og formidling av psykologisk kunnskap, og gjennom praktisk anvendelse av psykologisk fagkunnskap», samt for «å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap, slik at befolkningen får den bistand de har behov for og krav på». I tillegg til foreningens formålsparagraf er trepartssamarbeidet i Norge et levende og vellykket eksempel på at myndigheter, arbeidsgivere og arbeidstakere i mange tiår har vært i stand til å forene ulike interesser på en ansvarlig måte til det beste for samfunnet. Svaret vårt på Jondalens spørsmål er «Både myndigheter og Psykologforeningen».

Psykologforeningen er opptatt av brukerne av psykologtjenester, av fagets utvikling og anvendelse i tjenestene og samfunnet. Her har myndighetene og Psykologforeningen felles interesser. Derfor ønsker vi et fellesforum bestående av myndigheter, tjenestene og oss som profesjonsforening. Et slikt forum kunne bidra til at rammer for spesialitetene jevnlig påvirkes av flere aktører. Vi ønsker også å påpeke at Psykologforeningen tidligere har jobbet for offentlig spesialistgodkjenning. Da Helsedirektoratet i 2012 kun anbefalte offentlig godkjenning av to psykologspesialiteter (voksenpsykologi og barne- og ungdomspsykologi) (Hageberg & Helmikstøl, 2012), endret vi imidlertid standpunkt. Helsedepartementet endte med å avvise direktoratets anbefaling om offentlig godkjenning oktober 2013, og viste blant annet til at spesialistutdanningen er godt ivarettatt av profesjonsforeningen.

Den krevende praksisen

Jondalen viser til at en forskriftsfesting vil stille større krav til arbeidsgivere om å tilrettelegge for spesialisering. Bjørndalen og Bugge-Døvle (2026) beskriver utfordringer knyttet til gjennomføring av utdanningsløp, som man ser i en del sykehus i dag. Vi er enig i at det er behov for bedre ordninger her for å fullføre praksiskravene. Vi er kjent med gode eksempler fra enkelte avdelinger og helseforetak med utdanningsansvarlige psykologspesialister og rotasjonsstillinger. Vi mener man bør lære av disse, og at økt utdanningsamarbeid mellom myndigheter, profesjonsforening og arbeidsgivere vil være fruktbart.

Psykologforeningen mener at den fremtidige spesialistutdanningen må bygges på et solid kunnskapsgrunnlag. Rapporten fra Helsedirektoratet sier: «Det er vesentlig usikkerhet om en myndighets- og offentlig tjenestestyrte modell vil bedre spesialistenes kompetanse, og hvorvidt det medfører riktigere ressursbruk sammenlignet med i dag.» Rapporten påpeker også behov for nærmere utredning av flere forhold, blant annet hvilke spesialiteter som bør inngå i offentlig spesialistutdanning, hva innholdet bør være, og overgangsordninger. Det er også

behov for å utrede hvilken administrativ modell som gir mest mulig effektiv gjennomføring, slik at ressurser brukes på utdanning og pasientarbeid, og at det ikke blir en unødig økning i byråkrati. Vi bidrar gjerne i denne videre utredningen.

Svekkelse av tilbudene til de svakeste

Jondalen skriver at Helsedirektoratets rapport ikke tar stilling til antall fremtidige spesialiteter. Samtidig påpekes det i rapporten flere ganger at en reduksjon i antall spesialiteter vil kunne være kostnadsbesparende, og videre at det er behov for nærmere utredning av hvilke spesialiteter som bør inngå i en offentlig utdanning og godkjenning. Spesialitetene som omtales mest i rapporten, er spesialitetene for voksenpsykologi, barne- og ungdomspsykologi og samfunns- og allmennpsykologi. Derfor er vi bekymret for en mulig avvikling av relativt store spesialiteter, som nevropsykologi og rus- og avhengighetspsykologi. Dette vil ramme tilbudet til pasientene i spesialisthelsetjenesten. For tjenestene utenfor helseforetakene blir ikke situasjonen bedre hvis ikke Nav, familievern og barnevern får nye spesialister innen familie- og arbeidspsykologi.

Rapporten redegjør ikke for hvilken status de mer enn 5000 psykologspesialistene får etter et eventuelt vedtak om offentlig godkjenning, hverken samlet eller for hver spesialitet. Det mangler både en beskrivelse av overgangsordninger og en fremdriftsplan. Denne usikkerheten utgjør en ulempe for de tjenestene som benytter psykologspesialister, og er en kilde til bekymring for dagens spesialister.

Psykologforeningen ønsker interessen for spesialistutdanningen fra myndighetene velkommen, og ønsker økt dialog og et felles forum for myndighetene, tjenestene og Psykologforeningen. Vi deltar også gjerne i en eventuell videre utredning av forholdene som ennå ikke er avklart, og vil uavhengig av dette arbeidet gjøre det vi kan for å følge opp utfordringer knyttet til gjennomføring av praksis og bidra til andre målrettede forbedringer innen dagens ordning. Vi vil samarbeide om spesialistutdanningen for å møte samfunnets behov, for gode løsninger for fremtiden, for fagfolkene og for trygge tjenester, riktig kompetanse på riktig sted og bærekraftige fagmiljøer over tid. ☹

REFERANSER

- Bjørndal, K. & Bugge-Døvle, M. (2026, 13. februar). Spesialistutdanning blir en flaskehals. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/oslo-universitetssykehus-ous-psykolog-utdanning/spesialistutdanning-blir-en-flaskehals/731922>
- Hageberg, A. O. L. & Helmikstøl, Ø. (2012). Vil bare godkjenne to spesialiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(4), 411–413. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2012aso4ae-Vil-bare-godkjenne-to-spesialiteter
- Helsedirektoratet (2025). *Spesialistutdanning i psykologi: utredning av grunnlaget for å etablere en offentlig spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for psykologspesialister*. Helsedirektoratet.
- Jondalen, N. M. (2026). Spesialistgodkjenningen bør være en offentlig oppgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso2ae-Spesialistgodkjenningen-bor-vare-en-offentlig-oppgave

Haldor Øvreeide kritiserer Fagetisk råd for å være unnvikende og passive. Her tydeliggjør FER sin fagetiske visjon, og hvordan de ønsker å tilnærme seg fagetiske problemstillinger.

Fagetikk ivaretas best gjennom dialog



FOTO PRIVAT



FOTO PRIVAT

TEKST Ole Magnus Vik
Leder av Fagetisk råd i
Psykologforeningen

Cathrine Eide
Nestleder av Fagetisk råd i
Psykologforeningen

KONTAKT olemagnusvik@hotmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

I sin tekst i Psykologtidsskriftet peker Haldor Øvreeide (2026) på flere viktige utfordringer ved å være psykolog i det offentlige rom. Vi i FER lar oss også bekymre over hvordan en ukritisk spredning av terapeutisk språk, kultur og tenkning kan bli problematisk, og til og med misbrukt. Samtidig er det noen viktige prinsipielle fagetiske uenigheter mellom oss og Øvreeide som vi ønsker å belyse. Disse er i hovedsak: 1) Skal FER diskutere enkeltsaker offentlig? og 2) Trenger vi en teoretisk fundert fagetisk visjon?

FER vil ikke kommentere enkeltsaker

Øvreeide kritiserer FER for å være unnvikende siden vi ikke diskuterer enkeltsaker med navngitte psykologer offentlig. Vi må imidlertid være veldig forsiktige med å diskutere enkeltsaker, dels fordi det kan gjøre oss inhabile i eventuelle klagesaker, og dels fordi tungtveiende fagetiske hensyn taler imot.

Noen ganger vil rådet allerede ha mottatt en klage på en psykolog. Andre ganger må vi forholde oss til at det kan komme inn en klage, eller at FER selv vil opprette en klage. Hvis FER allerede offentlig hadde diskutert og drøftet en enkeltsak, ville det blitt vanskelig for oss å møte psykologen på den måten vi trenger.

FERs hovedanliggende er å legge til rette for en klagebehandling som stimulerer til refleksjon og læring hos den innklagede. Slik klagebehandling

forutsetter et trygt og åpent refleksjonsrom, der den innklagede psykologen sammen med rådet kan utforske og reflektere rundt hvilke fagetiske hensyn som står på spill. Hvis FER i forkant, etterkant eller underveis i en klagebehandlingsprosess skulle ha «vurdert» de konkrete saksforholdene offentlig, slik Øvreeide krever at vi må, ville vår evne til å utføre en av våre kjernefunksjoner bli svekket.

Åpen og respektfull dialog

Vi mener også tungtveiende fagetiske hensyn taler imot å diskutere enkeltsaker offentlig. Gitt kompleksiteten i våre fagetiske landskap bør psykologer som står i en fagetisk skvis, møtes med åpen, undrende og respektfull dialog. Øvreeides analyse av Silje Schevig og hennes podkast får det til å virke som han tenker det er fullt mulig å få oversikt over alle de relevante fagetiske forholdene i en spesifikk sak på forhånd, uten en dialog med psykologen det gjelder, og i så stor grad at man kan avklare hva som er riktig, galt, innenfor og utenfor. Uten at FER hverken kritiserer eller forsvaret Schevig, mener vi en slik tilnærming fremstår som en type fagetisk hybris som kan risikere å gjøre mer skade enn gagn.

Flere sentrale tenkere i helseetikken (Kierkegaard, 2022; Levinas, 2005) understreker nettopp hvordan så mye av det som er etisk relevant, først blir tydelig i konkrete møter med den andre. God fagetisk refleksjon bør i hovedsak finne sted i åpne, ikke-dømmende, reflekterende dialoger, heller enn via skriftlige, distanserte og konkluderende analyser.

Uten en fagetisk visjon er etiske prinsipper utilstrekkelige

FERs visjon for fagetisk praksis er altså at vi først får tilstrekkelig tak på det fagetisk relevante i en helt konkret sak i det konkrete møte med den andres livsverden. Først da kan man ta høyde for den andres – så vel som ens egen – tvil, trygghet, ydmykhet, omtanke og visdom. Slik praksis krever åpne samtaler i lukkede rom, og kan hverken gjøres offentlig, skriftlig eller fra avstand. Vår visjon kaller Øvreeide feig og unnvikende. Vi kaller den ydmyk og respektfull. Ydmyk overfor kompleksiteten i våre fagetiske landskap, og respektfull overfor både den som klager, så vel som den innklagede psykologen.

I sin tekst hevder Øvreeide imidlertid at det ikke trengs noen fagetisk visjon, da etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) er tilstrekkelig. Vi mener det argumentet ikke er holdbart. Klinisk psykologi er et akademisk fag, og som psykologer er vi pålagt å praktisere kunnskapsbasert. Hvorfor skal ikke dette også gjelde fagetisk praksis? For å avgjøre om noen har en psykisk lidelse, kreves tross alt mer enn en kopi av ICD-10. Sånn er det med fagetikken vår også: Ordene og begrepene i EPNP krever en (etikk)teoretisk for forståelse for at de skal brukes på en god måte i klinisk virksomhet.

Våre fagetiske grunnprinsipper er gode og matnyttige, men de er ikke uforanderlige «hellige bud». Derfor må

de hele tiden drøftes, diskuteres og revideres, noe EPNP selv fastslår (Norsk Psykologforening, 1998). Siden vi åpenbart ikke kan bruke EPNP til å kritisere og problematisere EPNP, nødvendiggjør dette flere fortolkende, teorifunderte fagetiske perspektiver. Akkurat som med ICD-10 er det også flere måter å lese, vekte og fortolke EPNP på. Siden dokumentet er basert på flere metaetiske antakelser, både kan og bør EPNP utledes, kritiseres og fortolkes innenfor forskjellige etikkteoretiske rammer.

En visjon for fagetikken vår er altså ikke bare mulig og nødvendig, men *uunngåelig*. Vi mener profesjonen vår er tjent med at en slik visjon både er erkjent, eksplisitt og – hvis vi ønsker en kunnskapsbasert fagetikk – fundert på teori.

Fagetikken er for viktig til å forbigås i stilhet

Debatten om FERs rolle og mandat har vært både nyttig og betimelig. Fagetikken er altfor viktig til å forbigås med et stille skuldertrekk, og vi i FER trenger å bli utfordret på hvordan vi tenker og arbeider.

Vi håper derfor debatten om fagetikk fortsetter, om ikke annet fordi EPNP pålegger oss å diskutere hvordan vi som profesjonsfelleskap skal forstå og forvalte vår egen fagetikk. I tiden som kommer, ser vi frem til å løfte frem prinsipielle spørsmål om hvilken type fagetikk vi skal ha, men også til å diskutere og drøfte aktuelle, konkrete fagetiske problemstillinger. Ikke ved å drøfte enkeltsaker med navngitte psykologer offentlig, men ved å drøfte det som står på spill, på et mer overordnet nivå.

Noe vi ønsker å rette spesiell oppmerksomhet mot i tiden som kommer, er nettopp utfordringene ved å være psykolog på nye, offentlige arenaer, enten det er som programleder, podkastvert, influenserpsykolog eller som politisk aktiv psykolog. FER kommer blant annet til å arrangere et symposium om disse utfordringene på årets Psykologkongress. Og vi vil herved ønske Øvreeide, Holgersen, Torgalsbøen og alle andre som så langt har engasjert seg i debatten, hjertelig velkomne til å utforske disse vanskelige og viktige spørsmålene sammen med oss i Oslo i september.

REFERANSER

- Kierkegaard, S. (2022). *Frykt og beven*. Oktober forlag.
 Levinas, E. (2005). *Humanism of the Other*. University of Illinois Press.
 Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
 Øvreeide, H. (2026). Profesjonsetikk i fritt fall. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 179–181. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso2ae-Profesjonsetikk-i-fritt-fall

I en omskiftelig samtid vil fagetiske feil uunngåelig oppstå. Selv om vi tidvis er uenige om psykologifagets retning, må vi lytte til og ivareta hverandre for å lære av feilene sammen.

En tryggere uenighetskultur



FOTO PRIVAT

TEKST Nora Nord Rydningen
Universitetet i Oslo
Psykologvirke

For mange år siden deltok jeg i et kurs i kronikkskriving i regi av Institutt for gruppeanalyse. Kurset ble holdt for at medlemmene skulle bli tryggere på å formidle fagkunnskap. Vi sendte alle inn et utkast til kursholderen, en erfaren journalist. Han svarte med å skrive et motinnlegg til hver av oss, som utnyttet svakheter i resonnementet og tolket teksten i verste mening. Min reaksjon var: «Men det var jo ikke det jeg prøvde å si!» «Nei, hva var det du prøvde å si?» svarte kursholderen med et smil, og fortsatte: «Nå kan du skrive den faktiske kronikken din.»

Jeg er glad jeg har med meg denne erfaringen når Øvreide (2026) svarer på mitt innlegg (Rydningen, 2026) med å påstå at jeg viser «alvorlig svikt i forståelsen av fagetikkens betydning for klientsikkerhet og profesjonalitet». Slike harde ord er ikke hverdagskost. Jeg får prøve å ordlegge meg på en annen måte.

Hensynet til pasienten og hensynet til psykologen

Målet med psykologisk behandling og fagformidling er bedre livskvalitet og et bedre samfunn, ikke psykologens ve og vel. Pasientene og samfunnet er vårt viktigste ansvar. Samtidig har vi som fagfellesskap et ansvar for å bidra til en trygg læringskultur, hvor vi skaper rom for utforskning, og hvor vi utfordrer og ivaretar hverandre, også de gangene vi trår feil. Jeg har ikke skrevet, og mener heller ikke, at hensynet til pasientene er mindre viktig enn hensynet til psykologen, slik Øvreide leser meg.

Prøving, feiling og læring

Jeg skriver i mitt forrige innlegg at «vi må tåle at de modige og vågale av oss prøver og feiler, så vi som fellesskap kan korrigere pendler som svinger for langt til siden». Setningen virket som en rød klut i kommentarfeltet og i Øvreide (2026) sitt tilsvarende svar. Jeg kan i etterkant se at ordvalget «vågale, modige, prøve og feile» ga rom for misforståelse.

KONTAKT n.n.rydningen@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

La meg derfor tydeliggjøre hvilket poeng jeg prøver å løfte. Jeg mener ikke at vi skal slippe de modige og vågale av oss fri til å prøve og feile, på bekostning av pasientene, sånn at vi andre må rydde opp i etterkant. Psykologihistorien er full av overtramp, skadelig og ukritisk eksperimentering. Hver psykolog har et selvstendig ansvar for å være ryddig og etterrettelig, også i faglig utforskning. Her har ikke Kjøs vært sitt ansvar bevisst i tilstrekkelig grad. Det er mye å lære av den saken.

Poenget mitt er at i utvikling av faget vil vi ha forskjellige roller med hensyn til å ivareta det etablerte, utforske og ta risiko. Terapi er i sin sjel en kreativ prosess der noe nytt kan få spire. Å utvikle faget i en omskiftelig samtid innebærer bevegelser i ukjent terreng. Det krever en toleranse for usikkerhet, der noen vil bevege feltet mot steder andre ikke ønsker å gå. For trange rammer: ingen frihet, ingen utvikling. For løse rammer: ingen trygghet, og risiko for skadelig praksis. Det er overslag i begge leire, der vi lener oss på retningslinjer, lovverk og samarbeider om å justere kurs. Selve snakkekuren var i sin tid en vanvittig og banebrytende ide. Et kreativt eksperiment, som har fått ulike faglige forgreninger, og som i høyeste grad trengte regulerende rammer. Det samme kan sies om åpenhetskulturen, der vi er i en pågående læringsprosess.

Fredrik Sylvester Jensen (2025) har et godt poeng når han løfter frem at slik læring ikke skjer i stillhet. Behovet for nye retningslinjer trer frem, og grupper beveger seg fra storming til norming, slik vi nå opplever, med tidvis kraftige vindkast i stormen. Opplevelse av utydelig lederskap kan forsterke denne effekten. Ønsket om et mer fremoverlent Fagetisk råd (FER) gir god mening i denne sammenheng.

Samtidig mener jeg Vik og Eide (2026) er kloke når de fremhever vårt felles ansvar for å belyse bredden i etiske utfordringer. Prinsipperklæringen for nordiske psykologer tydeliggjør at «innholdet i de etiske prinsippene bør videreutvikles i en aktiv løpende diskusjon i fagmiljøet», og at «fortløpende etisk refleksjon gjør det mulig å identifisere etiske dilemmaer» (Norsk Psykologforening, 1998). Da får vi tåle at det blåser, så lenge vi lærer på veien. Utfordringen blir å snakke sammen på en måte som gjør at vi faktisk klarer å lytte og lære, og ikke dytter hverandre over bord.

Kritikk, varsling og anonymitet

Jeg skjønner at det var mulig å tolke mitt forrige innlegg som at jeg er negativ til varsling og anonymitet i seg selv. Jeg er ikke det. Som jeg skriver, er varsling viktig, og anonymitet er noen ganger nødvendig for å begrense belastningen det er å varsle. I saken med Kjøs er jeg ikke skeptisk til varslingen til tilsynsmyndighetene. Jeg har ikke skrevet, og mener heller ikke, at varslerne nå skal stå frem med navn, slik Øvreeide leser meg. Min hensikt er ikke å ta noen, men å invitere til prinsipiell diskusjon i et etisk sammensatt felt der vi har et ansvar for å ivareta klienten, varslerne, den som kritiseres, og læringskulturen vi samskaper. Når jeg stiller spørsmål ved bruk av anonymitet i kronikk i Morgenbladet (Psykologer svarer, 2025) og i podkasten Varselet mot Peder Kjøs (Aftenposten, 2025), er det fordi jeg mener det er en forskjell mellom å varsle anonymt til tilsynsmyndighetene og å beholde anonymiteten ut i den offentlige diskurs, i ensidige og eksponerende former.

Duckert og Karlsen (2017) finner i sin forskning at mediebelastning oppleves særlig problematisk ved bruk av anonyme kilder. Vær Varsom-plakaten ivaretar dette aspektet gjennom pkt 3.1, som er tydelig på at «kilder bør som hovedregel ikke få fremsette negative personkarakteristika anonymt» (Norsk Presseforbund, u.å.).

Så lenge varslerne er anonyme, kan vi ikke vite noe om deres mulige bindinger eller interessekonflikter. I tillegg til den belastningen det innebærer å bli varslet av anonyme kollegaer, medfører dette at viktige etiske refleksjoner blir umulig. Om hensikten er at vi som fagfellesskap og samfunn skal lære, mener jeg at vi bør etterstrebe mer ryddige og varsomme former for kritikk.

Med makt følger ansvar

Profesjonens utvidete makt stiller høye krav til etisk bevissthet. I tråd med Mortensen (2026) er min hensikt er å løfte frem at en kultur der vi utvikler oss i takt med samtiden, og faktisk lærer, når feil uunngåelig oppstår, forutsetter at den etiske diskusjonen inkluderer hvordan vi former vår kritikk. Og at vi over oss på å lytte til kritikk som kan være helt berettiget. Ellers risikerer vi å begrense nødvendig utvikling og perspektiver som kan komme klientene og samfunnet til gode. ♡

REFERANSER

- Aftenposten. (2025). *Varselet mot Peder Kjøs* [Podkastserie]. https://www.aftenposten.no/podkast/ap/program/100_224
- Duckert, F. & Karlsen, K. E. (2017). *I medienes søkelys – eksponering, stress og mestring*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Jensen, F. S. (2025). Etikkløst eller gapestokk i saken om Peder Kjøs. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(4), 230–233. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso3ae-Etikkløst-eller-gapestokk-i-saken-om-Peder-Kjos
- Mortensen, C. (2026). Gapestokken hindrer oss i å lære av etiske brudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Gapestokken-hindrer-oss-i-a-lare-av-etiske-brudd
- Norsk Presseforbund (u.å.). Vær Varsom-plakaten. <https://www.presse.no/vaer-varsom-plakaten>
- Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikkløst-etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Psykologer svarer: Å varsle kan være både belastende og befriende. (2025, 11. mars). *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/psykologer-svarer-a-varsle-kan-vaere-bade-belastende-og-befriende/9615306>
- Rydningen, N. N. (2026). Fagetikk, åpenhet og anonymitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 177–178. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso2ae-Fagetikk-åpenhet-og-anonymitet
- Torgalsbøen, A. (2026). Psykologers ukritiske omfavelse av åpenhetskulturen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 104–107. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso1ae-Psykologers-ukritiske-omfavelse-av-åpenhetskulturen
- Vik, O. M. & Eide, C. (2026). Fagetisk praksis er et felles ansvar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 108–109. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso1ae-Fagetisk-praksis-er-et-felles-ansvar
- Øvreeide, H. (2026). Profesjonsetikk i fritt fall. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 179–181. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso2ae-Profesjonsetikk-i-fritt-fall

Kritikken av min podkast bærer preg av et elitistisk ønske om kontroll fremfor faktisk kunnskap om innholdet. Hvis åpenhet og empati nå defineres som en fagetisk brist, har vi et alvorlig problem.

Podkasten «Snakk med Silje» truer ikke profesjonsetikken

FOTO OLE PETTER
HODNUNGSETH



TEKST Silje Schevig
Psykolog og podkastvert av
«Snakk med Silje»

Haldor Øvreeide (2026) skriver i *Psykologtidsskriftet* at vår profesjonsetikk er i fritt fall, og mener at psykologprofesjonen mer enn noensinne trenger et fagetisk råd som kan bidra til god, faglig holdningsdannelse. Øvreeide mener at jeg i min podkast misbruker «psykologrollens autoritet og faglige vederheftighet».

Kritikk på sviktende grunnlag

Øvreeides tekst støtter seg tungt på det han omtaler som en «analyse» av podkasten ført i penn av Ole Jacob Madsen (2026) i *Morgenbladet*. Problemet er at Madsen kun har tatt seg bryet med å lytte til to episoder (Schevig, 2026a), og ut fra et så tynt grunnlag konkluderer med at jeg gir «støtte til konspiratoriske fortellinger». Madsen gir ikke noen eksempler på hvilke konspiratoriske fortellinger jeg har gjort meg skyldig i å støtte, eller hva han mener er de sanne fortellingene.

At Øvreeide velger å spinne videre på dette og insinuere at jeg forsøker å manipulere mine gjester, er dypt bekymringsverdig. Det vitner om en absurd mangel på tillit både til meg som fagperson og til gjestene mine.

KONTAKT silje.schevig@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Samtalene er ikke terapi

Øvreeide fremmer en sterk oppfatning av at jeg har en underliggende agenda med min empatiske lytting i podkastepisodene, og bruker samtalen jeg hadde med Veronica Orderud som eksempel. Han skriver at: «I terapi og veiledning er

empatisk lytting å anerkjenne klientens opplevelse, ikke 'virkeligheten'. Her bommer han totalt, fordi jeg verken driver med terapi eller veiledning i min podkast. Jeg har helt vanlige samtaler. Jeg er ikke på noe korstog for å finne den ene «virkeligheten».

Veronica Orderud har erfaringer med politiet, rettsvesenet og pressen som er helt unike. Hun mener at mediene opptrådte sterkt forhåndsdommende i hennes sak, og forteller hvorfor hun mener seg utsatt for et justismord i sin kamp for å få saken gjenopptatt. Madsen og Øvreeide må gjerne irritere seg over at Orderud tilbys en plattform, men slik er det altså i et land med ytringsfrihet.

Empati er ingen kynisk intervensjon

Hvilke konkrete fagetsiske prinsipper er det egentlig jeg bryter? Øvreeide skremmer med at «empatisk lytting kan være svært farlig når autoriteten har egne eller uklare motiver». For det første er jeg ingen autoritet. For det andre er mine motiver alt annet enn uklare. De forklares i starten av episodene (Schevig, 2026b): Målet er å utvide ytringsrommet, bringe folk nærmere hverandre og redusere stigma. Jeg ønsker å gi rom til perspektiver som i liten grad slipper til i det offentlige ordskiftet, slik at flere kan utvide sin horisont og danne seg egne meninger basert på det personen sier selv, fremfor å basere det på andres fremstilling.

Jeg har ingen baktanker når jeg lytter empatisk til mine gjester. Gjestene er voksne, samtykkekompetente og som oftest kunnskapsrike mennesker. De deler viktige erfaringer eller spennende historier publikum har godt av å lytte til for å gjøre seg opp egne meninger om viktige tema. At vi som psykologer kan møte dem med et åpent sinn, ser jeg på som en stor styrke – ikke en svakhet. Jeg tror det er nettopp mitt åpne sinn som har gjort «Snakk med Silje» til en av landets mest populære podkaster.

Frykten for det frie ordskiftet

Hvorfor virker Øvreeide så ivrig etter mer kontroll og overvåkning? Innlegget hans får det til å virke som det er sterke meninger om hva en psykolog får lov å uttrykke, og at uenighet her kamufleres med referanser til etikk. Kritikken bærer også preg av en elitistisk forestilling om at psykologer er en slags lukket sekt som alltid må «representere» profesjonen på en forhåndsgodkjent måte.

Om profesjonsmiljøet nå skal definere åpenhet som en etisk brist, er det problematisk. Jeg mener vi trenger et romsligere ytringsrom, også for oss med psykologtittel. Øvreeides innlegg bidrar dessverre til det motsatte. Profesjonsetikken faller ikke fordi vi fører samtaler som utfordrer det etablerte. Jeg kommer til å fortsette å lytte – med empati, nysgjerrighet og respekt. 🙏

REFERANSER

Madsen, O. M. (25. januar). For i podkastland, der kan alt gå an. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/for-i-podkastland-der-kan-alt-ga-an/10162974>

Schevig, S. (2026a, 30. januar). Empatisk lytting er ikke farlig. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/empatisk-lytting-er-ikke-farlig/10174491>

Schevig, S. (Podkastvert). (2026b, 2. januar). SmS #82 Veronica Orderud om Orderud-saken, rettsikkerhet, medienes rolle og fengselslivet [Audiopodkast-episode]. I *Snakk med Silje*. <https://open.spotify.com/episode/2dOYFEndL2UV8nadi7jnIS?si=fYKH7L-CSwqhsbFveaMhyw>

Øvreeide, H. (2026). Profesjonsetikk i fritt fall. *Psykologtidsskriftet*, 63(3), 179-181. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a-so2ae-Profesjonsetikk-i-fritt-fall>

Silje Schevig lefler med saklighetsnormer og løfter kun frem ytringsfrihet når det tjener hennes sak. «Snakk med Silje» forblir en problematisk podkast.

Inkonsekvent, kunnskapsløst og ansvarsfraskrivende



FOTO MÅTILDE SUNDE SOLSVIK

TEKST Ole Jacob Madsen
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

KONTAKT o.j.madsen@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktkjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Om ytringsfriheten heter det at vi i møte med ubehagelige ytringer og ting vi ikke liker virkelig får testet vårt liberale sinnelag. I så måte er «Snakk med Silje» en god test. Jeg betrakter podkasten som dypt problematisk fordi den jevnlig gir en plattform til konspirativ tenkning og mistillit mot myndigheter, rettsapparat og redaktørstyrte medier uten noe videre motstand. Men jeg har aldri tatt til orde for sensur av podkasten, selv om Schevig i sitt svar (Schevig, 2026a) til meg i *Morgenbladet* og nå (Schevig, 2026b) i *Psykologtidsskriftet* ynder å fremstille debatten som akkurat det: Hun er den noble ytringsfrihetsforkjemperen, mens «elitister» som Haldor Øvreeide og jeg ivrer etter «kontroll», «overvåkning» og «sensur».

Lite prinsippfast og usaklig

Hva angår Schevigs liberale prinsippfasthet er jeg derimot mer usikker. Schevig beskriver at målet med podkasten «Snakk med Silje» er å «utvide ytringsrommet» og «å gi rom til perspektiver som i liten grad slipper til i det offentlige ordskiftet». Målet høres jo prisverdig ut. Samtidig kommenterer hun Haldor Øvreeides innlegg (Øvreeide, 2026) i *Psykologtidsskriftet* slik i den lukkede Facebook-gruppen «Psykologer»: «Jeg synes det er hårreisende og kritikkverdig

av Psykologtidsskriftet å sette slikt på trykk.» Det henger ikke på greip, og vitner om en prinsippløshet der ytringsfriheten løftes fram kun når det tjener Schevig sin sak.

Selv bruker jeg ytringsfriheten til å rette søkelys mot psykologers virke i samfunnet. Og da er «Snakk med Silje» et opplagt studieobjekt siden den er en av Norges mest populære podkaster, drevet av en psykolog. *With great power* følger som kjent *great responsibility*. I mine kommentarer (Madsen, 2026a, 2026b) om podkasten har jeg tatt for meg de to første episodene i 2026: episoden om Orderud-saken og episoden med Hans Rustad. Jeg har ikke lyttet til kun disse to episodene – jeg har hørt på podkasten med ujevne mellomrom i flere år nå – men det var mer enn nok kommentarstoff i de drøye to timene episodene til sammen varer. Der hvor Øvreide ser til Etske prinsipper for nordiske psykologer, vil jeg her se til helt ordinære saklighetsnormer alle som vil bli tatt på alvor i den offentlige samtalen må regne med å bli vurdert opp mot.

Inkonsekvent og kunnskapsløst

Konsekvens: Jeg har allerede påpekt Schevigs selektive omgang med ytringsfriheten. I *Morgenbladet*-kommentaren min (Madsen, 2026a) framhevet jeg også hvordan Schevig bruker utstrakt grad av empatisk lytting i møte med alternative fakta og konspirasjonsteorier som hadde fortjent å bli utfordret. I NRKs «Debatten» forsvarte hun seg med at «hun stilte kritiske spørsmål til sine gjester i podkasten», mens i *Morgenbladet* forsvarte hun seg med at poenget er å la gjestene snakke ut. I episoden med Veronica Orderud kommer Schevig (2026c) med utfall mot NRK for ikke å være til å stole på. Samtidig leser hun opp en NRK-sak i sin helhet i over syv minutter fordi det er opportunt – saken gjennomgår muligheten for at jugoslavisk mafia sto bak Orderud-drapene.

Kunnskap: Det framgår i episoden med Orderud at Schevig i liten grad har satt seg inn i saken på forhånd, hun kan eksempelvis ikke navnene på flere av de sentrale aktørene. Og hun henvender seg til Orderud, som bevis-

lig har en interesse av å få saken sin gjenopptatt, for å få svar på om det såkalte Jugoslavia-sporet ble etterforsket av politiet. Schevig gjør seg dermed lempelig for alternative teorier, ikke på grunn av åpenhet, men kunnskapsløshet. Enda mer alvorlig blir dette i episoden (Schevig, 2026d) med redaktør Hans Rustad fra document.no, som ikke legger skjul på at han mener at valgresultatet i USA 2020 var fusk. Schevigs respons på det er: «Ja, så du mener det var noe *fishy* med det valget der?» Responsen er ikke det samme som å si seg enig, men utfordrer heller ikke. Det er kritikkverdig tatt i betraktning at det finnes et vell av rettsbehandlinger, dokumentasjon og forskning (Eggers et al., 2021) som beviselig viser at valget *ikke* ble stjålet fra Donald Trump.

Ansvarsfraskrivende

Ansvar: Episoden med Orderud munner ut i en oppmuntring til lytteren om å ha *mindre* tillit til myndigheter, rettsapparat og redaktørstyrte medier. For noe annet ville være naivt. Men om Schevig skulle lykkes med oppmuntringen, ville det vært uheldig. For som Ytringsfrihetskommisjonen (NOU 2022:9) understreker: «Er tilliten lav, søker folk heller til alternative, mindre troverdige informasjonskilder og de vil være mer utsatt for desinformasjon.» Utgangspunktet for min kommentar i *Morgenbladet* var nettopp hvordan konspirasjonsteorier florerer, og markedet som finnes for dem, særlig i ymse alternative medier. Alternative medier slår seg gjerne på brystet med å være modigere og mer maktkritiske enn de tradisjonelle mediene, men i realiteten er det ofte snakk om opportunistiske aktører som kynisk inntar kontrære og kontroversielle standpunkt fordi det skaper blest blant folk og er bra for business. Om det undergraver demokrati, tillit og samfunnskontrakten får så heller være.

«Jeg har ingen baktanker», forsikrer Schevig i sitt innlegg i Psykologtidsskriftet. Det har jeg heller ikke mistenkt henne for. Spørsmålet er snarere om hun har nødvendig omtanke. Ikke minst som psykolog med ansvar for konsekvensene av sin virksomhet. ♡

REFERANSER

- Eggers, A.C., Garro, H. & Grimmer, J. (2021). No evidence for systematic voter fraud: A guide to statistical claims about the 2020 election, *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 118 (45) e2103619118, <https://doi.org/10.1073/pnas.2103619118>
- Madsen, O. J. (2026a, 25. januar). For i podkastland, der kan alt gå an. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/for-i-podkastland-der-kan-alt-ga-an/10162974>
- Madsen, O. J. (2026b, 6. februar). Sensur? *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/sensur/10185380>
- NOU 2022: 9. (2022). *En åpen og opplyst offentlig samtale. Ytringsfrihetskommisjonens utredning*. Oslo: Kultur og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-9/id2924020/>

- Schevig, S. (2026a, 30. januar). Empatisk lytting er ikke farlig. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/empatisk-lytting-er-ikke-farlig/10174491>
- Schevig, S. (2026b). Podkasten «Snakk med Silje» truer ikke profesjonsetikken. *Psykologtidsskriftet*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as03ae-Podkasten-Snakk-med-Silje-truer-ikke-profesjonsetikken>
- Schevig, S. (Podkastvert). (2026c, 2. januar). SmS #82 Veronica Orderud om Orderud-saken, rettssikkerhet, mediens rolle og fengselslivet [Audiopodcast-episode]. I *Snakk med Silje*. <https://open.spotify.com/episode/2dOYFEndL2UV8nadi7jnIS?si=fYKH7L-C5wqhsbFveaMhyw&nd=1&dlsi=b8af73349f674f92>

- Schevig, S. (Podkastvert). (2026d, 5. januar). SmS #83 Hans Rustad om amerikansk politikk, media, pandemi, klima, AI, innvandring og samfunnsverdier [Audiopodcast-episode]. I *Snakk med Silje*. <https://open.spotify.com/episode/56bZ4YLatcVBOF-MPd8cEYy>
- Øvreide, H. (2026). Profesjonsetikk i fritt fall, *Psykologtidsskriftet*, 63(3), 179-181. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as02ae-Profesjonsetikk-i-fritt-fall>

Pain reprocessing therapy lanseres som en banebrytende smertebehandling, men evidensgrunnlaget er tynt, og det er lite nytt å spore i tilnærmingen. Risikoen med måten metoden markedsføres på, kan være demoralisering hos så vel pasientene som i behandlingstjenestene.

Når mål om smertefrihet møter klinisk kompleksitet



FOTO TONE ANDERSEN

TEKST Heidi Trydal
Mari Glette
Elisabeth Kliem
Tormod Landmark
Avdeling for smerte og sammen-
satte lidelser, St. Olavs hospital

KONTAKT heidi.trydal@stolav.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir
ingen interessekonflikter.

Langvarig smerte rammer rundt en tredjedel av befolkningen, er assosiert med betydelig tap av funksjon og arbeidsevne og har ofte negative konsekvenser for psykisk helse.

Gjennom flere tiår har forskning vist at kognitiv atferdsterapi, aksept- og forpliktelsesterapi, mindfulnessbasert terapi og emosjonsfokustert terapi er nyttig i behandlingen av pasienter med langvarig smerte. Effektstørrelsene i undersøkelser som er blitt gjort, er likevel stort sett små, og ingen metode virker for alle. Hvem som profitterer mest på hva, vet vi for lite om. Det er derfor bra å ha et bredt utvalg av teknikker og behandlingsmetoder tilgjengelig for å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte pasient, og utvikling av nye metoder og forskning på effekten av disse er viktig (Trydal, 2024).

Pain Reprocessing Therapy

Pain reprocessing therapy (PRT) er en ny behandlingsmetode som hevder å være basert på nyere forståelse av smertemekanismer. Metoden ble høsten 2025 særlig kjent gjennom VGTV-serien «Harald og sytepavene» (Sverdrup, 2025). Serien fremstiller PRT som en behandling med enormt potensial, der to av tre kan bli smertefrie, og det påkalles en helserevolusjon for å få bukt med et stort helseproblem. Programleder Harald Eia følger seks pasienters bedring gjennom møtene med behandlerne Silje Endresen Reme og Andreas Pahle. Smerten blir forklart som en falsk alarm, og hjernen skal læres opp i å tolke signaler som ufarlige. Behandlerne i serien fremstiller prosessen som en reprogrammering



av hjernen som medfører at smertene kan kureres ved å endre hjernens feiltolkninger (Reme & Pahle, 2025). PRT lanseres som en banebrytende behandlingsmetode og hevdes å skille seg klart fra annen behandling. Metoden beskrives som et paradigmeskifte i forståelsen og behandling av langvarig smerte (Pahle, 2026).

Lite underbyggende evidens

I dag foreligger kun én randomisert kontrollert studie som har undersøkt effekten av PRT (Ashar et al., 2022). Når det i serien blir hevdet at to av tre pasienter kan bli smertefrie med PRT, er det på grunnlag av denne enkeltstående studien. Studien hadde imidlertid et lite utvalg pasienter; 44 deltakere fikk PRT, og 45 deltakere fikk placebo og ble fortalt at det var det de fikk. Pasientene hadde milde til moderate smerter hovedsakelig avgrenset til korsrygg. 86 % var i full eller delvis jobb, og 80 % anga å trene tre timer i uka eller mer. Resultatene kan ikke overføres til mer sammensatte pasientpopulasjoner som typisk behandles i spesialisthelsetjenesten. Gruppen som deltok i studien, hadde et høyere funksjonsnivå og var langt mer ensartet enn pasientene som vi vanligvis møter i klinikk. Å generalisere fra denne undersøkelsen gir derfor lite mening.

I en nyere ikke-randomisert forstudie nyanseres bildet noe. Her gjennomgikk 33 pasienter med fibromyalgi en kortere variant av PRT. Selv om resultatene er lovende, synes ikke smertefrihet å være et utfall for særlig mange, men 30 % hadde mer enn 50 % reduksjon av smerteintensitet (Sturgeon et al., 2025).

Nociplastisk smerte er ikke en diagnose

PRT retter seg mot såkalt nociplastisk smerte. Her inngår smerte som ikke skyldes vevsskade, men endringer i sentralnervesystemets bearbeiding av signaler. Begrepet ble innført av den internasjonale foreningen for studiet av smerte IASP i 2017 (Kosek et al., 2021), og har gitt et nytt språk for smertemekanismer. Det er viktig å understreke at nociplastisk smerte ikke er en diagnose, men en mekanismebeskrivelse. Presise kriterier eller graderingsystemer som klart skiller nociplastisk smerte fra nociseptive eller nevropatiske smerter, finnes ikke. For mange pasienter foreligger en kompleks kombinasjon av smertemekanismer.

Vi mener det er problematisk å utvikle en behandling for smerter som utelukkende retter seg inn mot én av disse mekanismene. I behandlingsstudier vil man da måtte benytte eksklusjonskriterier som er vanskelige å operasjonalisere, og i vanlig klinisk praksis vil det være enda vanskeligere å velge ut riktige pasienter.

Hvilken effekt kan vi forvente av PRT?

Modulerende mekanismer for smerte i sentralnervesystemet har vært kjent og integrert i behandling lenge (Thorn, 2020). Introduksjonen av begrepet nociplastisk smerte bygger på mange tiår med forskning. At pasienter

med langvarig smerte kan bli smertefrie gjennom psykologisk behandling, er heller ikke nytt. Men det er lite trolig at to av tre pasienter med langvarig smerte vil bli kurert med PRT. Mange vil sannsynligvis ha liten eller ingen effekt, slik vi ser ved andre behandlingsmetoder. Selv om etablerte psykologiske smertebehandlingsmetoder bygger på ulike teoretiske grunnlag og teknikker, har de til felles at målet er å redusere frykt og unngåelse. Eksponering er i alle metodene sentralt for å oppnå endring. Slik vi ser det, er dette også essensen i PRT og ikke noe kvalitativt nytt.

Når en TV-serie løfter frem enkeltpasienter som blir friske, er det lett å glemme alt vi ikke ser. Vi kan anta at pasientene som meldte sin interesse for å delta i studien – og ikke minst i tv-programmet – er en spesielt selektert gruppe som er særlig motiverte, resurssterke og tilgjengelige for slik behandling.

*— Vi mener det ikke
er grunnlag for å si
at vi står overfor
et paradigmeskifte*

Vi mener det ikke er grunnlag for å si at vi står overfor et paradigmeskifte eller en helserevolusjon. Slike uttalelser vil kunne skape stort press på et behandlingsapparat med knappe ressurser, og ikke minst urealistiske forventninger hos både pasienter, men også helsepersonell, saksbehandlere og lovgivere. Pasienter med langvarige smerter har ofte prøvd svært mange behandlingstiltak med skuffende lav effekt. Vi kjenner på et ansvar for å være redelige om hva som kan forventes av behandlingseffekt.

Fellesfaktorer og terapeuteffekt

PRT ble i den omtalte RCT-en gjennomført av kun to terapeuter med høy kompetanse på metoden, hvor en av terapeutene var metodeutvikleren selv.

Terapeutfaktorer og fellesfaktorer som gir god allianse, forklarer ofte mer av behandlingseffekten enn spesifikke teknikker (Wampold & Imel, 2015). Generelt har psykoterapiforskning vist at ulike karakteristika ved både pasient og terapeut kan være viktigere enn spesifikke teknikker, i tillegg til realistiske målsettinger for behandlingen.

Terapeutens tro på metoden, engasjement i terapiprosessen og entusiasme er svært potente faktorer. Evnen til å stå i negativ affekt og konflikt er også viktig. Vi kan anta

at «terapeuteffekten» i den publiserte studien, men også i tv-serien «Harald og sytepavene», var stor. Pasienter med langvarige smerter har ofte komplekse symptombilder som krever at behandler har høy kompetanse. Å lene seg på forenklede forklaringsmodeller vil kunne bidra til å undergrave behandlernes tillit. Vi ser nå at PRT blir tilbudt i utbredt skala, og en rekke terapeuter med både ulik og manglende faglig bakgrunn tilbyr behandlingen. Behandlingseffekten vil da trolig utvaskes og kan neppe stå i stil til det som er vist i den publiserte RCT-en eller TV-serien.

Forførende, men problematisk metafor

PRT har likhetstrekk med teknikker som allerede eksisterer innenfor godt etablerte behandlingsmetoder. Innpakningen i form av struktur og enkelte begreper er imidlertid ny. Vi er særlig skeptiske til begrepet «reprogrammering av hjernen» (Reme & Pahle, 2025). Å reprogrammere hjernen til å produsere mindre smerte høres logisk og håpefullt ut, men det er en overforenkling av svært komplekse biologiske prosesser. Vi vet at hjernen er plastisk, og at smerteopplevelsen kan påvirkes av kognitive, emosjonelle og sosiale faktorer. Hjernen programmeres likevel ikke som en datamaskin, men endres gjennom gradvise og ufullstendige prosesser i en større kontekst.

En ofte brukt og mer nøktern metafor er at hjernen utvikler seg som et landskap. Erfaringer setter spor, og ved gjentakelser etableres stier som blir dypere over tid. Terapi kan bidra til at nye stier etableres, og at gamle mister sin dominans. Men slike prosesser krever innsats over tid, er påvirket av mange faktorer og fører ikke alltid til fullstendig endring.

Å presentere psykologisk behandling som «reprogrammering» fremstår som en enkel løsning med teknologisk presisjon, som kan skape håp. Risikoen er at pasienter som ikke oppnår ønsket effekt av den bejublete behandlingen, tolker dette som at de har mislyktes. Resultatet kan bli ytterligere demoralisering og forverring.

Når mål om smertefrihet blir nederlag

Vi jobber på et tverrfaglig smertesenter der vi møter pasienter med høy symptombelastning og ofte omfattende tilleggssproblematikk. Pasientene har ulike forventninger til behandlingen. Mange har naturlig nok håp om å bli smertefrie, men for en del pasienter – på det tidspunktet de kommer til oss – er dette verken realistisk eller hensiktsmessig som første mål. Selv pasienter som er somatisk avklart, og der det ikke er avdekket en underliggende sykdom eller skade, vil kunne ha et blandingsbilde av smertemekanismer. Mange kan stå i en livssituasjon der de ikke har mål om smertefrihet, men ønsker verktøy til å mestre funksjonstap eller konsekvenser av smerten. Vi har god erfaring med at god mestring av smerte vil kunne dempe smertetrykk og øke daglig fungering, og anser det viktig å ta med pasienten i en dialog om hva som skal være målsetting for behandlingen.

Vi kan stå godt inne for at psykologisk smertebehandling vil kunne ha svært god effekt for noen, og vår rolle som psykolog er å vurdere, basert på erfaring, kunnskap og pasientens behov, hvilken behandling vi mener vil gi mest mulig positivt utbytte for den enkelte pasient.

Håp uten hype

Langvarig smerte er ofte kompleks. Når fagfolk, media og behandlere presenterer PRT som en revolusjon, risikerer vi å skape urealistiske forventninger hos pasienter, helsepersonell og innen velferdstjenesten. Det vil skape et unødvendig press på både pasienter og helsetjenesten dersom «alle» skal prøve en behandling, som trolig bare er egnet for noen.

Vi ønsker nye behandlingsformer velkommen, men inntil vi vet mer, må vi være varsomme med å presentere nye metoder som for eksempel PRT som en metode som skiller seg dramatisk fra annen psykologisk behandling, eller som gir effekter som vi ikke ser i forskningen ellers.

Som psykologer har vi et ansvar for å skape håp uten hype, og for å gi pasienter realistiske forventninger til behandlingens potensial og begrensninger. 

REFERANSER

- Ashar, Y. K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T. F., Kragel, P. A., Dimidjian, S., Lumley, M. A., & Wager, T. D. (2022). Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J.-A., Rice, A. S. C., & Sterling, M. (2021). Chronic nociceptive pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, 162(11), 2629–2634. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>
- Pahle, A. (2026, 26. januar). PRT – Pain Reprocessing Therapy: Nyere forståelse av- og tilnærming til langvarig smerte. Oslo universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regionale-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/nyheter/prt---pain-reprocessing-therapy-nyere-forstaelse-av-og-tilnærming-til-langvarig-smerte/>
- Reme, S. E. & Pahle, A. (2025). Personer med langvarige smerter blir friske gjennom en ny behandling. Potensialet er enormt. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/8qgBvw/harald-og-sytepavene-personer-med-langvarige-smerter-blir-friske-gjennom-en-ny-behandling-potensialet-er-enormt>
- Sturgeon, J. A., Trost, Z., Ashar, Y.k. & Lumley, M. A. (2025). Brief pain reprocessing therapy for fibromyalgia: a feasibility, acceptability, and preliminary efficacy pilot. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 15(5). <https://doi.org/10.1136/rapm-2025-107076>
- Sverdrup, A. G. (Produsent). (2025). *Harald og sytepavene* [TV-serie]. VGTV. <https://tv.vg.no/serier/harald-og-sytepavene?category-Id=100577>
- Thorn, B.E. (2020) Ronald Melzack Award Lecture: Putting the brain to work in cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 161(Supplement 1), S27–S35. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001839>
- Trydal, H. (2024). Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 855–862. www.psychologtidsskriftet.no/artikkel/2024as11ae-Klinisk-praksis-med-tre-psykologiske-tilnaerminger-for-behandling-av-langvarig-smerte
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>

TEKST Kristoffer Høiland
Avdeling rus og avhengighet,
Sykehuset i Vestfold

Gleden ved å ruse seg



BOK *Rusmidlenes skjønnhet og smerte*
FORFATTER Willy Pedersen
ÅR 2025
FORLAG Cappelen Damm Akademisk
SIDER 264

KONTAKT krihoi@siv.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut
interessekonfliktkjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

Med grunnlag i svak evidens har psykologien forklart nytelsen som erstatning for andre, mer grunnleggende behov.

Sosiolog Willy Pedersens nye bok *Rusmidlenes skjønnhet og smerte* har som formål å formidle et sammensatt og nyansert bilde av bruk av rusmidler. Han skriver i forordet at boken vil være nyttig for dem som jobber med rus, for foreldre og andre som er nysgjerrige på hva som kjennetegner bruken av rusmidler i dag. Basert på i hovedsak egen forskning belyser Pedersen hvorfor folk bruker rusmidler, i hvilke settinger de gjør det, og hvordan kultur, tradisjoner og ritualer påvirker bruken. Gjennom kvalitative intervjuer kommer det frem at mange har positive rusopplevelser, mens bildet som tegnes gjennom kvantitativ og longitudinell forskning, peker mot at bruken kan ha negative konsekvenser. Linjen mellom å ha kontroll og å miste den er ofte skjør.

Tanken om at rusmidler kan ha positive sider for folk er mindre belyst i forskning, men er ikke en ny idé (Høiland, 2025). Vinteren 2025 gikk det en debatt i det kjente rustidsskriftet *Addiction* om at alkoholforskningen ikke har tatt glede og nytelse ved bruk av alkohol på alvor (Nicholls & Hunt, 2025). Nicholls og Hunt mener at man bør forsøke å forstå glede og nytelse på mer sofistikerte måter. Mange mennesker er mer opptatt av nytelse i det korte løp enn helsefremmende langtidsmål, og noen tar til orde for at også kortvarig nytelse er en valid målsetting (Pennay & Livingston, 2025). For eksempel skal storøykeren David Lynch ha sagt før han døde av røykerelatert sykdom: «*I don't regret it. It was important to me.*» En slik holdning er overførbart til andre

— mange bruker rusmidler sporadisk uten å bli avhengige

typer rusmidler: Mennesker som drikker (for mye) alkohol, kan være kjent med potensielle skadevirkninger, men ønsker å drikke likevel.

Pedersen på sin side er opptatt av at brukere må lære å gjenkjenne og tolke effekter av rusmiddelet, finne ut hva de ønsker, og unngå det som er ubehagelig. Rusmidler brukes i en spesifikk kontekst og for et formål, som varierer mellom gruppene som bruker dem. Her opplever jeg at Pedersen bidrar til en utvidet forståelse av rusmiddelbruk.

Rusmiddelfeltet er ofte preget av enten-eller-tenkning der man patologiserer eller normaliserer rusbruk. Man har et rusproblem, eller så har man det ikke: Så lenge man ikke er avhengig, er det fritt frem for bruken. Gleder og nytelse ses ofte som motsatsen til ansvarlighet og trygghet. Men nyere forskning (Griswold et al., 2018; MacKillop et al. 2022) om fysiske skader av alkohol viser at alkoholbrukslidelse ikke er et enten-eller-fenomen (Morris et al. 2023). En del tyder på at man bør tenke langs et kontinuum også med andre rusmidler, noe som nok er fremmed for mange, inkludert pasienter og fagfolk. Mange rettferdiggjør dessuten egen bruk ved å sammenligne seg med andre – det er alltid noen som drikker mer og som derfor har større problemer enn en selv.

Forstår man mer av hva som driver rusmiddelbruk, vil man også i større grad få innsikt i hva som skal til for å endre bruken. Nytelse trenger ikke være motsetningen til selvregulering, den kan også være veien til å skape tryggere normer og praksis. Av den grunn har flere forskere og teoretikere vært opptatt av å bryte med dette kunstige skillet. Race (2017) mener for eksempel at glede og nytelse bør ses på som en hendelse som transformerer på en uventet måte, og tar til orde for at forskere i større grad bør forsøke å *tenke med* heller enn *om* rusmiddelbrukeren når de forsøker å forstå atferden.

En innføring i rusmidler

Boken til Pedersen har i hovedsak fått positive anmeldelser, blant annet i Morgenbladet (Lie, 2025) og Klassekampen (Bulie, 2025). Kanskje kan vi ane en viss overraskelse over at folk opplever positive sider ved rusmidler, og at noen i det hele tatt skriver om det. Hovedgruppene av rusmidler gjennomgås i ulike kapitler, før Pedersen avslutter med et kapittel om – i hans øyne – god ruspolitikk.

Pedersens oppdaterte fremstilling, og mer nyanserte og mindre moralistisk utlegning, er kjærkommen. Gjennomgangen av norsk straffepolitikk knyttet til rusmidler er både relevant og viktig å få frem.

Det er også fint med konkrete eksempler. Det er for eksempel ingen tvil om at mye rusmiddelbruk i ungdoms- og tidlige voksenår gjør at man kan miste verdifulle normative erfaringer. Likevel tenker jeg at en del av kasusene i boken nok er kjent stoff for psykologer i rusfeltet, og neppe tilfører så mye for fagfolk flest.

Selv savner jeg likevel en mer kritisk lesning av boken og forskningen. Videre i essayet vil jeg trekke frem noen tema som jeg fra mitt ståsted som forsker og psykolog med erfaring fra rusbehandling ble spesielt opptatt av under lesningen.

Hvor farlig er rusmidler?

Pedersen trekker frem at det som er farlig og forbudt, også kan være spennende. Det er rimelig å tenke seg at det er noe av grunnen til at mange eksperimenterer med bruk av rusmidler, spesielt ungdom. Samtidig har det lenge vært kjent at risikoen for å utvikle rusproblemer ikke er lik for alle. Ustabil oppvekstssituasjon, økonomiske problemer, vold og overgrep og foreldre med egen rusmiddelbruk øker risikoen for å få problemer med rusmidler, på samme måte som det øker risiko for andre typer psykiske vansker eller marginalisering.

Oppmerksomheten omkring somatisk sykdom og alkohol har vært særlig stor de siste årene, mye basert på nyere forskning som har vist at alkohol kan øke risiko for sykdom fra første enhet. Det er også relativt etablert at for eksempel cannabis har lavere skaderisiko enn alkohol (Nutt et al., 2010).

Pedersen kunne gjerne skrevet enda mer nyansert om forskningsfeltet knyttet til sporadisk eller rekreativ bruk av andre rusmidler, som opioider. Selv om det er lite forskning på feltet, finnes det studier på lavfrekvent bruk og naturlig bedring etter bruk av illegale rusmidler (Paquette et al., 2022). Denne forskningen indikerer at mange bruker rusmidler sporadisk uten å bli avhengige. For eksempel finnes det undergrupper av personer som har vært avhengige av for eksempel heroin og cannabis, som går tilbake til mer kontrollert bruk. Pedersen tar også opp debatten om hvorvidt rusavhengighet er en kronisk

hjernesykdom, noe som har vært hevdet i flere tiår. Han lander på at tanken om en hjernesykdom ikke har så mye for seg. Her er jeg helt enig. Dette sporet har ikke ført til hverken bedre utrednings- eller behandlingsmetoder for rusavhengighet, og som Pedersen er inne på i boken, har heller ikke forståelsesrammen hatt ønsket effekt for å redusere stigma eller marginalisering.

Foreldre og barn

Pedersen kan noen ganger bli litt unøyaktig når han formidler egne funn. Ett eksempel er når han skriver om hvordan foreldre påvirker barnas alkoholforbruk. Han viser til sin egen artikkel fra 2013 (Pedersen & von Soest, 2013), og skriver at «[...] ungdommene på en overraskende presis måte kopierer måten foreldrene drikker». Ser man nærmere på artikkelen han refererer til, kommer det derimot frem at effektstørrelsene er små til moderate. Foreldrenes alkoholinntak *kan* ha en innflytelse på barnas drikking, men artikkelen kan ikke si noe om årsakssammenhenger. Oppsummeringsstudier viser lignende funn (Rossow et al. 2016; Yap et al., 2017). Konklusjonene i selve artikkelen er også betydelig mer moderate enn i boken -forfatterne trekker frem at det ikke er mulig å trekke kausale slutninger ut fra dataene de har, og at de ikke har kontrollert for genetikk.

Med andre ord: Resultatene tyder på at det er en sammenheng mellom barns og foreldres drikkevaner, men at mange andre faktorer også har betydning for hvordan barna drikker senere i livet. Det tilsvarer funn fra andre forskere. En oppsummeringsstudie fra 2016 fant at flere studier så en assosiasjon, men at kausale sammenhenger ikke var klarlagt (Rossow et al., 2016).

Teori om totalkonsum

I det siste kapittelet i boken, «God ruspolitikk», tar Pedersen for seg hva som kan gjøres for å begrense skader ved bruk av rusmidler. Han beskriver godt hvordan rusmiddelbruk har blitt sett som et problem som skal håndteres av politi og påtalemakten, og at det har vært brukt veldig mye ressurser her sammenlignet med andre land. Kostnadene for brukerne av rusmidler har vært store, med overraskende høyt straffenivå sett i forhold til andre typer lovbrudd.

Tiltakene som Pedersen foreslår, er ikke nye: Regulering av tilgjengelighet, pris, aldersgrenser og åpningstider er kjente tiltak på samfunnsnivå. Pedersen virker riktignok overraskende bekymret for at Vinmonopolet skal forsvinne – noe som strengt tatt ikke virker sannsynlig? Han trekker selv stadig frem at unge mennesker drikker mindre alkohol enn før. Norsk alkoholpolitikk har på mange måter vært vellykket i den forstand at alkoholforbruket er lavere i Norge enn i de fleste sammenlignbare land. Tilgangen er også begrenset, og prisene relativt høye. Ut fra både tradisjon og det politiske landskapet ville det forbause meg om vi ser Vinmonopolet forsvinne med det første.

Sentralt i boken står Ole-Jørgen Skogs teori om

totalkonsumets betydning for antallet personer som får problemer med alkohol, «the collectivity of drinking cultures» (Skog, 1985). Kort fortalt sier teorien at bruken av alkohol er ujevnt fordelt i befolkningen. Majoriteten drikker mindre enn befolkningsgjennomsnittet, mens en liten andel står for størsteparten av bruken. Jo høyere inntak i befolkningen som helhet, dess høyere er altså inntaket i alle grupper. Gjennomsnittlig alkoholinntak i befolkningen kan derfor predikere forekomsten av storforbrukere av alkohol. Sentralt i teorien er at alkoholinntak er sterkt påvirket av sosiale nettverk.

I siste kapittel etterlyser Pedersen mer solidaritet, og ser konturene av en normativ teori for bruk av alkohol i Skogs teori. Han ser ut til å mene at det i Norge ikke diskuteres hvor mye øl og akevitt som skal serveres ved julebordet, at det ikke tas hensyn til at noen har problemer med alkohol. Dette virker søkt for meg. Det har tross alt vært et bredt søkelys på alkoholens skadevirkninger de siste årene. Norge har lavere totalforbruk av alkohol enn de fleste andre sammenlignbare land. Bevisstheten hos mange synes også å ha blitt høyere, og mange arbeidsplasser (inkludert for eksempel helseforetak) har sluttet helt å tilby eller betale for alkohol i jobbsammenhenger. Andre steder har innført forbud mot å servere alkohol på arbeidsplassen. Ut fra egen erfaring vil jeg si at tilstedeværelsen av alkohol har vært svært moderat til totalt fraværende i de fleste sosiale jobbsammenhenger i helsevesenet de siste årene. Men både Pedersens og mine egne tanker om dette er anekdotiske.

Et annet viktig poeng i forbindelse med Skogs teori er at selv om mange har funnet støtte for at antallet problemdrikkere henger sammen med gjennomsnittskonsumet, og at dette mønsteret ses i en rekke land, så er det bred enighet om at antakelsene teorien bygger på i liten grad er testet ut empirisk (Gmel & Rehm, 2000; Rossow & Clausen, 2013; Rossow & Mäkelä, 2021). Det er en svakhet når teorien har så vidt stor påvirkning som den har hatt. Skog hevder at drikkemønster skyldtes sosial påvirkning. Men det er ingen som faktisk har vist *hvilke mekanismer som ligger bak* hvordan den sosiale påvirkningen foregår. Det er ikke sikkert at det er en god idé å basere politikk eller preferanser på så tynt grunnlag, slik Pedersen ser ut til å mene.

Hvor ble det av behandlingen?

Pedersen skriver mye om ruspolitikk, rusopplevelser og relasjonen mellom barn og foreldre. Han skriver om viktigheten av rusforebygging og å involvere politiet i forebyggingen. Men behandlingsperspektivet er fraværende. Noe har sikkert med fagbakgrunn å gjøre, det ligger kanskje nærmere Pedersen å interessere seg for de store linjene. Behandling er likevel en vesentlig del av hvordan vi forstår og håndterer rusmidler og ruslidelser i Norge i dag. Pedersen understreker flere ganger at søkelyset i Norge nå i større grad går fra straff til hjelp og behandling. Men hva vet vi egentlig om rusbehandlingens effekt i dag? Og hvordan påvirker befolkningens syn på rusmidler pasientens forventninger til og ønske om behandling?

— Avhengighet er et sammensatt fenomen, og kanskje er det lett å tenke for ensporet

Mer kunnskap i befolkningen om rus, rusmidler og rusbehandling kunne forebygget nettopp den enten-eller-tenkningen Pedersen kritiserer.

Når perspektivet endres fra straff til behandling, er det svært viktig å vite noe om hva slags effekt behandlingen har – og hvem som trenger den. Det har lenge vært kjent at mange (kanskje rundt 70 %) av dem som på et tidspunkt har en alkoholbrukslidelse, løser problemene på egen hånd (Tucker et al., 2020). Dette kalles ofte *naturlig bedring*. Forskning tyder på at bedring eller endring uten behandling også er vanlig for andre typer rusmidler (De Meyer et al., 2024). Imidlertid er det, som Pedersen påpeker, vanskeligere å få korrekte utvalg av personer som bruker andre rusmidler, ettersom mange holder bruk av illegale rusmidler skjult. Mye tyder likevel på at for de fleste er rusmiddelbruk ikke en kronisk, tilbakevendende sykdom, slik man i større grad tenkte før, for eksempel ved å bruke begreper som «alkoholisme». Jeg er enig med Pedersen i at det ikke er hensiktsmessig å opprettholde et slikt perspektiv, hverken for samfunnet som helhet eller for endringsprosessen til den enkelte. Det er dessuten klare indikasjoner på at hjernesykdomsperspektivet kan forsterke, heller enn å redusere, stigma (Morris, 2022; Morris et al. 2023; Rundle et al. 2025).

Det brukes store summer på behandling av ruslidelser i Norge årlig. Behandlingen foregår i hovedsak i spesialisthelsetjenesten, hvor private aktører står bak den største andelen av døgnplassene (Helsedirektoratet, 2026). Pedersen trekker frem Allison Ritters påpekning av falske motsetninger i rusfeltet, og en av dem dreier seg om hvorvidt ruspolitikk bør drives frem av forskning og evidens, eller av verdier. Jeg vil si at problemet med norsk rusbehandling, som neppe er særlig annerledes enn i andre lignende land, er at kjent evidens ikke er satt tilstrekkelig ut i praksis. Fra start har mye av feltet har vært basert på avholdsbevegelser og moralske og religiøse ideer. Tidligere regjeringer (f.eks. Solberg-regjeringen) har tilsynelatende ønsket alle aktører velkomne til å opprette rusbehandlinger, noe som har medført stor variasjon innen behandlingssteder med ymse behandlingsideologier. Hvem som helst kan altså starte et

behandlingssted, driftet etter sin foretrukne teori med egenutviklede behandlingsintervensjoner.

Denne typen *anything goes*-holdning har preget rusfeltet i mange år, mens det hadde nok vært noe de færreste hadde akseptert innen behandling av somatisk sykdom. Noe av grunnen til at ruslidelser behandles slik, kan være knyttet til at det å bruke rusmidler også er et valg, og sånn sett noe man har kontroll over. En slik forståelse kan lett lede til moralisme og svart-hvitt-tenkning hvis man ikke tar andre omstendigheter med i betraktningen. På den andre siden medfører utvikling av avhengighet at muligheten til å velge bort rusmiddelet reduseres, og dette perspektivet leder lett inn i en ren sykdomstenkning. Livsomstendigheter og kontekstuelle forhold har også stor betydning for å utvikle ruslidelser. Avhengighet er et sammensatt fenomen, og kanskje er det lett å tenke for ensporet når det gjelder behandling, og velge ett ståsted heller enn å se kompleksiteten. Kompliserte situasjoner kan lede til et ønske om enkle løsninger.

Effekten av rusbehandling

For å løfte frem noen forskningsfunn fra rusfeltet: Vi vet lite om optimal lengde på behandling i poliklinikk. En oppsummering av behandling av alkoholbrukslidelse viste at hverken behandlingens lengde, antall timer eller hyppighet av behandling hadde betydning for resultatet (Kramer Schmidt et al., 2018). Det er gammelt nytt at behandlere ofte blir overrasket over at pasienter kan ha nytte av betydelig enklere intervensjoner enn det de hadde trodd. Forskning på korte intervensjoner som motiverende intervju eller problemløsende terapi viser blant annet det. Det er gammelt nytt at psykoterapiforskning har vist at korte intervensjoner kan føre til endring (for eksempel Miller, 2000).

Når det gjelder døgnbehandling, som fremdeles er en vanlig behandlingsform i rusfeltet, vet vi egentlig enda mindre. Ser man på ulike oppsummeringsartikler fra de siste tyve årene (for eksempel de Andrade et al., 2019) og legger kvaliteten på studiene til grunn, mener jeg vi står igjen med følgende: Døgnbehandling har antakelig

effekt, men det er ikke vist at effekten er bedre enn andre behandlingsmetoder. Vi vet ikke hva som er optimal behandlingsslengde. Ulikheter i behandlingsformer og -metoder gjør det vanskelig å sammenligne ulike studier. Studiene preges av stort frafall, og vi står antakelig igjen med å studere dem som er fornøyd, og som hadde nytte av behandlingen. Når Norge i 2023 brukte nesten dobbelt så mye penger på døgnbehandling som annen type rusbehandling, tenker jeg det bør være et tankekors. En diskusjon om rusmidler bør i større grad ta innover seg både kunnskapen om naturlig bedring og effekten av rusbehandling.

Pasientens prosjekt går under radaren

Et resultat av å ikke anerkjenne glede og nytelse som et autentisk motiv i forskning på rusmidler og behandling er at vi ikke treffer pasienten, og et felles prosjekt for behandlingen blir ikke etablert. Mange har vært opptatt av alkohol, andre rusmidler og stigma. En nyere oppsummeringsartikkel fant at behandlere også i stor grad har stigmatiserende holdninger mot ruspasienter (Cazalis et al., 2023), og en helt ny artikkel trakk frem hvordan man i over 80 % av tilfellene fant stigmatiserende språk i pasientens journal, og også hvordan pasientene i stor grad brukte selvstigmatiserende språk (Perez et al., 2025).

De fleste behandlere i rusfeltet er empatiske mennesker som vil pasienten vel. Men samtidig er nok de fleste som jobber med rus, negative til rusmiddelbruk, eventuelt med unntak av alkohol. Resultatet er at pasienten ofte blir møtt av en på overflaten velmenende behandler som selvfølgelig vil hjelpe pasienten, men som på innsiden mener at det pasienten driver med, ikke er bra. Dette siver etter alt å dømme ut i kontakten, og pasienten vil merke det. Kanskje vil pasienten da avslutte behandlingen, men like sannsynlig er det at pasienten vil formulere mål som vedkommende tenker er «riktige», i tråd med det behandleren mener – som totalavhold, eller å slutte helt med rusmidler, men som ikke er realistiske. Jeg er redd for at en slik dynamikk er oppskriften på evige behandlingsforløp, og kilde til mye av den frustrasjonen både pasienter og behandlere i rusfeltet opplever.

I forskning på hva pasientene selv ønsker, er nemlig ikke totalavhold nevnt blant de prioriterte målsettingene (Paquette et al., 2022). Det er derimot økt livskvalitet, bedre fysisk helse, redusert rusmiddelbruk, kontakt med helsevesenet og bedre psykisk helse. Så hvorfor dominerer fremdeles holdningen om rusfrihet så sterkt? I behandling av for eksempel angstlidelser vil det å hjelpe pasienten til å redusere tiden brukt på bekymring fra 80 % til 40 % av tiden være et legitimt og realistisk mål. Hvorfor slike typer målsettinger ikke har fått større gjennomslag i rusfeltet, og blitt brukt helt konkret og systematisk, er uforståelig. Noe av grunnen er antakeligvis enten-eller-tenkningen feltet alltid har vært dominert av, og angsten mange behandlere har for å gjøre noe feil hvis de ikke holder fast på rusfrihet som hovedmål.

Det er et gjennomgående tema hos Pedersen at selv om det kan være positive sider med rusmidler, så trumfer

de negative sidene disse. Det man da mister av syne, er glede og nytelse som et motiv i seg selv. Psykologien har noen ganger kanskje vært for ivrige i å lage teorier og forklare rusmiddelbruk med kompliserte psykologiske motiver og mangler. Glede og nytelse ved egen rusmiddelbruk har hovedsakelig blitt ansett som erstatning for andre, mer grunnleggende behov, noe det finnes lite evidens for.

Snev av moralisme

Pedersen får fint frem hvordan rusmiddelbruk er historisk, kulturelt og sosialt situert, og ikke minst hvordan tradisjoner og ritualer er nært knyttet til hvordan rusmidler brukes. Han oppfordrer også til å forsøke å forstå hvilke antakelser og perspektiver som ligger bak ulike fagfolks og gruppers syn på rusmidler. Det er ingen tvil om at en større grad av metaperspektiv ville hatt effekt på debatt om og synet på rusbehandling. For eksempel kan moralsk panikk i møte med bruk av rusmidler føre til at

behovet for behandling overdrives. Hva slags behandling man anser som nødvendig, preges kanskje også av dette: Mange – både pasienter og behandlere – ser fremdeles ut til å tenke at døgnbehandling er helt nødvendig for å få hjelp med rusproblemer, noe jeg mener er et godt eksempel på hvordan historiske og ideologiske forhold påvirker synet på rusbehandling i større grad enn evidensbasert kunnskap. Denne skjevheten preger også politi og rettsvesenet, noe Pedersen får frem på en god måte gjennom boken.

Men blir vi noe klokere på rusmidlenes skjønnhet? Her er jeg mer usikker. Som i det meste av norsk formid-

ling om rusmidler er det også her et snev av moralisme i utlegningen: Rusmidler er farlig – og det må gjentas veldig mange ganger, slik at ingen skal tro at forfatteren mener noe annet. *Rusmidlenes skjønnhet og smerte* er ikke noe unntak. I motsetning til Pedersen tror jeg at det i rusforskning ofte oppleves som tryggest å være enige med hverandre, selv om man egentlig er uenige. Resultatet blir fort at nyansene forsvinner. Selv når Pedersen skriver om glede og nytelse, er det med en advarende pekefinger, og sånn sett oppnår han kanskje det han vil: Det er neppe noen som vil begynne å bruke rusmidler fordi de har lest denne boken. ♡

REFERANSER

- Bulie, K. (2025, 18. oktober). Fyll og spetakkel. *Klassekampen*. https://klassekampen.no/artikkel/2025-10-18/fyll-og-spetakkel
- Cazalis, A., Lambert, L. & Auriacombe, M. (2023). Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 9, 100196. https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100196
- de Andrade, D., Elphinstone, R. A., Quinn, C., Allan, J. & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227–235. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031
- De Meyer, F., Bencherif, N., De Ruyscher, C., Lippens, L. & Vanderplasschen, W. (2024). Self-change from problems with alcohol and drugs: A scoping review of the literature since 2010. *Drug and Alcohol Review*, 43(6), 1349–1360. https://doi.org/10.1111/dar.13834
- Gmel, G., & Rehm, J. (2000). The empirical testability of Skog's theory of collective drinking behaviour. *Drug and Alcohol Review*, 19(4), 391–399. https://doi.org/10.1080/713659432
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015–1035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- Helsedirektoratet. (2026). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – døgnplasser, behandlingssted. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdataspesialisthelsetjenesten/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-dognplasser-behandlingssted
- Høiland, K. (2025). Har alkoholforskningen glemt gleden ved å drikke? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 42(2), 172–181. https://doi.org/10.18261/nnt.42.2.8
- Kramer Schmidt, L., Bojesen, A. B., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2018). Duration of therapy – Does it matter?: A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 84, 57–67. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.002
- Lie, A. D. (2025, 26. september). Det er en jungle der ute, og Pedersen er vår Attenborough. *Morgenbladet*. https://www.morgenbladet.no/bokser/en-attenborough-i-rusens-jungle/9948620
- MacKillop, J., Agabio, R., Feldstein Ewing, S. W., Heilig, M., Kelly, J. F., Leggio, L., Lingford-Hughes, A., Palmer, A. A., Parry, C. D., Ray, L., & Rehm, J. (2022). Hazardous drinking and alcohol use disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 80. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00406-1
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 6. https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.1.6
- Morris, J., Boness, C. L., & Burton, R. (2023). (Mis) understanding alcohol use disorder: Making the case for a public health first approach. *Drug and alcohol dependence*, 253, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111019
- Morris, J. (2022). Before 'Rock Bottom': Problem framing effects on stigma and change among harmful drinkers. In N. Heather, M. Field, A. C. Moss & S. Satel (Eds.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 187–195). Routledge.
- Nicholls, J. & Hunt, G. (2025). Taking pleasure seriously: Should alcohol research say more about fun? *Addiction*, 1–7. https://doi.org/10.1111/add.16747
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- Paquette, C. E., Daughters, S. B. & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110
- Pedersen, W. & von Soest, T. (2013). Socialization to binge drinking: A population-based, longitudinal study with emphasis on parental influences. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 587–592. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.028
- Pennay, A. & Livingston, M. (2025). Let's talk about pleasure: Bridging the sociology and public health divide. *Addiction*, 120(6), 1082–1083. https://doi.org/10.1111/add.70035
- Perez, M., Marino, E. N., Bone, C., Karns-Wright, T. & Potter, J. S. (2025). Words matter: Stigmatizing language in medical records of individuals electing medication for opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 275, 112831. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112831
- Race, K. (2017). Thinking with pleasure: Experimenting with drugs and drug research. *International Journal of Drug Policy*, 49, 144–149. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.019
- Rossow, I., Keating, P., Felix, L. & McCambridge, J. (2016). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, 111(2), 204–217. https://doi.org/10.1111/add.13097
- Rossow, I., & Clausen, T. (2013). The collectivity of drinking cultures: Is the theory applicable to African settings? *Addiction*, 108(9), 1612–1617. https://doi.org/10.1111/add.12220
- Rossow, I., & Mäkelä, P. (2021). Public Health Thinking Around Alcohol-Related Harm: Why Does Per Capita Consumption Matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82(1), 9–17. https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.9
- Rundle, S. M., Goldstein, A. L., Wardell, J. D., Cunningham, J. A., Rehm, J., & Hendershot, C. S. (2025). Examining the relationship between public stigma, models of addiction, and addictive disorders. *Addiction Research & Theory*, 33(2), 143–149. https://doi.org/10.1080/16066359.2024.2365156
- Skog, O.-J. (1985). The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption. *British Journal of Addiction*, 80(1), 83–99. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1985.tb05294.x
- Tucker, J. A., Chandler, S. D. & Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol Res*, 40(3), 02–02. https://doi.org/10.35946/arcv40.3.02
- Yap, M. B. H., Cheong, T. W. K., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., & Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*, 112(7), 1142–1162. https://doi.org/10.1111/add.13785

TEKST Ole Christer Lund
BUP Elverum,
Sykehuset Innlandet HF

Drømmetydningens aktualitet



BOK *The Interpretation of Dreams*
(norsk tittel: *Drømmetydning*)

FORFATTER Sigmund Freud
(oversatt av A.A. Brill With)
ÅR 1900/1997

FORLAG Wordsworth Editions
SIDER 480

KONTAKT ole.christer.lund@
sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Anmelderen har fylt
ut interessekonfliktskjema og opp-
gir ingen interessekonflikter.

Freuds verk *Drømmetydning* kan ha nytte i klinikk – og i forståelsen av moderne forskningsfunn om drømmer.

Sommeren 2025 ble jeg spurt om å bidra i *Klassikeren*. Da hadde jeg nylig deltatt i en debatt om Freuds betydning for dagens psykologi både i Aftenposten og på sosiale medier (Lund, 2025a, 2025b, 2025c, 2025d, 2025e). Valget av forfatter og klassiker ble derfor opplagt: Det måtte bli Sigmund Freud og hans *Interpretation of Dreams* (originaltittel *Die Traumdeutung*, norsk tittel *Drømmetydning* (Freud, 1900/1997). Gjennom essayet vil jeg forsøke å besvare spørsmålet: Er Freud fortsatt faglig relevant i 2025?

Bak fasaden til psykoanalysens far

Sigmund Freud ble født 6. mai 1856 i Freiberg, i det som den gang var Mähren og del av det østerriksk-ungarske imperiet (i dagens Příbor i Tsjekkia). Freud tok sin legeutdannelse ved universitetet i Wien, og praktiserte senere som nevrolog og psykoanalytiker fra sitt hjemmekontor i Berggasse 19. Etter nazistenes maktovertagelse med *Anschluss Österreich* i 1938 måtte Freud flykte til England, siden han var jødisk og forfatter av tankegods som nazistene forbød. Da Freud døde i 1939 i London, 83 år gammel, etterlot han seg en arv som opphavsmann til psykoanalysen – den mest toneangivende formen for psykoterapi i store deler av det 20. århundre.

I løpet av karrieren utga Freud hundrevis av enkeltstående artikler, kapitler og bøker, og hans samlede verker utgjør hele 24 bind. Han var også en aktiv fagformidler gjennom veiledning, foredragsvirksomhet og pasientbehandling. Boken *Drømmetydning* regnes som hans hovedverk, og utkom egentlig på tysk i november 1899, men forlaget valgte å offisielt datere utgivelsen til år 1900. Boken kom bare fem år etter at Josef Breuer, i samarbeid med Freud, lanserte begrepet *the talking cure* i *Studies in Hysteria* (1895/2004). I *Drømmetydning* bygger Freud videre på denne tidlige formen for samtalebehandling, men her tar han noen skritt videre, og starter med den utviklingen av sin egen metode: psykoanalysen. Knappt noen bok har hatt en så vesentlig og varig påvirkning på psykologien som fagfelt.

Salvador Dali (1904-1989) og surrealistbevegelsen på 1920-tallet var dypt forankret i og påvirket av Freuds teorier, men tiltrekningen var ensidig.

Drømmetydning var boken Freud omarbeidet flest ganger: hele åtte ganger ble boken revidert fra den først utkom i 1899/1900, til den åttende utgaven utkom i 1930. Boken introduserer grunnforståelsen i psykoanalysen og mange temaer Freud skulle bygge videre på i senere publikasjoner. Freud var en svært velformulert forfatter, og mange av verkene har en nesten skjønnlitterær kvalitet når de skildrer pasienters livshistorie og terapiprosesser. *Drømmetydning* er intet unntak i så måte. Boken flommer nærmest over av eksempler på drømmer, mulige måter å tolke drømmene på og teoretiske antagelser som utledes av tolkningene. Den bidrar med hypoteser og teorier om hva søvn og drømmer er, hvordan drømmene bærer med seg ubevisst materiale, og hvordan vi kan jobbe med drømmetydning i terapi. Og siden han i boken også deler eksempler fra mange av egne drømmer, gir boken et unikt innblikk bak fasaden og inn i Freuds egen personlighet og egne relasjoner, og hans måte å fortolke verden og seg selv på. Slik sett er boken en anledning til å stifte bekjentskap med mannen bak metoden, og man blir kjent med psykoanalysens far på en mer åpen og intim måte enn i Freuds senere verker.

Hva er en drøm?

Freuds hovedantagelse er at vi mennesker har utviklet evnen til å drømme for å sikre at vi får dekket vårt fysiologiske behov for søvn. Det koster mye krefter å opprettholde bevisstheten og dens konstante fokus på overlevelse og forsvar mot angst. Derfor må de ressurskrevende psykiske forsvarsmekanismene nedjusteres noen hakk når vi sover, samtidig som vi fremdeles må skjermes mot ubehag som har potensial til å vekke oss. Drømmen er der for å sikre at vårt daglige behov for – og ønske om – søvn går i oppfyllelse. Under søvnen slås motorikken av, og innflytelsen fra sansene reduseres. Mens vi sover, skal kroppen repareres og gjenoppbygges, avfallsstoffer skal fjernes, hukommelse skal konsolideres. Det som ble opplevd dagen i forveien, sorteres mellom glemsel og hva som skal lagres i hukommelsens assosiative nettverk. Drømmens funksjon er å skjule, fordekke og nøytralisere tankeinnhold og tematikk som bevissthetens portvokter og sensurinstans vurderer som for urovekkende, og som har kraft til å vekke oss. I lys av Freuds senere modell for å forstå bevisstheten (2003a/1920; 2003c/1923) kunne man si at denne sensurerende portvokteren trolig er del av jeget (*Ego*), med ansvar for å «megle» mellom drifter knyttet til overlevelse, kamp, flukt og forplantning (*Id*), og regelstyrte, kritiske og dømmende prosesser (*Superego*), samt opp mot den eksterne virkelighetens krav. Viktige egofunksjoner er for eksempel realitetstesting, atferdsregulering, inhibisjon av impulser og oppmerksomhetsstyring.

Når bevissthetens sensurmyndighet oppdager drømmeinnhold som ville skapt en så sterk indre konflikt eller ubehag at det kan vekke oss fra søvnen, igangsettes et drømmearbeid som omdanner drømmens latente og underliggende innhold til det manifeste drømmeinnholdet – de konkrete bildene og handlingen vi kan

huske når vi våkner. Men, som Freud påpeker, eksterne påvirkning blir ikke helt borte: Om vi har smerter, hører lyder eller trenger å tømme blæren, kan dette trenge gjennom søvnbarrieren, og først bli vevd inn som del av drømmeinnholdet (vi ser for oss et rennende fossefall når vi egentlig ønsker å tisse, eller når vi går gjennom en ørken og våkner tørre i munnen av tørste). Blir de eksterne påvirkningene eller de fysiologiske behovene sterke nok, vil vi våkne, rette på den kroppsdelen som har ligget i klem, undersøke hva den høye lyden var, eller gå på toalettet. Når vi våkner, kommer også forsvaret og sensurmyndigheten tilbake på jobb med økt styrke sammenlignet med under søvnen, noe som kan bidra til at drømmeinnholdet ofte fortrenses eller glemmes kort tid etter at vi våkner.

Drømmens forvandling

Det er i hovedsak fire prosesser som bidrar til å fordekke det latente innholdet og omskape det til manifest drømmenarrativ, og disse er: (1) *Kondensering* (*condensation*), som bidrar til reduksjon og forenkling av rikt innhold, (2) *Forskyvning* (*displacement*), hvor deler av de latente egenskapene skyves vekk eller byttes ut for å sikre at det manifeste innholdet blir ulikt det latente, (3) *Bilde-/symboldannelse*: at drømmens latente innhold symboliseres og uttrykkes med relevante tegn, symboler eller bilder, og (4) *Sekundærrevisjon*, hvor disorganisert og usammenhengende drømmemateriale gjøres mer velorganisert og samles i en mer sammenhengende narrativ historie.

Litt forenklet kan vi si at kondensering bytter ut drømmeelementer på bakgrunn av likhet og metafor, forskyvning fordekker budskapet ut fra sammenhenger som logisk hører sammen, og bilde-/symboldannelse skjuler innhold ved hjelp av visuelle bilder eller assosiasjoner til for eksempel mytologi, religion eller kulturarv. Når det gjelder sekundærrevisjon, handler det om at sensurmyndigheten fyller på med detaljer for å fylle tomrom eller mangler. Den lager et inntrykk av en mer sammenhengende og tilsynelatende forståelig fortelling, av noe som i utgangspunktet kan ha vært mer fragmenterte biter. Her er sagbrukmetaforen nyttig, hvor vi kan se for oss at sagtømmer kommer inn på sagbruket, sages ned og går ut av sagbruket som trevirke i form av plank. Det opprinnelige materialet (trær) finnes fortsatt i den ferdige varen, men er omdannet fra tømmerstokker til noe vi mennesker enklere kan forstå og benytte oss av i hverdagen, nemlig standardiserte planker. Prosessene fører til at drømmens manifeste innhold fremstår meningsfylt i seg selv, men tildekker drømmens dypere mening slik at bevisstheten slipper å forholde seg til ubehagelig eller destruktivt innhold. Freud fremsetter også en hypotese om at de fleste drømmer har elementer av ønskeoppfyllelse (*wish fulfillment*). Det vil si at drømmer gjør slik at et bevisst eller ubevisst ønske går i oppfyllelse, men det skjer som oftest på en fordekt eller tilslørt måte.

Om det skjer en glipp i drømmearbeidet og den indre sensuren ikke lykkes med å fortløpende fordekke eller fortrenge det ubehagelige innholdet godt nok, oppskakes

sovende. Drømmen vil i økende grad oppleves som et mareritt eller en vond drøm. Den sovende begynner da å reagere på drømmeinnholdet, noe som til slutt gjør at vedkommende våkner fra søvnen, og kanskje ikke får dekket søvnbehovet sitt. Drømmen kan på mange måter sammenlignes med psykosene, hvor psykotiske hallusinasjoner kan sies å være drøm i våken tilstand. Dette leder til antagelsen om at når en psykotisk pasient gjenvinner evnen til å drømme, kan det være et tidlig tegn på bedring, fordi pasienten da begynner å kunne realitetsteste og skille mellom drøm og virkelighet igjen (se for eksempel Carveth, 2018).

— Når vi våkner, kommer også forsvaret og sensurmyndigheten tilbake på jobb

Drømmetydning blir for Freud en form for *reverse-engineering* av sensurens drømmearbeid, hvor man på bakgrunn av det manifeste drømmeinnholdet man husker når man våkner, forsøker å gjenskape det opprinnelige latente innholdet som sensurinstansen forsøkte å fordekke. Dette er grunnen til at Freud kalte drømmen for «kongeveien til det ubevisste» (1900), fordi vi gjennom å analysere drømmeinnholdet på denne måten kunne nærme oss tankeinnhold som sensurmyndigheten jobber med å sortere vekk og holde unna bevissthets i vårt våkne liv. Pasienten blir invitert til å analysere sin egen drøm, fordi bevissthets og hukommelsen er assosiativ systemer hvor man må kjenne individets indre psykiske virkelighet, utviklingshistorie og ytre kontekst for å forstå drømmens betydning i sammenheng med et gitt menneskes liv.

Den frie assosiasjons metode

I boken lanserer Freud fri assosiasjon som psykoterapeutisk metode for arbeid med drømmer. Terapeuten starter med å be pasienten gjenvinne drømmen så detaljert som mulig, og forsøker å etablere en tidslinje over hva som skjedde når i drømmen. Terapeuten noterer alle stikkord og viktige elementer som pasienten husker kronologisk fra drømmens start til slutt. Deretter går man tilbake og lar pasienten fritt assosiere rundt hvert enkeltelement. Her er invitasjonen at pasienten så fritt som mulig skal fortelle terapeuten det som faller en inn når man assosierer til hvert element, uten å dømme eller holde tilbake de innfall, minner, tanker eller følelser som vekkes når man tenker på delelementene. Man kan videre utforske om

pasienten kan identifisere en dagsrest i drømmematerialet. Det vil si om det er noe av drømmen som kan minne om noe pasienten har tenkt på eller opplevd dagen før, som kanskje kan forklare hvorfor drømmen oppsto den påfølgende natten, som igjen kan gi en pekepinn på hva noen av assosiasjonene kan bety, og hvordan de er koblet sammen. Når man har gått gjennom dette, kan man videre spørre pasienten hva slags mening han eller hun legger i drømmen og assosiasjonene og refleksjonene man har fått frem. Finnes det en underliggende mening som pasienten opplever at drømmen kan formidle eller bety for ham eller henne? Ut fra pasientens livshistorie, den terapeutiske relasjonen og pasientens tilstand i det nåværende øyeblikket (Gullestad & Killingmo, 2005; Lund, 2013) kan terapeuten undre seg over om det foreligger noen ubevisste tema, aktiverte objektreasjoner eller intrapsykiske konflikter i drømmematerialet. Pasienten kan så formidle hvorvidt han eller hun opplever at tolkningen treffer eller bommer, og hva pasienten assosierer videre ut fra tolkningen.

I likhet med Freuds selvanalyse i boken kan du også prøve dette på deg selv. Legg en notatblokk ved sengen, noter ned noen stikkord fra drømmen rett etter at du våkner, og følg fremgangsmåten over med frie assosiasjoner fra hvert delement i drømmen etterpå.

«Ikke la meg bli stående igjen redd og alene!»

Jeg har i en annen artikkel (Lund, 2025f) vist hvordan man kan benytte psykodynamisk leketerapi i kombinasjon med EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) i traumebehandling hos barn. I første behandlingstime av forløpet presenterer pasienten en drøm som jeg vil ta med som illustrasjon på hvordan innsiktene fra *Drømmetydning* fortsatt er klinisk relevante i dag. Pasienten, en åtte år gammel gutt med symptomer på posttraumatisk stress var i behandling i BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), og fortalte om et mareritt han hadde hatt natten før første behandlingstime. I drømmen så han for seg at han ikke klarte å redde lillebror, og ble stående igjen redd og alene. I leketerapien samme time lekte pasienten at skikkelsen som representerte ham selv, var på et nytt sted og måtte overbevise dyrene som levde der, om at han ville dem vel, og at han ville beskytte dem. Så ble stedet angrepet, de voksne forsvant, og pasienten ble stående igjen alene for å beskytte dyrene.

Vi utforsket om drømmematerialet og det som skjedde i leken, kunne ha sammenheng med at pasienten nylig hadde flyttet til nytt sted og måtte bli kjent med ny fosterfamilie, nye venner, ny skole og nytt nærmiljø. Pasienten hadde flere ganger fortalt at han måtte ta voksenansvar og passe på lillebror når de biologiske foreldrene ikke gjorde det. Jeg spurte om han trodde disse tingene kunne henge sammen med innholdet i drømmen og leken. Pasienten bekreftet at det stemte, og sa: «Ja, for mamma var ikke en voksen for oss, hun beskyttet oss ikke slik hun skulle.» Som terapeut reflekterte jeg også over om temaet knyttet til å bli forlatt, der han måtte beskytte dyrene alene, og

temaet fra marerittet hvor han ikke klarte å redde lillebror, kunne forstås som et overføringstema med et underliggende spørsmål til meg: «Kan du være en voksen som jeg kan stole på, og som ikke forsvinner, og kan vi jobbe sammen slik at jeg kan komme meg videre og ikke trenger å stå igjen alene?»

Det terapeutiske arbeidet med drømmen illustrerte for terapeuten noen av pasientens kjerneutfordringer allerede tidlig i forløpet: erfaringer med å ha blitt overlatt til seg selv og å måtte ta voksenansvar for seg selv og lillebror, som vi senere mange ganger kom inn på i behandlingsprosessen både i leketerapi og EMDR. Drømme ga også innblikk i pasientens motivasjon og engasjement for å bearbeide disse temaene i terapi. De demonstrerte hans evne til å bruke drøm, fantasi og lek som elementer i leketerapien og EMDR-behandlingen. I tillegg viste pasienten tegn på at han kunne være redd for at terapeuten kunne komme til å forlate ham eller la ham være alene med vanskene sine. Det som mobiliserte terapeuten til å jobbe med den relasjonelle tryggheten og tilliten i den terapeutiske alliansen.

Seksualitet og Tony Sopranos ender

Etter utgivelsen av *Drømmetydning* i 1900 utga Freud en lang rekke klassikere på løpende bånd, som var inspirert av temaer og elementer som først ble introdusert her. Han skrev om det ubevisstes betydning for forsnakkelser i hverdagslivet (senere populært kjent som freudianske glipper) (1901/2002d), og om hvordan både humor, relasjoner, kjønnsidentitet og tiltrekning er knyttet til ubevisst seksualitet og aggresjon (1905/2010, 1905/2002c). Han skrev også om hvordan personligheten og vår psykiske helse formes av tidlige erfaringer og traumer i nære relasjoner, som kan overføres som ubevisste forventninger inn i nåtiden (1909/2002a, 1918/2002b), og om hvordan selvfølelsen, bevisstheten, forsvarsmekanismer og det ubevisste er skrudd sammen (1914/2003b, 1920/2003a,

1923/2003c). Hver på sin måte bygger klassikerne videre på elementer fra hovedverket *Drømmetydning*, som kan minne om en mangefasettert diamant som de andre av Freuds verker stråler ut av.

I forlengelsen av Freuds forfatterskap kom hundrevis av fagfolk som bygget videre på hans antagelser, som for eksempel Mary Ainsworth og John Bowlby innenfor tilknytningspsykologien, eller Judith L. Herman og Francine Shapiro innenfor traumefeltet. De siste hundre årene har teoretikere og forskere innen mange ulike felt bygget videre på mange av temaene som Freud introduserte i sin drømmebok. Eksempler er hukommelseskonsolidering, hvordan synapser, språkmodeller, kunstig intelligens (KI) og assosiative nettverk fungerer, EMDR som en målrettet fri assosiasjon knyttet til traumeminner, mindfulnessfeltets *innsiktsmeditasjon* som en buddhistisk, introspektiv fri assosiasjon (uten terapeut) og REM-søvnens (*rapid eye movement*) viktige rolle for drømmer og hukommelse. Selv om forskningen ikke kan gi støtte til alle Freuds antagelser, er det allikevel bemerkelsesverdig mange av hans observasjoner og teorier i boken fra 1900 som oppleves som spennende, innsiktsfulle og aktuelle å ha med seg i møte med dagens forskning. I praktisk og klinisk arbeid er Freuds forståelse av drømmer fortsatt relevant, som jeg illustrerte i forrige avsnitt. I populærkulturen har Freuds teorier om drømmer, seksualitet og relasjoner også hatt stor betydning. Et kjent eksempel er tv-serien *The Sopranos*, som behandler en rekke freudianske temaer, blant annet psykoanalytisk fortolkning av mafiabossen Tony Sopranos andedrøm.

For å oppsummere vil jeg svare et tydelig ja på hvorvidt Freud fortsatt er faglig relevant i vår tid. *Drømmetydning* fra 1900 blir stående igjen som selve hovedverket i forfatterskapet. Det er et høyst leseverdig bidrag som gir bakgrunnsforståelse i møte med Freuds og psykoanalysens øvrige verk, men som også stadig er aktuell i møte med temaer som søvn, drømmer, relasjoner, samtalerapi, assosiative nettverk og bevissthet i dag. ♡

REFERANSER

- Breuer, J. & Freud, S. (2004). *Studies in Hysteria*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1895)
- Carveth, D. L. (2018). *Psychoanalytic thinking: A dialectical critique of contemporary theory and practice*. Routledge.
- Freud, S. (2010). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Lits. (Opprinnelig utgitt 1905)
- Freud, S. (2003a). *Beyond the Pleasure Principle. I Beyond the pleasure principle and other writings*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1920)
- Freud, S. (2003b). On the Introduction of Narcissism. I *Beyond the pleasure principle and other writings*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1914)
- Freud, S. (2003c). The ego and the id. I *Beyond the pleasure principle and other writings*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1923)
- Freud, S. (2002a). Analysis of a Phobia in a Five-Year Old Boy. I *The 'Wolfman' and other cases*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1909)
- Freud, S. (2002b). History of an Infantile Neurosis. I *The 'Wolfman' and other cases*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1918)
- Freud, S. (2002c). *The Joke and its Relation to the Unconscious*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1905)
- Freud, S. (2002d). *The Psychopathology of Everyday Life*. Penguin Books. (Opprinnelig utgitt 1901)
- Freud, S. (1997). *The interpretation of dreams*. Wordsworth Editions. (Opprinnelig utgitt 1900)
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2005). *Under teksten: Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Lund, O. C. (2025a, 19. juni). Et forsvar for Freud. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/8qdKyw/faglig-for-kvaklet-og-kokainavhengig-paastandene-om-freud-krever-motsvar>
- Lund, O. C. (2025b, 25. juni). Noen presiseringer av forsvaret for Freud. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/wgB714/noen-presiseringer-om-forsvaret-for-sigmund-freud>
- Lund, O. C. (2025c, 28. juni). Et forsvar for Freud: Er Sigmund Freuds faglige bidrag fortsatt relevante i dag? [Podkastepisode]. I *Mindful Consciousness*. <https://open.spotify.com/episode/2ngwcDkZZXrYIEijcoicucq>
- Lund, O. C. (2025d, 29. juni). "The best of Sigmund Freud": Min topp 20-liste over utgivelser fra psykoanalysens far [Podkastepisode]. I *Mindful Consciousness*. <https://open.spotify.com/episode/6TqFO07rjG6Fy-6iq5KhKbR>
- Lund, O. C. (2025e, 30. juni). Hva er kult med Sigmund Freud? Vi leter etter «take-home messages» fra "The top 20 best of Freud" [Podkastepisode]. I *Mindful Consciousness*. <https://open.spotify.com/episode/5n5xeUZVrGfLA2DivHaHUr>
- Lund, O. C. (2025f). Leketerapi og EMDR i behandling av barn med PTSD. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(10). www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s09ae-Leketerapi-og-EMDR-i-behandling-av-barn-med-PTSD
- Lund, O. C. (2013). *Selvfølelses- og mindfulnessfokusert terapi (SMFT): Manual for psykologisk behandling*. Gyldendal Akademisk.

Likeverdige helsetjenester fordrer kompetanse

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



Hanne Indregard Lind

President i
Psykologforeningen

Å svekke kompetansekravene i kommunene vil øke forskjellene i tilbudet. Folk skal få god hjelp der de bor, uavhengig av postnummer.

Hvilken kommune du bor i, skal ikke være avgjørende for om du får hjelp når du trenger det. Likevel kan det bli konsekvensen dersom kommunekommisjonen foreslår om å fjerne kompetansekravene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir tatt til følge.

Likeverdige tjenester og psykisk helsehjelp i kommunene, der folk bor, er helt avhengig av at tjenestene har nødvendig kompetanse.

Stortinget vedtok kravet om psykologkompetanse i kommunene i 2017. Målet var at flere skulle få hjelp tidlig og nær der de bor. Kravet trådte i kraft i 2020, og utviklingen siden har vært god: I dag har rundt fire av fem kommuner tilgang til psykologkompetanse.

Dette er en positiv utvikling vi må bygge videre på, ikke reversere. Særlig nå som det forventes at det vil komme en bølge av oppgaver og utfordringer innover kommunene, må vi rigge oss på måter som kan møte dette. Vi må ruste opp i kommunene, ikke svekke dem.

«Hvilken kommune du bor i, skal ikke være avgjørende for om du får hjelp når du trenger det»

Kommunene er førstelinja vår. Der oppdages mange psykiske helseutfordringer, og der skal du kunne få hjelp med ulike problemstillinger og lette til moderate lidelser. Det kan gjelde barn som strever i skolen, familier i krevende situasjoner, samt voksne og eldre som opplever psykisk uheld eller rusproblemer. Også de med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblemer bor i en kommune.

Psykologene bidrar både med behandling og forebygging, samtidig som de gir faglig støtte til andre tjenester. Det styrker helheten i tilbudene og kan bidra til økt trivsel, fellesskap og tilhørighet i lokalsamfunnet.

Fjerner vi kompetansekravene, risikerer vi større og uønskede forskjeller mellom kommuner. Små kommuner med presset økonomi og utfordringer med rekruttering, blir sannsynligvis hardest rammet. Stillinger uten tydelig lovforankring vil lettere forsvinne, og distriktene blir særlig sårbare, der befolkningen i tillegg ofte har begrenset tilgang til spesialisthelsetjenester.

Lange reiseavstander er en barriere for mange. Når tilbudet ikke finnes lokalt, øker risikoen for at problemer utvikler seg før folk søker og får hjelp. Tidlig innsats og forebygging svekkes, noe som går ut over både barn, unge og voksne som har behov for helsehjelp. Det påvirker også deres pårørende, og det kan ha betydning for sykefraværet.

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende prinsipp i velferdsstaten. Det innebærer at nødvendig kompetanse i tjenestene må sikres, også utenfor de største byene. Nå er det mange kommuner som opplever stram økonomi og krevende prioriteringer, men løsningen kan ikke være å svekke faglige krav.

Kommunene melder om behov for forenkling, men å fjerne kompetansekrav er likevel ikke veien å gå. Det vil bli kostbart på sikt, og det kan svekke rekrutteringen til kommunene i enda større grad.

Dersom kommunene mangler ressurser til å oppfylle kravene, må man heller styrkemulighetene deres til å rekruttere og ansette nødvendig personell, ikke senke ambisjonene for innbyggernes helsetilbud.

Psykologkompetanse i kommunene er en forutsetning for tidlig innsats, forebygging og kunnskapsbasert hjelp. Det er en investering som gir innbyggere og hele lokalsamfunnet.

Geografi skal ikke være avgjørende for hvem som får hjelp og hvem som ikke får det. Alle har en psykisk helse, uavhengig av hvilken kommune man bor i, og kommunale psykologer gjør en forskjell.

Skal vi få til likeverdige helsetjenester i hele landet, må denne kompetansen finnes der folk bor. Fornuftige endringer og forbedringer skal vi alltid jobbe for, men disse må gjennomføres i tråd med prinsippet om likeverdige helsetjenester.

Når har arbeidsgiver plikt til å tilby omplassering?

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Tone Hagen
Stephensen**

Spesialrådgiver i
Jus- og arbeidslivs-
avdelingen

To relativt ferske avgjørelser i Høyesterett bidrar til å klargjøre om arbeidsgiver har plikt til å vurdere omplassering i saker der det vurderes oppsigelse eller avskjed på grunn av arbeidstakers forhold.

Ifølge arbeidsmiljøloven har arbeidsgiver i visse tilfeller en lovbestemt plikt til å tilby den ansatte annen stilling i virksomheten. Etter § 4-6 har arbeidsgiver omplasseringsplikt ved sykdom eller nedsatt arbeidsevne. Brudd på denne plikten vil kunne medføre at en oppsigelse begrunnet i langvarig sykefravær er usaklig.

I saker der arbeidsgiver går til oppsigelse grunnet virksomhetens forhold, ofte nedbemanning, har arbeidsgiver også en lovbestemt plikt etter § 15-7 (2) til å vurdere annet passende arbeid. En oppsigelse vil ikke være saklig dersom det finnes en annen stilling å tilby den ansatte i virksomheten.

Disse lovbestemmelsene handler imidlertid ikke om situasjoner der arbeidsgiver vurderer å gå til oppsigelse eller avskjed på grunn av arbeidstakers forhold. Det kan for eksempel være mangelfulle arbeidsprestasjoner, alvorlige samarbeidsproblemer eller lignende.

I to relativt nye avgjørelser har Høyesterett tatt stilling til om det finnes en sammenlignbar omplasseringsplikt ved oppsigelse (HR-2024-1188-A) og ved avskjed (HR-2025-1687-A). Begge sakene gjaldt helsesektoren.

HR-2024-1188-A (Helsefagarbeider)

Den konkrete saken gjaldt en helsefagarbeider i Oslo kommune som fikk gjentatte klager på arbeidsprestasjonene sine. Etter at Statens helsetilsyn tilbakekalte autorisasjonen, ble han sagt opp. Tingretten og lagmannsretten mente oppsigelsen var ugyldig fordi arbeidsgiver ikke hadde tilbudt ham annet passende arbeid i kommunen.

Høyesterett konkluderte med at det finnes en begrenset og situasjonsbestemt plikt til å tilby annet passende arbeid også i slike situasjoner. Retten stilte tre forutsetninger som alle må være til stede for at omplasseringsplikten skal gjelde:

- Der det er alvorlige pliktbrudd eller uetterrettelig adferd som gjør at arbeidsgiver ikke lenger kan ha tillit til arbeidstaker i noen stilling, er det ingen omplasseringsplikt. I utgangspunktet er omplassering aktuelt der årsaken til oppsigelsen kun har betydning for den nåværende stillingen eller stillingskategorien.
- Arbeidstaker må ha særlig sterke interesser i å fortsette arbeidsforholdet, for eksempel sosiale hensyn som høy alder, forsørgelsesbyrde eller vanskeligheter med å skaffe annet arbeid. Lang ansiennitet kan også ha betydning, eller om arbeidsgiver kan klandres for at arbeidstaker ikke lenger oppfyller kravene til stillingen.
- Det må finnes en annen passende stilling i virksomheten som er ledig.

HR-2025-1687-A (Sykepleier)

Den andre saken gjaldt en sykepleier som ble avskjediget av en kommune. Sykepleieren hadde slått en psykisk utviklingshemmet bruker med flat hånd i ansiktet. Pasienten hadde i forkant utagert og blant annet spyttet på sykepleieren. Statens helsetilsyn opprettet parallelt tilsynssak, og konkluderte med at sykepleieren hadde brutt kravet til faglig forsvarlighet, men at det ikke var grunnlag for å ilegge en administrativ sanksjon, som tap av autorisasjon.

Høyesterett viste til at avskjed skyldes alvorlige pliktbrudd fra arbeidstakerens side, noe som regulært medfører at arbeidsgiver ikke lenger har tillit til arbeidstakeren, og som gir arbeidsgiveren rett til å avslutte arbeidsforholdet umiddelbart. I slike situasjoner gjelder det ingen plikt til å vurdere omplassering.



Institutt for psykoterapi

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

2-årig INNFORINGSSEMINAR
OSLO – Kristin Mack-Borander

2-årig INNFORINGSSEMINAR
BODØ – Carl Fredrik Gamst

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR
OSLO – Laila Hjulstad

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR
TROMSØ – Olav Røkkum

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR
KRISTIANSAND – Jon Morgan Stokkeland

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

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

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

Søknadsfrist: 12. mai 2026. Søknad skal sendes via hjemmesiden <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>.

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



Psyktest
Den digitale broen i psykisk helse

- 50+ validerte psykometriske tester
- Kompatibelt med alle journalsystemer
- 140 kr mnd inkl moms

Prøv Gratis i 30 dager på psyktest.com/behandler



Welcome to
**EMDR Europe
Workshop Conference 2026**
UNLOCKING THE POWER OF AIP
5 - 7 JUNE 2026
OSLO NOVA SPEKTRUM, NORWAY
Registration is now open!

**Endelig har EMDR Norge fått
den europeiske konferansen
hit. Benytt sjansen!**

Informasjon
og registrering:
emdr2026.com



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

Husk å bestille kvalifisert tolk.

Les mer om bestilling og bruk av tolketjenester i oppdatert veileder her:



Skann
meg for
veileder

Eksistensiell dynamisk terapi

- spesialisering i VITA-modellen

Treårig videreutdanning for psykologer og leger

Fordypning i VITA-modellens teorigrunnlag, strategier og prinsipper, med vekt på hvordan eksistensielle temaer, livssyn, tro og kultur kan veve seg sammen med psykiske lidelser.

SØKNADSFRIST: 25. APRIL 2026.

Søk via

MF Vitenskapelig høyskole – mf.no

Les mer om studiet
på vår nettside
www.bispehagen.no



PsykOpp

www.psykopp.no



Bispehagen

SAMTALESENTER



VITENSKAPELIG
HØYSKOLE

www.mf.no



Grunnutdanning i EMDR

Med psykolog Bjørn Aksel Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Trinn 1

Oslo 22. – 24. september 2026

Oslo 26. – 28. januar 2027

Trinn 2

Bergen 20. – 22. mai 2026

Oslo 9. – 11. juni 2026

Digitalt 6. – 8. oktober 2026

Oslo 8. – 10. desember 2026



Påmelding og
nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

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

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



Ønsker du å annonser?

Neste utgivelse er 4. mai, frist for å
bestille annonse er **16. april**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Mai	16. april	4. mai
Juni	13. mai	1. juni
Juli	16. juni	1. juli

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris@psykologforeningen.no

Medlemmer

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

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

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

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

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

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

Andreas Teisner Høstmælingen
936 48 119
andreas@nubu.no

Solve Brækkan Halvorsen
Studentrepresentant
spu@psykologforeningen.no

Varamedlemmer

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

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

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

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

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

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

Silje Andreassen
austagder@psykologforeningen.no
908 38 407

Buskerud

Joan Sigrun Nygard
buskerud@psykologforeningen.no
416 66 260

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
finnmark@psykologforeningen.no
971 95 996

Hedmark

hedmark@psykologforeningen.no

Hordaland

Asiyah Michelle Farooqui
hordaland@psykologforeningen.no
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
moreogromsdal@psykologforeningen.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

Mette Sevaldsen Lisø
nordland@psykologforeningen.no
414 01 624

Oppland

Eline Sørensen
oppland@psykologforeningen.no
902 96 361

Oslo

Birgit Aanderaa
oslo@psykologforeningen.no
917 12 983

Rogaland

Marie Tonette Solhaug Hansen
rogaland@psykologforeningen.no
977 34 812

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Marthe Kristine Striger Dingen
sortrondelag@psykologforeningen.no
473 11 213

Telemark

Birgitte Lindøe
telemark@psykologforeningen.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
troms@psykologforeningen.no
916 99 270

Vest-Agder

Trine Åstveit Lund
vestagder@psykologforeningen.no
988 91 554

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
vestfold@psykologforeningen.no
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhlblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

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

Lønns- og arbeidslivsutvalget

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

Forhandlingsutvalg for privat praksis

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

Spesialitetsrådet

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

Fag- og profesjonsrådet

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

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

GODKJENNINGSUTVALGET

Ole André Solbakken, leder
o.a.solbakken@psykologi.uio.no
913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder
kim.larsen@so-hf.no
69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTS-PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder
a.m.d.melinder@psykologi.uio.no
930 80 618

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin, leder
tuvabraein@gmail.com
458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Overland, 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
yphu@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. 4 2026

Ny studie utfordrer teoridrevet forskning

Matt Oxman

Hamsun opptar stadig psykologer

Matt Oxman

Knut Hamsuns psykoanalyse hos Johannes Irgens Strømme – betraktninger 100 år etter

Per Roar Anthi

Kunsten å gestalte – psykoterapi og relasjonell kreativitet

Reidulv Dyrkorn

En praksismodell for å styrke psykologstudenters relasjonelle ferdigheter

Steffen André Fagerbakk

Søskens erfaringer med deltakelse i flerfamilieterapi for spiseforstyrrelser

Ingrid Funderud

Implementering i psykisk helsevern for voksne – en studie av klima, ledelse og organisasjonsstrategier

Karin Bugge Vatne, Nadina Peters & Karina Egeland

Om Hamsuns kristne omvendelse

Birgitte Furberg Moe

***L'Enfant et les sortilèges* – en kommentar**

Jens-Erik Aasbø

Fagetikk og verdien av egenerapi

Anna Szulc

Psykologforeningen ønsker å spille på lag

Hanne Indregard Lind & Chris Margaret Aanonsen

Fagetikk ivaretas best gjennom dialog

Ole Magnus Vik & Cathrine Eide

En tryggere uenighetskultur

Nora Nord Rydningen

Podkasten «Snakk med Silje» truer ikke profesjonsetikken

Silje Schevig

Inkonsekvent, kunnskapsløst og ansvarsfraskrivende

Ole Jacob Madsen

Når mål om smertefrihet møter klinisk kompleksitet

Heidi Trydal, Mari Glette, Elisabeth Kliem
& Tormod Landmark

Gleden ved å ruse seg

Kristoffer Høiland

Drømmetydningens aktualitet

Ole Christer Lund