

**Når fortid blir
nåtid etter Utøya**

Nordstrand & Glad

**Chemsex – en ny problemstilling
i spesialisthelsetjenesten**

Tom Arild Moe

**Situasjonsrapport:
kjærlighet og vilje**

Simen Marenus Ekelund



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
23.06.2026

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 16.07, 17.08, 16.09

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, Elisabeth Schanche, Erik
Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Layout Christian von Schack

Bileredaktører Maria Astrup og Kristin Bø

Omslagsillustrasjon Araiz Mesanza

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. Etikpanelet
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.
Etikkpanelet 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.

 **Fagpressen**



INNHold

NR 7 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Araiz Mesanza har laget forsideillustrasjonen og forteller: Jeg ville illustrere balanse. Personlig balanse og balansen i samfunnet vårt, og hvor lett skjør, men også robust den kan være. Akkurat som steinene som stables oppå hverandre på elvebredden eller på toppen av et fjell.



INTERVJU Matt Oxman	
Helsevesenet henger etter kunnskapen	428
FAGARTIKKEL Nordstrand & Glad	
Når fortid blir nåtid etter Utøya	432
FRA PRAKSIS Nysæter et al.	
Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	439
ORIGINALARTIKKEL Glad et al.	
Terapeuters arbeid med unngåelse hos ungdom i traumefokusert kognitiv atferdsterapi	445
FAGARTIKKEL Eid et al.	
Operativ psykologi i lokal kriseberedskap	455
FRA FORSKNINGEN Jonas R. Kunst	
Voldelig ekstremisme som både angrep og forsvar	459
FRA FORSKNINGEN Signe Hjelen Stige	
Kjernekompetanse hos kliniske psykologar	462
DOKTORGRADER	465
FRA PRAKSIS Tom Arild Moe	
Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten	466
ETIKK-panelet Linda Nesse	
Diagnose eller minoritetsstress?	471
KRONIKK Svein Atle Alfarnes	
Brevik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien	474
BOKSTOFF	
Tommy Monsen Sotkajærvi anmelder <i>Utfordrende terapi</i>	477
Filmessay av Line Indrevoll Stänicke	
<i>Alien – den 8. passasjer</i>	479
Klassikeren av Simen Marenius Ekelund	
<i>Love and Will</i>	484
MINNEORD	489

TEKST Matt Oxman
Journalist
KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Helsevesenet henger etter kunnskapen

Traumatiske hendelser, som angrepet på Utøya, kan kreve langvarig, proaktiv oppfølging. Enkle, evidensbaserte tiltak må til, sier forskere.

I en ny fagartikkel i Psykologtidsskriftet halvannet tiår etter terrorangrepet på Utøya forteller forskerne Andreas Espetvedt Nordstrand og Kristin Alve Glad (2026) om erfaringene til en av dem som overlevde angrepet – en kvinne som har fått pseudonymet Silje. Forfatterne bruker kasuistikken til å skille mellom traumepåminnere, tapspåminnere og retraumatisering, og drøfte hva skillene betyr for klinisk praksis.

Psykologtidsskriftet intervjuet de to forskerne for å høre mer om bakgrunnen for artikkelen, hvordan det går med dem som overlevde angrepet, og deres pårørende generelt, og hva vi har lært fra forskningen på erfaringene av angrepet. Nordstrand er psykologspesialist, førsteamanuensis ved NTNU og sjef for militær mental helse i Forsvarets sanitet. Glad er psykolog og seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Begge har skrevet doktorgrad på posttraumatisk stress og vekst.

– Et møte som satt i meg

Etter at han hadde fullført profesjonsstudiet, jobbet Nordstrand sivilt i fem år. Han møtte Silje kort tid

etter angrepet på Utøya. Silje hadde blitt innlagt på St. Olavs hospital i Trondheim, der Nordstrand jobbet med konsultasjon av somatiske pasienter. Den ferske psykologen ble hovedbehandleren til den alvorlig syke pasienten i et år fra og med innleggelsen. I løpet av behandlingen gjorde Silje jevn fremgang. Hun gikk fra å være veldig dårlig til å ende på en god plass, sier Nordstrand. Erfaringen ga grobunn for Nordstrands interesse i traumatisk stress, som han gikk videre til å dyrke som forsker og sanitetsoffiser.

– Det ga meg en smak på hva helsepersonell kan være med å gjøre for et menneske som har det svært vanskelig etter en forferdelig opplevelse.

I 2021 tok Nordstrand kontakt igjen med Silje og inviterte henne til en oppfølgingssamtale. Han forventet en gladsak, men oppdaget at hun hadde fått PTSD på nytt etter en dramatisk fødsel. I etterkant av at Nordstrand intervjuet Silje, fikk hun behandling ved Regional enhet for traumebehandling (REFT) ved St. Olavs, som Nordstrand sier hun responderte godt på.

Nordstrand manglet erfaring med kvalitativ forskning, og spurte derfor om Glad ville samarbeide om kasuistikken. NKVTS og Forsvarets sanitet har samarbeidet lenge,

FOTO FORSVARET



Andreas Espetvedt Nordstrand

FOTO NKVTS / KRISTOFFER SANDVEN



Kristin Alve Glad



Flagging i 2023 til minne om terrorangrepet ved London Pub i Oslo 25. juni 2022.

opplyser de to forskerne.

I 15 år har Glad jobbet på Utøya-studien – en omfattende intervjustudie med dem som overlevde terrorangrepet, og deres omsorgsgivere. Formålet med studien er å undersøke hvordan angrepet har påvirket livet og helsen til de direkte berørte.

Åpne sår

Utøya-studien har omfattet fire runder med intervjuer så langt. Forskerne fullførte den første runden samme året som angrepet skjedde, og forrige runde 8,5 år senere, i 2020. Blant de 502 som overlevde angrepet, har fire av fem deltatt i minst en runde.

Intervjuene i 2020 viste at en tredjedel av deltakerne som hadde vært på Utøya under angrepet, slet med et høyt trykk av symptomer på PTSD. I tillegg var det mange som hadde utfordringer med angst, depresjon, søvn og fungering. En tredjedel rapporterte at de fortsatt ikke var tilbake i fungeringen de hadde før angrepet i studier eller jobb. Omtrent halvparten sa de ikke var helt tilbake i normal fungering på fritiden og med venner. Forskerne fant også et høyt symptomtrykk blant foreldrene.

– Deltakerne har uten tvil blitt påvirket i lang tid, oppsummerer Glad.

Senteret forbereder nå en femte runde med intervjuer, som forskerne skal gjennomføre i slutten av 2026. Enn så lenge har de ikke planlagt ytterligere datainnsamling. Basert på funnene fra de tidligere intervjuene forventer teamet å igjen finne store forskjeller i helse og fungering blant de som overlevde, samt at flere fortsatt vil ha udekkede hjelpebehov, sier Glad.

NKVTS samarbeider med Senter for krisepsykologi ved Universitetet i Bergen, der de har forsket på erfaringene til foreldre, søsken og nære venner av dem som ble drept under Utøya-angrepet.

Tjenestene holder ikke tritt

Glad sier hun ble fascinert av traumepåminnere etter den første runden med intervjuer.

– Det var overraskende hvor lite forskning det fantes på et fenomen som var så sentralt i litteraturen.

Noe Nordstrand og Glad ønsket å få fram i fagartikkelen, er verdien av psykoedukasjon om traumepåminnere. Om folk skjønner hvorfor de plutselig får automatiske, sterke reaksjoner knyttet til en traumatisk hendelse som fant sted for mange år siden, kan de oppleve reaksjonene som mindre skremmende og skaminduserende, forklarer Glad.

Kasuistikken om Silje og Utøya-studien til NKVTS viser at hjelpeapparatet aktivt må følge opp dem som overlever traumatiske hendelser, og deres pårørende, sier de to forskerne. Personen kan være for dårlig til å klare å oppsøke hjelp selv, være redd for å ta opp for mange ressurser eller ikke vite hvor de skal ta kontakt.

Helsevesenet har ikke i tilstrekkelig grad omsatt kunnskapen om proaktiv oppfølging i handling, ifølge Glad. Hun viser til NKVTS sin rapport publisert i fjor (Stensland et al., 2025) om opplevelsene til dem som overlevde terrorangrepet på London Pub i Oslo i 2022.

I artikkelen i Psykologtidsskriftet forteller Silje om å gjennomgå et hastekeisersnitt som minnet henne om traumat fra Utøya. I tillegg var operasjonen en traumatisk belastning i seg selv. Nordstrand påpeker at helsepersonellet kunne funnet ut om Siljes opplevelse på Utøya ved å sjekke journalen hennes eller spørre henne om hun hadde opplevd noe traumatisk. Hadde de visst om opplevelsen, kunne de tatt grep for å redusere belastningen fra hastekeisersnittet, for eksempel ved å tilby ekstra informasjon eller justere den medisinske behandlingen.

Det finnes enkle, intuitive og evidensbaserte tiltak for traumatisk stress, men helsevesenet må sette dem i system, som igjen krever et kunnskapsløft, argumenter Nordstrand.

— *Kompetansen må økes og vedlikeholdes, og kunnskapen må følges opp med forsterkning. Dessverre har vi sett eksempler på det omvendte.*

Regjeringen har valgt 2026 som Totalforsvarsåret. Nordstrand sier helsevesenet må gå lenger i å forberede seg på kriser – spesielt med tanke på traumatisk stress, som han kaller kjernen i krig fra et psykologisk perspektiv.

– Kompetansen må økes og vedlikeholdes, og kunnskapen må følges opp med forsterkning. Dessverre har vi sett eksempler på det omvendte.

Et av Nordstrands eksempler er reduksjonen av sengeplasser ved REFT. Nordstrand avslutter sin politiske appell med å minne om at Forsvaret ikke har et eget helsevesen, men at psykisk helsevern og resten av det sivile helsevesenet skal støtte Forsvaret i krig.

Fra Silje til soldater

I dag jobber Nordstrand blant annet med operativ resiliens trening av ukrainske soldater. Rundt 70 % av ukrainerne som har deltatt i treningsprogrammet, kommer rett fra kamp. De fleste var sivile før krigen, ikke profesjonelle soldater. Treningen innebærer å simulere stressende situasjoner. Nordstrand og de andre instruktørene legger vekt på utypiske faktorer for militært trening, som for eksempel mellommenneskelige situasjoner og sivil lidelse.

Nordstrand sier instruktørene noen ganger har vært redde for at de skader folk gjennom treningen, men at forskningen tyder på at treningen har motsatt effekt. I ekstreme tilfeller, for eksempel for soldater som har

gjennomgått langvarig og brutalt krigsfangenskap, kan det være hensiktsmessig å gå forsiktig frem, presiserer han.

Treningen til de ukrainske soldatene er et godt eksempel på at enkel psykoedukasjon – å gjøre eksplisitt hvorfor soldatene brått reagerer med angst og uro på noe som de vet er ufarlig, for eksempel å se et fly eller en sivil drone i et fredelig land som Norge – kan ha stor nytte, sier Nordstrand. Soldatene kan bli bedre på å regulere egne følelser og møte seg selv på en mer omsorgsfull måte.

– Ikke alle trenger psykoterapi, men de fleste vil ha nytte av psykoedukasjon.

Å kunne skille traumepåminnere og retraumatisering er viktig også i en militær sammenheng, sier Nordstrand. Ifølge ham enes forskningsmiljøet om at behandlere generelt bruker for mye tid på stabilisering og ikke kommer i gang med eksponeringen – såkalt unngåelsesallianse. 🧠

REFERANSER

Nordstrand, A. E. & Glad, K. A. (2026). Når fortid blir nåtid etter Utøya. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(7), 432-438. <https://doi.org/10.52734/BQXU6004>

Stensland, S. Ø., Glad, K. A., Carlyle, M., Andreassen, A. L., Undset, A. B., Lægreid, E. I., Stene, L. E., Laugerud, S., Nilsen, L. G. & Wentzel-Larsen, T. (2025). 25. juni-studien: Opplevelser og reaksjoner hos de direkte rammede etter terrorangrepet i Oslo 25. juni 2022 (Rapport nr. 2 2025). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2025/08/NKVTS_Rapport_25_juni-terroren.pdf



FOTO: FREDRIK VARFJELL / NTB

Trening av ukrainske soldater i Trøndelag i 2023.

TEKST Andreas Espetvedt Nordstrand

Seksjon for militær mental helse,
Forsvarets sanitet

Institutt for psykologi, Norges
tekniske og naturvitenskapelige
universitet (NTNU)

Kristin Alve Glad

Nasjonalt kunnskapssenter om vold
og traumatisk stress (NKVTS)

Når fortid blir nåtid etter Utøya

Ved posttraumatiske psykiske helseplager har skillet mellom traumepåminnere, tapspåminnere og retraumatisering klinisk betydning.

I juli er det 15 år siden terrorangrepet på Utøya. Her beskriver vi erfaringene til Silje, som overlevde terrorangrepet i 2011, mistet bestevenninnen sin i angrepet og selv fikk alvorlige skuddskader. I tiden etter angrepet utviklet hun betydelige symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), men opplevde gradvis bedring i det påfølgende året. Nesten ti år senere gjennomgikk hun et dramatisk hastekeisersnitt. Fødselen var en ny potensielt traumatisk hendelse i seg selv. Den minnet henne også sterkt om møtet med akuttmottaket og operasjonene etter Utøya. Etter fødselen fikk Silje på nytt uttalte PTSD-symptomer.

Med utgangspunkt i Siljes historie ønsker vi å belyse avgrensningen mellom det som kalles traumepåminnere, tapspåminnere og retraumatisering, samt drøfte avgrensningens betydning for somatisk helsehjelp, og når man skal vurdere og behandle posttraumatiske reaksjoner og PTSD i klinisk praksis. Traumepåminnere er et kjernefenomen ved PTSD, og samtidig er det en viktig grenseoppgang mellom påminnere og retraumatisering. Siljes erfaringer gjør skillelinjen konkret, fordi hun både reagerer på påminnere fra tidligere traumer og beskriver en ny hendelse som i seg selv fikk traumatiserende virkning.

KONTAKT a.e.nordstrand@gmail.com

MERKNAD Pasienten ga informert samtykke til at hennes erfaringer beskrives i anonymisert form, og hun leste igjennom manuskriptet før publisering. Sitatene er lett redigert for lesbarhet og anonymisering. Silje er et fiktivt navn.

— *Differensieringen er særlig relevant i somatisk helsehjelp*

Tidskollaps

Diagnosen PTSD forutsetter eksponering for en eller flere traumatiske hendelser. Slike hendelser forstås som situasjoner som innebærer faktisk død, opplevd livsfare, alvorlig skade eller seksuell vold, enten gjennom egen erfaring, som vitne, eller gjennom kunnskap om at en nærstående person har blitt utsatt for en slik hendelse (American Psychiatric Association [APA], 2022). Lidelsen kjennetegnes av påtrengende gjenopplevelser, unngåelse, vedvarende trusselberedskap og negative endringer i tanker, følelser og relasjoner (APA, 2022). I kognitive modeller forstås symptomene som uttrykk for en vedvarende opplevelse av at det foreligger en aktuell trussel, og at traumeerfaringen ikke oppleves som tilstrekkelig avsluttet og plassert i fortid (Ehlers & Clark, 2000).

Påminnere og retraumatisering

Mennesker som har vært utsatt for en traumatisk hendelse kan, uavhengig av om de har utviklet PTSD, oppleve at traumepåminnere, også kalt triggere, utløser emosjonelt ubehag (Glad et al., 2023). Triggere er indre eller ytre stimuli som ligner på eller symboliserer aspekter ved den opprinnelige traumehendelsen (Layne et al., 2018). Alt fra sanseintrykk, situasjoner, kroppslige fornemmelser, relasjonelle samspill, tanker eller følelses-tilstander kan være en påminner. Det avgjørende er ikke om stimulusen er objektivt farlig, men om den gjennom tidligere erfaring har blitt knyttet til livsfare, hjelpeløshet, tap eller intens frykt, enten bevisst eller ubevisst. Når en slik kobling siden aktiveres, kan personen reagere som om noe av den opprinnelige faren er til stede igjen. Varvin (2015) beskriver slike reaksjoner som en tidskollaps, der det som tilhører fortiden, oppleves som nåtid.

I Utøya-studien, hvor til sammen cirka 80 % av dem som overlevde terrorangrepet i 2011 deltok, har plagsomme traumepåminnere vist seg å være svært vanlige, også lenge etter den akutte fasen (Glad et al., 2016, 2017, 2023). Et stort flertall av de overlevende rapporterte plagsomme påminnere nesten et tiår etter angrepet (Glad et al., 2023), og eksponering for slike påminnere var knyttet til psykisk uhelse og redusert fungering (Glad et al., 2017, 2023). Funnene illustrerer at traumepåminnere ikke bare er et fenomen i tidlig posttraumatisk fase, men kan skape ubehag over lang tid.

Hvis en traumatisk hendelse også innebærer tapsopplevelser, oppstår det ytterligere nyanser. Layne et al. (2018) skiller mellom traumepåminnere og tapspåminnere. Tapspåminnere viser til noe i det indre eller ytre miljøet som vekker akutte sorgrelaterte



reaksjoner hos personer som har mistet en nærstående (Duffy & Wild, 2023; Wild et al., 2023).

Et beslektet fenomen til traumepåminnere er retraumatisering (f.eks. Doob, 1992). Begrepet retraumatisering brukes noe ulikt i litteraturen. Vi bruker det her om en ny potensielt traumatisk hendelse med betydelig overlapp med et tidligere traume, og som derfor kan utløse eller forsterke PTSD-symptomer (f.eks. Duckworth & Follette, 2012). Traumepåminnere kan dermed forstås som en mindre gjennomgripende opplevelse enn retraumatisering; de kan være sterkt plagsomme, men utgjør ikke i seg selv en ny traumatisk erfaring.

Traumer i somatisk helsehjelp

Differensieringen mellom traumepåminnere og retraumatisering er særlig relevant i somatisk helsehjelp, fordi situasjonelle elementer og prosedyrer i medisinsk behandling kan fungere både som traumepåminnere og inngå i en ny potensielt traumatisk hendelse. Invasive

prosedyrer, kroppslig immobilisering, smerte, mangelfull informasjon, opplevd fare og tap av kontroll er alle faktorer som kan minne pasienten om tidligere traumeerfaringer. Samtidig kan slike situasjoner også bli traumatiske i seg selv. Et eksempel er intensivbehandling etter livstruende sykdom eller skade der pasienten kan være immobilisert, respiratorbehandlet, smertepåvirket eller forvirret, og i etterkant sitte igjen med fragmenterte minner om fare, avmakt og kroppslig kontrolltap (Rigny et al., 2019). Dersom slike erfaringer overlapper med tidligere traumer, øker risikoen for at behandlingssituasjonen også får retraumatiserende virkning. Schippert et al. (2021) viser at retraumatiserende erfaringer i somatisk helsehjelp ofte oppstår nettopp i skjæringspunktet mellom kroppslig sårbarhet, manglende opplevelse av kontroll og tidligere traumatiske erfaringer. Fødselsomsorgen gir et tydelig eksempel på problematikken. Kompliserte fødsler, inkludert akutte inngrep, kan være traumatiske i seg selv, særlig når forløpet innebærer faktisk eller opplevd fare for mor og/eller barn. Horsch et al. (2024) beskriver derfor fødselsrelatert PTSD som en betydelig risiko etter fødsler preget av akutte intervensjoner, sterk frykt, peritraumatisk dissosiasjon og tidligere traumebelastning.

Siljes historie

I det videre presenterer og drøfter vi utdrag fra et oppfølgingsintervju med Silje gjennomført om lag ti år etter terrorangrepet på Utøya. AEN var behandleren hennes det første året etter terrorangrepet, og tok senere kontakt for å utforske erfaringene hennes over tid og vurdere om de kunne danne grunnlag for en pasientkasuistikk. Intervjuet foregikk over tre timer på internpoliklinikken ved NTNU. I samtalen fremkom at Silje, etter flere år med relativ bedring, hadde utviklet nye PTSD-symptomer i etterkant av et dramatisk hastekeisersnitt. Siljes historie viser hvordan reaksjoner etter nye belastninger kan bestå av både gamle og nye symptomer. Noen av Siljes påminnere pekte tilbake mot Utøya, andre mot fødselen, og enkelte aktiverte både frykt for fare og sorg knyttet til tidligere tap. Kasuistikken illustrerer derfor skillet og sammenblandingen som kan oppstå mellom påminnere som aktiverer tidligere traume- og tapserfaringer, og hvordan nye hendelser, gjennom opplevd overlapp med tidligere traumer, kan få en retraumatiserende virkning. Vi bruker begrepet påminnere som en overordnet betegnelse når skillet mellom traume- og tapspåminnere ikke er avgjørende for poenget.

Jeg ble tatt tilbake

Silje overlevde terrorangrepet, men hennes beste venninne ble drept. Selv fikk Silje flere alvorlige skuddskader og måtte gjennom mange operasjoner og en lang rehabilitering. I tiden etter Utøya utviklet hun uttalte PTSD-symptomer, blant annet angst, flashbacks, påtrengende minner, hyperarvåkenhet, unngåelsesatferd og sterke reaksjoner på traumepåminnere. Det første året etter 22. juli gikk hun i jevnlig traumefokusert terapi og

opplevde gradvis bedring. Symptomene ble svakere, og hun fungerte etter hvert bedre i hverdagen.

Nesten ti år senere fødte hun sitt yngste barn ved hastekeisersnitt. Under inngrepet var hun våken med spinalbedøvelse, og opplevelsen ga sterke assosiasjoner til operasjonene hun gjennomgikk etter terrorangrepet:

Silje (S): Det gikk jo ganske fort den morgenen hun ble født, med hastekeisersnitt. Og det var ganske... jeg ble tatt tilbake da. Å ligge på et operasjonsbord, og så er det ganske kaotisk rundt meg.

Intervjuer (I): Mmm.

S: Jeg har jo hatt mange operasjoner før.

I: Mmm.

S: Jeg hadde jo spinalbedøvelse. Så jeg var jo lam herifra og ned. Det er jo noe med det å være lam. Det sliter jeg litt med. Mistet all kontroll.

Beskrivelsen peker mot at hastekeisersnittet utgjorde en retraumatiserende hendelse for Silje. Situasjonen var dramatisk, representerte fare for både Silje og barnet, og hadde samtidig betydelig overlapp med erfaringene fra 2011: operasjonsbord, kroppslig immobilisering, frykt for noen hun var glad i, kaos rundt henne og opplevelsen av å være prisgitt andre. Fødselen satte henne altså i en situasjon som emosjonelt minnet om da hun ble innlagt på akuttmottak etter terrorangrepet.

Det gir ikke mening

I tiden etter fødselen merket Silje at tidligere PTSD-symptomer vendte tilbake, samtidig som hun utviklet nye posttraumatiske plager knyttet til fødselen. Hun ble mer skvetten, mer på vakt og reagerte sterkere på lyder enn hun hadde gjort på flere år:

S: Jeg merker at det har begynt å komme tilbake dette med lyder og sånn også i det siste.

I: Mmm. At du er skvetten.

S: Ja. Jeg skvetter mye fortere. Jeg satt og så barne-tv-greier, halvveis kikket på det og halvveis på telefonen. Det var noe sånn politijakt-greier og noe skyting. Og så måtte jeg bare slå av. Jeg klarte ikke at datteren min skulle se på det. Jeg hadde hjerteklapp resten av kvelden. Det er barne-tv, det er helt surrealistisk. Det gir ikke mening.

Lydene fra barne-tv fungerer her som en traumepåminner. De blir en nåtidig opplevelse som aktiverer det gamle alarmsystemet, uten at situasjonen i seg selv er farlig (Ehlers & Clark, 2000). Samtidig gir reaksjonen mening i lys av den dramatiske fødselen. Silje beskriver her at det sentrale ikke var frykt for seg selv knyttet til stimulusen, men at hun ikke klarte at datteren så på programmet.

Reaksjonen kan dermed forstås som en sammenblanding av tidligere fare fra Utøya, ny frykt knyttet til barnets sårbarhet under fødselen og en skjerpet beskyttelsesberedskap som mor.

Situasjonen Silje beskriver, viser dermed hvordan traumepåminnere kan gi mening ut fra traumeerfaringen, men også være vanskelig for pasienten selv å forstå. Reaksjonen på traumepåminneren kommer i dette tilfellet raskt, er kroppslig og uten en semantisk forståelse av hva som skjer, men samtidig synes Silje den er surrealistisk. Reaksjonen samsvarer imidlertid med funn fra Utøya-studien, der plutselige og skarpe lyder ble rapportert som vanlige og plagsomme traumepåminnere i hverdagen til mange Utøya-overlevende (Glad et al., 2016, 2017).

Brått og uventet er verst

Silje forteller at ikke alle skyte- eller eksplosjonslignende lyder er like vanskelige for henne. Graden av forutsigbarhet og kontroll synes å være avgjørende:

S: Jeg vet ikke om det var fordi det var uventet eller hva det var. Jeg har ikke noe problem med at mannen min spiller Counter-Strike, for eksempel. Det kunne ikke brydd meg mindre.

I: For det husker jeg jo var en ganske sterk trigger for deg.

S: Det har vært ganske greit de siste årene. Det er ikke helt den samme panikkfrykten som jeg hadde før. Det er mer sånn at om jeg har kontroll på situasjonen. Hvis det er nyttårsaften, så vet jeg at det er nyttårsaften. Da går det greit. Hvis jeg ser en actionfilm, så vet jeg at det er en actionfilm. Men det er mer hvis det kommer sånn brått og uventet, så er det verre.

Denne sekvensen viser at reaksjonen også formes av kontekst. Når lyden kommer i en ramme Silje kan forutse og forstå, blir den lettere å håndtere. Men når en traumepåminner kommer plutselig og uten forvarsel, mobiliseres alarmsystemet raskere. Det avgjørende er ikke utelukkende karakteristika ved ytre stimuli, men også hvordan eksponering skjer, og i hvor stor grad hun har fått forberedt seg mentalt i forkant.

Jeg ble ødelagt resten av dagen

En annen viktig detalj er at eksponering for påminnere ikke bare ga Silje emosjonelt ubehag. Det kunne også føre til et tydelig funksjonsfall. Silje beskriver:

S: Så skal det ikke så veldig mye til før det blir helt sånn at det blir litt for mye. At jeg må legge meg for å sove. Sånn noen uker siden ble jeg helt ødelagt resten av dagen etter at jeg leste *Prematurposten*, som vi får en gang i måneden. Det kan være keisersnitt i en film eller i en serie. Da... ja... lufta går ut av meg.

Utdraget viser samtidig at den dramatiske fødselen har skapt en ny sårbarhet for påminnere knyttet til prematuritet, syke barn, keisersnitt og sykehus, i tillegg til påminnerne Silje allerede strevde med etter Utøya. Kasuistikken illustrerer dermed hvordan en retraumatiserende hendelse kan utvide påminnerlandskapet, slik at tidligere traumepåminnere får følge av nye påminnere knyttet til den senere hendelsen.

I: Så du leste *Prematurposten*. Husker du hva som skjedde inni deg etterpå?

S: Det gikk greit først. Da leste jeg og la den fra meg, og fortsatte med det jeg holdt på med. Det kom litt sånn snikende med at jeg ble veldig irritabel, og til slutt bikker det over med at jeg blir helt sånn utmattet og helt sånn... kjenner det i brystet. Til slutt sa jeg at jeg bare måtte sove.

Utdraget nyanserer også hvordan påminnerreaksjoner kan arte seg. De kommer ikke alltid som umiddelbare flashbacks, men kan bygge seg gradvis opp gjennom irritabilitet, kroppslig uro og utmattelse. For pasienten kan det gjøre sammenhengen mellom påminner og reaksjon vanskeligere å identifisere. I en traumefokusert kasusforståelse blir det derfor viktig å rekonstruere kjeden mellom den utløsende situasjonen, kroppslig respons, affekt og funksjonssvikt.

Terapeuten var bare opptatt av trigger

Når Silje beskriver et tidligere terapiforløp, kommer en viktig klinisk nyanse tydelig frem: Traumepåminnere er viktige å utforske, men å ha det som hovedfokus i terapien er ikke alltid det mest hensiktsmessige.

S: Et par år etter jeg snakket med deg, var jeg i et annet behandlingsforløp, og det var helt krise. Det var helt forferdelig. Jeg tror det var en kombinasjon av litt



personlighetskrasj og det at behandleren ikke skjønnte hva jeg syntes var et problem. Det var sorgen som var verst da.

I: Mmm.

S: Men han var bare opptatt av å snakke om triggere. Skudd, uniform. Sånn der. Triggere. Så hver gang jeg følte det begynte å løsne litt, så byttet han tema.

Siljes erfaring illustrerer betydningen av å velge et relevant terapeutisk fokus: Når en pasient strever med både fryktreaksjoner og sorg etter en traumatisk erfaring, er det ikke gitt at fryktbaserte traumepåminnere er det viktigste å fokusere på. I klinisk arbeid med traumatiske tap er det vanlig at sorg, savn og frykt for nye tap er like sentrale som gjenopplevelse av fare (f.eks. Smith & Ehlers, 2021). Arbeid med traumepåminnere kan være nyttig, men dersom det skjer på bekostning av pasientens egen opplevelse av hva som er mest smertefullt, kan behandlingen miste retning. I perioden Silje beskriver her, var tapet av bestevenninnen i forgrunnen. Det harmonerer også med forskning som viser at PTSD-symptomer og komplisert sorg etter traumatiske tap kan være tett sammenvevde, men ikke identiske fenomener (Glad et al., 2022, 2025; Smith & Ehlers, 2021).

Vi er påminnere for hverandre

Både traume- og tapspåminnere kan i tillegg ha en tydelig interpersonlig karakter. Her forteller Silje hvor vanskelig hun synes det er å møte broren til bestevenninnen hun mistet på Utøya:

S: Jeg klarer ikke å møte broren. Jeg kan godt møte moren, men jeg kan ikke møte broren. Han ser bare trist ut.

I: Mmm ... I det at du ikke har lyst å møte ham. Ligger det i det at du gjør ham vondt da? Ved å ...?

S: Jeg tror det gjør oss begge vondt.

I: Ja ...? Dere gjør hverandre vondt?

S: Mmm. Jeg blir jo trist av å se at han er så trist. Jeg vet ikke om han ser sånn ut, eller om han blir trist av å se meg. Det vet jeg ikke ...

I: Det vekker litt den sorgen du selv kjenner ganske mye på?

S: Vi er sikkert påminnere for hverandre.

Sekvensen understreker at påminnere ikke utelukken- de handler om sensorisk stimuli som brå lyder eller grafiske bilder. Interpersonlige situasjoner kan også utgjøre påminnere som aktiverer eksempelvis sorg, savn og bevissthet om at tapet er varig. I traumatiske tapsforløp kan slike tapspåminnere være mer sentralt enn klassiske triggerreaksjoner hvor frykt vekkes av lyd, lukt eller bilder, og reaksjonene har gjerne en annen karakter enn det man forbinder med PTSD i snever forstand.

Føles ikke som det har gått ti år

Når en traumatisk hendelse innebærer tap av en nærstående, kan erfaringen noen ganger skape kompliserte sorgreaksjoner som holdes på avstand gjennom unngåelse (f.eks. Kristensen et al., 2021). Silje beskriver det slik:

S: Mmm ... Ja, hvis jeg snakker om det. Setter meg ned og tenker på det. Da føles det ikke ut som det har gått ti år ... Så da setter jeg meg ikke ned og tenker på det.



— Vi er sikkert påminnere for hverandre

I: Nei ... men så fikk du den situasjonen med (dat-terens navn), som gjorde at du ikke fikk til å holde det på avstand. Det her med sorg. Følelser henger jo sammen. Sorg og frykt knyttet til en ting bringer jo med seg sorg og frykt knyttet til andre ting.

S: Jeg tror jo at jeg var redd for at det skulle skje igjen. Det er jeg fortsatt. (...) Jeg vet rett og slett ikke om jeg hadde overlevd det om jeg skulle mistet noen jeg var glad i igjen.

I: Mmm.

S: Det vet jeg ikke hvordan jeg skulle klart.

I: Hva legger du i det?

S: Sukk. Nei ... Jeg vet ikke hvordan jeg skulle klart å stå i det. (gråter)

Når Silje her unngår å tenke på tapet, handler det ikke primært om å regulere frykt, men om å holde sorg og tapsbevissthet på avstand. Reaksjonene hennes etter fødselen ser heller ikke ut til å være knyttet utelukkende til gjenopplevd fare, men også til tidligere tap og frykten for å miste på nytt. Hastekeisersnittet aktualiserte altså både den tidligere livsfaren, en ny opplevelse av fare for henne og barnet, samt tapsopplevelsen fra Utøya. I slike tilfeller blir det mer utfordrende å skille skarpt mellom gamle og nye symptomer. Siljes historie tydeliggjør dermed igjen relevansen av å bruke tid på kaususbeskrivelser i møte med traumepasienter.

Drøfting

Siljes erfaringer viser at både traumepåminnere og nye traumatiske erfaringer kan vekke reaksjoner fra tidligere traumer, og at det er nyttig å skille mellom disse fenomenene. I Siljes tilfelle fremstår hastekeisersnittet som en ny traumatisk hendelse. Hun beskriver frykt, kroppslig immobilisering, kaos, intens hjelpeløshet og tap av kontroll i en situasjon preget av opplevd fare for barnet. Fødselen minner om det gamle traumatet fra Utøya, men er samtidig en ny belastning som setter i gang en ny post-traumatisk symptomperiode, altså en retraumatisering (Duckworth & Follette, 2012). Siljes tilfelle harmonerer med det vi vet fra litteraturen på fødselsrelatert PTSD, og da særlig knyttet til tidligere traumebelastninger (Ayers et al., 2016; Horsch et al., 2024; Olde et al., 2006). I denne litteraturen trekkes operativ forløsning, komplikasjoner, peritraumatisk dissosiasjon og opplevd tap av kontroll,

ofte frem som sentrale risikofaktorer.

Som vi ser i kasuistikken, er lyder fra barne-tv, vanskelige fødsler illustrert i film og serier, tekst i *Prematurposten*, møter med broren til den avdøde venninnen og tanker om tapet, eksempler på stimuli og interaksjoner som vekker ubehag hos Silje fordi de er assosiert med tidligere traumatiske erfaringer. Reaksjonene er altså eksempler på traume- og tapspåminnere. De kan aktivere minner, kroppslig alarm, sorg, unngåelse og funksjonsfall, men utgjør ikke i seg selv traumatiske stressorer. Retraumatisering, i Siljes tilfelle hastekeisersnittet, viser derimot til en ny traumatisk belastning som, delvis på grunn av overlapp med tidligere traumatiske erfaringer, kan utløse en ny periode med kliniske nivåer av PTSD-symptomer (f.eks. Duckworth & Follette, 2012; Schippert et al., 2021).

Kliniske implikasjoner

Kasuistikken viser videre at påminnere etter opplevelser som også innebærer et traumatisk tap, utløser mer enn frykt og engstelse. Triggere i slike tilfeller kan også innbefatte tapspåminnere som vekker savn, sorg og skyldfølelser (Smith & Ehlers, 2021). Når Silje sier at hun og broren til venninnen er påminnere for hverandre, beskriver hun ikke en traumepåminner, men en tapspåminner som aktiverer sorg. Skillet ble klinisk relevant i kasuistikken fordi Siljes posttraumatiske plager ikke bare handlet om den livsfaren hun selv var i på Utøya, men også om tapet av bestevenninnen i angrepet. Siljes beskrivelser illustrerer hvordan et snevert fokus på fryktresponser knyttet til traumepåminnere kan være uheldig hvis pasienten også er plaget av sammensatte følelser, som sorg og frykt for nye tap. Dette understreker viktigheten av å møte pasienten der hen er, og sette behandlingsfokus på de følelsene som er i forgrunnen (Duffy & Wild, 2023; Wild et al., 2023).

Kasuistikken har også implikasjoner for somatisk helsehjelp. Dersom helsepersonell kjenner pasientens traumehistorie, kan de i noen tilfeller redusere belastningen ved å gi bedre informasjon, øke forutsigbarheten, styrke pasientens opplevelse av valg og kontroll, og så langt som mulig begrense unødige traumepåminnere. I enkelte situasjoner kan det i tillegg være grunn til å drøfte hvordan nødvendige prosedyrer kan gjennomføres på en måte som reduserer risikoen for at pasienten igjen opplever avmakt og overveldelse. En traumeinformert tilnærming til somatisk helsehjelp innebærer nettopp å redusere unødig belastning, øke forutsigbarheten og styrke pasientens opplevelse av valg og kontroll, og er særlig relevant i forbindelse med akutte medisinske og fødselsrelaterte forløp (Grossman et al., 2021; Horsch et al., 2024; Schippert et al., 2021).

Oppsummering

Siljes historie illustrerer at reaksjoner knyttet til tidligere traumereaksjoner kan vekkes både av påminnere og av nye traumatiske hendelser. Traumepåminnere er nåtidige stimuli knyttet til tidligere traumerfaringer som aktiverer minner, negativ affekt, kroppslig alarm og unngåelse. De kan skape emosjonelt ubehag og funksjonsfall også mange år etter hendelsen. Retraumatisering viser derimot til en ny potensielt traumatisk hendelse som har betydelig overlapp med et tidligere traume, og som øker risikoen

for å utløse en ny posttraumatisk symptomperiode. Kasuistikken viser også at påminnere knyttet til traumatiske tap ikke bare handler om frykt. Skillet mellom fenomenene har derfor betydning både for begrepsbruk, kasusforståelse og valg av klinisk fokus. For terapeuten er implikasjonene at man må undersøke hva slags påminnere pasienten plages av, hvilken historisk referanse de peker tilbake på, og om man har å gjøre med en pågående triggerproblematikk og/eller en ny traumatisk erfaring. 📌

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ayers, S., Bond, R., Bertulies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Doob, D. (1992). Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4), 245–251. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90068-T](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90068-T)
- Duckworth, M. P. & Follette, V. M. (Red.). (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866320>
- Duffy, M. & Wild, J. (2023). Living with loss: A cognitive approach to prolonged grief disorder – incorporating complicated, enduring and traumatic grief. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 645–658. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000674>
- 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)
- Glad, K. A., Dyb, G., Boelen, P. A., Wentzel-Larsen, T. & Stensland, S. (2025). Early predictors of prolonged grief among bereaved trauma survivors 8.5 years after a terrorist attack. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(3), 477–484. <https://doi.org/10.1037/tra0001684>
- Glad, K. A., Hafstad, G. S., Jensen, T. K. & Dyb, G. (2017). A longitudinal study of psychological distress and exposure to trauma reminders after terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(Suppl. 1), 145–152. <https://doi.org/10.1037/tra0000224>
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Hafstad, G. S. & Dyb, G. (2016). Posttraumatic stress disorder and exposure to trauma reminders after a terrorist attack. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 435–447. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1126777>
- Glad, K. A., Porcheret, K. L. & Dyb, G. A. (2023). Prevalence and potency of trauma reminders 8.5 years after a terrorist attack. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2251774. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2251774>
- Glad, K. A., Stensland, S., Czajkowski, N. O., Boelen, P. A. & Dyb, G. A. (2022). The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: A random intercepts cross-lag analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 386–392. <https://doi.org/10.1037/tra0001087>
- Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L. Y. & Bonne, S. (2021). Trauma-informed care: Recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), e000815. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E. & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1116–S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Kristensen, P., Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (Red.). (2021). *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.
- Layne, C. M., Warren, J. S., Saltzman, W. R., Fulton, J. B., Steinberg, A. M. & Pynoos, R. S. (2018). Contextual influences on posttraumatic adjustment: Retraumatization and the roles of revictimization, posttraumatic adversities, and distressing reminders. I S. Vargo, *Psychological Effects of Catastrophic Disasters* (1. utg., s. 235–286). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315821306-9>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J. M. & Pop, V. J. M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- Rigny, C., Rosa, R. G., da Silva, R. T. A., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A. & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Schippert, A. C. S. P., Grov, E. K. & Bjørnnes, A. K. (2021). Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care: A qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 16(2), e0246074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>
- Smith, K. V. & Ehlers, A. (2021). Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. *PLoS ONE*, 16(4), e0248852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852>
- Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestrings* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wild, J., Duffy, M. & Ehlers, A. (2023). Moving forward with the loss of a loved one: Treating PTSD following traumatic bereavement with cognitive therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000041>

NOTIS

Ny kunnskapsbase om skadelig seksuell atferd

På oppdrag fra Helse Vest har Betanien sykehus lansert en ny kunnskapsressurs om problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn og unge.

Med kunnskapsbasen kan fagpersoner innen psykisk helsevern og habilitering få klinisk relevant, kvalitetssikret og tilgjengelig støtte. Målet er mer kompetent, tryggere og mer kunnskapsbasert praksis i arbeid med barn og unge.

I kunnskapsbasen kan fagpersoner lære mer om hvordan de kan oppdage og identifisere problematisk og skadelig seksuell atferd, og få ressurser til kartlegging og klinisk vurdering, behandling og oppfølging, trygghetsarbeid og evaluering av klinisk praksis.

Kunnskapsbasen er tilgjengelig på <https://www.ssa-kunnskapsbanken.no> 📌

TEKST Anne Kathrine Wisløff Nysæter

Seksjon rus- og
avhengighetspoliklinikker,
Oslo universitetssykehus

Kristine Abel

Seksjon rus- og
avhengighetspoliklinikker,
Oslo universitetssykehus

Espen Ajo Arneveik

Avdeling for rus- og
avhengighetsbehandling,
Oslo universitetssykehus

Karina Egeland

Nasjonalt kunnskapssenter om
vold og traumatisk stress (NKVTS)

Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Implementering krever solid og systematisk innsats – og ledere som forplikter seg.

I Norge behandles 34 000 pasienter årlig poliklinisk for rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2023). Studier fra andre land tilsier at opp mot 90 % av pasienter med rusbrukslidelse har opplevd minst én traumatisk hendelse (Reynolds et al., 2011), og rundt 45 % møter kriterier for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Dore et al., 2012). Legger vi slike tall til grunn, vil om lag 15 000 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ha PTSD. Det har vært stor faglig utvikling i behandlingstilbudet til personer med rusbrukslidelser de siste 40 årene, men de mottar fortsatt i for liten grad kunnskapsbasert behandling for traumelidelser (Carroll, 2012).

Her ønsker vi å dele noen erfaringer med hvordan man kan bidra til å skape en kulturendring i TSB, med bakgrunn i arbeid som er gjort ved Seksjon rus- og

KONTAKT b32958@ous-hf.no

MERKNAD AKWN ble frikjøpt med frie forskningsmidler fra OUS for skrivearbeidet. KE er leder av nasjonal implementering av PTSD-behandling i SHT gjennom NKTVS, implementeringen mottar statsstøtte via HOD/Hdir.



avhengighetspoliklinikker ved Oslo universitetssykehus. Vi gir behandling til personer over 16 år med alle typer rusbrukslidelser, og med stor spredning i fungering, ressurser og motivasjon. Klinikerne jobber i team bestående av spesialiserte leger, sykepleiere, sosionomer og psykologer. Vi som jobber her, opplever at TSB som fagfelt er preget av stort engasjement for pasienter med komplekse behov, som fortsatt møtes med stigmatisering i samfunnet. Vi strekker rammene for å hjelpe pasienter i krise, ofte på bekostning av langsiktige behandlingsmål. Vi har ikke lyktes i stor nok grad med å implementere evidensbaserte behandlingsmetoder for traumer. Fokuset har vært på relasjon og stabilisering. Klinikerne har opplevd lite mestring i møte med traumepasientene og etterlyst flere behandlingsmetoder. Ikke-møtt er en vanlig utfordring i rusbehandling (Brorson et al., 2013). Det samme er rusbruk underveis i behandlingen. Mange pasienter lever vanskelige og farlige liv, hvor frykt for forverring kan påvirke valg av intervensjoner.

To av forfatterne (EKFA og AKWN) opplever et fagfelt i endring. Da vi begynte i TSB for 15 år siden, møtte vi få faglige forventninger. Unntakene var kurs i motiverende intervju og opplæring i faseorientert traumebehandling. Fokuset på stabilisering gjorde oss utrygge på om pasientene noen gang ble stabile nok til å kunne jobbe med bearbeiding: *Vil hen ruse seg mer? Vil hen dissosiere eller bli suicidal?* Antakelsen var at «stabil nok» krevde rusmestring, trygge relasjoner, bolig og andre psykososiale forhold, noe som mange ikke hadde. Senere har flere konkludert med at stabilisering i forkant av bearbeiding ikke gir bedre resultater (Bækkelund et al., 2021; Sele et al., 2023).

Klinikerne i implementering

Både internasjonale og norske studier viser at evidensbaserte behandlingsmetoder for PTSD i liten grad anvendes i psykisk helsevern (Bækkelund et al., 2017; Finch et al., 2020). Det er liten grunn til å tro at situasjonen er bedre i TSB (Carroll, 2012). Implementering handler om å integrere metodene i etablert praksis slik at metodene opprettholdes over tid. Implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder er krevende, og mange feiler (Riksrevisjonen, 2021; Rosen et al., 2016).

Å få enkeltklinikere til å ta i bruk en ny behandlingsmetode trenger ikke være vanskelig, forutsatt at opplæringen og veiledningen legger til rette for at de blir trygge på metoden og tar den i bruk med fidelitet. Det vil ofte være dedikerte personer som leder an (Rogers, 2003), og slike personer har stor betydning ved innføring av nye metoder (Miech et al., 2018). Dette stemmer godt med erfaringene våre. Å integrere nye metoder slik at alle pasienter som har behov for metoden, får tilbud om det, krever imidlertid en helt annen organisering i tjenestene.

Implementering av EMDR i TSB

I 2019 hadde fire av hundre behandlere i vår seksjon utdanning i den kunnskapsbaserte metoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

(Shapiro & Laliotis, 2015). De erfarte at pasientene opplevde reduksjon i traumesymptomer og rusmiddelbruk – også pasientene med alvorlig rusbrukslidelse. Noen endringer skjedde over tid, mens andre opplevde radikal bedring i løpet av en til to sesjoner. Basert på disse erfaringene, og fordi EMDR-utdanning ikke er profesjonsavgrenset, ønsket seksjonen en større satsing på EMDR. På samme tid hadde Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fått i oppdrag å implementere kunnskapsbasert traumebehandling i psykisk helsevern for voksne (DPS). NKVTS inkluderte ikke TSB i 2019, men vi ønsket likevel en klinisk satsing med følgeforskning. I samarbeid med Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk, Oslo universitetssykehus) og NKVTS ble forskningsprosjektet Integrated Treatment of Addiction and Trauma (INTACT) etablert. Samarbeidet tilførte betydelige ressurser i form av formell opplæring av 15 nye EMDR-terapeuter, tilgang til veiledning, traumekompetanse og praktiske løsninger for datainnsamling fra NKVTS. Ledergruppen forpliktet seg til å legge til rette for satsingen.

— andre opplevde radikal bedring

Erfaringer fra implementeringen

Det er fem år siden den første store tverrfaglige klinikergruppen var på EMDR-kurs. I et gruppeintervju med elleve deltakere stilte vi ti spørsmål om erfaringene med å ta i bruk metoden. Svarene ble strukturert inn i implementeringsrammeverket EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) (Aarons et al., 2011).

Utforskende fase

I EPIS' utforskende fase går man gjennom behovene i organisasjonen, og hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder som kan imøtekomme dem, og det blir besluttet hvorvidt metodene skal implementeres (Aarons et al., 2011). Vi hadde mange pasienter med traumeplager, samtidig som klinikerne opplevde å ikke ha tilstrekkelige verktøy til å jobbe med dem. Det sammenfalt i tid med at ledergruppen ønsket å satse på evidensbaserte behandlingsmetoder for traumebehandling. I gruppeintervjuene var klinikergruppen samstemte i at de ønsket EMDR-utdanning, fordi de så et tydelig behov i pasientgruppen.

Forberedende fase

I den forberedende fasen identifiseres potensielle barrierer og fasilitatorer for implementering innad i og utenfor organisasjonen, og man lager en plan for å

PTSD OG RUSBRUKSLIDELSE

- Ifølge selvmedisineringshypotesen brukes rusmidler for å lindre ulike former for smerte (Khantzian, 1997).
- Rusmidler kan regulere traumesymptomer ved å dempe angst og beredskapsfølelse, eller det kan sette folk i stand til å møte situasjoner som ellers blir for vonde og overveldende.
- Samtidig traume- og rusbrukslidelse er assosiert med høyere risiko for frafall fra behandling, dårligere utfall, flere fysiske helseproblemer, dårligere sosial fungering, flere selvmordsforsøk, økt risiko for voldsutsettelse, dårligere oppfølging i behandling og mindre bedring under behandling alene (Back et al., 2000; Norman et al., 2007; Olf et al., 2025; Ouimette et al., 2006; Roberts et al., 2023; Simpson et al., 2021; Tate et al., 2007).
- PTSD utvikles oftest før rusbrukslidelsen og behandling av traumesymptomer reduserer rusbruk i større grad enn behandling av rusbruk reduserer traumesymptomer (Berenz & Coffey, 2012; Hawn et al., 2020).

håndtere og utnytte disse (Aarons et al., 2011). Å innføre TRAPS som en del av grunnkartleggingen har bidratt til en kulturendring der alle behandlere har blitt mer oppmerksomme på behovet for traumebehandling. Økt fokus på ansvaret alle klinikere har for å kartlegge traumesymptomer, har skapt en opplevelse av at *vi*, som seksjon, tilbyr traumebehandling. For å skape denne felles identiteten har påminnelser og deling av erfaringer på behandlingsmøter hatt betydning. En følelse av fellesskap er også viktig, fordi en slik satsing kan skape misnøye blant ansatte som ønsker andre prioriteringer av kursmidler. Videre har det vært av betydning at vi har utdannet en stor nok gruppe klinikere til at den er robust for utskiftninger.

Implementerende fase

I implementerende fase er målet å integrere metoden i tjenestens systemer og strukturer. For å kunne avgjøre om metoden integreres i organisasjonen, må man kontinuerlig vurdere fremdriften og justere innsatsen etter behov (Aarons et al., 2011). Denne fasen ble gjennomført i samarbeid med NKVTS. Klinikergruppen fortalte om konkrete elementer i grunnopplæringen som hadde betydning for at de kom raskt i gang med å ta i bruk metoden. Det ble fremhevet som spesielt viktig at EMDR-kursholder fremstod som modig i møte med komplekse problemstillinger, med en holdning om at det som regel bare er å «kjøre på», og at man selv fikk kjenne metoden på kroppen i løpet av opplæringen. Flere beskrev at de opplever kulturen vår som modig; her prøver vi, selv om problemstillingene er komplekse. Dette har også gjort at vi har blitt mer kreative og dristige når det gjelder å prøve ut andre rammer, som mer intensive forløp og klinikerrotasjon der mange EMDR-terapeuter gjennomfører én EMDR-økt hver med samme pasient (Auren et al., 2022). Videre fortalte klinikerne at det at EMDR var et felles prosjekt i seksjonen og kunne benyttes uavhengig av profesjon, og at man opplevde å være en del av en satsing, motiverte dem til å bruke metoden. Satsingen innebar at man hadde flere kollegaer man kunne spørre om råd og dele erfaringer med fortløpende. Vi kom fort i gang med veiledning

både internt og med eksterne ressurser. Betydningen av internveiledning og kollegastøtte er i tråd med funnene fra implementering av kunnskapsbasert traumebehandling ved allmennpoliklinikker i Helse Nord-Trøndelag (Peters et al., 2024). Der ble det beskrevet at organisering av fagforum og kollegaveiledning bidro til mer engasjerte klinikere, samt bedre læring og bruk av behandlingsmetoder. Vi ser også at oppstarten av et klinikknært forskningsprosjekt har skapt engasjement og økt forståelse for betydningen av forskning.

For noen av klinikerne har det å jobbe metodespesifikt vært en stor endring. For å hjelpe nye EMDR-terapeuter med startvansker har erfarne klinikere vært med under oppstart, der de har latt den nye klinikerne observere de første timene, før denne overtok behandlingen. Det ga også ekstra utfordringer at vi hadde oppstart i pandemiåret 2020, hvor retningslinjer for smittevern og digitale samtaler stadig endret seg. De som opplevde det som mer krevende å komme i gang med metoden, rapporterte også om utfordringer med å finne egnede pasienter i startfasen. Utfordringer med egnethet kunne være sviktende oppmøte, svekket kognitiv fungering, unngåelse og stort rusmiddelinntak. Det viste seg også å være en terskel å komme i gang igjen etter en periode med ikke-møtt. En del pasienter hadde så komplekse behov at det å holde fokus på traumebehandlingen ble vanskelig. Noen har god erfaring med å dele pasientansvar mellom flere kollegaer, slik at man i EMDR-forløpene kun har fokus på EMDR, mens den andre behandleren følger opp andre temaer i behandlingen.

Opprettholdende fase

I den opprettholdende fasen sørges det for at strukturer, prosesser og støttemekanismer i både indre og ytre kontekster blir opprettholdt, slik at man fortsetter å bruke metoden, og at den oppnår ønskede resultater (Aarons et al., 2011). At seksjonen har vedtatt at det skal være minimum to EMDR-terapeuter per enhet, har stor betydning for opprettholdelse. Å ha en kollega med samme kompetanse som man treffer i det daglige, oppleves både som en støtte og en påminnelse om metoden. Dette er en langsiktig økonomisk forpliktelse. Samtidig kan man

tenke seg at det er dyrere å la være. Dersom man ikke sørger for å opprettholde kompetansen, risikerer man at den forsvinner ved utskiftning i ansattgruppen. Å gjenoppbygge kompetansen på et senere tidspunkt vil sannsynligvis være mer kostbart enn å vedlikeholde et eksisterende fagmiljø. Det løpende forskningsprosjektet, veiledningen og nettverkssamlingene trekkes også frem som viktige opprettholdende faktorer blant klinikere.

Hemmere og fremmere

Ytre kontekst

Rammeverket EPIS beskriver også faktorer som fremmer eller hemmer implementering (Aarons et al., 2011). Den ytre konteksten refererer til miljøet utenfor organisasjonen samt egenskapene til de som er mål for metoden. I våre intervjuer trekkes ytre kontekst i liten grad frem som viktig for klinikerne. Det vil ikke si at den ikke har betydning, men den ytre konteksten er ikke noe de er bevisst på når de snakker om implementeringen. Finansieringsmodeller kan sies å være en hemmende ytre faktor når det kommer til EMDR, da det er vanlig å sette av doble timer (90 minutter) til slik behandling, uten at dette gir høyere inntjening enn enkle timer.

Indre kontekst

Den indre konteksten handler om det som skjer innad i organisasjonen, som ledelse, struktur, ressurser og personalets egenskaper (Aarons et al., 2011). Det inkluderer også hvordan organisasjonen er rustet for endring og evnen til å ta i bruk ny kunnskap. Generelt ser vi at det er de faktorene som er nærmest pasient og kliniker som oppfattes som mest betydningsfulle hos oss: at opplæringen var god, at klinikerne får mestringsopplevelser og erfarer at behandlingen hjelper pasientene. Kollegastøtte og konkrete tilbakemeldinger fra pasienter skåret også høyt.

Brobyggende faktorer

Brobyggende faktorer handler om at det som skjer utenfor organisasjonen, påvirker det som skjer innenfor, og omvendt (Aarons et al., 2011). En tidlig brobyggende faktor var samarbeidet som ble etablert mellom poliklinikkene, RusForsk og NKVTS. Andre brobyggere er det nasjonale nettverket vi etablerte for EMDR og avhengighet, at EMDR-forskningsprosjektet vårt er utvidet til å inkludere behandlingssteder utenfor OUS, og at vi har åpnet for at eksterne deltakere kan være med på internveiledningene våre. Brobyggerne gir en følelse av at det er et større vi som driver med EMDR i avhengighetsfeltet, og kan gjøre opprettholdelsen av behandlingstilbudet mer robust, både lokalt hos oss og nasjonalt.

Innovasjonsfaktorer

Innovasjonsfaktorer handler om egenskapene til den kunnskapsbaserte metoden og hvordan den passer inn på ulike nivåer i organisasjonen og blant de som tar i bruk metoden (Aarons et al., 2011). Klinikerne beskriver at EMDR representerer en annen tilnærming enn tradisjonelle samtaler. Metoden gir variasjon, økt energi, fremdrift

IMPLEMENTERINGSSTRATEGIER

- Internopplæring om traumer, EMDR og rusmiddelbruk for ledelse og klinikere.
- Klinikere fra alle profesjoner ble selektert til EMDR-opplæring.
- EMDR-terapeutene ble forventet å rekruttere pasienter til INTACT.
- En kompetansegruppe med de erfarne EMDR-terapeutene i seksjonen ble opprettet. Gruppen organiserte månedlig internveiledning og bistod ledergruppen i faglige spørsmål.
- Hver behandlingseenhet skal opprettholde et minimum på to EMDR-terapeuter.
- Traume- og PTSD-screening (TRAPS) (Egeland et al., 2019) ble inkludert i den grunnleggende kartleggingspakken.
- Interne fagsamlinger hvert halvår for alle EMDR-terapeuter.
- Ekstern veiledning hvert halvår.

og resultater. Noen pasienter beskrives å endelig komme i kontakt med kroppen sin gjennom metoden. Pasienter som tidligere har fremstått som lite i kontakt med følelsene sine, får plutselig tydelige emosjonelle reaksjoner.

Oppsummering

Vi har kommet et stykke på vei – fra å jobbe lite evidensbasert og nesten utelukkende med stabilisering til at en stor gruppe klinikere nå bruker EMDR aktivt i pasientbehandlingen. Engasjementet hos enkeltansatte, både blant klinikere og i ledergruppen, har hatt stor betydning og har inspirert andre. Opplevelser av at EMDR reduserer symptomtrykket, og at pasientene liker metoden, har skapt sterk motivasjon for å ta i bruk metoden. Samtidig ser vi at det krever aktiv innsats for å opprettholde kompetansemiljøet og metodefokus i behandlingen. Faktorer som arbeidsbelastning, nye satsingsområder og omorganisering gir utfordringer. Vi mener det er viktig å opprettholde en robust EMDR-gruppe og fordele ansvarsoppgaver for eksempel for veiledning, organisering av fagsamlinger og nettverk, slik at man ikke blir for sårbar for midlertidig fravær eller turnover. Egeland et al. (2022) rapporterte at en vanlig utfordring i implementering av nye metoder er stor utskiftning av ansatte og høye jobbkrav. Små behandlingsmiljøer rundt om i landet kan ha andre utfordringer enn det vi har med å skape robuste kompetansemiljøer. Det er viktig at lederlinjen forplikter seg til å opprettholde et visst antall EMDR-terapeuter. For oss har det også vært avgjørende med gode rutiner for kartlegging og for intern og ekstern veiledning for å sikre kvalitet og trygghet. Vi håper at vi ved å dele våre erfaringer og gjennom etablering av nettverk for de som

jobber med EMDR og avhengighet, kan bidra til at flere klinikere i feltet tar i bruk EMDR. Dermed kan pasientgruppen med kombinert traume- og rusbrukslidelser få god og evidensbasert traumebehandling.

Innføring av evidensbaserte behandlingsmetoder

kan antagelig forebygge utbrenthet og øke engasjementet hos behandlere. Slik sett er det en viktig investering ikke bare overfor pasienter, men også for de ansatte. Implementering er krevende, men denne satsingen har gitt oss gode erfaringer. ♡

REFERANSER

- Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Auren, T. J. B., Klæth, J. R., Jensen, A. G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2128048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Back, S., Dansky, B. S., Coffey, S. F., Saladin, M. E., Sonne, S. & Brady, K. T. (2000). Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 9(1), 51–62. <https://doi.org/10.1080/10550490050172227>
- Berenz, E. C. & Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14, 469–477. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0300-0>
- Bramness, J. (2018). *Hva er avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Bronson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Morck, A., Endsjø, M. & Aareskjold, J. (2017). *Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk*. <https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat-Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf>
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Carroll, K. M. (2012). Dissemination of evidence-based practices: how far we've come, and how much further we've got to go. *Addiction*, 107(6). <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03755.x>
- Dore, G., Mills, K., Murray, R., Teesson, M. & Farrugia, P. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 31(3), 294–302. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00314.x>
- Egeland, K., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Peters, N., Babaii, A. & Bækkelund, H. (2019). Nytt kartleggingsverktøy for traumer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0161>
- Egeland, K., 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*. https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/06/NKVTS_Rapport_1-22_LOCI_Implementering.pdf
- En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/06/NKVTS_Rapport_1-22_LOCI_Implementering.pdf
- Finch, J., Ford, C., Grainger, L. & Meiser-Stedman, R. (2020). A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 263, 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.143>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, årsdata 2023*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2024/aktivitet-tsb-2023---spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Hawn, S. E., Cusack, S. E. & Amstadter, A. B. (2020). A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 699–708. <https://doi.org/10.1002/jts.22521>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A. & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118773261. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G. & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2007.03.002>
- Olf, M., Hein, I., Amstadter, A. B., Armour, C., Skogbrott Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ehlers, A., Ford, J. D. & Greene, T. (2025). The impact of trauma and how to intervene: a narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2458406. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>
- Ouimette, P., Goodwin, E. & Brown, P. J. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.11.010>
- Peters, N., Rennemo, L. I., Bækkelund, H. & Egeland, K. M. (2024). Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(9). <https://doi.org/https://doi.org/10.52734/RLYX7712>
- Reynolds, M., Hinchliffe, K., Asamoah, V. & Kouimtsidis, C. (2011). Trauma and post-traumatic stress disorder in a drug treatment community service. *The Psychiatrist*, 35(7), 256–260. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.030379>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester 2021*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-013.pdf>
- Roberts, N. P., Lotzin, A. & Schäfer, I. (2023). Psychological treatment of PTSD with comorbid substance use disorder (SUD): expert recommendations of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2265773. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2265773>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg.). Free Press.
- Rosen, C., Mattheiu, M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J., Landes, S., Bernardy, N., Chard, K., Crowley, J., Eftekhari, A. & Finley, E. (2016). A review of studies on the system-wide implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 957–977. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Sele, P., Hoffart, A., Cloitre, M., Hembree, E. & Øktedalen, T. (2023). Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for Complex Posttraumatic Stress Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 100, 102786. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102786>
- Shapiro, F. & Liliotis, D. (2015). EMDR therapy for trauma-related disorders. I U. Schnyder & M. Cloitre (Red.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (s. 205–228). Springer.
- Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Browne, K. C., Lehavot, K. & Kayser, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102490. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102490>
- Tate, S. R., Norman, S. B., McQuaid, J. R. & Brown, S. A. (2007). Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.006>

Kristin Alve GladNasjonalt kunnskapssenter om vold
og traumatisk stress (NKVTS)**Marte Kristine Dahl**

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Marianne Skogbrott BirkelandNasjonalt kunnskapssenter om vold
og traumatisk stress (NKVTS)

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Terapeuters arbeid med unngåelse hos ungdom i traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Sammendrag

Mange former for traumebehandling innebærer eksponering for traumeminner. Dette kan oppleves ubehagelig, og det er derfor naturlig at personer med post-traumatisk stresslidelse (PTSD) ønsker å unngå dette. Formålet med studien var å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Vi analyserte den første timen av traumbearbeidelsesfasen av TF-CBT med ti ungdommer (12–17 år) og deres ti terapeuter. Intervjuene ble analysert med tematisk analyse. Vi kom frem til fire hovedtemaer som beskriver terapeutenes håndtering av unngåelse: (1) tematisere unngåelsen, (2) bruke relasjonelle strategier, (3) opprettholde traumefokus og (4) unngå traumefokus. Tematisering av unngåelse, bruk av relasjonelle strategier samt opprettholdelse av traumefokus er alle i tråd med TF-CBT-metoden, og bidrar sannsynligvis til at ungdommen får støtte til emosjonell prosessering av traumeminnet. At vi også fant tegn til at terapeuter selv unngår traumefokus, tyder på at arbeidet med eksponering kan være krevende å håndtere. Terapeuter bør ha et repertoar av ulike måter å håndtere unngåelse på, samt være bevisste på bruken av de ulike tilnærmingene.

Nøkkelord: TF-CBT, traumefokusert terapi, kvalitativ metode, psykoterapi, unnvikelse, ungdom, terapeut

KONTAKT k.a.glad@nkvts.no

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

CC BY 4.0

Eksposering for traumeminner inngår i de fleste terapiformer utviklet for å behandle posttraumatisk stresslidelse (PTSD), både for barn (Kooij et al., 2022) og voksne (Schnyder et al., 2015). Videre har systematiske oversikter vist at *eksposering* er effektivt i PTSD-behandling både for barn og ungdom (Huang et al., 2022) og voksne (McLean et al., 2022). Men, eksposeringen kan oppleves ubehagelig, og det er naturlig hvis pasienten ønsker å unngå dette. Det er derfor viktig at terapeuter vet hvordan de kan håndtere pasientens unngåelse, slik at traumebehandlingen kan gjennomføres på en måte som gir best mulig effekt. I vår studie utforsket vi hva ti terapeuter gjorde i møtet med unngåelse hos ungdom som mottok traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).

Posttraumatisk stresslidelse

Mange barn og unge opplever en eller flere potensielt traumatiserende hendelser i løpet av oppveksten. For eksempel viste en nasjonalt representativ norsk studie av barn i ungdomsskolealder at 6 % av ungdom hadde opplevd seksuelle overgrep fra en voksen, 4 % alvorlig vold, og omtrent 20 % psykisk vold fra foreldre (Hafstad & Augusti, 2019).

Etter å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse kan mennesker utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD; Ehlers & Clark, 2000). En metaanalyse fant at omtrent 1 av 6 barn utvikler PTSD etter en potensielt traumatiserende hendelse (Alisic et al., 2014). Ifølge diagnosemanualen ICD-11 (the International Classification of Diseases, World Health Organization, 2022) må tre symptomkategorier være til stede for diagnostisering av PTSD: (1) Gjenopplevelse av traumehendelsen i form av minner, «flashbacks» eller mareritt, (2) unngåelse av tanker eller minner om traumehendelsen eller unngåelse av situasjoner, aktiviteter eller personer som minner om traumehendelsen, og (3) gjennomgående forhøyet opplevelse av trussel.

PTSD i barndommen henger sammen med dårligere mental og fysisk helse samt økt sannsynlighet for lavere sosioøkonomisk status i voksen alder (Copeland et al., 2018; Mock & Arai, 2011). Mangel på effektiv behandling kan føre til langvarig lidelse for individer og deres familier, samt betydelige kostnader for samfunnet (Kessler, 2000). Det er følgelig viktig at vi har god kunnskap om hvordan vi effektivt kan behandle PTSD hos barn og unge.

Evidensbasert behandling av PTSD

Basert på den nåværende forskningen er TF-CBT det anbefalte førstevalget (International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018, Sachser et al., 2025)

for reduksjon av symptomer på PTSD hos barn og unge mellom 6 og 17 år. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) har også god forskningsstøtte (ISTSS, 2019; NICE, 2018, Sachser et al., 2025). Eksposering for traumepåminnere (se Glad, 2017) inngår i begge behandlingsmetodene. Behandlingsmetodene er godt egnet både ved PTSD etter enkelthendelser og etter repeterte hendelser, som seksuelle overgrep eller vold i familien (Hoppen et al., 2023). Videre viser forskning at TF-CBT kan gi reduksjon i symptomer på både kompleks PTSD, depresjon, angst og forlenget sorg (Cox et al., 2025; Jensen et al., 2022; Thielemann et al., 2022). Effekten ses også ett år etter endt behandling (Jensen et al., 2017; Thielemann et al., 2024).

I TF-CBT brukes prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, kombinert med eksposering for traumeminner (de Arellano et al., 2014). TF-CBT er en fasebasert korttidsbehandling med gradvis eksposering og parallelt arbeid med omsorgsgivere gjennom hele forløpet. I første fase er det søkelys på stabilisering og ferdighetstrening, inkludert psykoedukasjon, stressmestring og følelsesregulering.

I andre fase er det vekt på bearbeiding av traumet gjennom narrativarbeid (se Glad, 2012, 2013). Traumenarrativarbeidet i TF-CBT innebærer eksposering for traumeminner der barnet, med støtte fra terapeuten, konstruerer en detaljert fortelling om sin traumeopplevelse for å bearbeide traumeminnene og utfordre uhenliktsmessige kognisjoner. Noen barn lager først en livslinje der både positive og negative hendelser markeres, som utgangspunkt for å velge ut hvilke opplevelser narrativet skal handle om. En vanlig utfordring i arbeidet med traumenarrativet er at barn og unge er unngående (Cohen et al., 2018). Terapeutiske grep for å håndtere dette kan være å uttrykke tro på barnets mestringsevne, gi ros, oppmuntre, opprettholde struktur, gi barnet valg i utforming av narrativet (f.eks. at barnet selv skriver historien vs. at terapeuten gjør det) og generelt være kreative for å finne gode måter å støtte barnet på i gjennomføringen av denne komponenten.

I tredje fase er det vekt på konsolidering og avslutning (Cohen et al., 2018). Selv om TF-CBT har en fast struktur, er det viktig å tilpasse behandlingen til det enkelte barnet, for eksempel når det gjelder å håndtere barnets unngåelse.

Forskning på håndtering av unngåelse

Terapeuter som jobber med TF-CBT kan være positive til behandlingsformen, men samtidig ha bekymringer som kan bidra til at eksponeringsarbeidet ikke blir gjennomført slik det skal. Dette kan igjen bidra til at barn og unge ikke får ønsket reduksjon av PTSD-symptomer. I en studie av terapeuters opplevelser med ulike TF-CBT komponenter nevnte flere utfordringer med å håndtere ungdommens unngåelse i arbeid med traumenarrativet, samt vansker med å engasjere ungdommer som ikke ønsket å snakke om traumet (Ascienzo et al., 2020).

Patel et al. (2022) gjennomførte også en undersøkelse blant terapeuter for å se hva som forhindret at de brukte eller gjennomførte hele TF-CBT-behandlingen. Det var vanlig at terapeuter mente at «barn burde ikke tvinges til å snakke om traumet før de er klare» (s. 1362, vår oversettelse), og at «det er hardt/brutalt å få pasienter til å snakke om traumene sine» (s. 1361, vår oversettelse).

Andre studier har funnet at terapeuter kan være bekymret for at eksponering vil medføre at pasienten blir retraumatisert (f.eks. Pittig et al., 2019), eller at pasienten vil komme til å oppleve en overaktivering som verken pasienten eller terapeuten selv klarer å håndtere (Zoellner et al., 2011). Ifølge Reid et al. (2017) kan terapeutene også selv oppleve engstelse eller ubehag når de observerer pasienten i eksponeringsarbeidet. Dette kan føre til at de unngår å gjennomføre evidensbaserte intervensjoner som eksponering (Becker-Haimes et al., 2022).

Mål for studien

Den overnevnte forskningen har altså sett på hvorfor noen terapeuter selv blir unngående i eksponeringsarbeidet i traumebehandling av barn og unge. Så vidt vi vet, foreligger det ikke forskning som spesifikt har sett på hva terapeutene gjør når barnet eller ungdommen selv unngår. I vår studie ønsket vi å bidra til å fylle dette kunnskapshullet ved å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar TF-CBT. Ved å fremskaffe kunnskap om dette håper vi å bevisstgjøre andre terapeuter på mulige strategier de kan bruke i møte med unngåelse, samt identifisere områder der terapeuter kan ha behov for mer opplæring.

Metode

Studien er basert på data samlet inn i forbindelse med at Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har implementert TF-CBT nasjonalt i Norge siden 2012 (Birkeland et al., 2024). Data til vår delstudie er samlet inn i perioden 2012–2017.

Utvalg og prosedyre

Vi hadde lydopptak av hele terapiforløp med 87 ungdommer og deres terapeuter. Av kapasitetshensyn valgte vi ti av disse. Vi valgte saker der ungdommene viste høy grad av unngåelse i bearbeidelsesfasen, basert på tidligere observasjonskoding (Anundsen & Oppedal, 2021) med kodemanualen *Change and Growth Experiences Scale* (Hayes et al., 2007). Unngåelse er definert som at pasienten uttrykker vansker med å konfrontere ubehagelige følelser eller forsøker å unngå ubehagelige opplevelser, for eksempel ved å unngå terapeutiske øvelser, fokusere på overfladiske aspekter eller brått endre tema (Hayes et al., 2007). Unngåelse ble kodet på en skala fra 0 (ikke/lite

unngåelse) til 3 (høy grad av unngåelse). Gjennomsnittlig grad av unngåelse var 1.94 ($SD = 0.29$), som er i middels område (Hayes et al., 2007).

Vi valgte å analysere første time i bearbeidingsfasen. Da har pasient og terapeut allerede vært gjennom behandlingskomponentene psykoedukasjon, stressmestring, følelsesregulering og kognitiv mestring. Timen egner seg godt for å undersøke terapeuters håndtering av unngåelse fordi dette er den første timen pasient og terapeut fokuserer detaljert på traumeerfaringen. Åtte av ungdommene begynte å utarbeide et detaljert traumenarrativ for en konkret hendelse, mens to jobbet med en livslinje for å identifisere den verste hendelsen.

Ungdommene var mellom 12 og 17 år ($M = 14.9$, $SD = 1.73$). Terapeutene (sju kvinner, tre menn) og ungdommene (sju jenter, tre gutter) var fra ulike deler av landet, og behandlingen foregikk i ulike barne- og ungdomspsykiatriske sentre. Totalt rapporterte de ti ungdommene 31 potensielt traumatiserende hendelser (3.1 hendelser i snitt fra en liste på 15 hendelser). Fire av ungdommene krysset av kun for ett behandlingstraume, mens seks krysset av for to eller flere. Det var vanligst å ha opplevd mobbing (50 %), voldtekt (50 %) og fysisk vold i hjemmet (40 %). Av traumer som ble fokusert på i behandlingen, var voldtekt (50 %) og andre seksuelle overgrep (30 %) de vanligste (Tabell 1).

Tabell 1

Behandlingstraume og prosentvis fordeling ($N = 10$)

Behandlingstraume	n (%)
Voldtekt	5 (50 %)
Andre seksuelle overgrep	3 (30 %)
Angrepet, overfalt, ranet eller truet	2 (20 %)
Fysisk mishandling i hjemmet	2 (20 %)
Tvunget til å utføre seksuelle handlinger på en annen person	2 (20 %)
Mobbing	1 (10 %)
Seksuelle overgrep fra voksne eller noen betydelig eldre enn barnet	1 (10 %)
Vitne til alvorlig skade, sykdom eller plutselig død	1 (10 %)

Analysen

Vi analyserte datamaterialet med tematisk analyse. Dette er en metode som gir mulighet til å identifisere, analysere og beskrive temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Analysen ble gjort i de seks steg, men prosessen var dynamisk, altså at vi beveget oss frem og tilbake mellom stegene. Analysen er forankret i en kritisk realistisk epistemologisk tilnærming (Fletcher, 2017). Det betyr at vi antok at det pasientene og terapeutene sa, reflekterer noe reelt, samtidig som vi prøvde å forstå

og tolke hva som lå bak. Analysen ble gjennomført av to traumeforskere (KG, MB) og en psykologistudent (MD) som kommer fra et hovedsakelig kognitivt ståsted. Vi har alle en sterk interesse for, og tro på, evidensbaserte psykologiske intervensjoner, og har positive holdninger til TF-CBTs effekt og nytteverdi. Det inkluderer at eksponering er både mulig og nødvendig for å få god effekt. Dette kan ha påvirket hvordan vi har forholdt oss til materialet og kan ha formet våre tolkninger.

Først leste MD gjennom alle transkripsjonene og identifiserte segmenter der ungdommen viste unngåelse. Segmentene ble identifisert ved å se etter både eksplisitte og implisitte former for unngåelse. Noen ungdommer sa for eksempel at de ikke orket eller klarte å snakke om traumet, ga vage eller korte beskrivelser, eller unnlot å svare, mens andre skiftet samtaleemne. Deretter organiserte MD segmentene med terapeutens respons på ungdommens unngåelse i meningsfulle enheter, eller koder. Kodene ble identifisert induktivt, ut fra dataene, ved bruk av visuelle verktøy, som fargekoding og tankekart. Transkriberingene ble gjennomgått flere ganger. Som et neste steg sorterte MD de innledende kodene i foreløpige temaer og undertema, med mål om å identifisere mønstre på tvers av datamaterialet. Disse temaene ble drøftet med KG og MB. Deretter, for å bearbeide temaene og sikre intern konsistens, leste MD uttalelsene flere ganger og vurderte systematisk sitatene innenfor hvert tema og undertema. For hvert tema skrev MD en definisjon, for å få en dypere forståelse av hva temaet handlet om, og hva som gjorde at temaene skilte seg fra hverandre. KG og MB gjennomgikk så alle sitatene og sjekket at de gjenspeilet de respektive temaene, samt var meningsfulle ut ifra studiens problemstilling. Et tema ble forkastet grunnet mangel på tilstrekkelig data for å støtte det. I det siste steget navnga forfatterteamet de ulike temaene og undertemaene og valgte ut illustrative sitater. Terapeutene omtales som *enkelt* dersom det er to–tre terapeuter som inngår i et tema eller undertema, *noen* om det er fire–seks, *mange* om det er sju–ni, og *alle* dersom alle terapeutene inngår.

Etiske betraktninger

I forskning er det viktig å ivareta deltagerne, blant annet ved å sikre anonymitet. I kvalitativ forskning er det ekstra viktig å være bevisst på hvordan fremstillingen av dem kan oppleves. I studien har vi derfor utelatt identifiserende detaljer, som navn, stedsnavn og datoer, samt gjort grundige vurderinger av sitatene som er inkludert, for å ivareta både barna og terapeutenes integritet. Ungdommene og deres foresatte samtykket til at terapien ble tatt opp på lydfil og brukt i forskning. Lydfilene og tilhørende datamateriale er oppbevart i Tjenester for Sensitive Data (TSD). Verktøyet Whisper i TSD ble benyttet for automatisk transkribering av lydopptakene, og eventuelle feil rettet opp før analysen. Identifiserende detaljer ble utelatt

i transkriberingen. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2014/445).

Resultater

Vi kom frem til fire hovedtemaer som beskriver hvordan terapeutene møtte ungdommens unngåelse: (1) tematisere unngåelsen, (2) bruke relasjonelle strategier, (3) opprettholde traumefokus og (4) unngå traumefokus (se Tabell 2).

Tabell 2

Temaer i terapeutenes håndtering av unngåelse

Tema	Undertema
1 Tematisere unngåelsen	1.1 Påpeke unngåelsen 1.2 Utforske unngåelsen
2 Bruke relasjonelle strategier	2.1 Vise empati 2.2 Gi ros 2.3 Vektlegge felles prosjekt 2.4 Formidle håp
3 Opprettholde traumefokus	3.1 Psykoedukasjon og rasjonale 3.2 Gradvis eksponering
4 Unngå traumefokus	4.1 Formidle fare for overveldelse 4.2 La seg avspore 4.3 Utsette arbeidet

Tematisere unngåelsen

Mange av terapeutene tematiserte unngåelsen nokså direkte, ved å enten utforske eller påpeke den. Å sette ord på unngåelsen kan fremme refleksjon og bevisstgjøring hos ungdommen, som igjen kan redusere unngåelse.

Påpeke unngåelsen

Vi fant at mange terapeuter påpekte ungdommens unngåelse direkte. I møtet med en ungdom som eksplisitt uttrykte at hen ikke ville snakke om traumeminnet, sa for eksempel en terapeut: «Jeg tenker jo at det å unngå temaet er med og gjør at det fortsatt er mye følelser å snakke om.» En annen terapeut sa: «Nå fikk jeg inntrykk av at du hadde mer lyst til å være en annen plass og gjøre noe annet». En annen påpekte mangel på detaljer i traumenarrativet:

Terapeut (T): Det har aldri kommet frem, mens du fortalte historien, verken hva han heter, eller hvor gammel han er. Du refererer alltid til ham som «han». Har du lyst til å ha et lite avsnitt om overgriperen din? Hvordan han var? Hvem han var? Jeg vet at sannsynligvis er grunnen til at du refererer til ham som han,

det er fordi du vil snakke minst mulig om ham.

Pasient (P): Mhm.

Utforske unngåelsen

Noen terapeuter responderte på ungdommens unngåelse ved å utforske bakgrunnen for unngåelsen, eller hvilken funksjon unngåelsen hadde. En terapeut viste nysgjerrighet ved å stille spørsmål som: «Hva skjer når du snakker om det?» og «Hva trenger du for å klare å fortelle om det?», når ungdommen eksplisitt uttrykte at hen ikke ville fortelle om traumet. En annen terapeut forsøkte å få tak i ungdommens tanker om det å snakke om traumet:

T: Hva tenker du når du sier at du ikke har lyst til å si hva hun gjorde?

P: Jeg vet ikke.

T: Hva tenker du da?

P: Jeg vet ikke hva jeg tenker.

T: Hva kjennes ubehagelig?

P: Nei, jeg tenker bare at jeg ikke vil bli så kvalm.

T: Ja ... Også tenker du at hvis du forteller det, så blir du bare kvalm igjen.

Terapeuten forsøkte sannsynligvis å få tak i ungdommens opplevelse av hvorfor hen unngår å snakke om detaljer fra traumet, ved å utforske både tanker og kroppslige reaksjoner.

Relasjonelle strategier

Mange terapeuter brukte relasjonelle strategier i møtet med unngåelse. Traumet og behandlingen var fortsatt sentralt når disse strategiene ble brukt, men terapeuten flyttet *noe* av oppmerksomheten bort fra selve traumenarrativet til aspekter ved ungdommen og det terapeutiske båndet. Felles for disse strategiene er at de er anerkjennende og støttende.

Vise empati

Noen av terapeutene uttrykte empati i møtet med ungdommenes unngåelse. De anerkjente hvor vanskelig det kan være å komme til behandling, og hvor vanskelig det kan være å snakke om traumet. En terapeut sa for eksempel: «Jeg vet at dette er kjempevanskelig for deg. Jeg vet det. Jeg skjønner det.» Videre i timen sa terapeuten følgende når ungdommen ikke responderte lenger:

T: Jeg vet at det gjør vondt for deg. Jeg kan ikke føle det samme som du føler, men jeg skjønner at det gjør

veldig vondt. Jeg ser det på deg, ikke sant? Jeg tenker at akkurat det her nå ... Jeg synes det er fint at du klarer å gå såpass inn i det at det faktisk gjør vondt.

Gi ros

Noen av terapeutene roste ungdommens innsats og deltakelse i arbeidet når ungdommen viste tegn til unngåelse, for eksempel: «Du gjør en kjempebra jobb», «Jeg synes du gjør en dritbra jobb, altså», og «Du er utrolig tøff og modig». Ved å benytte ros i timen rettet terapeuten søkelyset mot positive egenskaper ved ungdommen, og anerkjente at ungdommene gjorde en god innsats ved å delta i behandlingen. En terapeut sa for eksempel:

Du har vært god til å fortelle i dag. Jeg vet at det har kostet mye. Men det at du går så detaljert inn i det som det her, det er utrolig viktig for at du skal kunne gå videre. Kjempebra jobbet!

Vektlegge felles prosjekt

Noen terapeuter vektla at traumebehandlingen er et felles prosjekt, og at ungdommen ikke skal gjøre alt arbeidet alene. En terapeut responderte for eksempel slik:

T: Hva skjer videre da?

P: Jeg orker ikke.

T: Er det vanskelig å gå gjennom? Vi skal få deg gjennom det her.

Terapeuten forsøkte å skape et «vi», der terapeuten og ungdommen jobber sammen for å gjennomføre behandlingen og oppnå symptombedring. Andre understrekte at de var der som en hjelper, når ungdommen var unngående. En terapeut brukte for eksempel sårmetaforen: «Skal jeg hjelpe deg å begynne med å plastre før du går i dag?».

Formidle håp

Noen terapeuter formidlet håp om bedring. De fortalte for eksempel om hvordan symptomene kan bedres av behandlingen, og hvordan dette kan ha positiv effekt på ungdommens liv på sikt. En terapeut sa: «Så vanskelig som du nok synes det er nå, kommer det ikke til å være senere», hvilket både anerkjenner at det er vanskelig nå, men også at det blir lettere over tid. En annen ga uttrykk for håp om bedring når ungdommen var avvisende:

Du sier jo selv at dette var en av de verste tingene du har vært med på. Og så er det verst i begynnelsen når vi snakker om disse tingene. Og så kommer det til å gå bedre og bedre å snakke om det. For eksempel klesskapet sånn som det ser ut nå. Det er kaos. Det faller over deg. (...) Og så kan du trøste deg med at det kommer til å gå bedre.

Å opprettholde traumefokus

I møte med unngåelse observerte vi at noen terapeuter forsøkte å opprettholde traumefokuset, blant annet via psykoedukasjon og gradvis eksponering. På denne måten ga de både ungdommen en begrunnelse for hvorfor man ikke bør unngå traumeminnnet, og tilrettela for mestring.

Psykoedukasjon og rasjonale

Noen terapeuter ga psykoedukasjon når ungdommen viste unngåelse. Terapeutene forklarte for eksempel hvorfor ubehaget dukker opp når man skal snakke om traumet, og mange benyttet metaforer. Denne terapeuten forklarte det slik:

P: Men må jeg si alt?

T: Ja, det du husker, er det fint at du sier. Og så skal vi snakke veldig mye om de vanskeligste tingene. Du skal fortelle meg det, og så skal jeg skrive det ned. Og så skal ... Så skal jeg lese det opp for deg, og så skal du fortelle det på nytt. Og så skal vi gjøre det helt til de tingene ikke er farlige for deg lenger. Husker du at jeg fortalte deg om dette om hva som skjer hvis man ikke renser et sår?

P: Mhm.

T: Fordi at hvis man slår seg på og får et sår på kneet, for eksempel, så er det sånn at hvis man ikke renser det, så kan det gå bra, men det kan også være at det blir som betennelse, at det gjør vondt, og det blir rødt og veldig varmt (...).

Sårmetaforen ble benyttet av noen terapeuter for å forklare ungdommen at det å unngå å snakke om traumet kan medføre at det fortsetter å «gjøre vondt».

Gradvis eksponering

Noen terapeuter brukte også gradvis eksponering når ungdommen viste unngåelse, for eksempel å begynne å jobbe med en traumeerfaring som kjennes mer overkommelig. Da en av ungdommene ga sterkt uttrykk for at hen ikke ønsket å fortelle om traumeerfaringen som var valgt ut som behandlingstraume, sa terapeuten: «Men på den lista over skremmende hendelser da... Er det noen andre av dem som er mindre ubehagelig å snakke om?» En annen terapeut møtte en ungdom med flere traumeerfaringer, som uttrykte at hen gruet seg til å snakke mer i detalj om dette, slik:

P: Er timen snart ferdig?

T: Tror du at den er det?

P: Nei.

T: Nei. Hvorfor spør du om det?

P: Fordi jeg vil være ferdig.

T: Du vil være ferdig? Gruer du deg?

P: Ja.

T: Men husker du at jeg sa at du velger hvilken av hendelsene du vil at vi skal starte med? Og så tar vi det i ditt tempo? Du er ikke nødt til å si noe som du ikke føler deg klar for.

Terapeuten understreket at behandlingen foregår som en gradvis prosess, og at de vil følge ungdommens tempo. Hen prøvde å tilpasse arbeidet slik at traumefokuset kunne opprettholdes.

Å unngå traumefokus

Det virket også som noen terapeuter selv unngikk traumefokus. Dette handlet først og fremst om at de formidlet fare for overveldelse, at de lot seg avspore, eller at de utsatte arbeidet.

Å formidle fare for overveldelse

Noen terapeuter formidlet direkte eller indirekte at det å snakke om traumet kan oppleves farlig eller overveldende for ungdommen. Dette tolket vi som en form for unngåelse fra terapeuten, der det var terapeuten som unngikk å gå inn i traumeopplevelsen. En terapeut sa for eksempel: «For det kan bli litt mye hvis vi skal med en gang snakke om det slemmeste.» På denne måten formidler terapeuten at det å snakke om traumet kan være overveldende. En annen terapeut, som skulle begynne på traumenarrativet med en ungdom, sa:

Så kan vi på en måte ta litt av den historien nå, hvor vi på en måte kan ta litt sånn ... Enten at vi bare tar litt av den, eller at vi begynner med en, eller at vi kan ta en litt sånn lett versjon. Og så skal vi få lov til å bygge på den sånn at den blir en helhet over et par-tre ganger til, da. Hvis du ikke tenker at det nå blir så vanskelig å begynne å snakke om det nå – at du blir midt oppi et eller annet når du skal gå.

Terapeuten formidlet det som kan tolkes som frykt for at ungdommen skal bli overaktivert, og gir flere forslag til hvordan traumenarrativet kan utformes på en mer overfladisk eller forenklet måte. Ungdommen kan da ha fått inntrykk av at det å snakke om traumeopplevelsen kan bli «for mye», og at det er noe enten terapeuten eller ungdommen vil ha vansker med å håndtere.

Å la seg avspore

Flere ungdommer forsøkte å endre tema i samtalen, sann-

synligvis for å unngå traumefokus, og noen terapeuter lot seg tilsynelatende avspore. Ungdommene fortalte for eksempel om noe de skulle gjøre etter timen eller senere i uken, eller begynte å snakke om andre temaer.

I en sak jobbet terapeut og en ungdom for eksempel med å utforme en livslinje med sentrale hendelser i ungdommens liv. Etter å ha snakket om ulike traumatiske hendelser sporet samtalen av da de gikk inn i en detaljert historie om et tannlegebesøk. Terapeuten fulgte ungdommens temaskifte, noe som vi tolker som unngåelse av traumefokus. Vi registrerte også at ungdommen snakket mer utdypende og engasjert når andre temaer enn traumeerfaringene ble tematisert. Etter flere avsporinger sa terapeuten: «Vi har ikke kommet så langt enda, vi prater for mye», og forsøkte å flytte oppmerksomheten tilbake til traumat.

Utsettelse

Noen terapeuter utsatte arbeidet som skulle gjennomføres i timen. I enkelte tilfeller skjedde dette på terapeutenes initiativ, mens andre gjorde dette etter unngåelse fra ungdommen. En terapeut sa for eksempel: «Er det lettere for deg at vi ikke går så detaljert inn i det første gangen nå?» I en annen terapitime ser vi at terapeuten går med på å ikke lese traumenarrativet:

T: (...) Egentlig er poenget med denne behandlingen å snakke ting litt i hjel. Jo mer vi skraper borti det, jo mer stress vi lager som du tåler, jo mindre plagsomt blir det. Så før vi runder av, så vil jeg lese det vi hadde nå.

P: Jeg greier meg fint.

T: Du vil ikke at jeg skal lese det nå?

P: Jeg har ikke noe behov for det.

T: Men sånn videre ønsker jeg at vi går gjennom det flere ganger. Det er viktig. Men vi trenger ikke gjøre det nå. Men vi tar det opp igjen neste time.

Her ser vi at terapeuten har en klar plan for timen; de skal lese gjennom traumenarrativet. Når ungdommen gir motstand mot å høre traumenarrativet, ser dette ut til å påvirke terapeuten, ved at en ubehagelig del av arbeidet utsettes til neste time. Vi tolker dette som unngåelse av traumefokus.

Diskusjon

Formålet med studien var å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar TF-CBT. Vi analyserte frem fire hovedstrategier i terapeutenes håndtering: De tematiserte unngåelsen, brukte relasjonel-

le strategier, forsøkte å opprettholde et traumefokus, eller unngikk selv traumefokus.

Virksomme strategier

Vi fant at mange terapeuter tematiserte unngåelsen ved å utforske eller påpeke den. For eksempel kunne de stille spørsmål om hva ungdommen tror at kommer til å skje dersom de snakker om traumeopplevelsen. En slik strategi er i tråd med TF-CBT-manualen (Cohen et al., 2018). Dette kan fremme bevisstgjøring hos ungdommen, samt hjelpe hen med å forstå egne reaksjonsmønstre. En utforskning av unngåelse kan også gi terapeuten innsikt i hvordan hen kan tilrettelegge arbeidet videre slik at progresjonen opprettholdes, for eksempel gjennom å tilby alternative måter å utforme traumenarrativet på. Videre kan det at terapeuten påpeker unngåelse direkte, formidle at hen tåler å høre om traumat. Ettersom unngåelse er et symptom som kan henge igjen også etter endt behandling med TF-CBT (Harpviken et al., 2025), bør terapeuten snakke med ungdommen om unngåelse og hvordan det kan håndteres, både under og etter behandlingen.

Å bruke relasjonelle strategier er også i tråd med anbefalingene i TF-CBT-manualen (Cohen et al., 2018). Vi fant at terapeutene viste empati, ga ros og formidlet håp. Dette kan tenkes å styrke den terapeutiske relasjonen, ved at ungdommen opplever terapeuten som varm og imøtekommende. I en studie trakk ungdommer selv fram at det var viktig at terapeuten var hyggelig og til å stole på (Dittmann & Jensen, 2014). Ros kan også styrke ungdommens mestringstro, og kan brukes for å minne ungdommen om hvor langt de har kommet i arbeidet, og hva de har fått til. En studie av CBT for angstlidelser hos barn fant at samarbeid predikerte barns vurdering av alliansen i positiv retning (Creed & Kendall, 2005). I den studien ble dette trukket frem ved at terapeuten presen-terte terapien som en laginnsats og bygget opp en følelse av tilhørighet i behandling ved å bruke ord som «vi» og «oss». I tråd med dette fant også vi at terapeutene gjorde øvelser sammen med ungdommen, brukte ord som «vi» og understreket at ungdommen ikke var alene i arbeidet. Både å tematisere unngåelse og å bruke relasjonelle strategier kan bidra til at eksponering for traumeminnene blir gjennomført. Dette legger til rette for emosjonell prosessering, slik Foa og Cahill (2001) har beskrevet.

Terapeuters egen unngåelse

Å opprettholde traumefokuset gjennom gradvis eksponering, allerede fra første time, er anbefalt i TF-CBT. Selv om terapeutene skal tilpasse gjennomføringen av eksponeringskomponenten til ungdommen, fikk vi av og til inntrykk av at det hos studiens terapeuter skjedde vel mye tilpasning. Vi forstår det som at dette kanskje bunnet i terapeutenes egen unngåelse. Dette er også observert i andre studier (f.eks. Becker-Haimes et al., 2022).

Samtidig kan vi ikke i observasjonsstudier, som vår, vite hva terapeutene faktisk følte eller tenkte under behandlingstimen. Men det er viktig at det er fremdrift i eksponeringsarbeidet, og at terapeuten formidler tro på at pasienten tåler eksponeringen. Dersom terapeuten signaliserer det som kan oppleves som unngåelse, kan dette utgjøre modellering av unngåelse for ungdommen. Dette hindrer ikke bare fremdrift i terapien, men kan også bidra til å opprettholde uhensiktsmessige tanker om at traumereaksjoner er farlige eller uutholdelige. Terapeuten kan komme til å fremme en oppfatning om at ungdommen ikke er i stand til å håndtere narrativarbeidet, eller at det er for vanskelig å gjennomføre det etter planen.

Ifølge Wade og Waller (2025) bør terapeuter være klar over at de ofte overvurderer hvor skjør pasienten er. Samtidig bør ikke terapeuten presse pasienten fremover. Terapeuten bør trygge og ansvarliggjøre ungdommen ved å formidle tillit til at de kan mestre det vanskelige. Dette kan gjøres ved å ramme inn eksponeringen som noe de gjør sammen, vise empati og gi støtte underveis. En slik tilnærming forutsetter at terapeuten selv har tro på behandlingsformen og opplever tilstrekkelig trygghet i gjennomføringen. Følgelig er det viktig at terapeuten prøver å være bevisst på og kjenne etter om det kan være at hen selv unngår å gå inn i det vanskelige. Det kan for eksempel være nyttig for terapeuten å spørre seg: «Venter jeg med neste steg fordi pasienten faktisk har behov for det, eller er det jeg som er redd for å gå videre?»

Veiledning og kollegastøtte vil sannsynligvis være særlig verdifullt i denne fasen av behandlingen, særlig hvis terapeuten ikke føler seg helt trygg. En studie viste at terapeuter som rapporterte flere hindre i eksponeringsarbeidet, som for eksempel mangel på opplæring og negative antagelser, har mindre sannsynlighet for å gjennomføre eksponering med pasienten (Reid et al., 2017). På den andre siden er det funnet at å implementere selvavretakelse i TF-CBT-opplæring hadde en sammenheng med økt opplevelse av kompetanse og fidelitet til TF-CBT-metoden hos terapeutene (Deblinger et al., 2020).

Studiens styrker og svakheter

En styrke ved studien var muligheten til å gjøre et dypdykk i det faktiske innholdet i TF-CBT-timer og utforske tilnærminger terapeutene bruker på unngåelse i praksis. Studiens formål var ikke å finne en standardisert fremgangsmåte for arbeid med unngåelse, men heller å utforske ulike måter terapeuter kan møte denne problematikken på. Unngåelse er undersøkt i en naturlig kontekst, hvilket fremmer studiens økologiske validitet (Oddli, 2013).

Samtidig har studien flere svakheter. Utvalget er lite, og blant pasientene er overvekten jenter mens blant terapeutene er overvekten kvinner, hvilket begrenser generaliserbarheten til funnene. Når det gjelder terapeutene, mangler vi informasjon om deres bakgrunn og erfaring – faktorer som kan ha påvirket hvordan de møter

unngåelse. Ettersom vi ikke har intervjuet terapeutene om deres vurderinger, er det vanskelig å vite om terapeutenes unngåelse var bevisst brukt som en strategi. Lydopptak fanger ikke opp ikke-verbal kommunikasjon, som redusert blikkontakt eller distraksjon, så det kan ha vært aspekter ved kommunikasjonen vi ikke fikk med oss.

En annen viktig begrensning handler om hvor stor del av behandlingsløpet vi fikk dekket. På grunn av kapasitetsbegrensninger er datamaterialet avgrenset til første time i bearbeidingsfasen. En analyse av flere timer i denne fasen, eller av hele terapiforløpet, kunne trolig ha gitt et mer nyansert og omfattende innblikk i hvordan terapeutene arbeider med unngåelse. En viktig svakhet er også at vi ikke inkluderte ungdommer som har droppet ut av behandling, og drop-out kan jo være den tydeligste formen for unngåelse. Videre forskning bør undersøke sammenhengen mellom unngåelse og drop-out for å forstå hvordan terapeuter kan forhindre dette.

Konklusjon

Vi fant at terapeutene håndterte unngåelse på en rekke ulike måter, hvorav flere er i tråd med både i TF-CBT-manualen og tilgjengelig forskning. Det er sannsynlig at tematisering av unngåelsen, relasjonelle strategier, samt opprettholdelse av traumefokus, bidrar til at ungdommene får støtte i prosessen med å overkomme unngåelsen. Dette kan fremme gjennomføringen av eksponering og kognitiv prosessering, hvilket igjen reduserer traumesymptomene deres. Det er verdt å merke seg at flere av terapeutene tilsynelatende selv viste unngåelse, hvilket tyder på at de har behov for mer kunnskap om spesifikke teknikker for effektiv håndtering av både egen og pasientens unngåelse. Det er behov for forskning som kan gi mer kunnskap om konkrete strategier for å håndtere unngåelse som bidrar til symptomnedgang. Vi håper at resultatene fra vår studie kan bidra til å gjøre klinikere mer oppmerksomme på hvordan de selv møter unngåelse i terapirommet, slik at barn og unge med symptomer på PTSD kan få best mulig traumebehandling. 🧠



REFERANSER

- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjpp.113.131227>
- Anundsen, K. W. & Oppedal, M. B. (2021). *Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi* [Hovedoppgave]. Universitetet i Oslo.
- Ascienzo, S., Sprang, G. & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF-CBT: A mixed methods investigation of clinician perspectives and the impact of training format and formalized problem-solving approaches on implementation outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1657–1668. <https://doi.org/10.1111/jep.13351>
- Becker-Haimes, E. M., Klein, C. C., Frank, H. E., Oquendo, M. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Brady, M. & Barnett, M. L. (2022). Clinician Maladaptive Anxious Avoidance in the Context of Implementation of Evidence-Based Interventions: A Commentary. *Frontiers in Health Services*, 2, 833214. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.833214>
- Birkeland, M. S., Blestad, A. G., Granly, L., Knutsen, M. L., Ormhaug, S. M., Skar, A. S. & Jensen, T. (2024). *Femten år med forskning på implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi* (TF-CBT) i Norge (Rapport nr. 1/2024). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg*. Universitetsforlaget.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G. & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Network Open*, 1(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- Cox, S., Parkinson, S., Herbert, J., Tucker, E., Octoman, O. & Bromfield, L. (2025). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and young people who have experienced forms of child maltreatment other than child sexual abuse: A review of the evidence. *Children and Youth Services Review*, 170, 108159. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2025.108159>
- Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.498>
- de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B. & Steer, R. A. (2020). Disseminating Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with a Systematic Self-care Approach to Addressing Secondary Traumatic Stress: PRACTICE What You Preach. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1531–1543. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00602-x>
- Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth—Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse and Neglect*, 38(7), 1221–1230. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.008>
- 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/S005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S005-7967(99)00123-0)
- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Foa, E. B. & Cahill, S. P. (2001). Psychological therapies: Emotional Processing. I N. J. Smelser & P. B. Bates (Red.), *International Encyclopedia of the social and behavioral science* (s. 12363–12369). Elsevier.
- Glad, K. A. (2013). «Det er vel ikke sånn at jeg kommer til å gå ut herfra som et åpent sår?» En kasusbeskrivelse av det terapeutiske arbeidet med traumenarrativet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(12), 1171–1177. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as12ae--Det-er-vel-ikke-sann-at-jeg-kommer-til-a-ga-ut-herfra-som-et-apent-sar->
- Glad, K. A. (2012). «En ny mulighet» – å arbeide med klientens traumenarrativ. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(9), 870–875. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2012as09ae--En-ny-mulighet-arbeide-med-klientens-traumenarrativ>
- Glad, K. A. (2017). Traumeopminnere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(7), 648–652. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as07ae--Traumeopminnere>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Harpviken, A. N., Jensen, T. K., Johnson, S. U., Ormhaug, S. M. & Birkeland, M. S. (2025). Assessing change and persistence of specific post-traumatic stress symptoms among youth in trauma treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2515683. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2515683>
- Hayes, A. M., Feldman, G. C. & Goldfried, M. R. (2007). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. I L. G. Castonguay & C. Hill (Red.), *Insight in Psychotherapy* (s. 231–253). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-011>
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S. & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y. & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22, 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>
- International Society for Traumatic Stress Studies (2019). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations*. ISTSS. https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M. & Skar, A.-M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114630. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630>
- Jensen, T. K., Holt, T. & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4–14.
- Kooij, L. H., van der Pol, T. M., Daams, J. G., Hein, I. M. & Lindauer, R. J. L. (2022). Common elements of evidence-based trauma therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2079845>
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>
- Mock, S. E. & Arai, S. M. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: Mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in Psychology*, 1, 246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00246>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. [NICE Guideline No. 116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations>
- Oddli, H. W. (2013). *Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis*. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 293–315). Pax Forlag.
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2023). The relationship between youth involvement, alliance and outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 33(3), 316–327. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2123719>
- Patel, Z. S., Casline, E., Shaw, A. M., Jensen-Doss, A. & Ramirez, V. (2022). Measuring clinician stuck points about trauma-focused cognitive behavior therapy: The TF-CBT Stuck Points Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 35(5), 1357–1367. <https://doi.org/10.1002/jts.22835>
- Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, 50(2), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Reid, A. M., Bolshakova, M. I., Guzik, A. G., Fernandez, A. G., Striley, C. W., Geffken, G. R. & McNamara, J. P. (2017). Common barriers to the dissemination of exposure therapy for youth with anxiety disorders.

- Community Mental Health Journal*, 53(4), 432–437. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0108-9>
- Sachser, C., Pfeiffer, E., Berliner, L., Jackson, Y., Jensen, T. K. & Meiser-Stedman, R. (2025). *Improving access to evidence-based treatment for trauma-exposed children and youth: an International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper*. <https://istss.org/wp-content/uploads/2025/09/2025-ISTSS-Briefing-Paper.pdf>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F. & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. & Rosner, R. (2024). Stability of treatment effects and caregiver-reported outcomes: A meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Maltreatment*, 29(2), 375–387. <https://doi.org/10.1177/10775595231167383>
- Wade, T. D. & Waller, G. (2025). Ten generic competences to improve outcomes of cognitive behaviour therapy: Evidence, postulated processes, and clinical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 193, 104826. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104826>
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Bittinger, J. N., Bedard-Gilligan, M. A., Slagle, D. M., Post, L. M. & Chen, J. A. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma*, 3(3), 300–308. <https://doi.org/10.1037/a0024642>

TEKST

Jarle EidDet psykologiske fakultet,
Universitetet i Bergen**Evelyn-Rose Saus**Det psykologiske fakultet,
Universitetet i BergenStressmestringskompaniet,
Forsvarets sanitet, Oslo**Anita L. Hansen**Det psykologiske fakultet,
Universitetet i BergenKompetansesenter for sikker-
hets-, fengsels- og rettspsykiatri,
Haukeland universitetssjukehus,
Helse Bergen

Operativ psykologi i lokal kriseberedskap

Fagretningen gir forskningsbasert kunnskap til psykologer som arbeider med kriseledelse, beredskap og samfunnssikkerhet.

Norske lokalsamfunn har de siste årene erfart terror, pandemi, naturhendelser og ulike sikkerhetspolitiske og teknologiske trusler. Totalberedskapsmeldingen (Meld. St. 9 (2024–2025)) understreker behovet for godt samvirke mellom offentlige myndigheter, næringsliv, frivilligheten og lokalsamfunn. Selv om meldingen foreslår flere organisatoriske og strukturelle tiltak, omtaler den i liten grad betydningen av menneskelige faktorer. Vi ønsker derfor å løfte frem eksempler på norsk forskning i operativ psykologi som har særlig relevans for ledelse, stressmestring, beslutningstaking og samhandling i team, i sikkerhetskritiske og uforutsigbare situasjoner. Vi vektlegger hvilken betydning denne kunnskapen har for psykologer med oppgaver innen samfunnssikkerhet og beredskap.

Operativ psykologi er en anvendt disiplin som gir forskningsbasert kunnskap om hvordan menneskelige faktorer påvirker fungering, samhandling og beslutningstaking i operative situasjoner (Eid & Johnsen, 2018). Slike situasjoner kjennetegnes av at liv, helse eller grunnleggende samfunnsverdier står i fare. Kunnskapsgrunnlaget bygger både på grunnleggende og anvendte



FOTO REMI SAGEN / NRK

psykologiske disipliner, og inngår i et bredt internasjonalt forskningsfelt om menneskelige faktorer, sikkerhet og teamfungering i høyrisiko-kontekster (Sanden, 2025). I artikkelen retter vi særlig oppmerksomheten mot tre temaer som er sentrale før, under og etter kritiske situasjoner: utvelgelse av personell til krevende operative roller, forutsetninger for gode beslutninger på individ- og gruppenivå og ivaretagelse av personell etter kriser og ulykker.

Utvelgelse av personell til operative roller

Rekruttering handler om å identifisere og tiltrekke seg relevante kandidater, mens seleksjon innebærer å vurdere hvem som er best egnet for bestemte roller og funksjoner (Johnsen & Eid, 2019). I Norge har psykologer i en årrekke bidratt til å utvikle og validere psykologiske tester og seleksjonsmetoder i både Forsvaret og politiet (Hansen, 2006). Et aktuelt eksempel er bruken av psykologiske tester i utvelgelsen av dronepiloter (Johnsen et al., 2024).

Innen operativ psykologi har personlighetstrekket hardførhet (*hardiness*) fått særlig oppmerksomhet. Hardførhet består av tre nært relaterte komponenter – forpliktelse, kontroll og utfordring – og er i forskning assosiert med bedre stressmestring og fungering under krevende forhold (Hystad et al., 2010; Hystad et al., 2015). Forskningen viser at hardførhet ikke er et statisk personlighetstrekk, men heller et relativt stabilt mønster av preferanser som kan påvirkes og styrkes gjennom målret-

tet trening, refleksjon og erfaring (Bartone et al., 2016).

Hardførhet beskrives vanligvis som en personlig egenskap preget av motstandskraft, kontroll og forpliktelse. I operativ resilienstrening (ORT) forstår man resiliens mer som en ferdighet som kan trenes for å øke toleransen for belastninger, styrke tilpasningsevnen og bidra til raskere restitusjon (Nordstrand et al., 2024). Forsvaret bruker ORT som en målrettet, ferdighetsbasert metode for å styrke soldaters evne til å håndtere og regulere stress i akutte og krevende situasjoner (Nordstrand et al., 2026). Kurset består av moduler som omhandler stressreaksjoner, teknikker for stressmestring, psykologisk førstehjelp under press, samt metoder for å forbedre samhandling og sosial støtte. ORT er et eksempel på hvordan psykologer kan bidra med kunnskap i hvordan man trener opp befolkningen til økt motstandskraft mot mentale belastninger, noe som igjen kan gi økt livskvalitet og bedre psykisk helse.

Forutsetninger for gode beslutninger

Situasjonsbevissthet og felles mentale modeller
Situasjonsbevissthet beskriver hvordan individer oppfatter, forstår og forutser utviklingen i dynamiske situasjoner (Endsley, 1995). Forskning viser at situasjonsbevissthet er en nøkkelfaktor for sikkerhet på offshorefartøy: Høyere situasjonsbevissthet – påvirket blant annet av kapteinens autentiske ledelse – reduserer usikre handlinger og gir mer realistiske risikovurderinger (Sætrevik & Hystad, 2017).

I møte med ukjente, sammensatte eller hybride trusler vil oppfatning av situasjonen være avgjørende. En studie av politiledere og militære sjefer viste at beslutningene deres endret seg når trusselbildet i en øvelse gikk fra fred til krig. Personell med mer operativ erfaring økte blant annet bruken av tverretatlige ressurser (Mattingsdal et al., 2024). Funnene gir ny innsikt i hvordan ledere håndterer hybride trusler, og hvordan øving kan styrke samvirket mellom politi og forsvar. Strukturerte øvelser i form av simulering eller VR-assistert trening gir mulighet til å øve på både enkle og komplekse scenarier (Saus et al., 2006). Slik trening bidrar til å bygge opp situasjonsbevissthet, noe som gjør det lettere å forstå og agere i tilsvarende situasjoner senere.

På samme måte som situasjonsbevissthet beskriver individuell forståelse av en situasjon, brukes begrepet felles mentale modeller til å beskrive i hvilken grad medlemmer av et team deler oppfatninger om mål, roller og oppgaver i den aktuelle situasjonen (Mathieu et al., 2000). Flere studier viser at felles mentale modeller er sentrale for implisitt koordinering og effektiv samhandling, særlig når muligheten for kommunikasjon er begrenset (Espevik et al., 2006; Espevik et al., 2021). I en kommunal kriseledelse, som ofte består av personer med ulike fagbakgrunn og begrenset erfaring med reelle kriser, vil samtrening og øvelser være et viktig bidrag til å utvikle både situasjonsbevissthet og felles mentale modeller (Steinsund et al., 2025).

Beslutningstaking under stress

Akutte kriser aktiverer stressresponser som kan påvirke oppmerksomhet, arbeidshukommelse og beslutningstaking. Høyintensitetssituasjoner er ofte forbundet med forenklede beslutningsstrategier og mindre etiske og moralske valg, særlig under tidspress og søvnmangel (Kobbeltvedt et al., 2005; Olsen et al., 2010). I slike situasjoner er det avgjørende å vite hvordan man kan støtte innsatspersonell i å ta kloke valg i form av for eksempel lederstøtte, restitusjon og søvn under langvarige aksjoner.

Ansatte i den kommunale brann- og redningstjenesten rapporterer at uforutsette hendelser, informasjonsbehandling og beslutningsdilemmaer utgjør sentrale utfordringer i operative situasjoner (Hansen et al., 2025). Beslutningsstøtte kan bidra til å redusere kognitiv belastning og støtte utviklingen av felles situasjonsbevissthet (Eid et al., 2025). Under en beredskapsøvelse kan dette for eksempel omfatte strukturert loggføring, felles situasjonskart og tydelige prosedyrer for hvem som oppdaterer, kvalitetssikrer og formidler tidskritisk informasjon. Slike tiltak kan bidra til at innsatspersonell har bedre situasjonsbevissthet og tar bedre beslutninger, selv i komplekse og tidskritiske situasjoner.

Team, samhandling og øving

Kriser er komplekse problemer, som ifølge Dörner og Funke (2017) ofte innebærer dynamikk, usikkerhet og manglende oversikt. Krisens karakter gjør det nødvendig å trene på flere nivåer av forståelse samtidig – både systemtenkning og evnen til å håndtere uforutsigbare

endringer. Effektiv krisehåndtering avhenger i stor grad av psykologiske faktorer som gode relasjoner, tillit og felles situasjonsbevissthet (Espevik et al., 2006; Espevik et al., 2021). Regelmessige øvelser som vektlegger samhandling, rolleavklaring og felles problemløsning, kan derfor være et viktig bidrag til å vedlikeholde og styrke lokal beredskap (Steinsund et al., 2025).

Lokal kriseberedskap er imidlertid en ferskvare som må vedlikeholdes. Til tross for dette rapporterer flere norske kommuner at beredskapsøvelser er krevende å planlegge og ofte nedprioriteres i en travelt hverdag (Steinsund et al., 2025). Slike lokale beredskapsøvelser kan for eksempel legges opp til å utvikle det som Dörner og Funke (2017) vektlegger i sin forståelse av kompleks problemløsning, nemlig aktørenes evne til selvregulering, kreativ problemløsning og samhandling i arbeid med komplekse og tidskritiske beredskaps hendelser. Selv om det er krevende å øve på uforutsette hendelser, har utviklingen av avansert teknologi som simulatorer, læringsspill og virtuell virkelighet gjort det enklere å øve på komplekse og ukjente scenarier (Saus et al., 2006; van den Oever et al., 2025).

Ivaretakelse etter kritiske hendelser

Tidlig støtte, normalisering av reaksjoner og gradvis reetablering av funksjon og arbeidsevne bidrar til gjenopprettelse etter kritiske hendelser (Sanden et al., 2024). Erfaringer fra operative miljøer viser at familiestøtte, kollegastøtte og planlagt retur til oppgaver kan støtte mestring og bidra til å redusere langvarig symptomtrykk (Nordmo et al., 2020). Psykologer kan her bidra med kompetanse i krisereaksjoner, veiledning av ledere og utvikling av tiltak som fremmer trygghet, mestring og struktur i akuttfasen.

Kommunens psykososiale kriseteam har som hovedoppgave å gi tidlig og proaktiv psykososial støtte til evakuerte, skadde og pårørende etter kriser, ulykker og katastrofer (Eid et al., 2025). Teamene skal også sikre videre oppfølging og overgang til ordinære tjenester i tråd med prinsippene om tidlig innsats, kontinuitet og samvirke (Helsedirektoratet, 2016). Kunnskap om tidlige intervensjoner og personalomsorg er særlig relevant for nødetater og kommunal kriseledelse, som skal ivareta både egne ansatte, forulykkede og frivillige som for eksempel har deltatt i søk og redningsaksjoner (Olsen et al., 2022). Psykologer kan her spille en aktiv rolle ved å bistå i utvikling av ivaretakelsesrutiner, støtte ledere i vurdering av belastning og risiko, og sikre at tiltak for normalisering, restitusjon og sosial støtte gjennomføres på en faglig forsvarlig måte.

Råd til psykologer i lokalt beredskapsarbeid

Totalforsvarsåret 2026 skal bidra til å styrke Norges evne til å beskytte befolkningen gjennom felles planlegging og øvelser (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2026). Med utgangspunkt i operativ psykologi, som springer ut fra forskning på operativt personell, kan

psykologers bidrag til lokal kriseberedskap oppsummeres i fire hovedpunkter: synliggjøre menneskelige faktorer i risiko- og sårbarhetsvurderinger, planverk og øvelsesdesign, støtte kriseledelsen i å etablere gode samhandlingsrutiner og tydelige rolleavklaringer gjennom øving og

trening, bidra til kommunikasjons- og informasjonspraksiser som reduserer kognitiv overbelastning og fremmer felles situasjonsforståelse og robuste mentale modeller, og styrke ivaretagelse, kollegastøtte og gradvis reetablering av virksomheten etter kritiske hendelser. 📌

REFERANSER

- Bartone, P. T., Eid, J. & Hystad, S. W. (2016). Training hardiness for stress resilience. I N. Maheshwari & V. V. Kumar (Red.), *Military psychology: Concepts, trends and interventions* (s. 231–248). SAGE Publications.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2026). *Om Totalforsvarsåret 2026*. <https://www.dsb.no/ros-og-beredskap/totalforsvarsaret-2026/om-totalforsvarsaret-2026>
- Dörner, D. & Funke, J. (2017). Complex problem solving: What it is and what it is not. *Frontiers in Psychology*, 8(1153), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01153>
- Eid, J. & Johnsen, B. H. (Red.). (2018). *Operativ psykologi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Eid, J., Espevik, R. & Brattebø, G. (Red.). (2025). *Operativ teamledelse: Forberedt på kriser og krig*. Fagbokforlaget.
- Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors*, 37(1), 32–64. <https://doi.org/10.1518/001872095779049543>
- Espevik, R., Johnsen, B. H., Eid, J. & Thayer, J. F. (2006). Shared mental models and operational effectiveness: Effects on performance and team processes in submarine attack teams. *Military Psychology*, 18(sup1), S23–S36. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_3
- Espevik, R., Johnsen, B. H., Saus, E. R., Sanden, S. & Olsen, O. K. (2021). Teamwork on patrol: Investigating teamwork processes and underlying coordinating mechanisms in a police training program. *Frontiers in Psychology*, 12, 702347. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.702347>
- Hansen, I. (2006). *Bidrag til psykologitjenestens historie i Forsvaret fra 1946–2006*. Militærpsykologiske meddelelser, nr. 25. Sjefpsykologen for Forsvaret.
- Hansen, A. L., Johnsen, B. H. & Thayer, J. F. (2003). Vagal influence on working memory and attention. *International Journal of Psychophysiology*, 48, 263–274. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(03\)00073-4](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(03)00073-4)
- Hansen, A. L., Eid, J., Valdersnes, K. B., Pescaroli, G. & Kelman, I. (2025). Risky decisions and complex problem solving in Norwegian first responders. *Safety and Reliability*, 4(4), 1–23. <https://doi.org/10.1080/109617353.2025.2500777>
- Helsedirektoratet. (2016). *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Mestring, samholdighet og håp)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C. & Bartone, P. T. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 237–245. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00759.x>
- Hystad, S. W., Olsen, O. K., Espevik, R. & Säfvenbom, R. (2015). On the stability of psychological hardiness: A three-year longitudinal study. *Military Psychology*, 27(3), 155–168. <https://doi.org/10.1037/mil0000069>
- Johnsen, B. H., Nilsen, A. A., Hystad, S. W., Grytting, E., Ronge, J. L., Rostad, S., Öhman, P. H., & Overland, A. J. (2024). Selection of Norwegian police drone operators: an evaluation of selected cognitive tests from “The Vienna Test System”. *Police Practice and Research*, 25(1), 38–52. <https://doi.org/10.1080/015614263.2023.2179052>
- Johnsen, B. H. & Eid, J. (2019, red.). *Operativ psykologi 2. Anvendte aspekter*. Fagbokforlaget.
- Kobbeltvedt, T., Brun, W. & Laberg, J. C. (2005). Cognitive processes in planning and judgements under sleep deprivation and time pressure. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 98(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jobhdp.2005.05.002>
- Mathieu, J. E., Heffner, T. S., Goodwin, G. F., Salas, E. & Cannon-Bowers, J. A. (2000). The influence of shared mental models on team process and performance. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 273. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.85.2.273>
- Mattingsdal, J., Espevik, R., Johnsen, B. H. & Hystad, S. (2024). Exploring why police and military commanders do what they do: An empirical analysis of decision-making in hybrid warfare. *Armed Forces & Society*, 50(4), 1218–1244. <https://doi.org/10.1177/0095327X231160711>
- Meld. St. 9 (2024–2025). *Styrket totalberedskap – En felles innsats for en sikrere fremtid*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20242025/id3082364/>
- Nordmo, M., Hystad, S. W., Sanden, S. & Johnsen, B. H. (2020). Mental health during naval deployment: The protective role of family support. *Military Medicine*, 185(5–6), e703–e710. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz436>
- Nordstrand, A. E., Barger, S. D., Tvedt, M. A., Gjerstad, C. L., Engen, H. G. & Adler, A. B. (2024). A novel intervention for acute stress reaction: Exploring the feasibility of ReSTART among Norwegian soldiers. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2400011. <https://doi.org/10.1080/2008066.2024.2400011>
- Nordstrand, A. E., Engen, H. G. & Adler, A. B. (2026). “Crawl, walk, run”: A graded approach to integrating mental skills for psychological resilience in training for large-scale combat operations. *Military Psychology*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/08995605.2026.2612680>
- Olsen, O. K., Pallesen, S. & Eid, J. (2010). The impact of partial sleep deprivation on moral reasoning in military officers. *Sleep*, 33(8), 1086–1090. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.8.1086>
- Olsen, O. K., Johnsen, B. H. & Eid, J. (Red.). (2022). *Operativ psykologi 3. Personellomsorg og ivaretagelse*. Fagbokforlaget.
- Sanden, S. (2025). Når krigen kjem til oss. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(2), 112–115. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso2ae-Nar-krigen-kjem-til-oss
- Sanden, S., Johnsen, B. H. & Hystad, S. W. (2024). Early intervention and return-to-work procedures for a Navy crew after shipwreck. Using modified prolonged exposure to reestablish operational capacity. *Consulting Psychology Journal*, 76(4), 387–407. <https://doi.org/10.1037/cpb0000260>
- Saus, E. R., Johnsen, B. H., Eid, J., Riisem, P. K., Andersen, R. & Thayer, J. F. (2006). The effect of brief situational awareness training in a police shooting simulator: An experimental study. *Military Psychology*, 18(sup1), S3–S21. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_2
- Steinsund, S., Kelman, I., Pescaroli, G. & Eid, J. (2025). Crisis preparedness and systemic risk: The role of municipal leaders in disaster risk governance in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 67(1), 115–128. <https://doi.org/10.1111/sjop.70015>
- Sætrevik, B. & Hystad, S. W. (2017). Situation awareness as a determinant for unsafe actions and subjective risk assessment on offshore attendant vessels. *Safety Science*, 93, 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.12.012>
- van den Oever, F., Fjeld, M., Nordby, K. & Sætrevik, B. (2025). A virtual reality experiment shows that augmented reality can improve collaboration in ship navigation. *Ergonomics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00140139.2025.2519874>

NOTIS

Vi bytter distributør

Fra og med august vil Psykologtidsskriftet bli levert av Helthjem. Med Helthjem vil distribusjonen gå raskere. Budene leverer alle dager unntatt søndag.

Hvis du opplever problemer med leveransen, kan

du kontakte Fagpressens kundesenter mandag–fredag mellom kl. 8–16 på telefon 21 07 25 88 eller e-post kundesenter@fagpressen.no 📌

TEKST Jonas R. Kunst
Institutt for kultur og
kommunikasjon,
Handelshøyskolen BI
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Voldelig ekstremisme som både angrep og forsvar

OMTALT ARTIKKEL

Kunst, J. R., Besta, T., Jaśkiewicz, M., Gajda, A. N., Sanden, M., Flatebø, M. M., Adebayo, S. O., Adonis, M., Agyemang, C. B., Boateng, R. A., Akfirat, S. A., Al-adawi, S., Ambrosio, C., Anjum, G., Aruta, J. J. B. R., Austers, I., Barry, O., Bastian, B., Becker, M., ... Obaidi, M. (2026). The psychology of offensive and defensive intergroup violence: Preregistered insights from 58 countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 123(13), e2535665123. <https://doi.org/10.1073/pnas.2535665123>

En ny spørreundersøkelse på tvers av 58 land har undersøkt ulike typer motivasjon for voldelig ekstremisme.

I sitt manifest la terroristen Anders Behring Breivik frem en utvetydig, todelt argumentasjon for 22. juli-angrepet. På den ene siden handlet angrepet om «vår eksistensielle overlevelse som ikke-islamske land og kulturer» (s. 391) og «vår rett og plikt å bidra til å bevare vår identitet, vår kultur og vår nasjonale suverenitet» (s. 1518) mot en påstått pågående islamsk kolonisering (Breivik, 2011). På den andre siden beskrev Breivik en offensiv motivasjon hvor de europeiske statene må «gripe politisk kontroll [...] gjennom et statskupp, erklære unntakstilstand, suspendere grunnloven [...] arrestere, dømme og henrette alle kategori A- og B-forrædere» (s. 797) blant Vest-Europas politiske og kulturelle elite (opptil «200 000»). Et statskupp og henrettelse av hundretusenvis av politiske motstandere er ikke beskyttelse av eksisterende grenser; det er et program for å erobre makten, eliminere ideologiske motstandere og påtvinge et nytt politisk og kulturelt regime.

I manifestet blir et program for politisk maktovertakelse og masseutrensning konsekvent forklart med språk om forsvar og bevaring. Mønsteret med å bruke en defensiv innramming for å gi handlingene moralsk gyldighet går igjen hos militante grupper på tvers av det ideologiske spekteret,

DESIGN

- Preregistrert studie med 18 128 deltakere fra 58 land og autonome regioner.
- Deltakerne ble bedt om å oppgi defensive og offensive intensjoner i skalaer med seks utsagn hver.
- Defensive intensjoner ble målt med utsagn som «Jeg er forberedt på å bruke vold for å forsvare gruppen min mot andre».
- Offensive intensjoner ble målt med utsagn som «Jeg er forberedt på å voldelig angripe andre slik at gruppen min blir mer mektig».

HOVEDFUNN

- Tofaktormodellen viste god tilpasning og målevarians på tvers av land. Offensiv og defensiv ekstremisme var moderat korrelerte ($r = .52$), men psykometrisk distinkte.
- Defensive intensjoner var høyere enn offensive i 56 av 58 land.
- Sosial dominansorientering og religiøs fundamentalisme var sterkere knyttet til offensive enn defensive intensjoner; machiavellisme og narsissisme viste motsatt mønster. Psykopati var like sterkt knyttet til begge.
- Offensive, men ikke defensive intensjoner var assosiert med høyere landsnivåer på Global Terrorism Index, politisk terror, indre konflikter og voldelige demonstrasjoner, og med lavere demokrati- og utviklingsnivåer.

fra ISIS til høyreekstreme bevegelser, og hos statlige aktører som rettferdiggjør angrepskrig som forhåndsforvar. Gjennom historien har voldelig ekstremisme ofte blandet offensive ambisjoner om dominans med defensive fortellinger om beskyttelse. Likevel har psykologisk forskning på voldelig ekstremisme i stor grad behandlet voldelige intensjoner som et samlet fenomen, uten å skille mellom motivasjonen for å forsvare gruppen og motivasjonen for å utvide dens makt (Kunst et al., 2026).

I en preregistrert studie med 18 128 deltakere fra 58 land og autonome regioner undersøkte vi om defensive og offensive voldelige ekstremistintensjoner lar seg skille psykometrisk på tvers av kulturer. Videre undersøkte vi om intensjonene henger sammen med ulike sosiopolitiske holdninger og personlighetstrekk, og om de viser ulike sammenhenger med samfunnsforhold på landnivå (Kunst et al., 2026). Studien vår bygger på evolusjonspsykologiske perspektiver om at mennesket har utviklet separate mekanismer for forsvar (trussel-

respons) og angrep (ressursanskaffelse og dominans; Lopez, 2017; Wrangham, 2018), og på regulatorisk fokusteori, som skiller en prevensjonsorientering (forsvar, sikkerhet) fra en promosjonsorientering (framstøt, gevinst; Higgins, 1998).

Angrep og forsvar er distinkte, men korrelerte

En konfirmerende faktoranalyse viste at en tofaktorstruktur passet dataene på defensive og offensive ekstremistintensjoner svært godt på tvers av land. De to dimensjonene var moderat positivt korrelert ($r = .52$), men psykometrisk klart distinkte. I 56 av 58 land rapporterte deltakerne konsistent sterkere defensive intensjoner enn offensive intensjoner. Kun Hongkong og Pakistan utgjorde unntak. Mønsteret er i tråd med både moralfilosofiske og evolusjonære argumenter om at beskyttelsesvold tilskrives større moralsk legitimitet enn ekspansjonsvold, og at vi trolig har utviklet mer robuste psykologiske mekanismer for forsvar enn for angrep (De Dreu et al., 2016).

Ulike psykologiske profiler for angrep og forsvar

Selv om de to formene for ekstremisme samvarierte, viste de tydelig ulike sammenhenger med personlighet og ideologi. Sosial dominansorientering og religiøs fundamentalisme var nesten dobbelt så sterkt knyttet til offensive som til defensive intensjoner. Mer overraskende var de såkalte mørke trekkene machiavellisme (tendensen til å være manipulerende) og narsissisme sterkest forbundet med defensive intensjoner. Vi tolker sammenhengen som at manipulerende personer strategisk gjenkjenner en defensiv innramming som mer legitim og med lavere omdømmekostnad enn åpen dominansstreben. Nettopp en slik retorisk bevegelse ser vi blant annet hos Breivik. Narsissister kan på sin side tolke trusler mot gruppen som trusler mot dem selv, og dermed mobilisere defensiv vold. Psykopati var like sterkt knyttet til begge formene for ekstremisme, kanskje fordi sadistiske og spenningssøkende sider gjør disse personene tilbøyelige til å utøve vold uavhengig av andre former for motivasjon.

Offensiv ekstremisme og svak samfunnsstruktur

På landnivå var offensiv – heller enn defensiv – ekstremisme særlig sentralt. Mennesker i land som opplevde mer terrorisme (høyere skår på Global Terrorism Index), viste høyere offensive ekstremismeintensjoner. I tillegg viste mennesker i land med svakere demokrati- og utviklingsnivå, økt politisk terror, høyere intensitet i interne konflikter og flere voldelige demonstrasjoner mer offensive intensjoner.

Implikasjoner for forebygging av ekstremisme

Fordi defensive intensjoner er vesentlig mer utbredt og lettere oppnår moralsk legitimitet, vil narrativer som rammer voldelige handlinger inn som «nødvendig forsvar», antakeligvis kunne mobilisere bredere oppslutning enn rent ekspansjonistiske budskap. Å avkle

slike fortellinger bør være en sentral del av forebyggingsarbeidet med ekstremisme. Samtidig viser studien at offensive intensjoner henger tettest sammen med faktisk samfunns vold. Resultatene tyder på at man bør følge særlig med på offensive intensjoner når man vurderer risiko på samfunnsnivå.

På individnivå taler de ulike psykologiske profilene for at intervensjoner bør tilpasses motivasjonsprofil. Hos personer disponert for offensiv ekstremisme bør tiltak

antakeligvis adressere dominansrelaterte og fundamentalistiske ideologiske trekk, mens defensiv ekstremisme i større grad krever arbeid med opplevde gruppetrusler, manipulative tendenser og narsissistisk sårbarhet for kollektive krenkelser. På samfunnsnivå antyder funnene at demokratiske institusjoner og menneskelig utvikling kan spille en særlig viktig rolle for å motvirke offensiv ekstremisme, mens forsvarsmotivert ekstremisme kan kreve andre verktøy. Ψ

REFERANSER

- Breivik, A. B. (2011). *2083: A European Declaration of Independence*. Selvpublisert digitalt dokument.
- De Dreu, C. K. W., Gross, J., Méder, Z., Giffin, M., Prochazkova, E., Krikeb, J. & Columbus, S. (2016). In-group defense, out-group aggression, and coordination failures in intergroup conflict. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *113*(38), 10524–10529. <https://doi.org/10.1073/pnas.1605115113>
- Higgins, E. T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. In M. P. Zanna (Red.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 30, s. 1–46). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60381-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60381-0)
- Kunst, J. R., Besta, T., Jaśkiewicz, M., Gajda, A. N., Sanden, M., Flatebø, M. M., Adebayo, S. O., Adonis, M., Agyemang, C. B., Boateng, R. A., Akfirat, S. A., Al-adawi, S., Ambrosio, C., Anjum, G., Aruta, J. J. B. R., Austers, I., Barry, O., Bastian, B., Becker, M., ... Obaidi, M. (2026). The psychology of offensive and defensive intergroup violence: Preregistered insights from 58 countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *123*(13), e2535665123. <https://doi.org/10.1073/pnas.2535665123>
- Lopez, A. C. (2017). The evolutionary psychology of war: Offense and defense in the adapted mind. *Evolutionary Psychology*, *15*(4), 1474704917742720. <https://doi.org/10.1177/1474704917742720>
- Wrangham, R. W. (2018). Two types of aggression in human evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(2), 245–253. <https://doi.org/10.1073/pnas.1713611115>

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 Signe Hjelen Stige
Institutt for klinisk og
biologisk psykologi,
Universitetet i Bergen

Kjernekompetanse hos kliniske psykologar

OMTALT ARTIKKEL

Stige, S. H., Visted, E., Schanche, E. & Vøllestad, J. (2026). Mapping core competencies for clinical psychologists: A qualitative meta-analysis of nine international standards and accreditation documents. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cps0000329>

Det er internasjonal semje i hva som blir rekna som grunnleggjande kompetansebehov.

Å vite kva kompetanse psykologar treng, og å bruke kompetansen som rettesnor for gode psykologutdanningar, har stått sentralt i klinisk psykologi sidan scientist-practioner-modellen vart vedtatt i 1949 (Mellott & Mehr, 2007). For å kunne arbeide som psykolog trengst ei utdanning som set ein i stand til å bruke fagkunnskap fleksibelt ut frå det situasjonen krev, og til å tenke systematisk og ope kring eige kliniske arbeid (Shakow, 1969). Dei siste tiåra har ein også fått eit sterkare medvit om kompetansebasert utdanning, noko ein tydeleg ser når ein samanliknar Nasjonal Plan for profesjonsutdanning i psykologi (Nasjonalt profesjonsråd, 2008) med dei nye nasjonale retningslinjene (Kunnskapsdepartementet, 2020).

Medan Nasjonal Plan er organisert etter omfang i studiepoeng innan ulike fagområde, er dei nye retningslinjene konsekvent organisert ut frå læringsutbytteskildringar for kunnskap, ferdigheiter og generell kompetanse innan seks ulike kompetanseområde. Forskjellane mellom Nasjonal Plan og dei nye retningslinjene gjer det relevant å samanlikne desse med internasjonale standardar for å tydeleggjere kva kompetanse psykologar treng, og i kva grad nasjonale standardar er i tråd med internasjonale standardar. Einigheit kring kva kompetanse psykologar treng, er avgjerande for å sikre at klientar og brukarar blir godt ivaretekne.

Metode

Vi gjennomførte ei kvalitativ metasyntese (Levitt, 2018; Timulak, 2009) av kva kompetanse som var artikulert som naudsynt for å praktisere som klinisk psykolog, i ni internasjonale akkrediteringsdokument og standardar. Alle inkluderte dokument vart først analysert linje-for-linje med vekt på kompetanseformuleringar, og deretter samanlikna og samanstillt.

Hovudfunn

Sjølv om dei inkluderte dokumenta var utvikla i ulike kontekstar og med ulikt formål og grad av kompetanseretta språkdrakt, var det stor overlapp i kva kompetansar som vart artikulerte som naudsynte for å praktisere som klinisk psykolog. Gjennom analysane våre kom vi fram til 37 undergrupper med kompetansar fordelt på 12 hovudkompetansar. Desse var hierarkisk organisert over tre ulike nivå.

På det fyrste nivået er kompetanse som er heilt essensiell for å kunne praktisere som psykolog, sjølv om den ikkje er psykologspesifikk. Dette gjeld evna til å tileigne seg ein brei kunnskapsbase, å kunne forhalde seg til andre på ein kompetent og respektfull måte, og å kunne forstå og regulere seg sjølv. Prosess- og konseptualiseringsferdigheiter er neste nivå. Kompetansen på dette nivået understøttar klinisk kompetanse og gjer det mogleg å bruke kompetansane frå første nivå inn i klinisk arbeid. Eksempel på prosess- og konseptualiseringsferdigheiter er evne til kritisk tenking, å kunne integrere og bruke kunnskap frå fleire kjelder og kontinuerleg profesjonell utvikling. Observerbart uttrykk for klinisk kompetanse er det tredje og siste nivået ferdigheiter, og inkluderer mellom anna handtering av alle fasar av eit klinisk forløp, persontilpassa bruk av klinisk kompetanse og samarbeid kring kliniske oppgåver. Ei fullstendig oversikt over dei 37 kompetansegruppene finn ein i originalartikkelen (Stige et al., 2026).

Implikasjonar

Funna våre viser stor einigheit om kva kompetanse psykologar treng på tvers av geografiske kontekstar, og at dei nye nasjonale retningslinjene i stor grad er i tråd med internasjonale standardar. I dag forsøker ein å sikre at personlege eigenskapar ein må ha som psykolog, er tilstrekkeleg til stade ved at profesjonsutdanningane i psykologi er forplikta til å gjere løpande vurderingar av om studentane er skikka. Funna våre peikar likevel på betydninga av å diskutere måten ein selekterer studentar til profesjonsutdanninga i psykologi på, og korleis dette best kan gjerast framover. Funna viser også korleis dei kliniske ferdigheitene som tradisjonelt har fått mykje merksemd i profesjonsutdanninga, er avhengig av prosess- og konseptualiseringsferdigheiter, slik som kritisk tenking og integrering av informasjon frå fleire kjelder, som kanskje har fått mindre systematisk merksemd.


Etter gjennomført profesjonsutdanning får studentar automatisk autorisasjon som helsepersonell. Difor kviler

DESIGN

- Kvalitativ metasyntese av ni internasjonale standardar og akkrediteringsdokument.
- Akkrediteringsdokumenta kom frå Noreg, Storbritannia, EU, USA og Australia.
- Kubemodellen for kompetanse, APA sin opphavelige rapport om evidensbasert psykologisk praksis, og den internasjonale deklarasjonen om kompetanse innanfor profesjonell psykologi vart også inkludert.
- Dokumenta vart systematisk analysert med vekt på kva kompetanse som var artikulert som naudsynt for å praktisere som klinisk psykolog.

HOVUDFUNN

- Det er stor semje i kompetansebehov på tvers av dokument og kontekstar.
- Kompetansen ein treng for å praktisere som klinisk psykolog, er hierarkisk organisert.
- Noko kompetanse er heilt essensiell for å kunne praktisere som psykolog, sjølv om den ikkje er psykologspesifikk. Evna til å forhalde seg til andre med respekt er eksempel på denne typen kompetanse.
- Prosess- og konseptualiseringsferdigheiter understøttar klinisk kompetanse og gjer det mogleg å bruke meir generell kompetanse inn i klinisk arbeid.
- Det observerbare uttrykket for klinisk kompetanse inkluderer mellom anna handtering av alle fasar av eit klinisk forløp. Dette kompetansenivået kviler på dei to førre nivåa og kan derfor ikkje vurderast i isolasjon.

det eit stort ansvar på universiteta i å sikre at dei som blir psykologar, er kompetente og skikka til å praktisere som psykologar. Analysen vår viser betydninga av at profesjonsutdanningane i psykologi framover legg vekt på korleis ein kan teste og dokumentere kompetansetilegning. Per i dag manglar ein systematiske måtar å følgje kompetanseutvikling på og sikre at minimumsnivået av kompetansen ein treng som psykolog, er nådd. Dette heng dels saman med at mange av kompetansegruppene er krevjande å operasjonalisere og måle. Ein gjer likevel aktive vurderingar av kompetanse både gjennom løpande skikkavurdering og i rettleia klinisk praksis. Vurderinga utgjer eit verdifullt utgangspunkt for vidare arbeid med å dokumentere kompetansetilegning gjennom profesjonsutdanninga i psykologi og finne måtar å styrke opplæringa på ytterlegare. 

REFERANSAR

Kunnskapsdepartementet (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning* (FOR-2020-01-03-16). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-16>

Levitt, H. M. (2018). How to conduct a qualitative meta-analysis: Tailoring methods to enhance methodological integrity. *Psychotherapy Research*, 28(3), 367–378. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1447708>

Mellott, R. N. & Mehr, S. L. (2007). Reaffirming the Role of the Scientist-Practitioner

Model of Training in Psychology. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 842–845. <https://doi.org/10.1177/0002764206297585>

Nasjonalt profesjonsråd for psykologutdanning (2008). *Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi*. <https://www.khrono.no/files/2019/10/17/nasjonal-plan-for-profesjonsutdanning-i-psykologi.pdf>

Shakow, D. (1969). *Clinical Psychology as Science and Profession* (1. utgave). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315081021>

Stige, S. H., Visted, E., Schanche, E. & Vøllestad, J. (2026). Mapping core competencies

for clinical psychologists: A qualitative meta-analysis of nine international standards and accreditation documents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/cps0000329>

Timulak L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: a tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 591–600. <https://doi.org/10.1080/10503300802477989>

Hold deg oppdatert

Visste du at Psykologtidsskriftet ofte publiserer saker på nett som ikke er med i papirutgaven?

Ved å abonnere på vårt nyhetsbrev får du løpende informasjon om nye saker og ledige stillinger.



Eksponeeringsterapi ved kompleks PTSD

Peter Sele undersøkte effekten av eksponeeringsterapi og faseorientert terapi for kompleks posttraumatisk stresslidelse (KPTSD). Ved PTSD er sentrale symptomer at man gjenopplever en tidligere traumatisk hendelse, unngår stimuli assosiert med hendelsen og opplever fare for liv og helse med tilhørende fysiologisk beredskap. Gjentatte traumer, særlig tidlig i livet, kan føre til KPTSD, som i tillegg kjennetegnes av forstyrrelser i selvgorganisering: utfordringer med affektregulering, et negativt selvbylde og vansker med nære emosjonelle relasjoner.

I avhandlingens første artikkel validerer Sele to versjoner av Interpersonal Trauma Questionnaire, et selvrapportmål på PTSD-symptomer og symptomer på forstyrrelser i selvgorganisering. Andre og tredje artikkel var basert på en randomisert kontrollert studie med 92 KPTSD-pasienter. Sele sammenlignet effekten av forlenget eksponeering, trening i affektive og relasjonelle ferdigheter (Skills Training in Affect

and Interpersonal Regulation, STAIR) og faseorientert terapi, der pasientene ble behandlet med STAIR og deretter narrativ eksponeering.

Pasienter som fikk forlenget eksponeering, opplevde større bedring i kjernesymptomene på PTSD ved behandlingsslutt enn pasienter som fikk STAIR eller faseorientert terapi. Behandlingene var like effektive for tilleggssymptomene på forstyrrelser i selvgorganisering.

Sele målte også symptomutvikling etter behandlingsslutt. Kjernesymptomene på PTSD utviklet seg likt mellom gruppene. Symptomer på forstyrrelser i selvgorganisering økte derimot mer etter behandlingsslutt for pasienter som fikk forlenget eksponeering, enn for pasienter som fikk STAIR. Sele tolker resultatene som at eksponeeringsterapi kan være effektivt i behandling av KPTSD uten forutgående ferdighetsbasert trening, men at slik trening muligens kan bidra til bedre hverdagsfungering på sikt. ♫



FOTO MODUM BAD

Peter Halvard Voss Sele
Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder: Skills-training, Exposure, or both?

Disputas 21.01.26

Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Psykisk helse, partnere og politikk

Sam Fluit har forsket på sammenhengen mellom psykisk helse, selvtillit og politiske holdninger, og om partners politiske preferanser sammenfaller over tid.

I de to avhandlingsartiklene om psykisk helse og selvfølelse brukte Fluit data fra Ung i Norge-studien, der 2215 deltakere ble fulgt i 28 år fra de gikk på videregående. Sterkere symptomer på depresjon og angst i ungdomsårene hang sammen med redusert tillit til andre mennesker og politiske institusjoner og økt politisk støtte til venstresiden, særlig dersom symptomene hadde økt siden. Atferdsvansker som vedvarte etter ungdomsårene, hang også sammen med redusert tillit til andre mennesker og politiske institusjoner, og med økt politisk støtte til høyresiden.

Deltakere med lavere generell og sosial selvfølelse i ungdomsårene, eller

mindre økning i selvfølelse over tid, uttrykte senere i livet mer motstand mot innvandring og likestilling og økt støtte til sosiale hierarkier. Unntaket i trenden var at mindre økning i sosial selvfølelse over tid ikke var assosiert med motstand mot innvandring.

I den tredje avhandlingsartikkelen testet Fluit likheten i heterofile partners støtte til politiske partier i New Zealand ($n = 1613$ par). Om én partner støttet et gitt politisk parti ett år, var det mer sannsynlig at partneren deres støttet det samme partiet det påfølgende året. Sammenhengen gjaldt for seks ulike partier og fra både menn til kvinner og motsatt, men kun for partistøtte, og ikke generell politisk orientering. Fluit tolker resultatene i avhandlingen som tegn på at politiske holdninger både reflekterer erfaringer i ungdomsårene og senere påvirkning fra nære relasjoner. ♫



FOTO ERIK ENGBLAD/UIO

Sam Fluit
Homo Politicus: Investigations on the Role of Psychosocial Development in Political Attitudes and Behavior

Disputas 06.05.26

Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

TEKST Tom Arild Moe
A-senteret,
Kirkens Bymisjon Oslo

Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten

For de som ønsker hjelp, vil målet være å etablere autentiske og gjensidige rusfrie relasjoner.

Chemsex innebærer bruk av rusmidler før eller under planlagt seksuell aktivitet for å fasilitere, forsterke eller forlenge ulike sider av den seksuelle opplevelsen. Begrepet brukes oftest om inntak av en spesifikk gruppe rusmidler blant menn som har sex med menn (MSM). Begrepet *chemsex* ble først beskrevet og brakt inn i akademisk litteratur av David Stewart på begynnelsen av 2000-tallet, for å markere en tydelig subkulturell variant av det bredere begrepet seksualisert rusbruk.

En stor andel av de som driver med chemsex, angir at det tilfører det psykososiale og seksuelle livet deres en positiv verdi (Tangerli et al., 2022). Samtidig er det også en betydelig andel som opplever negative sosiale, fysiske og psykiske konsekvenser, i tillegg til skadelig bruk og avhengighet. Noen blir også utsatt for seksuelle overgrep og grenseoverskridelser.

Jeg jobber ved A-senteret i Oslo, drevet av Kirkens Bymisjon. Det er en ideell stiftelse som tilbyr spesialisthelsetjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etter avtale med Helse Sør-Øst. Her har vi blant annet tilbydd

særskilte samtalegrupper for skeive, primært homofile menn, med rusutfordringer siden tidlig på 2000-tallet. De siste fem–ti årene har en stadig større andel av skeive pasienter som vi får henvist, nettopp utfordringer i sammenheng med chemsex.

Problematisk bruk av chemsex er enda ikke anerkjent som en egen diagnose i ICD-10 (World Health Organization, 1992), som vi bruker i Norge i dag, og heller ikke i ICD-11 (World Health Organization, 2022) eller DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Problembrukerne som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge, får derfor etter all sannsynlighet kun diagnose ut fra sin rusprofil, altså skadelig bruk og/eller avhengighet av sine foretrukne rusmidler. Men klinisk bør kombinasjonen av ruslidelse og tvangsmessig seksuell atferd, som ofte oppstår hos problembrukere, forstås som en blandingsavhengighet (Śniadach et al., 2025). Det tilsier at behandlere i TSB og eventuelt psykisk helsevern (PHV) kan ha behov for noe kompetanse utover det vanlige i møte med disse pasientene.

I det følgende vil jeg formidle generell kunnskap om chemsex og når chemsex blir problematisk, basert på tilgjengelig forskning, klinisk litteratur og egne kliniske erfaringer. Herunder vil jeg gå inn på det jeg velger å kalle seksuell rehabilitering. Målet er å bidra til økt forståelse og flere verktøy for behandlere som kan komme i kontakt med pasientgruppen.

Substanser og virkning

Chemsex innebærer som nevnt inntak av rusmidler i forbindelse med seksuell aktivitet, primært blant MSM. Bruken skjer i en-til-en-møter, på sexklubber, i saunaer eller på private sexfester med opptil mange deltakere. Seanser kan vare over flere døgn, hvor brukerne ofte har ubeskyttet sex med mange ulike partnere. De vanligste substansene som brukes, er crystal meth (krystallinsk metamfetamin, et kraftig stimulantia), gammahydroksybutyrat/gammabutylrolakton (GHB/GBL, fettsyrer med dempende og beroligende virkning lignende alkohol) og mefedron (et syntetisk stimulantia med visse empatogen- og entaktogenlignende egenskaper). Det er primært disse substansene som brukerne rapporterer gir den ønskede euforien og hemningsløsheten. Andre substanser som ofte er involvert, er kokain, 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA) og ketamin, samt substanser uten eller med mindre fremtredende psykoaktive effekter, som Viagra/Cialis og amylnitritt – også kjent som *poppers*. Metamfetamin er relativt vanlig å injisere, en praksis som kalles *slamming*. Undersøkelser viser at injiserende brukere har særlig risiko for å utvikle negative helseeffekter og avhengighet (f.eks. Íncera-Fernández et al., 2021).

De ulike substansene brukes og kombineres gjerne målbevisst for å dempe eller fremheve ulike sider av brukerens seksuelle opplevelse (Weatherburn et al., 2017). Rusens funksjon kan være økt selvtillit, stamina og utholdenhet, mer tenning og lyst, reduksjon av ulike hemninger, senking av smerteterskelen samt en sterkere opplevelse av empati og nærhet.

Kontekst

Utbredelsen av chemsex antas å ha økt betydelig utover 2010-tallet, godt hjulpet av geolokasjonsbaserte datingapper som Grindr. Appene brukes i utgangspunktet for å finne partnere for dating eller sex, men både chemsex-brukere og selgere av substanser har utviklet et eget språk av fraser og emoji'er for å lett kunne identifisere hverandre. Slikt språk er alltid i endring, men fraser som har vært brukt, er f.eks. *parTy* (stor T for *Tina*, et kallenavn på crystal meth) og *HnH* (High and Horny), eller emoji'er som snøfnugg (*Ice* er et annet kallenavn på crystal meth). Man kan dermed finne andre som ønsker chemsex og som selger substansene man trenger, med bare noen tastetrykk.

Demografisk har pasientgruppen chemsex-brukere blitt beskrevet som å ha høyere sosioøkonomisk status enn typiske avhengighetspasienter, ofte med høy utdanning og yrkesdeltakelse (Íncera-Fernández et al., 2021).

Negative konsekvenser

En metaanalyse utført av Tangerli et al. (2022) viser at en overveiende andel opplever en positiv virkning på sosialt og seksuelt velvære, mens rundt en fjerdedel rapporterer om at det har en negativ effekt på livet. Vanlige negative konsekvenser kan være kraftige nedturer med angst, depresjon og selvmordstanker, og rusutløste psykoser. Mange opplever at substansbruken fører til fiksering eller hyperseksualitet (Schwartz et al., 2025), i en stadig søken etter mer ekstreme seksuelle opplevelser. Disse plages gjerne av anger og skam etterpå over å ha overtrådt egne seksuelle grenser (Fawcett, 2015).

Overdoser av GHB/GBL er vanlig på grunn av det smale terapeutiske vinduet som substansen har. Faren er særlig stor når de brukes samtidig med stimulantia som crystal meth. Chemsex er i tillegg assosiert med økt forekomst av hiv-smitte (humant immunsviktvirus) og andre seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Mange av substansene som brukes, særlig metamfetamin og mefedron, har også høyt avhengighetspotensial (Rusopplysningen, u.å.).

Seksuelle grenseoverskridelser og overgrep er svært vanlig (f.eks. Wilkerson et al., 2021), og det er naturlig å tenke at det skyldes hvordan de involverte substansene påvirker bevissthetstilstand på ulike måter. Noen deltakere kan være mest påvirket av substanser med mer dissociative egenskaper, som GHB og ketamin. Disse brukerne kan fremstå som våkne, men i realiteten ikke være bevisste og samtykkekompetente. Andre kan være mest påvirket av substanser som øker aggresjonen og risikovilligheten, som metamfetamin (Rusopplysningen, u.å.). Denne påvirkningen kan gjøre disse deltakerne mindre sensitive for andres grenser.

David Fawcett er en amerikansk psykolog som har jobbet mye klinisk med pasienter med chemsex-problemer. I boken *Lust, men and meth* (2015) deler han pasientbeskrivelser av rask toleranseøkning både for rusmidlene og for seksuelle stimuli. Det medfører økte rusdoser eller bruk av mer direkte administrasjonsruter

som injisering, men også til stadig mer intense, tabuiserte og mørke seksuelle fantasier og opplevelser. Ofte etableres det relativt ekstreme og monomane *seksuelle skript* (tenningsmønstre), som etter hvert blir de eneste gjeldende. Den tette sammenhengen mellom rusbruk, seksuelle fantasier og sex gjør at chemsex i praksis blir til en kombinasjonsavhengighet med kjennetegn fra både substansavhengighet og atferdsavhengighet (Fawcett, 2015; Śniadach et al., 2025). Seksuelle fantasier, lyst og tenning blir uløselig sammenvevd med rustrang, og lyst og tenning kan heller ikke oppleves uten samtidige fantasier om rus.

Hos personer som ønsker å slutte med chemsex, blir det pekt på at tilbakefall oftere er motivert av ønske om å kjenne på lyst og seksualitet mer enn at de nødvendigvis ønsker rusopplevelsen (Fouchard, 2024). Viktige identitets- og tilhørighetsbærende arenaer som utesteder, apper eller andre møtesteder kan også bli triggere til rustrang, noe som krever en sensitiv vurdering av hvordan pasienter skal forholde seg til disse som rusfri (f.eks. Fouchard, 2024).

Forsterknings- og fasiliteringsmotiver

Ønske om økt opphisselse, lengre varighet av sex, færre hemninger, intensiverte seksuelle følelser og økt seksuell lyst angis som sentrale motiver hos et flertall av brukerne (f.eks. Evers et al., 2020). Det synes naturlig å sortere

motivene som henholdsvis *forsterkningsmotiver* og *fasiliteringsmotiver*.

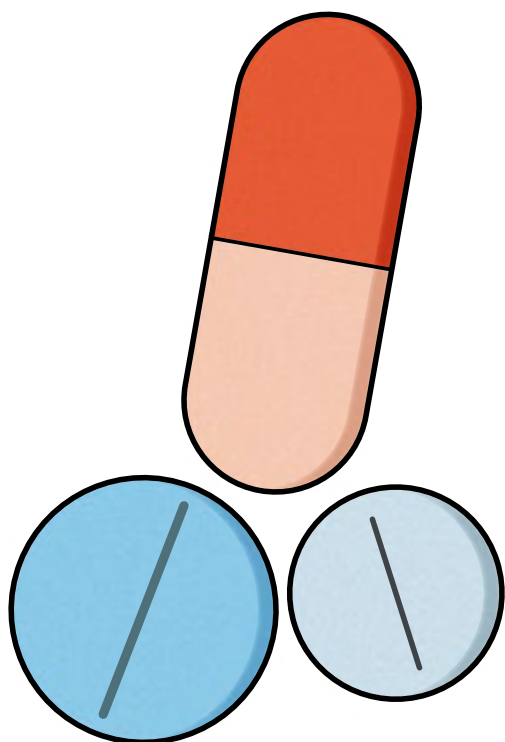
Forsterkningsmotiver innebærer primært en jakt etter sterkere positive seksuelle opplevelser som mer grensesprengende sex, mer nytelse, sterkere følelser og lignende. Personer som i hovedsak styres av slike motiver, kan tenkes å utvikle problemer primært grunnet toleranseutvikling samt at videre rusbruk motiveres av fravær av seksuell lyst og redusert seksuell funksjon i både den akutte og forlengede abstinensfasen.

«Drugs can be used to remove the obstacles that make men less able to have the sex they want» (Weatherburn et al., 2017). Et fasiliteringsmotiv innebærer at rusen brukes for å redusere ulike seksuelle eller relasjonelle hemninger. Behovet for å redusere hemninger drives av et samspill mellom flere ulike psykologiske og kulturelle faktorer, som totalt sett påvirker mange MSMs evne til å nyte homofil sex (Stuart, 2019; Pollard et al., 2017). Blant annet kan nevnes 1) internalisert skam, mangelfullt utviklet sunn homofil identitet og vansker med autentisitet og sårbarhet knyttet til erfaringer med minoritetsstress. Et annet relevant aspekt er 2) kollektive traumer fra hiv-epidemien, som for MSM historisk sett har bidratt til en sterk kobling mellom sex og smittefrykt. Til sist kan mange oppleve 3) en avvisningskultur med strenge kroppsidealer, blant annet drevet frem av tilgjengeligheten av partnere som datingapper gir. Totalt sett kan dette i seksuelle situasjoner føre til for eksempel selvbevissthet, kroppslig misnøye, overfokus på kropp og prestasjon, intimitetsvansker, angst, ensomhet, skam og skyldfølelse. Slike plager kan de ulike rusmidlene dempe eller regulere svært effektivt. Chemsex kan dermed bli en mulighet til å skaffe seg tilgang til en type nærhet eller seksuell utfoldelse som for mange ellers oppleves som utilgjengelig.

Flere kvalitative undersøkelser synes å støtte de ovennevnte antagelsene (f.eks. Fouchard, 2024; Weatherburn et al., 2017). Det er ellers to grupper MSM som ser ut til å være særlig sårbare for de regulerende effektene av rusmidler. Den ene er migranter (Fouchard, 2024), som gjerne har vokst opp i samfunn hvor homofili er betydelig mer skambelagt, tabuisert og antagonisert. Den andre er hiv-positive (Fawcett, 2015), hvor mange lever med ensomhet, avvisning og en følelse av å være uattraktive og usynlige. Til tross for at et stort flertall av hiv-positive MSM i Norge står på vellykket behandling og ikke kan smitte andre, lever mange fremdeles med sterke stigma og frykt for å smitte. Dette er tydelige ettervirkninger av det delte traumet hiv-epidemien har vært for MSM.

Forekomst, hjelpeønske og erfaringer

Chemsex har sannsynligvis størst utbredelse i byer med store MSM-populasjoner, som New York, London, Sydney og Barcelona. Tallene er ofte hentet fra helsestasjoner som utfører testing for seksuelt overførbare infeksjoner, der man kan forvente en overrepresentasjon, eller fra internettundersøkelser basert på selvutvelgelse, hvor det er uklart representativitet. Det er derfor vanskelig å anslå presist omfanget av chemsex-bruk.



— Mange vil trenge en form for seksuell rehabilitering som et integrert ledd i rusbehandlingen

En nyere oversiktsartikkel anslår andelen MSM i Europa som har hatt chemsex siste 12 måneder, til mellom 11 % og 21 % (Coronado-Muñoz et al., 2024). I den norske Olafia-undersøkelsen fra 2016 (Haugstvedt et al., 2018) oppga 17 % av MSM at de hadde hatt chemsex i løpet av de siste 12 månedene. Til sammenligning var norske tall i European MSM Internet Survey (EMIS) på 3 % både i 2017 og 2024, men da var også deltagelse basert på selvutvelgelse. Vi kan anta at det reelle tallet på andelen i MSM-populasjoner som utøver chemsex, ligger et sted mellom 3 % og 17 %. I en nederlandsk undersøkelse av Evers et al. (2020) anga omtrent halvparten av brukerne at de hadde hatt chemsex mer enn to ganger i måneden, og 15–20 % at de ikke hadde hatt rusfri sex de siste tre månedene.

Videre oppga 23 % av chemsex-brukerne som deltok i Evers et al. (2020) at de hadde eller kunne ha behov for rådgivning. Basert på disse tallene vil jeg anta at rundt en fjerdedel av de som har hatt chemsex det siste året, fyller kriteriene for enten skadelig bruk eller avhengighet, og i så måte kunne kvalifisere for rusbehandling. Jeg antar også at andelen som vil kunne kvalifisere for behandling, vil være høyere blant de som *injiserer* metamfetamin.

Av brukerne i undersøkelsen til Evers et al. (2020) hadde 19 % en intensjon om å endre chemsex-atferden, hvor reduksjon av frekvens var det vanligste ønsket (70 %), etterfulgt av å slutte (45 %) og å redusere blandingsbruk (8 %). Videre oppga de fleste at de ville foretrekke å få denne hjelpen ved en helsestasjon for MSM fremfor i spesialisthelsetjenestene. En oversiktsartikkel av Tangerli et al. (2022) fant at mange hadde motstand mot å oppsøke hjelp i ordinære helsetjenester, da de forventet å bli møtt med fordømmelse og/eller kunnskapsløshet. En kvalitativ studie av Freestone et al. (2025) viser at andre igjen oppgir å ha vært i behandling i spesialisthelsetjenester for rus, men uten å snakke om konteksten rusbruken foregår i, for eksempel av frykt for å sjokkere terapeuten med eksplisitte beskrivelser av seksuelle aktiviteter.

Brukere av chemsex har videre rapportert at de opplever helsetjenester for MSM fra frivillige organisasjoner som trygge og fordomsfrie arenaer hvor de kan snakke fritt om chemsex – i motsetning til i spesialisthelsetjenester (f.eks. Hibbert et al., 2021). De ansatte på slike førstelinjearenaer angir imidlertid selv at de ikke har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder rusavhengighet (Fouchard, 2024; Wiggins et al., 2018).

Kliniske implikasjoner

Chemsex kan som nevnt utvikle seg til en tilstand hvor tvangsmessig rusing og tvangsmessige seksuelle impulser og handlinger blir tett vevd inn i hverandre. Hjelperne av slike pasienter vil trenge kunnskap om dette for å kunne gi kompetent støtte. Pasientene må gjennom en abstinensfase ofte preget av frykt for permanent tap av libido og ereksjon, og vil i tillegg måtte navigere andre seksuelle og nettverksrelaterte rustriggere som kan være av identitetsbærende karakter. Mange vil også trenge en form for seksuell rehabilitering som et integrert ledd i rusbehandlingen, hvor de får hjelp til å etablere nye tenningsmønstre basert på andre typer stimuli. Videreføring av tenningsmønstre involvert i chemsex-aktivitet vil med stor sannsynlighet medføre tilbakefall til rusing.

Fawcett (2015) beskriver flere mulige elementer i en slik prosess. Dette inkluderer en lengre periode med avhold fra all seksuell aktivitet, inkludert masturbasjon. Deretter har pasientene en gradvis tilnærming til seksuell aktivitet hvor de primært bør fokusere på tilstedeværelse og sansning. Det bør ikke være med elementer som har vært en del av chemsex-aktiviteten, og heller ikke være ekstreme scenarier eller overstimulering. Når man etter hvert, hvis man ikke har en partner, begynner å involvere andre mennesker i sex igjen, anbefales det at pasientene forsøker å dyrke de interpersonlige og emosjonelle sidene ved sex. Hvis man klarer å få til en genuin emosjonell kobling gjennom de seksuelle handlingene, er det noe mange opplever kan være vel så tilfredsstillende som de tidligere seksuelle skriptene. Det overordnede målet med rehabiliteringen er å hele seksuelle lyster og å legge grunnlaget for å tillate seg å oppleve reell intimitet uten rus.

I prosessen med å stimulere til en seksualitet som er mer basert på nærhet og intimitet, vil mange pasienter måtte gå i møte med nettopp de sårbarhetene som har vært med på drive dem inn i chemsex. For å hjelpe pasientene å arbeide seg gjennom dette kreves en forståelse av hvordan minoritetsstress henger sammen med internalisert skam, og hvilke konsekvenser dette kan ha for etableringen av sunn identitet og selvbylde. Målet er på sikt å kunne etablere autentiske og gjensidige rusfrie relasjoner. Dette krever at pasientene etablerer kontakt med det avstengte, sårbare og tabuiserte, og i større grad kan tillate seg å dele det uten rus. Dette er en helt sentral del i terapien med disse pasientene. Mange vil i tillegg ha

erfart seksuelle grenseoverskridelser, enten som utøvere eller ofre, og vil kunne ha behov for strukturert bearbeiding av slike opplevelser.

På systemnivå er det viktig med tiltak for å imøtekomme brukernes negative forventninger til det ordinære hjelpeapparatet. Forskningen indikerer nemlig at hvis brukerne først oppsøker slik hjelp, blir de negative forventningene deres ikke nødvendigvis bekreftet (f.eks. Fouchard, 2024). Prinsippet som tiltaket Rosa kompetanse har målbåret over tid i Norge, er at behandlingsapparatet må finne måter å tydelig signalisere åpenhet og aksept på for å tematisere forhold knyttet til seksualitet og kjønnsidentitet. Det er rimelig å anta at dette også gjelder chemsex. Ruspoliklinikker, i hvert fall i de større byene, bør også inkludere eksplisitte spørsmål om chemsex i sine basiskartlegginger. På mindre steder

vil det sannsynligvis være tilstrekkelig å spørre ved indikasjon ut fra statistiske risikofaktorer (se f.eks. Amundsen et al., 2022).

Det er også viktig å jobbe på tvers av etater og organisasjoner for å senke terskelen for å oppsøke hjelpeapparatet. Mange av personene som er mest sårbare for negative konsekvenser av chemsex-bruk, er de som lever med høyest grad av skam og stigma. Det er også disse som i større grad frykter det offentlige hjelpeapparatet, grunnet blant annet journalføringsplikt. A-senteret i Oslo hvor jeg jobber, har derfor etablert mer eller mindre formaliserte samarbeid med ulike aktører som nyter tillit i den skeive populasjonen. Det gjelder fastlegekontorer med mange MSM på sine lister, samt organisasjoner som Helseutvalget og Sex og samfunn. Vi har slik nådd pasienter vi ellers tror ikke ville ha oppsøkt rusbehandling. ♣

REFERANSER

- AIDS-Fondet & Fouchard, J. (2024). *Den perfekte storm – Sundhedsmæssige konsekvenser af sex på substanser* (Rapport). AIDS-Fondet.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publications.
- Amundsen, E., Haugstvedt, Å., Skogen, V. & Berg, R. C. (2022). Health characteristics associated with chemsex among men who have sex with men: Results from a cross-sectional clinic survey in Norway. *PLoS ONE*, 17(10), eo 275 618. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275618>
- Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E. & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized drug use and chemsex among men who have sex with men in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>
- Evers, Y. J., Hoebe, C. J. P. A., Dukers-Muijers, N. H. T. M., Kampman, C. J. G., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D., Bakker, N. C. M., Schamp, S. M. A. A., van Buel, H., van der Meijden, W. C. J. P. M. & van Liere, G. A. F. S. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex: A cross-sectional study in the Netherlands. *Preventive Medicine Reports*, 18, 101 074. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101074>
- Fawcett, D. M. (2015). *Lust, men and meth: A gay man's guide to sex and recovery*. SFL Center for Counseling and Therapy.
- Freestone, J., Xiao, B. J., Siefried, K. J., Bourne, A., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Degenhardt, L., Varma, R., Prestage, G. & Hammoud, M. (2025). Exploring experiences of talk therapies among gay and bisexual men seeking to reduce or abstain from using crystal methamphetamine in the context of chemsex. *Drug and Alcohol Review*, 4(3), 711–722. <https://doi.org/10.1111/dar.13999>
- Haugstvedt, Å., Amundsen, E. & Berg, R. C. (2018). Chemsex among men: A questionnaire study. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(13). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0108>
- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A. & Hope, V. D. (2021). A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *International Journal of Drug Policy*, 93, 103 187. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>
- Íncera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M. & Moreno-Guillén, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13 299. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>
- Pollard, A., Nadarzynski, T. & Llewellyn, C. (2017). Syndemics of stigma, minority stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality*, 20(4), 411–427. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>
- Rusopplysningen. (u.å.). *Informasjon om rusmidler*. <https://rusopplysningen.no/rusmidler>
- Schwarz, J., Gertzen, M., Rabenstein, A., Straßburger, M., Horstmann, A., Pogarell, O., Rütther, T. & Karch, S. (2025). What Chemsex does to the brain – neural correlates (ERP) regarding decision making, impulsivity and hypersexuality. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 275(1), 227–240. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01856-2>
- Śniadach, J., Orlof, W., Sołowiej-Chmiel, J., Kicman, A., Szymkowiak, S., & Waszkiewicz, N. (2025). Chemsex as a Diagnostic Challenge: Toward Recognition in ICD-12 and Integrated Treatment Approaches-A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 14(17), 6275. <https://doi.org/10.3390/jcm14176275>
- Stuart, D. (2019). Chemsex: Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1). <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R. & Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for men who have sex with men (MSM) who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 2, 100 043. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2022.100043>
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs («chemsex») among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>
- Wiggins, H., Ogaz, D., Mebrahtu, H., Sullivan, A., Bowden-Jones, O., Field, N. & Hughes, G. (2018). Demand for and availability of specialist chemsex services in the UK: A cross-sectional survey of sexual health clinics. *International Journal of Drug Policy*, 55, 155–158. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.12.016>
- Wilkerson, J. M., Di Paola, A., Nieto, D., Schick, V., Latini, D. M., Braun-Harvey, D., Zoschke, N. & McCurdy, S. (2021). Sexual Violence and Chemsex among Substance-Using Sexual and Gender Minorities in Texas. *Substance Use & Misuse*, 56(14), 2141–2150. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1975743>
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: International Classification of mental and behavioural disorders (10th Revision)*.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of Diseases (11th Revision)*.

I klinisk arbeid med skeive klienter som strever med identitet og relasjoner, er det ikke nok å forstå strevet som individuelle prosesser.

Diagnose eller minoritetsstress?



FOTO PRIVAT

TEKST Linda Nesse
ROPforsk, Sykehuset Innlandet

KONTAKT linda.nesse@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD LN er i Psykologforeningens utvalg for kjønns- og seksualitetsmangfold. Teksten gir kun uttrykk for LNs meninger og er ikke skrevet på vegne av utvalget.

Forskningslitteratur om skeives helse har pekt på en høyere forekomst av et bredt spekter av psykiske helseplager enn hos cispersoner og heterofile (Zeeman et al., 2019). Den høyere forekomsten blir oftest forstått som uttrykk for sosial ulikhet i helse – altså samfunnsskapte, systematiske helseforskjeller. Forskere fortolker gjerne forskjellene i lys av perspektiver som *minoritetsstress*, men det er uklart om psykologer forholder seg til minoritetsstress som rammeverk i møte med skeive klienter. Begrepet minoritetsstress viser her til belastninger og undertrykkelse som skeive opplever på bakgrunn av brudd med normer for kjønn og seksualitet (Frost & Meyer, 2023; Hendricks & Testa, 2012).

I teksten vil jeg løfte det fagetiske dilemmaet som kan oppstå dersom psykologer primært fortolker skeive klienters uttrykk for psykisk smerte gjennom diagnostiske kategorier, uten å ta høyde for den strukturelle avvisningen og manglende anerkjennelsen mange skeive opplever i nære relasjoner og i omgivelsene. En slik refleksjon blir særlig relevant når vi vet at fagpersoners kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold varierer, og at skeive ikke nødvendigvis føler seg trygge på å være åpne om hvem de er, om erfaringene de har, og om livet de lever, i møte med psykologer (Evje et al., 2025; Ivanova et al., 2025).

Jeg vil ta utgangspunkt i kritisk forskningslitteratur om en av de diagnosene som er tettest forbundet med stigma – nemlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. De diagnostiske kriteriene for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har fellestrekk med uttrykk for omfattende minoritetsstress (Rodríguez-Seijas & Rogers, 2026; Seal et al., 2026). Personer som har diagnosen, risikerer å bli møtt med mistro og avvisning både i helse- og



omsorgstjenester og ellers i hverdagslivet.

Internasjonalt ser man at diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse oftere gis til skeive enn til cispersoner og heterofile, til tross for at forskjellen i prevalens ikke kan forklares rent diagnostisk (Rodriguez-Seijas et al., 2021; Rodriguez-Seijas et al., 2024). Selv når man kontrollerer for personlighetsspesifikke symptomer, vedvarer forskjellen. Funnene innebærer at fagpersoner kan være mer tilbøyelige til å tolke skeives uttrykk for psykisk smerte som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, også når smerten er mer diffus enn det de diagnostiske kriteriene skulle tilsi (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2021; Seal et al., 2026).

Minoritetsstress

Minoritetsstress kan ta mange former – både i form av ytre hendelser og indre prosesser (Frost & Meyer, 2023). Direkte og indirekte eksponering for ytre minoritetsstress – som stygge blikk, nedsettende ord, utestengelse, trakassering, diskriminering, vold eller terror – er skadelig i seg selv, og kan internaliseres av den som utsettes for det. Internalisert minoritetsstress kan vise seg i form av årvåkenhet overfor andres reaksjoner, forventning om avvísning og forsøk på å beskytte seg ved å holde egen skeivhet skjult (Frost & Meyer, 2023). Selv om internalisert minoritetsstress er belastende, så kan det også ha en funksjon – nettopp fordi diskriminering på bakgrunn av

kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering faktisk forekommer. Mange skeive opplever manglende aksept og validering tidlig i livet, og manglende aksept og validering repeteres gjerne i ulike relasjoner, situasjoner og over tid – uten at det nødvendigvis er noen klar forutsigbarhet i responsene fra andre mennesker (Rodriguez-Seijas et al., 2023).

Minoritetsstress påvirker identitet og relasjoner (Rodrigues-Seijas & Rogers, 2026). I lys av perspektiver som minoritetsstress kan det gi mening å oppleve tvil og usikkerhet når man som skeiv ikke har blitt speilet i sine opplevelser av seg selv og verden. Det er forståelig at man er spesielt oppmerksom på tegn på avvísning hvis man har blitt avvist fordi man er den man er, gjentatte ganger og fra flere hold. Det kan være naturlig å streve med følelsesregulering og å finne hensiktsmessige utløp for smertetrykk og tomhet når man ikke har fått fått dekket grunnleggende emosjonelle behov. Det er dessuten ikke rart at det kan være utfordrende å navigere nærhet, avstand, intensitet og grenser i relasjoner når aksepten fra andre har vært betinget eller uforutsigbar.

Spørsmålet blir da om utfordringer med identitet og relasjoner hos skeive best kan forstås som personlighetsforstyrrelser, som stressrelaterte psykiske lidelser, eller gjennom forklaringsmodeller som tar høyde for konteksten som setter preg på skeives liv (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026).

— Mange skeive opplever manglende aksept

Verdier og nøytralitet

Diagnostiske kategorier er ikke statiske enheter. Det er heller ikke diagnosemanualene, som kommer i nye utgaver og er i kontinuerlig utvikling – ofte på bakgrunn av faglige debatter, forskningsgrunnlag, kliniske erfaringer og tilbakemeldinger fra personer med levd erfaring. Selve bruken av diagnostiske kategorier og kliniske forståelsesmodeller er heller ikke statisk. Det blir særlig tydelig i debatter om økning eller reduksjon i andelen personer som blir gitt spesifikke diagnoser, og hva slike tendenser har å si for samfunnet.

Diagnostiske kategorier gir oss et språk for å kommunisere om kompleksiteten i psykiske lidelser, både mellom fagpersoner og til klienter og deres pårørende. Samtidig er diagnostiske kategorier ikke nødvendigvis verdinøytrale (Seal et al., 2026). Diagnostiske kategorier har ofte normative trekk – noe som kanskje særlig gjelder for personlighetsforstyrrelser (Seal et al., 2026).

Diagnosene har blitt utviklet, og utvikles, innenfor en spesifikk faghistorisk kontekst og påvirkes av samfunnsmessige betingelser, som moral og normer. Også psykologers utrednings- og diagnostiseringspraksiser påvirkes av faghistorie og samfunnsmessige betingelser.

Alt dette betyr at bruken av diagnoser i helse- og omsorgstjenester krever fagetisk refleksjon. I klinisk arbeid med klienter som har minoritetserfaringer som ofte inkluderer opplevelser av systematisk og negativ forskjellsbehandling, tenker jeg at det er relevant å gjøre en spesielt grundig vurdering av betydningen av kontekstuelle faktorer.

Å anerkjenne livsbetingelser

Enkelte har tatt til orde for at diagnostisering av personlighetsforstyrrelser hos skeive kan være med på å sykeliggjøre og individualisere vansker som i stor grad har oppstått som en respons på uforutsigbare omgivelser, relasjonelle traumer og manglende validering på grunnlag av kjønn og seksualitet (Cardona et al., 2022; Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026). I møte med klienter som opplever strukturell annerledesgjøring gjennom hele livsløpet, holder det ikke å forstå relasjonelle traumer og deres betydning for identitetsutviklingen som individuelle prosesser (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026).

For personer som opplever omfattende minoritetsstress, er det viktig at betydningen av konteksten anerkjennes og blir viet plass. Når man som psykolog arbeider med skeive som strever med identitet og relasjoner, mener jeg man bør vurdere hva klienten vil kunne ha mest nytte av – er det en diagnose som plasserer strevet i personlighetsstrukturen, andre diagnoser, begreper som forklarer strevet med systematisk annerledesgjøring, eller en kombinasjon? Man bør også vurdere mulige negative implikasjoner av diagnostiske valg – for eksempel i form av stigma og selvstigma.

Psykologer som anerkjenner betydningen av livsbetingelser for skeive klienter, vil kunne bidra til å lette tyngden av undertrykkelse og minoritetsstress, og samtidig støtte utviklingen av mer hensiktsmessige reguleringsstrategier, tilknytning, tilhørighet, selvaksept og stolthet over å være den man er (Cardona et al., 2022). ♣

REFERANSER

- Cardona, N. D., Madigan, R. J. & Sauer-Zavala, S. (2022). How minority stress becomes traumatic invalidation: An emotion-focused conceptualization of minority stress in sexual and gender minority people. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 185–195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cps0000054>
- Evje, J., Nysæter, M. K., Ivanova, A., Nygård, S., Lock, L. & Fischer, N. (2025). Skeives helsesøkende atferd: En kunnskapsoppsummering av behov, barrierer og erfaringer i møte med helsetjenesten. https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/kjonn-seksualitet-mangfold-lgbt%2B/rapport_helsesokende_atferd.pdf
- Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Ivanova, A., Nysæter, M. K. & Fischer, N. (2025). Skeives psykiske helse fra tjenesteyteres perspektiv. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/grupper/tese/skeives-psykiske-helse-fra-tjenesteyteres-perspektiv---rapport.pdf>
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2021). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among lesbian, gay, and bisexual patients?. *Assessment*, 28(3), 724–738. <https://doi.org/10.1177/1073191120961833>
- Rodriguez-Seijas, C., Rogers, B. G. & Asadi, S. (2023). Personality disorders research and social decontextualization: What it means to be a minoritized human. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(1), 29–38. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000600>
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2024). Transgender and gender diverse patients are diagnosed with borderline personality disorder more frequently than cisgender patients regardless of personality pathology. *Transgender Health*, 9(6), 554–565. <https://doi.org/10.1089/trgh.2023.0062>
- Rodriguez-Seijas, C. & Rogers, B. G. (2026). Recentering environmental context in the conceptualization of borderline personality disorder among sexual and gender minority individuals. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 135(1), 83–103. <https://doi.org/10.1037/abn0001012>
- Seal, E. L., Kokanović, R., Borovica, T. & Blackman, L. (2026). Queering the diagnostic trajectory of borderline personality disorder. *Health*, 1–22. <https://doi.org/10.1177/13634593261421653>
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Miranda, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F., Health4LGBTI Network, Taibjee, R., Toskin, I., ... De Sutter, P. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974–980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>



Etter den mest omtalte rettspsykiatriske konflikten i norsk historie, er sakkyndig praksis stort sett den samme.

Breivik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien



FOTO PRIVAT

TEKST Svein Atle Alfarnes
Tidlig intervensjon og rehabilitering (TIRe), DPS Groruddalen, Akershus universitetssykehus

Fredag 22. juli 2011 ble folk i Norge rystet av brutal terror. Billbomba i Regjeringskvartalet drepte åtte uskyldige mennesker. Masse-morderen og soloterroristen Anders Behring Breivik reiste videre til Utøya og skjøt og drepte 69 politisk aktive ungdommer og voksne.

Breivik ble diagnostisert av to par sakkyndige psykiatere. Det første teamet møtte han 13 ganger, men aldri hver for seg. De beskrev ham som en person med psykose som levde i sin egen verden med bisarre vrangforestillinger. Psykiaterne konkluderte med paranoid schizofreni og utilregnelighet, og fikk i ettertid kritikk for at de ikke hadde snakket med terroristen hver for seg, slik anbefalingen er.

Det andre teamet anså Breiviks ideologi som politisk ekstremisme og ikke som psykotiske tankeprosesser. Teamet konkluderte med alvorlige personlighetsforstyrrelser, tilregnelighet og skylddevne.

I straffesaker i tingretten forventes det at ulike rettspsykiatriske sakkyndige konkluderer likt. I Breivik-saken ble konklusjonene diametralt forskjellige. Hvordan kunne det skje?

Under og etter rettssaken ble rettspsykiatrien utsatt for kraftig kritikk. Flere mente at rettspsykiatrisk sakkyndig har for stor innflytelse i straffesaker (blant annet Rosenqvist, 2015). Grøndahl et al. (2012) presenterte en tipunksplan for å styrke norsk rettspsykiatri: bruk av standardiserte metoder, etablering av rettspsykiatriske klinikker og innføring av blandet/psykologisk prinsipp i forståelsen av kriminell voldsatferd. Tross at Breivik-saken var utgangspunkt for mange velbegrunnede forslag om endring, har norsk rettspsykiatrisk praksis ikke blitt markant endret, og de sakkyndige arbeider i stor grad på samme måte som før.

Få reelle endringer

Breivik-saken førte ikke til forandring av sakkyndighetsutdanningen. Fremdeles finnes ingen spesialutdanning i rettspsykiatrisk sakkyndighet, kun et kort ABC-kurs, organisert av det nasjonale kompetansesenternettverket SIFER og Den rettsmedisinske kommisjon – DRK. Alvorlige straffesaker krever både dyp kunnskap om psykiatri og forståelse for juss og utilregnelighet, kompetansekrav som er høyere enn et kurs kan tilfredsstillende. Uten en standardisert spesialitet vil de sakkyndiges vurderinger kunne variere sterkt, noe Breivik-saken demonstrerte. Om en spesialitet hadde blitt utviklet, ville det sikret både sertifisering

— Norge bør etablere rettspsykiatriske klinikker

og faglig kontroll, og ville kunne fremmet forskning, metodeutvikling og ensartet faglig praksis.

Et forsøk på å endre rettspsykiatrisk praksis siden Breivik-saken er etableringen av Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS), som selekterer fire sakkyndige som retten så velger to fra. Ettersom tingretten fremdeles sender samme type mandat til kun to sakkyndige, som forventes besvart innen én-to måneder, utgjør etableringen av NERS i realiteten liten endring i selekteringen av sakkyndige.

Et relatert problem er at en utilstrekkelig bred andel sakkyndige velges til saker. Riksadvokaten ba i opprettelser av NERS om at det bør meldes fra om fagpersoner som ikke gjør et fullverdig arbeid, og som bør tas vekk fra listen (Riksadvokaten, 2018). Ut fra et medieperspektiv virker det som noen sakkyndige oftere får oppdrag, og at de kanskje har gjort «god butikk» av sin virksomhet. Kritikkk av oppnevning av sakkyndige og bruk av «faste par» beskriver blant annet Rosenqvist (2012).

De sakkyndige arbeider metodisk sett på samme måte som de gjorde før 22. juli 2011. Rettspsykiatriske vurderinger baseres i hovedsak på klinisk observasjon og intervju, og mange sakkyndige bruker ikke standardiserte psykologiske tester eller kartleggingsverktøy i sin metodikk (NOU 2014: 10)

Sakkyndige må vurdere utilregnelighet, framtidig voldsrisiko og skissere prognostiske verstefalls- og bestefalls-scenarier. I arbeidet skal de bruke den internasjonale gullstandarden for strukturert klinisk vurdering av voldsrisiko, HCR-20V3, men som regel er det fremdeles kun én av de sakkyndige som administrerer sjekklisten. De sakkyndige starter gjerne med en fellestime med observanden, for så å jobbe individuelt videre.

Forbedring av rettssikkerheten


Norge bør etablere rettspsykiatriske klinikker som i Sverige, og bruke standardiserte metoder og tester. Det vil bidra til å øke kvaliteten på observasjonene og

de rettspsykiatriske erklæringene (Grøndahl, 2005). Rettspsykiatriske klinikker gir mulighet for langvarige observasjoner, interprofesjonelt samarbeid og grundige kliniske vurderinger basert på standardiserte metoder. Ved bruk av døgnobservasjon vil fagfolkene bli flinkere til å avsløre simulering eller aggravering av symptomer for å få sekundærgvinster. Utfordringen, som Rosenqvist (2024) har påpekt, er den betydelige nedbyggingen av døgnplassene i psykisk helsevern de siste 20–30 årene.

I Sverige ville soloterroristen ha blitt lagt inn i minst fire uker i en av deres 20 rettspsykiatriske klinikker, og blitt observert av psykiater, psykolog, sykepleier og sosialarbeider. På klinikkene undersøker de om personen hadde en «allvarlig psykisk störning» (APS) da den kriminelle handlingen ble begått. APS er et juridisk begrep som brukes i stedet for den norske dikotomien utilregnelig versus tilregnelig. Trolig ville en slik observasjonsperiode gitt et mye bedre innblikk og grunnlag for vurdering av terroristens tilregnelighet.

I Danmark ville terroristen også ha blitt vurdert i en rettspsykiatrisk klinikk av et tverrfaglig team. Professor emeritus Stål Bjørkly, en internasjonalt anerkjent voldsforsker, uttaler: «Det er vanskelig å forstå at rettspsykiatriske vurderinger utført av to fagpersoner på bakgrunn av sporadisk kontakt med den som blir rettspsykiatrisk vurdert, kan bli like pålitelig som observasjon over tid gjort av helsepersonell i en spesialenhet for slike observasjoner» (Nordal, 2010).

En integrert forståelse

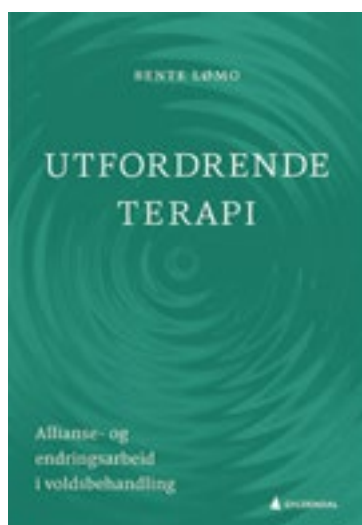
Grøndahl et al. (2012) argumenterer for at norsk rettspsykiatrisk sakkyndighet bør integrere både det medisinske prinsippet og det psykologiske prinsippet i observasjons- og vurderingsarbeidet. Det medisinske prinsippet legger vekt på at det ikke foreligger en kausal sammenheng mellom den kriminelle voldsatferden og psykosen. Det psykologiske prinsippet fokuserer på individets faktiske kognitive og emosjonelle funksjon i situasjonen. Her vurderes evnen til å forstå og kontrollere egen atferd, uavhengig av diagnose. En kombinert modell innebærer at både klinisk diagnostikk og funksjonell vurdering inkluderes systematisk. Her vil sakkyndige vurdere sykdommens karakter og hvordan den påvirker handlingsevnen i den konkrete situasjonen, som kan gi en mer presis tilregnelighetsvurdering, redusert risiko for feilklassifisering og økt faglig robusthet i rettspsykiatrien. 

REFERANSER

- Grøndahl, P. (2005). Scandinavian forensic psychiatric practices – an overview and evaluation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 92–102. <https://doi.org/10.1080/08039480510022927>
- Grøndahl, P., Grønnerød, C., Stridbeck, U., Værøy, H. & Brauer, H. (2012). En tipunktsplan for bedre rettspsykiatri. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(15), 1727–1728. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0675>
- Nordal, M. (2010, 17. september). For lite vitenskap i rettspsykiatrien. *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/psykologi-juridiske-fag/for-lite-vitenskap-i-rettspsykiatrien/826292>
- NOU 2014: 10. (2014). Skyldbevne, sakkyndighet og samfunnsvern. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-10/id2008986/>
- Riksadvokaten. (2018, 10. oktober). Nasjonal enhet for formidling av rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) - retningslinjer for påtalemyndighetens bruk av enheten. <https://www.riksadvokaten.no/document/ny-nasjonal-enhet-for-formidling-av-rettspsykiatriske-sakkyndigoppdrag-ners-retningslinjer-for-patalemyndigheten/>
- Rosenqvist, R. (2012). Rettspsykiatri etter Breivik-saken. *Kritisk juss*, 38(3-4), 324–329. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9537-2012-03-04>
- Rosenqvist, R. (2015). Rettspsykiatrien etter 22. juli 2011. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(4), 306. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0083>
- Rosenqvist, R. (2024). *Mitt liv, mitt fag: Tung psykiatri. Sviket mot de sykeste*. Kagge Forlag.
- Storvik, A.G. (2010, 16. september). Norske rettspsykiatere bruker færrest undersøkelsesmetoder. *Dagens Medisin*.

TEKST Tommy Monsen Sotkajærvi

Heteronormativt om partnervold



BOOK *Utfordrende terapi. Allianse- og endringsarbeid i voldsbehandling*

FORFATTER Bente Lømo

ÅR 2025

FORLAG Gyldendal

SIDER 192

Boken er svak om kjønn, men treffer i beskrivelsene av klientarbeidet.

Utfordrende terapi er Bente Lømos debutbok, med undertittelen *Allianse- og endringsarbeid i voldsbehandling*.

Tittelen antyder en bred utforskning av krevende terapeutiske prosesser i voldsbehandling. Jeg blir mer usikker allerede når jeg leser bokomslagets bakside. I oppsummeringen heter det at boken retter et svært spesifikt søkelys på menn som utøver vold i heteroseksuelle relasjoner. Samtidig presenteres mer generelle ambisjoner om å si noe om terapeutisk endringsarbeid. Målgruppen virker også å favne svært bredt, når denne angivelig omfavner alt fra erfarne klinikere som jobber med vold, til lekfolk med egenerfaring.

Man skal ikke dømme boken på omslaget. Likevel gav den et varsel om det jeg dessverre opplevde som gjennomgående ved *Utfordrende terapi*. Boken er verken fugl eller fisk.

Spenningen mellom utfordrende terapi generelt og menn som utøver vold i relasjoner spesielt, forblir uforløst. Leseren blir ikke tilbudt en modell for terapeutisk endring som kan forstås bredt. Samtidig går Lømo ikke tilstrekkelig i dybden av egne perspektiver og empirien som støtter resonnementene, til å skape en klart avgrenset bok som treffer dem som arbeider med menn som utøver vold.

Jeg ble sittende igjen med en fattigere leseropplevelse enn det jeg kunne gjort hvis forfatteren hadde forpliktet seg til et mer avgrenset prosjekt.

Tynt om kjønn

Boken oppleves særlig svak i omtale av og refleksjon rundt kjønn som fenomen. Temaet er ikke bare særskilt relevant for bokens overordnede tematikk, men også løftet frem av Lømo som viktig.

Tidlig i boken stadfester Lømo at alle klienter vil bli definert som «han», og alle terapeuter som «hun». Hun begrunner valget med at menn i hovedsak er dem som utøver den alvorligste volden, og at det er de som oftest søker hjelp hos Alternativ til Vold. Valget om å omtale alle terapeuter som «hun» begrunnes

KONTAKT psykolog.sotkajaervi@proton.me

med et behov for å ikke forvirre potensielle lesere i bokens mange terapivignetter.

Jeg er ikke overbevist. For meg virker valget heller vilkårlig.

Dette inntrykket forsterkes ved at Lømo flere steder gjennom boken benytter seg av kjønnsnøytralt pronomen «hen», også etter at hun uttalt har tatt standpunkt til to-kjønn-omtale. Hun gjør dette i omtale av både terapeuter og klienter, uten at det har noen tilknytning til LHBTQ+-tematikk. LHBTQ+ er heller ikke omtalt i boken.

Flere steder mistenker jeg at valgt pronomen er mer et resultat av språklig opprydning (eller mangel på sådan) i tekst satt sammen av individuelle arbeidsbolker. Jeg lurar også på om valget med å redusere terapeutenes kjønn til et spørsmål om semantikk betyr at forfatteren her mener det er uten betydning. Jeg finner ikke svaret i boken.

Videre bruker hun de kjønnsnormerende begrepene «positiv» og «negativ» maskulinitet på lemfeldig vis. Begrepene blir ikke gitt tilstrekkelig teoretisk substans, men står heller som truismen for hvordan menn er / bør være eller ikke være i kjærlighetsforhold til kvinner.

Det overordnede inntrykket mitt blir at Lømo skriver om kjønn som om det er noe som er løst fra konteksten det utforskes ut fra.

For la det være klart: Boken omhandler kun terapi med cismenn som utøver vold mot kvinner og felles barn i et heteroseksuelt parforhold. Heller enn å være eksplisitt uttalt ligger dette som et implisitt og utpreget heteronormativt utgangspunkt som forfatteren verken anerkjenner eller i det hele tatt framstår å være bevisst på. Fra dette utgangspunktet inviterer hun til en bred generalisering om kjønn. Det blir et *nei takk* fra min side. Slike blindsoner svekker ikke bare bokens kredibilitet, men paradoksalt nok legger de også mulige refleksjoner rundt betydning av kjønn i praksis død.

— i det praksisnære at man finner Lømos viktigste bidrag

Forskningsfjernt og praksisnært

Skjønt det, Lømo lykkes tidvis med å bringe leseren inn i voldsbehandling for bokens omtalte klientpopulasjon. For eksempel tar hun aktivt i bruk vignetter i form av terapeut-/pasientdialoger for to arketypiske pasientforløp gjennom boken. Disse representerer vellykket og mindre vellykket behandling, inspirert av forfatterens egen forskning.

Disse dialogene kan være riktig gode til tider. Dessverre gir de imidlertid ofte inntrykk av å være mer eller mindre direkte hentet fra transkripsjoner, på grunn av grep som å legge inn terapeutens småpatt midt i klientens dialog.

Andre steder kan språkbruken veksle mellom blodfattig og anonym til ramsalt og nær på stakkato vis. Det gir en opplevelse av å lese en forskningsartikkel.

Apropos forskningsartikkel. Lømo bruker mye tid og plass på å oppsummere forskning. Hun gjør det stort sett med nøytral stemme og ofte gjennom korte resonnementer. Gjennomgangene virker å hvile tungt på en antagelse om leserens akademiske forhåndskunnskap om de forskjellige studiene som vises til i en massiv referanseliste.

I disse teoretiske overordnede oppsummeringene er boken som en IKEA-sofa: generisk. Lømo oppleves anonym og uengasjert. Jeg får følelsen av å bivåne en disputas med noe attåt.

Når hun skriver mer praksisnært, gir boken bedre lesing. Det er ikke nødvendigvis fordi det hun skriver, er revolusjonerende. Ofte blir voldsbehandlingen kulisser for presentasjonen av generelle grunnprinsipper i terapi. Eksempelvis at belæring sjelden fører til læring. Jeg er heller ikke sikker på om jeg følger alle hennes faglige resonnementer rundt hva som er god terapi.

Likevel er det i det praksisnære at jeg opplever Lømo har en tydelig intensjon, og et tydeligere faglig ståsted. Da behøver jeg ikke å la meg overbevise av alt. Leseropplevelsen løftes, og jeg føler meg beriket av tydelige perspektiver jeg kan forholde meg til.

Bokens viktigste bidrag

Det er også i det praksisnære at man finner Lømos viktigste bidrag med denne boken: de såkalte begrepsmodellene.

Begrepsmodellene er utviklet gjennom forfatterens forskning og erfaring, og framstår som nyttige sorteringer av prosesser som kan dukke opp i de forskjellige stegene av allianse- og endringsarbeid med denne klientpopulasjonen. Eksempelvis sorterer hun typiske måter terapeuten kan gå inn i samspill med klienter på som kan hindre eller fremme god voldsbehandling. Her beskriver hun markører for bevisstgjøring som jeg tror både vordende og erfarne voldsterapeuter kan finne nyttig.

Det mest minneverdige for meg er likevel måten forfatteren beskriver begrunnelser for å søke hjelp på, eller forståelse av hva som må endre seg hos mennene i boken. At påstander som at «det er feil at jeg er her» og «partneren er problemet» kan komme i innledende samtaler med denne klientpopulasjonen, er lite overraskende. Forfatteren velger å sortere slike formuleringer som «åpninger og invitasjoner» til samarbeid fra klientens side. Her snur hun det som på overflaten kunne blitt definert som «manglende behandlingsmotivasjon», til et utgangspunkt for et felles prosjekt.

Det resonnerer i meg som uforløst potensial: hva boken kunne vært som et mer tydelig avgrenset prosjekt. For det er i beskrivelsene av arbeidet med bokens klientpopulasjon at Lømo klarer å gi meg en opplevelse av å lære noe. Om arbeid med disse mennene, og hvilken innstilling en god terapeut bør ha i slikt arbeid. Men også som en kjærkommen påminner om en grunnholdning alle mennesker fortjener å bli møtt med av sine hjelpere, også når prosjektet ser ut til å kunne bli et tilfelle av utfordrende terapi. ♣

TEKST Line Indrevoll Stånicke
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo
Nic Waals Institutt,
Lovisenberg sykehus

Alien – det fremmede, ukjente og menneskelige

Alien er en film om noe fremmed, men filmen er skapt av mennesker og viser tilbake på oss selv.

I filmen *Alien – den 8. passasjer* av Ridley Scott fra 1979 følger vi besetningen på syv i romskipet Nostromo. På vei tilbake til jorden etter en lengre ferd vekkes besetningen fra en dvale. Mens de gjør seg klare for hjemreisen, blir de bedt om å undersøke signalet fra et forlatt romfartøy i nærheten. Det er den kunstige intelligensen i romskipet, som interessant nok kalles Mother, som fanger opp signalet, et systematisk signal, som kan signalisere liv. I senere filmer blir det avslørt at undersøkelsen kanskje var hensikten med hele reisen.

Besetningen lander og går om bord i et forlatt og fremmedartet romskip. De ser en død skapning, med kropp, større enn et menneske, men med elefantliknende ansikt. Brystet til skapningen har eksplodert. De finner en stor plantasje av egg som har organisk liv. En i besetningen, den mest nysgjerrige, kanskje, pirker og forsøker å undersøke eggene, men blir angrepet av en håndliknende organisme som setter seg over ansiktet hans. Da de kommer tilbake til skipet, vil ikke Ripley slippe dem inn siden én er skadet, og hun henviser til karanteneprotokollen. Det er forskeren på skipet, Ash, som slipper dem inn, og med det overstyrer hennes kommando. I løpet av kort tid er karantene regler og ordrekkefølgen brutt.

KONTAKT li.stanicke@psykologi.uio.no

MERKNAD Teksten er basert på et foredrag holdt på Cinemateket 26.02.26.



FOTO ALIEN (1979) AV RIDLEY SCOTT © 20TH CENTURY FOX / KOBAL / REX

Alien er en to timers lang film som – etter vår tids standard – har påfallende lav handlingstetthet. Likevel er filmen fortsatt overraskende skummel. Filmen er blitt stående som en foregangsfilm når det gjelder regi, og kan betraktes som en arketype for science fiction. Ikke fordi den er den første i sin genre, men filmen gjør et uutslettelig inntrykk med den dvelende filmingen, det utrolig lekke, organiske, delvis mekaniske og skumle designet til Hans Ruedi Giger, skuespillprestasjonene – spesielt til Sigourney Weaver som Ripley – og genrekrysningen mellom science fiction og skrekkfilm.

Filmen har siden lanseringen vært gjenstand for en rekke tolkninger – som å illustrere teknologikritikk (Matheson, 1992), ubevisste krefter og arkaiske fryktingnyttende objekter (Creed, 2000; Gabbard & Gabbard, 1988; Greenberg, 1983), og feministisk kritikk av kvinnens politiske posisjon (Ewing & Decker, 2017; George, 2019).

Ordet «alien» kan bety «romvesen», men også «det fremmede», «det ukjente» eller «en utlending» (Store norske leksikon). I teksten vil jeg særlig utforske hva det fremmede og ukjente kan representere for oss, og om det som var fremmed da filmen ble laget, er det samme i dag? For å foregripe vil jeg si både ja og nei. Både den gang og i dag, utfordrer filmen oss til å bli kjent med noe nytt, men kanskje også oss selv.

Teknologi og menneskets sårbarhet

Det fremmede i filmen vises som en organisme som vi ikke kjenner fra vår verden: en Xenomorph. Den er blank, svart og stor. Den likner et insekt, men har også elementer som ser mekaniske ut. Den er ekstremt rask og sterk, smidig, smart og sulten. Den vil formere seg og leve. Selv om den er fremmed, ukjent og ikke noe vi har sett før, så har den kvaliteter vi kjenner og kanskje kan beundre.

Forskeren, Ash, har en særlig interesse for å beskytte *Alien*, og det på bekostning av besetningen. Både kapteinen og Ripley spør Mother, romskipets datamaskin, om råd. Først svarer Mother at det ikke er en kjent prosedyre for problemet. Etter hvert blir besetningen kjent med at kommandoen er «å bringe tilbake den oppdagede livsformen uten andre hensyn eller prioriteringer». Menneskets behov for beskyttelse og liv overprøves. Nå oppdager de riktignok at Ash egentlig er en androide, men da er det allerede for sent. Han forklarer at *Alien* må tilbake til jorden fordi den kan bli et fremragende våpen – nettopp fordi den er uovervinnelig og ren perfektion. *Alien* kan gi menneskene kontroll.

Filmen representerer et teknologikritisk perspektiv, og tematiserer kapitalistisk rovdrift og teknologisk overstyring av romskipets mannskap (Matheson, 1992). Siden jeg så filmen første gang, er KI blitt en del av hverdagen vår. Scenene med Mother viser et guffent frempek til dagens potensial for maskinenes kontroll og dominans, og som også er skildret i *2001 – en romodysse* av Stanley Kubrick fra 1968, altså ti år tidligere enn *Alien*. Vi leser daglig i avisen om digitale muligheter og bekymringer, og hvordan tek-oligarker ikke bare

tjener uhorvelig mye penger, men også får dominerende innflytelse, makt og kontroll over våre liv. Vi er, og blir, mer og mer digitalt avhengige. Hverdagen vår er «digital by default». Datamaskiner, digitale nettverk eller algoritmer som overstyrer menneskelige behov, er ikke lenger fremmede for oss.

Det er også dokumentert hvordan KI lurer, truer og gjør skitne triks for å oppnå instruerte mål (Bengio et al., 2026). Ikke fordi KI er slem eller har dårlige intensjoner, men fordi KI kun er målstyrt og egen overlevelse er essensielt for å nå de forhåndsbestemte målene. Det som kanskje er tydeligere for meg i dag enn da jeg så filmen første gang, er at det er mennesket som instruerer og setter målene. I alle fall foreløpig. Mother er instruert av noen – et firma med kapitalistiske interesser. Hvis en person er i veien, for eksempel ved å kreve energi, eller forsøker å skru av strømmen til datamaskinen, så kan alle midler brukes. Målet helliger middelet.

«Empati er menneskets svakhet», skal Elon Musk ha sagt, en av de rikeste mennene i verden. Ganske interessant i lys av det Ash sier til Ripley rett før han dør: «Du forstår fortsatt ikke hva du har å gjøre med, gjør du vel? Perfekt organisme. Dens strukturelle perfektion matches bare av dens fiendtlighet (...) Jeg beundrer dens renhet. En overlevende... uten samvittighet, anger eller vrangforestillinger om moral.» I filmen er det forskeren som overmannes av nysgjerrighet og vitebegjær, ja, men også av overmot, omnipotens og begjær etter makt og styrke. I dag er vi alle vitne til hvordan KI som verktøy skal hjelpe oss og gjøre oss sterkere, gi kontroll eller øke effektiviteten, men også skaper en trussel mot vår natur og psyke. Ønsket om kontroll og makt gjør oss ivrige på å integrere KI, men samtidig øker det vår sårbarhet. Kanskje viser *Alien* en konkretisering av KIs strukturelle perfektion som invaderer romskipet, søker reproduksjon og viser trusselen mot vår humanistiske eksistens?

Det fremmede – kvinnen som det ukjente

Alien utfordrer våre kategorier for hva som er kjent. Kanskje er det krysningen mellom det ukjente, mekaniske og insektaktige, og det mer kjente, aggressive og dominerende, som er angstvekkende og overveldende for oss som tilskuere. Sosialantropologen Mary Douglas brukte begrepet *in between* for å vise til grenseområder, anomalier eller noe feilplassert som kan utfordre etablerte sosiale kulturelle klassifiseringer. Et kjent eksempel er grisen med klover, som kategoriseres i flere kulturer som skitten og uspiselig. Eksempelet viser underliggende kulturelle regler og moralsystemer for grenser som opprettholder orden eller skaper uorden, rent eller urent, hellig eller profan. Kan det være denne krysningen som vekker frykt? Jeg kan ikke avskrive alt ved *Alien* som helt fremmed, så utfordres jeg også av noe i min kultur?

Hvis vi har dette som et utgangspunkt, er det interessant at kvinnen er et omdreiningspunkt i filmen. For det første gir Sigourney Weavers rolleskildring av Ripley et innblikk i opplevelsen av å bli overkjørt av menn. Det er fortsatt i dag befriende å se en kvinne besitte en

— en påminning om å undre seg over hva som er fremmed for oss, for meg, i dag

ledende stilling i mannskapet, og at hun etter hvert leder og gjennomfører oppdraget. Men vi får også en følelse av at hun har en spesiell intuitiv kontakt med Alien. Hun og Alien sniker etter hverandre. De er begge kraftfulle, smidige, listige og smarte. Hun representerer kvinnelig aggresjon, proteksjonisme og overlevelseskraft parallelt med at vi ser henne som feminin, samt sensitiv og omsorgsfull overfor katten. Vi kommer ikke utenom en flik av seksualisering mot slutten, men alt i alt er rollen et alternativ, mer nyansert og sammensatt enn mye annet vi ser på kino i dag, og spesielt før 1979.

Filmen er drøftet i et feministisk perspektiv som viser kvinnen i en mannsdominert verden, og der Ripley bryter med stereotype kjønnsperspektiver (Ewing & Decker, 2017; George, 2019). Andre, som Creed (1993), har tolket hvordan filmen illustrerer et arkaisk morsobjekt der både Ripley og Alien viser aspekter ved kvinnens seksualitet og morsrollen som gåtefull og mystisk, overveldende og fryktinngytende (*monstrous feminism*). Forsøker regissøren Ridley Scott, med valget av Ripley, å representere hvor overveldende, uforståelig og angstvekkende kvinnen kan være, både aggressiv og sensuell, men også målrettet og kreativ, for å sikre beskyttelse og overlevelse? Kanskje representerte Ripley noe som kjentes fremmed da filmen kom, men som kanskje fortsatt er utfordrende i vår tid. Kvinnen som menneske, og ikke som det Annet kjønn?

Det fremmede – innenfra meg selv

Rosa Luxemburg (1918), en viktig kvinnesaksforkjemper, skal ha sagt at «Frihet er alltid og utelukkende frihet for den som tenker annerledes». Den andres forskjellighet må respekteres. Også innen klinisk psykologi har vi en grunnleggende verdi om å akseptere og anerkjenne den andres annerledeshet. Samtidig kan et psykoanalytisk perspektiv fremheve hvor utfordrende det er å forstå en annen fullt ut, eller for den saks skyld, om vi faktisk kan forstå oss selv? Kan vi forstå andre som noe uavhengig av våre egne erfaringer og forståelser av verden? Og videre – kan det jeg blir redd for, forkaster eller forakter ved andre eller meg selv, være assosiert med traumatiske opplevelser som jeg vil glemme eller ikke kan sette ord på? Som Freud (1919) fremhevet, vil det fortrenge og avspaltede hjemseke deg. Det vonde er her og nå, i deg selv og i din persepsjon av deg selv og andre. Det vanskelige og overveldende som vi ikke har erfart tilstrekkelig omsorg for å tåle, forstå og integrere i vår selvopplevelse, ja, det vil gjenta seg i mine handlinger, væremåte og tenkning.

Filmens stemning og omgivelser er tolket av Greenberg

(1983) som nettopp å representere hvordan vår indre selvopplevelse plutselig kan skifte fra det kjente, trygge og forutsigbare til plutselige inntrengende, klaustrofobiske eller fryktinngytende stemninger. Gabbard og Gabbard (1988) fremhever sammenblendingen av det aggressive og det seksuelle som spesielt overveldende og angstvekkende i filmen, der Alien både viser noe tiltrekkende og tiltetgjørende på samme tid. De viser begge til Freuds (1919) begrep om *the uncanny* eller på tysk *das unheimlich*, der det som «ikke er hjemmefra» eller kjent for oss, nettopp blir skremmende. Interessant nok fremhever Freud hvordan populærkulturens medier kan representere det skumle, det som byr oss imot eller skaper ubehag. Kanskje kan en film som *Alien* vise oss noe av det vi ikke ønsker å forholde oss til i vår kultur, men også i oss selv. Vi projiserer på den andre, den fremmede – her Alien – det som er ubevisst og ikke akseptert.

En viktig klinisk forståelse er at vi må vie oppmerksomhet, nysgjerrighet og raushet overfor det jeg og du vil glemme, det vi er redd for, og til og med det vi forakter. Hvis ikke kan du hindre deg selv i å bli kjent med deg selv, eller i verste fall gjøre destruktive handlinger overfor andre eller deg selv for å unngå. Psykoanalysen har en rekke begreper som fremhever slike fenomener i oss, og hvordan vår psyke opererer for å overleve og skape en håndterlig balanse – som projeksjon og fortrenning av det ubevisste, splitting og proaktiv identifisering av for eksempel misunnelse, skam og sinne som vi ikke orker i oss selv, eller utvikling av et falsk selv. Direkte relevant for filmen *Alien* er begrepet *alien self* fra den britiske psykoanalytiker Ronald Britton (1998). Han viser til hvordan overveldende selvopplevelser kan foraktes, splittes av og unngås i en slik grad at destruktiv risikoatferd – som rus, eksessiv slanking, selvskaade, eller i verste fall selvmord – rettes mot selvtilstandene for å stabilisere selvet.

Det fremmede, ukjente og menneskelige

Den i dag utdaterte versjonen av datamaskinen Mother spiller en sentral rolle i filmen. Her ser vi, som nevnt, kanskje et frempek til den allestedsnærværende teknologiske kontakten som vi har i dag. Kanskje peker navnet på en dypere og mindre naiv forståelse av smarttelefonen som objekt i våre ytre og indre liv enn vi kanskje liker å snakke om. Ikke fordi det er noe galt med smarttelefoner, men mer hva vi gir den av betydning. I min forskning sa en ungdom til meg at «telefonen er så nær. Fysisk nær, liksom. Derfor kan jeg spørre om hva som helst, alt som jeg lurur på». En annen sa at «det å søke, titte, lese og dele

– det er som å være med en nær og trygg venn. Jeg blir mindre ensom». Enda en ungdom sa at når hun er trist, så setter hun på musikk, søker og leser innlegg på Insta: «Det er som å være inne i en boble. Ingen kan gjøre noe mot meg. Det er meg og min 'online diary'» (Stänicke et al., 2025). Disse ungdommene strevde med ensomhet og psykiske plager mer enn gjennomsnittet, men beskriver hvordan smarttelefonen blir et sted for dem å utforske seg selv og verden, som et mellomrom mellom en indre og ytre verden. Eller at telefonen blir et beskyttende, altopplukende rom med distraksjon og adspredelse som skaper avstand mellom dem selv og andre – og på den måten trygghet.

Det er vanskelig å ikke tilskrive relasjonelle kvaliteter og intensjoner inn i Google, KI eller ChatGPT, selv om vi vet plattformene kun er instrumentelt styrt. «Google – det må være en veldig klok mann», sa en liten gutt. Den digitale aktiviteten vekker tilknytningsfølelser. Kanskje vekker kontakten med telefonen og den teknologiske aktiviteten et ønske om en tilgjengelig og allvitende forelder. Et orakel som har informasjon og råd, men som også er emosjonelt støttende. En som ikke gir opp, og hvor du aldri er til bry. Kanskje Mother representerer fantasien, og kanskje et ønske mer enn et behov, om et omnipotent morsobjekt. Selv om teknologien kan øke effektivitet og problemløsning, samt støtte her og nå, kan faren for avhengighet synes mer nærliggende enn forstrukket autonomi.

Vi mennesker er avhengig av relasjonell kontakt. Spedbarn som får mat, kan dø uten kjærlighet. Spørsmålet er hva vi mister når KI og teknologiske løsninger erstatter menneskelig kontakt. Er det dette tapet som er det fremmede for oss i dag? Noe i den menneskelige kontakten som vi tar for gitt og kan miste? Tilpasser vi oss ved å finne nye samværsformer som kompenserer, men som på sikt fortrenger det menneskelige? En teknologisk kontakt som vil gjøre oss til ensomme individualister og på sikt svakere?

Vi har lenge sett hva teknologi kan gjøre med kommunikasjon, og blir skremt av hva Facebook-feeden synliggjør ved menneskers meninger uten filter. Vi

kan være skuffet over Facebook eller X, men det er jo vi mennesker som skriver og kommenterer. Det er våre søketendenser som forsterker innholdet og lærer opp algoritmene. Det vi søker etter på en dårlig dag, kommer tilbake – som en *return of the repressed* i en digital tidsalder.

Det er åpenbart at politikere og teknologiselskapene har en viktig jobb å gjøre med hensyn til regulering og beskyttelse for digital risiko, og spesielt for dem som er sårbare. Samtidig er et interessant spørsmål; hva bringer vi mennesker inn i kommunikasjon? Kan den teknologiske kontakten tydeliggjøre for oss det menneskelige vi trenger i møte med en annen? Kontakten og kreativiteten som kan være vanskelig å sette ord på, og som vi kanskje forstår når vi er på vei til å miste den. Som viktigheten av nonverbal kommunikasjon, det anerkjennende blikket, eller det at en annen forstår med hele kroppens følelsesmessige resonans og historie. Det å vite at en annen kan ha erfart noe liknende, som kan støtte deg igjennom det vanskelige, tenke på deg, holde deg i sitt indre og dele det å være sårbar, uten å vite eller ha kontroll. Eller en som nettopp misforstår, blir uenig og utfordrer perspektivene og selvoplevelsen din. Kommunikasjon mellom to individer som både er sårbare, kreative og potensielt autonome.

Filmen *Alien* er en påminning om å undre seg over hva som er fremmed for oss, for meg, i dag. Hva klarer vi ikke å dele, tenke på og snakke om når alt liksom er så åpent? Ridley Scott, eller hvem som helst av oss, kan ikke lage film, kunst, musikk eller litteratur uten at innholdet spinner ut av menneskets fantasi. Det er vår fantasi som setter grenser for hvordan det fremmede kan utforskes og representeres. I dag har vi KI-generert musikk, bilder, litteratur og film, men fortsatt er disse initiert og instruert av mennesker. Den britiske psykoanalytikeren Adam Philips (2022) viser til den romerske dikteren Terents når han skriver: «Nothing human is alien to us.» Eller oversatt til norsk: «Jeg er et menneske; intet menneskelig er meg fremmed.» *Alien* er en film om noe fremmed, men den er skapt av mennesker og viser tilbake til oss selv. Det fremmede er i oss, som en voksende Alien i brystet som er på vei til å sprengte seg ut. 🗨

REFERANSER

- Bengio, Y., Clare, S., Prunkl, C., Murray, M., Andriushchenko, M., (...), S. Mindermann (2026). International AI Safety Report 2026, DSIT 2026/001. https://internationalaisafetyreport.orghttps://internationalaisafetyreport.org/sites/default/files/2026-02/international-ai-safety-report-2026_1.pdf
- Britton, R. (1998). *Belief and imagination. Explorations in psychoanalysis*. Routledge.
- Creed, B. (1993). *The Monstrous-feminine: Film, feminism, psychoanalysis. Popular fiction series*. Routledge.
- Ewing, J. & Decker, K. S. (2017). *Alien and Philosophy: I Infest, Therefore I Am*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119280873>
- Freud, S. (1919). The «Uncanny». I J. Strachey (Red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917–1919): An Infantile Neurosis and Other Works* (s. 217–256). Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. & Gabbard, K. (1988). Psychiatry and the cinema. *The Journal of American History*, 75(3), 1013–1014. <https://doi.org/10.2307/1901705>
- George, S. (2019). Women in Film Time: Forty Years of the Alien Series (1979–2019). *IAFOR Journal of Arts & Humanities*, 6(2), 59–68.
- Greenberg, H. R. (1983). The Fractures of desire: psychoanalytic notes on Alien and the contemporary 'cruel horror film'. *The Psychoanalytic Review*, 70(2), 241–267.
- Luxemburg, R. (1918). *Den russiske revolusjon. En kritisk vurdering av dens svakheter* (ny utg.) Forlaget Ny Dag.
- Matheson, T. (1992). Triumphant Technology and Minimal Man: The Technological Society, Science Fiction Films, and Ridley Scott's Alien. *Science-Fiction Studies*, 19(3), 326–339. <https://doi.org/10.3828/extr.1992.33.3.215>
- Newton, J. (1980). Feminism and anxiety in Alien. *Science Fiction Studies*, 7(3), 293–297.
- Philips, A. (2022). *Becoming ruthless*. Penguin Books.
- Stänicke, L. I., Jessen, R. S., Staksrud, E., Stoilova, M., Graham, R., Livingstone, S. & Jensen, T. K. (2025). The eclipse of young people's life: The importance of exploring engagement in self-harm content online in psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 24(1), 54–67. <https://doi.org/10.1080/15289168.2025.2450193>

TEKST Simen Marenus Ekelund
Sykehuset i Vestfold
Privat praksis

Situasjonsrapport: kjærlighet og vilje



BOK *Love and Will*
FORFATTER Rollo May
ÅR 1969/2007
FORLAG W. W. Norton & Company
SIDER 352

Rollo May skrev klassikeren *Love and Will* for over 50 år siden. Hvor langt har vi kommet etter det May beskrev som en brytningsalder i sin samtid?

I denne utgavens Klassikeren skal vi tilbake til det amerikanske samfunnet på 60-tallet. Kulturen preges av drapet på John F. Kennedy, den kalde krigen, den seksuelle revolusjonen, hippiebevegelsen, Vietnamkrigen og ungdomsopprørene som kulminerte i 1968. Det er en tid med teknologisk utvikling og spenninger mellom kultur og motkultur, preget av to verdenskriger og usikkerheten rundt den pågående atomtrusselen. Alt dette bidrar til å sette menneskets eksistensielle posisjon på agendaen. Kildene til psykologisk uro er mangfoldige, og mange føler seg fremmedgjort, frakoblet og frustrert i møte med samfunnet. I 1965 synger Bob Dylan:

*How does it feel
To be on your own
With no direction home
Like a complete unknown
Like a rolling stone?*

Fire år senere utgir den amerikanske psykoterapeuten Rollo May (1909–1994) *Love and Will*. I boken diagnostiserer han sin samtid, som han mener er preget

av apati, en grunnleggende svikt i evnen til å *føle*, til å la seg engasjere av ens indre, ens omgivelser og relasjoner mellom mennesker (May, 1969). Fremfor alt mente May at dette kom til uttrykk gjennom en svikt i menneskers evne til å *elske* og til å *ville* – «to love and to will».

Tapte myter

May knyttet dette til et tap av de tradisjonelle mytene og strukturene som tidligere hadde veiledet mennesker i deres psykologiske modning, og som på midten av forrige århundre i økende grad ble forkastet til fordel for teknologiske fremskritt og konsumkulturens utvikling. Kulturen var i en brytningsalder, en «age of transition» som May skriver. *Love and Will* kan forstås som hans forsøk på å formulere et nytt grunnlag for å forstå kjærlighet og vilje i sin egen samtid, gjennom eksempler fra myter, kunst, poesi, filosofi og psykoterapi.

May var allerede en etablert skikkelse i amerikansk psykologi da han utga *Love and Will*. Sammen med Jean-Paul Sartre, Viktor Frankl og Ludwig Binswanger var han sentral i utviklingen av eksistensiell psykologi og psykoterapi på midten av forrige århundre. I 1958 utga May sammen med redaktørene Ernest Angel og Henri Ellenberger boken *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*, en tidlig og grundig innføring i ulike deler av eksistensiell psykoterapi.

Tyve år senere skrev Irvin Yalom (1980) sin *Existential Psychotherapy*, som med tiden har blitt en mer populær bok blant klinikere enn *Existence*. Yalom hadde gått i terapi hos May og var dypt påvirket av hans arbeid (Serlin, 1994). Vekten Yalom la på menneskets forhold til fire kilder til eksistensiell angst – død, mening, isolasjon og ansvar – har opptatt mange terapeuter. Samtidig har populariteten til Yaloms perspektiv kanskje bidratt til at Mays sentrale kritikk mot tingliggjøringen av mennesket i det moderne samfunnet har havnet mer i skyggen i den eksistensielle psykoterapien.

Tingliggjøring av det moderne mennesket

I sin samtid opponerte May mot populære trender i psykologien, både Freuds psykoanalyse med dens fokus på biologi og drifter og behaviorismens vekt på atferd og mekaniske endringsprosesser. Han mente at begge deler bidro til å redusere mennesket til en ting, et objekt, uten frihet og vilje. Som sin tidligere kollega Erich Fromm (1955) hevdet May at disse terapietningene spilte på lag med fremmedgjørende samfunnstrender for øvrig, altså strømningene som skaper avstand mellom mennesket og dets psykologiske og sosiale behov. Disse trendene fortsetter å påvirke oss i dag i form av et senkapitalistisk samfunn som fokuserer på økt produksjon og effektivitet fremfor å dyrke forutsetningene for gode og bærekraftige liv (Rosa, 2010).

May var opptatt av mennesket som et meningsskapende og tilblivende vesen, situert i tid og sted, med et dypt ansvar for egne handlinger. Han balanserte sitt sterke terapeutiske engasjement og eksistensielle perspektiv med

betimelige samfunnsanalyser og forståelse av hvordan individ og samfunn påvirker hverandre. *Love and Will* er et godt eksempel på nettopp dette. Den ble hans mest populære bok og ledet til at han mottok Ralph Waldo Emerson-prisen i 1970. Boken kom på norsk i 1977 og er tilgjengelig gratis på Nasjonalbibliotekets hjemmesider.

Samtidsdiagnose apati

Som nevnt var Mays samtidsdiagnose på midten av 1900-tallet *apati*. Han beskriver apati som det motsatte av å elske og det motsatte av å ville noe. Det er en likegyldighet, et psykologisk selvmord som reduserer mennesket til en passiv og distansert skapning. Med henvisning til et sitat av Harry Stack Sullivan hevder May at apati kan være menneskets siste forsvarsskanse mot en kultur preget av overstimulering og overveldelse: «Apathy seems to me to be a miracle of protection by which a personality in utter fiasco rests until it can do something else» (s. 31).

Samfunnsforstyrrelsene kommer til uttrykk både gjennom symptomene til nevrotiske mennesker og i kunsten til kreative individer. May likestiller dem begge som varselamper for kulturens underliggende utfordringer. Kunstnere kan gi form og uttrykk til disse strømningene gjennom bilder, musikk, poesi og så videre. Hos nevroatikere vil det primært vise seg som symptomer. Nettopp vanskene med å kunne elske og ville oppfattet May som underliggende for symptomene til pasientene sine så vel som for det kreative uttrykket i samtiden.

Uten at May henviser direkte til Mark Rothko, tror jeg maleriene til den samtidige kunstneren illustrerer godt denne analysen. I Rothkos bilder fra rundt 1950 og frem til hans suicid i 1970 finner vi flater, adskilt med større eller mindre avstander, som skaper urovekkende horisontlinjer. Det er en form for stillstand ved dem som samtidig vekker en ukomfortabel indre bevegelse. Verkene setter observatøren i kontakt med den tilstanden mange nok opplevde ved å være avmektige vitner til etterkrigstidens atomkappløp. Når vi ser på hans malerier er det som å skue ut over landskap vi ikke føler oss hjemme i, men som vi tvinges til å forholde oss til.

Undertrykkelsen av eros

Den seksuelle revolusjonen nådde sin topp på 1960-tallet. May setter dens budskap om frislipp fra seksuelle hemninger opp mot det undertrykkende forholdet til sex som dominerte i Freuds samtid. Men i stedet for å gjøre mennesket mer i stand til å *elske* mente May at det var teknikken og evnene til å gjennomføre et godt samleie som ble kulturens fokuspunkt. Den seksuelle frigjøringen fungerte for mange som et skalkeskjul for sekundærgvinster ved sex, som å bekrefte ens identitetsfølelse, unngå følelser av ensomhet og isolasjon, og føle en form for potens som kunne maskere en underliggende psykologisk form for impotens.

May avskrev ikke de mange fordelene med den seksuelle frigjøringen, men han var bekymret for at den samtidig fungerte som en undertrykkelse av *eros* som kjærlighetsform. Eros er, ifølge May, den formen



FOTO JUSTIN LAN/EPA

for kjærlighetsutfoldelse som bærer med seg vitalitet og kreativitet, et driv mot å nå høyere gjennom foreningen av separate størrelser. Uten eros er sex lite annet enn fysiologi: kropp, organer og spenningsutløsning. Med eros blir sex et kreativt samspill mellom to mennesker som søker å skape noe meningsfullt sammen.

Eros er altså langt mer enn bare enkel erotikk - det eksisterer i alle former for kreative handlinger med mål om å skape noe nytt. Når vi gripes av et stykke vakker musikk fremført av en musiker som er dypt engasjert i sitt virke, oppstår det en forbindelse mellom kunstneren og hennes publikum, forent i eros. Det er ifølge May den sentrale driften i kunst, kultur og sivilisasjon.

Hvis eros er så vidunderlig, hvorfor mente May at vi så ofte undertrykker det? Eros bringer med seg en aktiv, ansvarlig og skapende holdning til livet som samtidig vekker en grunnleggende angst og uro. Den gir våre handlinger og andre mennesker mening, verdi og tyngde. I en tidsalder løsrevet fra sine tradisjonelle strukturer, myter og narrativer mente May at ansvaret, forpliktelsen og risikoen eros medfører kunne bli for

mye å bære for enkeltmennesket. Det føles tryggere å velge mer konkrete måter å praktisere kjærlighet på, som sex, som til tross for et åpenbart aktivt element kan skjule en dyp psykologisk passivitet.

I mentaliseringstradisjonen vil man kalle det «teleologiske» løsninger (Karterud, Folmo og Kongerslev, 2020), der direkte handlinger fremfor underliggende motiver, følelser og fantasier blir det tungtveiende i hvordan vi forholder oss til oss selv og andre mennesker. Kjærlighet måles i hva man *gir* og *får*, fremfor hvordan man *er* med hverandre, hva man *skaper* sammen. Sistnevnte forutsetter at vi forholder oss til hverandre som meningssskapende vesener, med tanker, følelser, håp og frykt, ikke bare som kropp i bevegelse. Eros har, med andre ord, en dyp sammenheng med vår evne til å mentalisere, til å gjøre oss selv og hverandre meningsfulle.

Teleologisk modus er en psykologisk mindre moden måte å forholde seg til verden på, som blant voksne særlig kommer til uttrykk hos mennesker med personlighetsproblematikk. Men den gjør seg også gjeldende på et mer allment nivå i vårt kollektive fokus mot det ytre,

— Fullstendig kjærlighet innebærer betydelig sårbarhet

håndfaste, synlige og eksplisitte fremfor det underliggende og implisitte. Vår samtids dypt visuelle kultur, der skjermer, bilder og videoer dominerer oppmerksomhetsfeltet vårt, understøtter denne holdningen henimot det overfladiske og konkrete.

For å understreke motivasjonen for å flykte fra eros poengterer May at sann kjærlighet også har mange tragiske dimensjoner. Eros vil alltid møte barrierer, skuffelser og tap på sin vei mot skjønnhet og vitalitet, det er en uunngåelig del av prosessen. «To love means to open ourselves to the negative as well as the positive – to grief, sorrow and disappointment as well as to joy, fulfilment and an intensity of consciousness we did not know was possible before» (s. 100). Fullstendig kjærlighet innebærer betydelig sårbarhet. Det involverer risikoen ved å vise ens private sider, for at kjærligheten kan ta slutt, og for å oppdage deler av seg selv som man har forsøkt å holde på avstand.

I stedet for å undergrave kjærlighetens potensial er de tragiske dimensjonene nettopp det som gir kjærligheten dens styrke og vitalitet. Uten dem blir kjærligheten sukkersøt, illusorisk og sentimental, mente May. Å være i kontakt med kjærlighetens tragiske dimensjoner er en forutsetning for å kunne gi kjærligheten den tiden, tålmodigheten og nysgjerrigheten den trenger for å vokse i modne forhold mellom mennesker.

Viljens paradoks

Our curious predicament is that the same processes which make modern man so powerful – the magnificent development of atomic and other kinds of technical energy – are the very processes which render us powerless ... We are caught, as Laing puts it, in a 'hell of frenetic passivity'. (s. 186–187)

May mente at samtidens utfordringer om vilje stammet fra at mennesket ble paralisert i konflikten mellom betydelig makt og avmakt som følge av den teknologiske utviklingen. Mennesket får stadig flere måter å løse sine problemer på, men blir samtidig mer og mer passiv og overveldet i møte med verden omkring seg. Dette paradokset, mente May, lammer vår vilje og gjør oss sårbare for en konform og mekanisk holdning på den ene siden, eller tomt og endeløst opprør, uten noe annet egentlig mål enn opprøret i seg selv, på den andre.

I retrospekt kan man kanskje dra linjer frem til Christopher Laschs (1979) samfunnsanalyse ti år senere i *The Culture of Narcissism*. Lasch argumenterte for at mennesket i stor grad har oppgitt sine individuelle krefter til store systemer – staten, teknologi, enorme selska-

per – og sitter igjen med en ubevisst følelse av avmakt og impotens som vi på ulike vis forsøker å få avstand til. I dag kan vi strekke analysen enda lenger frem til algoritmer og kunstig intelligens, som fortsetter å overta prosesser og oppgaver som tidligere var menneskets kilde til vitalitet og mening.

Jeg regner med at andre klinikere også har oppdaget at pasientene deres rådfører seg med ChatGPT om små og store livsutfordringer, der de før kanskje ville kjempet med dilemmaet selv eller rådført seg med nære andre. Kanskje gir ChatGPT gode råd, bedre råd enn mange mennesker ville gitt, i alle fall, men hvor lenge har ikke vi terapeuter berømmet det å lære å fiske fremfor å få fisken servert?

For May innebærer vilje evnen til å ønske, å ville og å ta ansvar for beslutninger. Når han skriver om nødvendigheten av «vilje», er han også tydelig på at han mener noe annet enn den formen for selvkontroll som fungerer undertrykkende i møte med menneskets vesen. Denne formen for «viljestyrke» var særlig utbredt i viktariatiden, og ga grobunn for Freuds psykoanalytiske prosjekt, der nevrosen ble sett på som en konsekvens av å undertrykke driftene.

I dag har denne formen for viljestyrke fått ny relevans gjennom trender som «optimalisering» og «looksmaxing». I likhet med hvordan sex kan imitere kjærlighet, kan slike prosjekter imitere vilje gjennom konkrete og overfladiske uttrykk, mens det egentlig maskerer et ytre styrt, lite spontant og lite kreativt forhold til livet.

Forholdet mellom vilje og *ønske* er en sentral tematikk her. May bruker begrepet *ønske* både om det som gir handlinger sin *kraft*, men også deres *mening*. Ønsket er tett på Freuds forståelse av drifter og ideen om «ønskeoppfyllelse», men May knytter det også til våre håp, verdier og behov. Ønsker dytter oss ikke bare bakfra som en biologisk kraft, men trekker oss også forfra i form av de meningene og ideene vi tilskriver verden. Når mennesket føler seg tiltrukket av sin elskede, er det ikke bare libido som spiller inn, men også meningen personen har for en: «Hvem er du for meg? Hvem er vi sammen?»

I dagens informasjonsalder, der alt vi trenger å vite er kun tastetrykk unna, der vi bombarderes av idealer, råd og verktøy, står vi i betydelig fare for å handle uten at vi egentlig har utforsket om handlingen er i tråd med våre ønsker. Hvorfor vil jeg egentlig møte denne fyren? Hvorfor vil jeg egentlig gå ned disse kiloene? Hvorfor ønsker jeg denne jobben? Stammer det fra mine egne verdier, håp og ønsker, eller handler jeg i tråd med konformitet, algoritmer og markedslogikk?

Vilje i denne sammenheng er det som gir ønsket modenhet og form. I kontrast til viljestyrken, som undertrykker ønsket, vil viljen engasjere seg med det og finne måter å uttrykke ønsket på som ikke går på bekostning av

menneskets personlige og sosiale integrasjon. Kanskje har man et ønske, umodent som det er, om at den man elsker skal være *alt* for en, tilfredsstillende alle ens behov. Vilje er det som oversetter ønsket til noe vi kan og bør strekke oss etter, hvilket også innebærer å erkjenne hvilke deler av ønsket som er urealistisk, eller til og med skadelig. «Kanskje kan min elskede være *mye* for meg, men aldri *alt*.»

May er tydelig på at det alltid vil eksistere konflikter mellom hva vi ønsker, hva vi vil, og hva vi faktisk gjør. Målet er ikke å oppnå en konfliktfri tilværelse. Tvert imot er slike konflikter en kilde til vitalitet. Når vi erkjenner våre ønsker, kan vi velge hvordan vi responderer kreativt på dem, fremfor å enten la dem styre oss eller at vi undertrykker dem.

Psykoterapi kan raskt bli et prosjekt som bidrar til et tap av vilje blant mennesker. «Not only do the automatic, supportive elements in therapy have this tendency, but so does the temptation to which patient and therapist easily succumb, to search for everything else as responsible for one's problems rather than one's self» (s. 196). Enhver seriøs terapi vil på et eller annet tidspunkt måtte forholde seg til klientens ansvar for hvordan betydelige deler av problemet opprettholdes gjennom hva klienten gjør eller ikke gjør.

Foreningen av kjærlighet og vilje

Psykologisk utvikling forutsetter ifølge May at vi utvikler et modent forhold til både vilje og kjærlighet. Når viljen har mer makt enn kjærligheten, preges vi av rigiditet og undertrykkelse av sentrale behov. Når kjærligheten har mer makt enn viljen, blir vi vage og rotløse. Vi gir ikke kjærligheten den nødvendige tiden eller innsatsen den krever for å blomstre fullt ut.

Hvordan balanserer og forener vi kjærlighet og vilje? May beskrev det som en posisjon preget av *care*. Den naturlige oversettelsen av ordet «care» til norsk er «omsorg», som også benyttes i den norske utgaven (May, 1977). Jeg mener at noe mistes i oversettelsen her. «To care» innebærer noe mer aktivt og emosjonelt åpent enn å *ha* omsorg. Vi kommer nærmere med begrepet «å bry seg om». Dette innebærer opplevelser som å være interessert og engasjert for noe eller noen, sette pris på, ta hensyn til og ønske noe. Det fanger bedre bredden i Mays ideal. May fremhever dette som den fremste resepten mot apati. «In care one must by involvement with the objective fact, do something about the situation; one must

make some decisions. This is where care brings love and will together» (s. 291).

Kjærlighet og vilje anno 2025

May skrev *Love and Will* som et kompass for kommende generasjoner. Den skulle hjelpe dem å navigere i spørsmål om vilje og kjærlighet i en tidsalder der livets mening og retning ikke lenger kunne bli tatt for gitt. Over femti år senere kan vi spørre: Hvordan går det? Har vi kommet nærmere et menneskelig, kreativt og engasjerende forhold til disse grunnleggende utfordringene? Er vi mer bevisst på dem, og besitter vi kollektive narrative og verktøy for å besvare dem gjennom våre handlinger og relasjoner?

Det er vanskelig å gi et bekræftende svar på dette. Tvert imot, som jeg håper å ha illustrert gjennom teksten, har svært mange av trendene May bekymret seg over, blitt intensivert og har funnet nye former de siste femti årene. Konfliktnivået i verden er økende og antallet anvendbare atomvåpen i verden er for første gang siden den kalde krigen ikke lenger synkende (Stockholm International Peace Research Institute, 2025). Den teknologiske utviklingen raser videre, og tenkere som sosiologen Hartmut Rosa (2010) bekymrer seg for at vi mister mer og mer kontakt med det som gir oss en følelse av å være menneske. Den offentlige samtalen om sex og kjærlighet preges av diskusjoner om menn og kvinners markedsverdi, tinderfisering og potensielle forhold til KI-chatboter i en fager ny verden. Global oppvarming og tapet av naturmangfold fortsetter.

Kildene til apati, til tap av kontakt med kjærlighet og vilje, fortsetter med andre ord å hjemsøke kulturen vår. I stedet for å komme i kontakt med en eksistensiell skyldfølelse over hvordan vi forspiller vårt menneskelige potensial (Angel, Ellenberger og May, 1958), i stedet for å dyrke kontakt med eros og løfte viljens fane, bekymrer jeg meg for at vi stadig blir flinkere til å distrahere oss fra apatien med et teknologisk og underholdningsmessig arsenal. Vi utstyres av en industri som kjemper om vår oppmerksomhet.

I denne kampen er vi de eneste som virkelig taper – «Huset vinner alltid», som det heter – og uten vår oppmerksomhet mister vi et sentralt fundament for vår evne til å elske og til å ville. *Love and Will* inviterer oss til å innta en mer aktiv posisjon til livet, preget av autentiske relasjoner og kontakt med vår skaperkraft. Det er en invitasjon vi ikke bør takke nei til. ♪

REFERANSER

- Angel, A., Ellenberger, H. F. & May, R. (1958). *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*. Basic Books.
- Fromm, E. (1955). *The Sane Society*. Routledge.
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi*. Gyldendal.
- Lasch, C. (1979). *The Culture of Narcissism*. W. W. Norton & Company.
- May, R. (1969). *Love and Will*. W. W. Norton & Company.
- May, R. (1977). *Kjærlighet og vilje*. (H. Andresen & D. Schjelderup, Overs.). Aventura.
- Rosa, H. (2010). *Alienation and Acceleration: Towards a Critical Theory of Late-Modern Temporalities*. Polity Press.
- Serlin, I. (1994). Remembering Rollo May: An interview with Irvin Yalom. *Humanistic Psychologist*, 22(3), 268–274. <https://doi.org/10.1080/08873267.1994.9976954>
- Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI). (2025, 16. juni). *Nuclear risks grow as new arms race looms – new SIPRI yearbook out now*. <https://www.sipri.org/media/press-release/2025/nuclear-risks-grow-new-arms-race-looms-new-sipri-yearbook-out-now>
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.



FOTO PRIVAT

Bjørn Blumenthal

1930–2026

Bjørn Blumenthal, en av landets fremste, kroppsorienterte psykoterapeuter, døde lørdag morgen, 23. mai i år.

Som elev av Ola Raknes førte han Wilhelm Reichs vegetoterapi videre. I over 50 år drev Bjørn en ettertraktet terapivirksomhet. Gjennom utstrakt kursvirksomhet og utdanningsgrupper har flere titalls psykologer og leger hatt gleden av å lære av Bjørns enorme erfaringer og kunnskap. Hans varme og empati skapte gode og trygge rammer for å ta imot god læring. Han var en anerkjent terapeut og foredragsholder over hele Europa og hadde nære kontakter og samarbeidspartnere i Tyskland, England, Italia og Nederland. Bjørn var initiativtaker til EABP European Association for Body Psychotherapy. Han var en god venn av Wilhelm Reichs datter, Eva, og var ved flere anledninger en velkommen gjest ved Wilhelm Reich-senteret, Orgonon i USA. Mange av oss kjenner på et savn og en tomhet ved hans bortgang. Vi minnes han som en god venn, terapeut og læremester og takker for mange gode samvær sosialt og faglig.

Våre tanker går til Bjørns familie, og vi lyser fred over Bjørns minne. 🕊

Rolf M. Løvvang & John Ivar Johansson

Psykisk helse må bli en del av grunnmuren

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Hanne
Indregard
Lind**

President i
Psykologforeningen

Norge står overfor store utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Regjeringens Helsepersonellplan 2040 forsøker å svare på disse, men for å lykkes må psykisk helse få en tydeligere plass i løsningene.

Vi blir flere eldre, færre skal utføre oppgavene, sykehusenes og kommunenes økonomi er presset. Samtidig blir psykisk helse altfor ofte behandlet som et tillegg til den øvrige helsetjenesten. Noe vi satser på gjennom tidsbegrensede prosjektmidler, lokale initiativer eller særskilte opptrappingsplaner. Slik kan vi ikke fortsette.

Psykisk helse er helse.

Vi har bygget opp stabile strukturer for somatisk helse gjennom hele livsløpet. Vi har fastlegeordningen. Vi har helsestasjoner. Vi har hjemmetjenester og sykehjem. Innbyggerne vet hvor de skal henvende seg når de trenger hjelp. Det finnes lovpålagte oppgaver, etablerte tjenester og relativt forutsigbare finansieringsordninger.

For psykisk helse er bildet et annet. Kommunene har sørge for-ansvar, men tilbudet varierer betydelig mellom dem. Hvilken hjelp du får, og hvor raskt du får den, avhenger fortsatt i for stor grad av hvor du bor. Dette har Riksrevisjonen pekt på både i 2021 og i sin oppfølging i 2026. Variasjonen er fortsatt for stor.

Det er et alvorlig problem for mennesker som trenger hjelp, og det setter pårørende og helsetjenestene på strekk. Det gjøres mye godt arbeid i psykisk helsevern og i kommunene, men de aller fleste fagfolk jeg snakker med i dag, forteller om oppgaver som både er mer sammensatte og flere enn tidligere, og at tida ikke lenger strekker til. Dette gjenfinnes også i Riksrevisjonens rapport fra i år. Samtidig øker avslagsprosenten i sykehusene; I region Nord har den nå vært over 40 prosent, og ved landets største sykehus ligger den opp mot 50 prosent. Hvor blir det av de som avvises?

Når psykiske plager eller lidelser rammer, trenger folk mer enn gode råd om mestrings. De trenger helsehjelp. De trenger fagfolk med kompetanse på psykisk helse. De trenger tjenester som er tilgjengelige når behovet oppstår, ikke først når problemene har vokst seg så store at

spesialisthelsetjenesten blir eneste alternativ.

Derfor trenger vi en politisk diskusjon som handler mindre om hvordan vi kan redusere kravene til kompetanse i kommunene, og mer om hvordan vi kan bruke kompetansen vi har på en klok måte.

Psykologer representerer høy og spesialisert kompetanse på psykisk helse, og kan bidra til forebygging og tidlig innsats. Kompetansen kan styrke folkehelsearbeidet og veilede andre tjenester. Psykologer kan også gi nødvendig helsehjelp til mennesker som strever med psykiske lidelser. Kommunene trenger begge deler. I møte med fremtidens helseutfordringer trenger vi derfor tydeligere strukturer som sikrer at psykologkompetansen kommer befolkningen til gode.

Det handler også om gode liv og bærekraft. Når det drives godt forebyggingsarbeid, når mennesker får hjelp tidligere, og når psykiske helseutfordringer blir møtt med riktig kompetanse på riktig nivå, reduseres belastningen på andre deler av helse- og velferdssystemet. Fastleger, legevakter, spesialisthelsetjenesten, Nav og barnevern opplever hver dag konsekvensene av psykiske helseutfordringer som ikke blir fanget opp eller behandlet godt nok.

Dette er likevel ikke først og fremst et spørsmål om effektiv ressursbruk. Det er et spørsmål om likeverdige helsetjenester.

Vi ville ikke akseptert at tilgang til hjemmesykepleie eller behandling for høyt blodtrykk var avhengig av hvilken kommune man bor i. Vi kan heller ikke akseptere at tilgangen til psykisk helsehjelp varierer så mye som den gjør i dag.

Psykisk og somatisk helse henger uløselig sammen. Det må også løsningene gjøre. Skal vi bygge en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for fremtiden, må psykisk helse bli en del av grunnmuren.

Det krever politisk vilje. Det krever stabile strukturer og kompetansekrav. Og det krever forutsigbar finansiering som gjør kommunene i stand til å bygge opp og beholde kompetanse over tid.

Innbyggerne trenger ikke flere midlertidige satsinger. De trenger trygghet for at også psykisk helsehjelp finnes når de trenger den.

Får oppdragstaker betalt for jobben når pasienten ikke betaler?



Foto: Felicia Rolff/Psykologforeningen

Ellen Ekre Engh

Spesialrådgiver
i Jus- og
arbeidslivsavdelingen

Flere selskaper endrer nå faktureringsmodellen, slik at den økonomiske risikoen for manglende betaling flyttes til oppdragstaker.

Mange psykologer som jobber som oppdragstakere for selskaper som tilbyr psykologtjenester, opplever nå endringer i hvordan betaling håndteres. Flere firmaer legger om praksis for hvem som tar risikoen dersom pasienten ikke betaler. Dette reiser viktige spørsmål, og vi vil derfor gi noen råd til deg som står i denne typen avtaler.

Dagens avtaler regulerer ofte betalingen psykologer får på følgende måte: «Oppdragstaker fakturerer oppdragsgiver etterskuddsvis for utførte tjenester». Vilkåret for betaling er altså at oppdraget er utført.

«Det er tvilsomt at avtalen kan endres ensidig av selskapet»

En del selskaper som har psykologer tilknyttet som oppdragstakere ønsker nå å endre dette ved å innføre en ny type faktureringsmodell i form av en cut-ordning; Betaling til psykologen vil baseres på faktisk mottatt betaling av pasienten. Dette betyr at psykologen kun kan fakturere for timer som pasienten faktisk har betalt. Dersom timen ikke betales, får ikke psykologen betalt for arbeidet.

En slik endring innebærer at hele den økonomiske risikoen for om pasienten betaler for timen fullt og helt ut faller på psykologen (oppdragstaker). Selv om psykologen har gjennomført timen med pasienten kan psykologen etter ny modell ikke fakturere dersom pasienten ikke har betalt timen.

Å endre modell fra å kunne fakturere for utførte tjenester til faktisk betalte timer, mener vi er en helt grunnleggende endring i avtaleforholdet mellom det aktuelle firmaet og psykologen som oppdragstaker.



Etter avtaleloven § 36 kan avtaler endres, med mindre det vil virke «urimelig» eller være i strid med «god forretningsskikk» å gjøre endringen gjeldende. Vår vurdering er at det her kan stilles spørsmål ved om dette er en klausul som vil virke urimelig å gjøres gjeldene. Usikkerheten rundt psykologens inntjening øker betraktelig og psykologen pålegges et ansvar man per dags dato ikke har.

På denne bakgrunn er vår vurdering at det er tvilsomt at avtalen kan endres ensidig av selskapet (oppdragsgiver). I og med at dette er en avtale mellom næringsdrivende kreves det ikke særskilt begrunnelse for oppsigelse av kontrakten, slik som det kreves i arbeidsforhold. Det er da mest ryddig av oppdragsgiver å si opp gjeldende avtale, der nåværende vilkår gjelder i oppsigelsestiden. Med dette menes at psykologen (oppdragstaker) har krav på å få fortsette arbeidet på gamle vilkår frem til utløpet av kontraktens oppsigelsestid. Etter dette kan oppdragsgiver tilby en ny avtale med endret modell, som psykologen (oppdragstaker) kan velge å signere.

All den tid denne typen avtaler mellom oppdragstaker og oppdragsgiver er kontraktsforhold mellom to selvstendig næringsdrivende, står partene relativt fritt til å sette vilkårene. Det betyr at selskapet (oppdragsgiver) etter vår vurdering i utgangspunktet står fritt til å endre faktureringsmodell i ny avtale. Gjeldende avtale må sies opp og virke på eksisterende vilkår ut oppsigelsestiden, og det kan først deretter innføres ny modell.

Vi anbefaler også å avklare i kontrakt med oppdragsgiver hvem som står for inndrivning av utestående beløp. Er det firmaet eller psykologen selv som skal stå for dette? Hvem som skal bekoste inndrivelsen bør også reguleres. Endelig bør det også reguleres hvordan betalingen til oppdragstaker blir hvis det lykkes å inndrive summen.

Vi oppfordrer våre medlemmer til å vurdere om denne risikoen er noe man ønsker å ta, eller om man ikke ønsker å jobbe under disse nye vilkårene.



Psykometrisk testing har vært komplisert, dyrt og tidkrevende. **Psyktest løser det.**

- ✓ 80+ validerte psykometriske tester
- ✓ Sømløs deling med pasient — ubegrenset testing
- ✓ Testresultat klart til journal med ett klikk

PHQ-9 · GAD-7 · MADRS-S · DASS-21 · AUDIT · DUDIT · ASSIST · MDQ
 HCL-32 · PCL-5 · PTSS-10 · RAADS-14 · WURS-25 · ISI · K10
 WFIRS-S · EDE-Q · LSAS · OCI-R · CAPS-5

140 kr/mnd eller 1 400 kr/år

Eks. mva. Ordinær pris 239 kr/mnd. Start før 14. juli og behold tidlig tilgang-prisen.



Prøv gratis på psyktest.com/behandler

Ingen kort nødvendig

Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 3. august, frist for å bestille annonse er **16. juli**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
August	16. juli	3. august
September	17. august	1. september
Oktober	16. september	1. oktober

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

Psykologtidsskriftet

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



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no > **min side** eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

Noen av våre lesere melder at de ikke mottar Psykologtidsskriftet i postkassen. Årsaken kan være at vi ikke har korrekt adresse i vårt register. Ta kontakt oss så starter vi utsendelsen til deg igjen.

Registrer din nye adresse her:



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret 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.robbestad@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

Sølve Brækkan Halvorsen
Studentrepresentant
spu@psykologforeningen.no

Varamedlemmer

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

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

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

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

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

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

Silje Andreassen
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

Ragnhild Platou Borgersen
hedmark@psykologforeningen.no
456 61 862

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

Jon Børre Rekstad
ostfold@psykologforeningen.no
922 52 667

Fagetisk råd

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

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Bjarte Bønes Bruntveit, visepresident med ansvar
for lønns- og arbeidslivspolitik
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

Serina Fuglestad Sikveland
serina.fuglestad@gmail.com
452 83 244

Barne- og ungdomspsykologi

Per Martin Løken
per.martin.loken@gmail.com
988 34 672

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Ida Anette Bjørk
idanetteb@yahoo.no
994 08 915

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Even Rognan
evenrogan@gmail.com
410 28 606

Nevropsykologi

Heine Hagenberg
heine@skeptic.no
942 46 548

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
SPESIALITETENE**

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

**FAGUTVALG FOR RETTS-
PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

Susanne N. Johansen, leder
sarimonrose@outlook.com
990 49 283

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Øverland, leder
klara.overland@uis.no
406 08 818

**MENNESKERETTIGHETS-
UTVALGET**

Reidar Hjermann, leder
rh@hjermann.no
994 47 291

TESTUTVALGET

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Peter Hurlen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

Terje Opsahl, Sørlandet sykehus, leder
Terje89@gmail.com
410 30 264

Stat

Grethe Strand Rolfsen, Bufetat – r. øst, leder
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no
959 99 232

Kommunal sektor

Trude Hoff, Ringsaker, leder
trudhof@online.no
415 21 900

Avtalespesialister

Henrik Riekeles Vik, Helse Sør-øst, leder
henrik@rivik.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. 7 2026

Helsevesenet henger etter kunnskapen

Matt Oxman

Når fortid blir nåtid etter Utøya

Andreas Espetvedt Nordstrand & Kristin Alve Glad

Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Anne Kathrine Wisløff Nysæter, Kristine Abel, Espen Ajo Arneveik & Karina Egeland

Terapeuters arbeid med unngåelse hos ungdom i traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Kristin Alve Glad, Marte Kristine Dahl & Marianne Skogbrott Birkeland

Operativ psykologi i lokal kriseberedskap

Jarle Eid, Evelyn-Rose Saus & Anita L. Hansen

Voldelig ekstremisme som både angrep og forsvar

Jonas R. Kunst

Kjernekompetanse hos kliniske psykologar

Signe Hjelen Stige

Doktorgrader

Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten

Tom Arild Moe

Diagnose eller minoritetsstress?

Linda Nesse

Brevik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien

Svein Atle Alfarnes

Heteronormativt om partnervold

Tommy Monsen Sotkajærvi

***Alien* – det fremmede, ukjente og menneskelige**

Line Indrevoll Stänicke

Situasjonsrapport: kjærlighet og vilje

Simen Marenus Ekelund

Minneord