

**Frihetens paradoks
– Erich Fromms
*Flukten fra friheten***

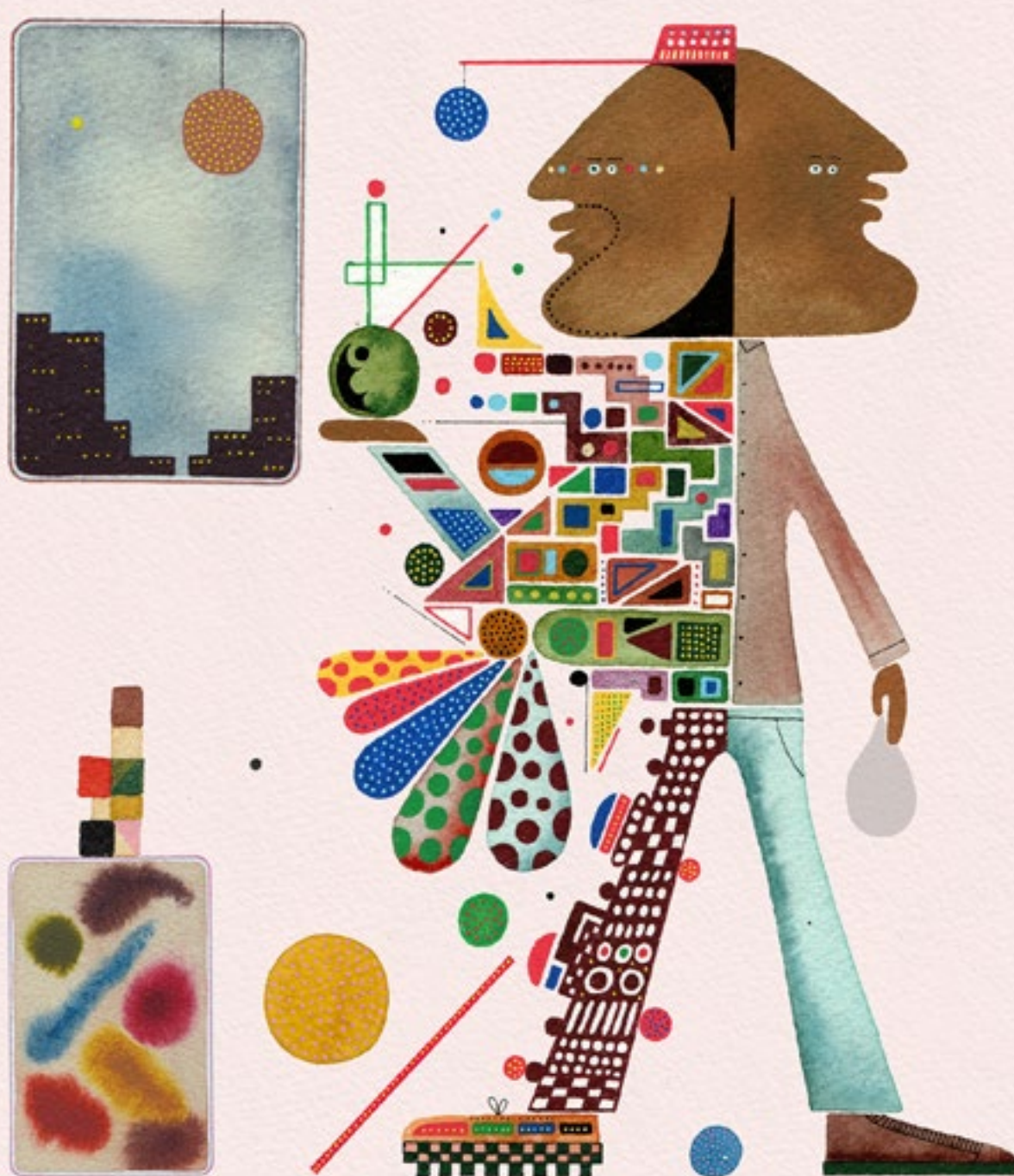
Kristin Mack-Borander

**Spiseforstyrrelser med
kompleks traumelidelse**

Lunde, Bentzrød, Haugan, Johannesen,
Jordheim, Læknes, Randsborg & Vormdal

**Erfaringsbasert
innovasjon med
globalt nedslag**

Bjørn Z. Ekelund



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
24.08.2026

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 16.09, 16.10, 17.11

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 Øivin Horvei
Trykk Aksell AS

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

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

F Fagpressen



INNHold

NR 9 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Øivin Horvei har laget forsideillustrasjonen og forteller: Etter å ha lest artikkelen om boka *Flukten fra friheten* av Erich Fromm, malte jeg motivet uten å skisse. På papiret ved siden av malte jeg dette:



LEDER Katharine Cecilia Williams	556
FRA PRAKSIS Gilad Joseph Beck Viljen til motstand	558
FRA PRAKSIS Bjørn Z. Ekelund Erfaringsbasert innovasjon med globalt nedslag	562
FRA PRAKSIS Øyvind Urnes Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser	566
FRA FORSKNINGEN Hedvig Svendsrud Fedres betydning for spedbarns psykiske helse	573
FRA FORSKNINGEN Pål Kraft Hvorfor det er vanskelig å spise mindre kjøtt	576
DOKTORGRADER	579
EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS Lunde et al. Døgnbehandling for personer med spiseforstyrrelse og kompleks traumelidelse – Skreddersøm uten unnvikelse	580
KOMMENTAR Andrés Lekanger Chemsex-deltakernes erfaring må med	591
KOMMENTAR Rasmussen & Melle Status i norsk rettspsykiatri	593
REDAKSJONEN KOMMENTERER Halvorsen & Raudeberg Ny vitenskapelig arena for norsk nevropsykologi	595
ETIKK-PANELET Henrik Pedersen Dilemma i kliniske beslutninger	597
DEBATT Hegdahl et al. Fagetikk i en ny medievirkelighet	601
KRONIKK Skogli et al. Pearson hindrer nødvendig innsyn	604
BOKSTOFF Klassikeren av Kristin Mack-Borander <i>Flukten fra friheten</i>	607

TEKST Katharine Cecilia Williams
Sjefredaktør

En seier for vårt motsetningsfylte fellesskap

Det viktigste jeg har lært etter at jeg kom tilbake fra ferien? At stamina og samhold fortsatt virker og er en fabelaktig vaksine mot resignasjon.

I januar i år kunne du lese i Psykologtidsskriftet at «Kampen om spesialistutdanningen er trolig over» (Oxman, 2026). Norske helsemyndigheter ønsket en offentlig spesialistgodkjenning som ville føre til at Psykologforeningen ikke lenger skulle drive spesialistutdanningen.

Tittelen vår ble formulert på grunnlag av uttalelser fra involverte aktører og foreliggende saksdokumenter. Da vi publiserte saken, fremstod det hele avgjort. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet konkluderte Helsedirektoratet i egen utredning med en entydig anbefaling om å gjennomføre en offentlig godkjenning og utdanning for psykologspesialister. Helsedirektoratets uttalte målsetting var å styrke det psykiske helsetilbudet til folk over hele landet. De mente at gjeldende kompetansekrav ikke samsvarer med samfunnets behov. Spissformulert: Psykologene har laget en spesialistordning som beskytter egne interesser.

Flere psykologer var positive til en overgang til en offentlig utdanning og godkjenning. Nils Martin Jondalen argumenterte i Psykologtidsskriftet (Jondalen, 2026) at en slik ordning vil medføre sterkere krav til arbeidsgivere om å tilrettelegge for spesialisering av psykologene sine.

For psykologer som har opplevd det vanskelig å oppfylle praksiskravene, fremstår nok dette som et positivt tiltak. Når psykologer må selvadministrere sine spesialistløp, blir det umulig å unngå hyppige og uforutsigbare utskiftninger av behandlere. Flere har problematisert denne siden ved eksisterende ordning, på grunn av de negative konsekvensene for pasientene.

Jondalen skrev at «Psykologforeningen kjemper imot når de burde spilt på lag» (Jondalen, 2026). Han opplevde at det har vært lite debatt rundt temaet oss psykologer imellom.

Februar i år svarte president Hanne Indregard Lind og visepresident Chris Margaret Aanondsen at «Psykologforeningen ønsker å spille på lag» (Lind & Aanondsen, 2026). Her kan vi spore et taktskifte fra Psykologforeningens side, ved å ønske velkommen interessen fra myndighetene for psykologers spesialistutdanning. Foreningen anerkjenner behovet for bedre ordninger for å fullføre praksiskravene. De skriver videre: «Vi deler Helse- og omsorgsdepartementets mål om tydelig kompetanse, god kvalitet og tilgjengelige utdanningsløp.»

Hvis du leser rapporten fra Helsedirektoratet som



FOTO THOMAS BRUN/NTB

anbefaler offentlig ordning, vil du se at det er knyttet stor usikkerhet til hvor store ressurser en overgang vil kreve. Psykologforeningen har de siste månedene argumentert for at tettere dialog mellom myndigheter, tjenestene og fagmiljøene vil bidra til å videreutvikle spesialistutdanningen uten å bygge opp nye byråkratiske strukturer – og har vært opptatt av å sikre videreføring av dagens 12 psykologspesialiteter. Det er viktig av flere grunner enn de interessepolitiske.

Jeg er opptatt av at vi har en god forbindelse mellom vår spesialistutdanning og samfunnets behov, og det ville overraske meg om jeg var alene. En god forbindelse kan vi ikke oppnå uten et gjensidig samarbeid med myndighetene og tjenestene. Samtidig er det etter min mening sentralt at våre fagmiljøer har en styring på innholdet og kvalitetssikringen av utdanningen. Signalene om at myndighetene skulle overta forvaltningen av innholdet i spesialistutdanningen, gjorde meg urolig.

I vinter så det ut som at nettopp det skulle bli realiteten. Nå i august kom beskjeden fra helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre. Det blir ingen statlig spesialistutdanning for psykologer (Liland, 2026).

Helseministeren følger opp Psykologforeningens invitasjon til åpen dialog og ønsker et samarbeidsforum mellom oss, myndighetene og tjenestene.

Kort oppsummert har helseministeren valgt å avvise den opprinnelige anbefalingen fra Helsedirektoratet, og begrunnelsen heter «samarbeid».

Siden februar har offentlig spesialistordning vært tema

og diskutert på konferanser og i Psykologforeningens lokalavdelinger. Informasjon er blitt sendt ut til studenter og nyutdannede. Dialoger har vært initiert med embetsverket, regionale helseforetak, partiene på Stortinget og helseministeren. Store deler av de ansatte i foreningens sekretariat har medvirket i prosessene.

Sist, men ikke minst registrerer jeg at kritiske innspill fra psykologkolleger har blitt hørt, registrert – og tatt inn i arbeidsprosessene.

Jeg kan ikke annet enn å legge meg flat. Til mitt forsvar så virkelig kampen om spesialistutdanningen ut til å være tapt.

Dette er en seier for vårt fellesskap, uansett om du er glad for at Psykologforeningen nå skal videreføre spesialistutdanningen, eller ei. Arbeidet som er gjort, bærer samarbeidets og dialogens kjennetegn. ♡

REFERANSER

- Jondalen, N. M. (2026). Spesialistgodkjenningen bør være en offentlig oppgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 182-185. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso2ae-Spesialistgodkjenningen-bor-vare-en-offentlig-oppgave
- Liland, K.L. (2026, 7. august). *Helseministeren: Vil bevare dagens utdanning*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/helseministeren-vil-beholde-dagens-spesialistutdanning>
- Lind, H. I. & Aanonsen, C. M. (2026). Psykologforeningen ønsker å spille på lag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 249-250. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Psykologforeningen-nsker-spille-p-lag
- Oxman, M. (2026). Kampen om spesialistutdanningen er trolig over. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso1ae-Kampen-om-spesialistutdanningen-er-trolig-over

TEKST Gilad Joseph Beck
Gausel poliklinikk,
Stavanger universitetssjukehus

Viljen til motstand

Med filosofen Schopenhauers tenkning om vilje og frihet blir motstand i terapi mer meningsfullt.

«Man can do what he will, but cannot will what he wills», sa Albert Einstein i en samtale om fri vilje og determinisme, der han forsøkte å oppsummere filosofen Arthur Schopenhauers (1788–1860) tilnærming til å forstå mennesket og hva som driver valgene våre (Planck, 1932/2018, s. 201). Jeg ønsker å ta utgangspunkt i deler av Schopenhauers tenkning for å belyse motstand i terapi, og invitere til refleksjon over hvordan vår faglige forståelse av motstand påvirker måten vi forholder oss til pasientene på.

Motstand kan forstås som pasientens motarbeidelse av terapeutisk endring. Dette kan ha forskjellige årsaker og motiver. Selve motstandsfenomenet finner vi i flere terapiretninger, som tillegger begrepet forskjellig betydning og relevans. I Motiverende intervju (MI) ser man på motstand som en naturlig reaksjon på eksempelvis ambivalens. Motstand er et sentralt begrep i psykoanalysen og innbefatter både bevisste og ubevisste impulser, emosjoner, aktiviteter og motiver som motarbeider progresjonen (Killingmo, 1971, s. 130). Det er denne forståelsen av motstand som ligger til grunn for min kliniske posisjon i teksten.

Jeg skriver teksten med utgangspunkt i en opplevelse av det jeg oppfatter er en for stor tro på pasienters innsikt i egne problemer og løsninger. Jeg tror denne forestillingen preger både mine egne holdninger og psykisk helsevern generelt, og bygger på en idé om at terapi er en noenlunde rett fremprosess.

Som terapeut i det offentlige kan jeg til tider kjenne meg overveldet over de stadig nye påminnelsene og implementeringene som omhandler terapiprosessen, om det så er en ny KI-funksjon som skal hjelpe en med skrivingen, kurs i selvmordskartlegging eller time-til-time-symptomkartlegging. Til tross for at vi bruker programmer som skal hjelpe oss å monitorere symptomer og ord, skriver velformulerte notater og har gode intensjoner, så stopper det opp, og vi blir frustrerte.

Freud (1900) fremmet ideen om at konflikter i det ukjente ubevisste kan forårsake psykiske lidelser. Han fratok på denne måten pasienten ansvaret for lidelsen, dersom vi tenker på ansvar som noe bevisst. Freud antok at intrapsy-

KONTAKT gilad.joseph.beck@sus.no

MERKNAD De kliniske vignettene som gjengis i teksten, er konstruerte.

kiske forsøk på å løse konflikter gjør at lidelsen blir til, og når terapien truer forsvaret, kan det skape motstand som viser seg som motarbeidelse.

Ved å bli klar over motstanden var tanken at terapeuten gradvis kunne danne seg et bilde av hvordan pasienten fungerte, og hva slags situasjoner som ble vanskelige (Jensen & Stänicke, 2018). Som en illustrasjon på den psykoanalytiske forståelsen av motstand kan man se for seg et lite barn som har vokst opp med voldelige foreldre og blitt overveldet av panikk, sorg, sinne eller skyld. Barnet løser den uutholdelige indre spenningen på et ubevisst, intrapsykisk nivå ved for eksempel å fortrenge følelsene. Fortrengningen gjør opplevelsen mindre overveldende, men snevrer samtidig inn bevissthetsen. Når barnet senere havner i situasjoner som vekker lignende følelser, vil forsvaret forsøke å beskytte barnet på nytt. I terapi vil vi kunne oppleve at et slikt aktivert forsvar bremser fremgangen.

Jeg ønsker å bruke Schopenhauers begreper om vilje og frihet, med utgangspunkt i avhandlingen *Prize essay on the freedom of the will* fra 1839, for å reflektere over det psykoanalytiske begrepet motstand. De kliniske vignettene brukes for å belyse hvordan vilje og frihet kan være begreper for å forstå og gripe pasientens motstand.

Undring over motstand

Min erfaring er at man for sjelden undrer seg over meningen eller funksjonen i at pasienten motsetter seg endring. Jeg tenker at kreftene som jobber mot endring, mot terapien, kan være sentrale hint om et område i pasientens psyke som ikke er utforsket enda, og som derfor er sårbart, ukjent og fryktelig skummelt å gå inn i. Hva pasienten unnlater å fortelle, kan si noe om hvorfor han eller hun har de aktuelle vanskene.

Frihetens illusjon

Frihet er ifølge Schopenhauer fraværet av hindre, som kan være både fysiske (å kunne bevege seg slik man vil, i motsetning til for eksempel å være fengslet), intellektuelle (å forstå sine egne motiver for de valgene man tar, i motsetning til om man for eksempel har en sinnslidelse med liten innsikt) og moralske (å leve slik man ønsker, uten å være begrenset av *noe*, altså ideen om å leve etter ens egen *vilje* og *ens egne valg*). Ifølge Schopenhauer har man ikke frihet til å velge, men det finnes hindringer og innskrenkninger som i varierende grad påvirker våre valgmuligheter. I det daglige tenker man på frihet som en egenskap som gjør at man kan velge, et overskudd. Jeg kan velge å ha på meg disse klærne eller noen andre. Jeg kan velge å si noe eller ikke si noe i det hele tatt. Jeg kan også velge å dra til den andre siden av jorden og starte et nytt liv. Jeg velger derimot å si det jeg sier, ha på meg disse klærne og bli boende her jeg bor. Hva er det da som gjør at jeg tilsynelatende tar disse valgene – jo, det er *viljen*.

Kan man da velge å *ville* noe? Schopenhauer mener vi velger slik vi gjør fordi valgene er nødvendige. Nødvendig følger av et gitt tilstrekkelig grunnlag: Dersom x skjer, må

y være konsekvensen (Schopenhauer, 2009). Om noe er nødvendig ut fra en årsak eller grunn, så kan ikke valget kalles fritt, ifølge Schopenhauer. Viljen er ikke fri – den er en konsekvens av det vi gjør, som vi gjør fordi det er nødvendig. Viljen vi opplever, er altså et nødvendig resultat av erfaringer. Man kan da i lys av Schopenhauers tenkning forstå pasienters symptomer som nødvendige uttrykk for noe som har vært.

Selvbevissthet og nødvendige symptomer

Alvorlige symptomer, som psykosymptomer eller sterke selvmordstanker, aktiverer terapeutens ønske om å hjelpe, ofte ved å redusere symptomene. Slik terapeutisk innsats kan bli et repeterende mønster, der man driver «brannslukking» eller symptomreduksjon uten å bidra til å endre årsaken til, eller det som nødvendiggjør, symptomene. I spesialisthelsetjenesten har man ofte rammer for ukentlige samtaler, og kan oppleve at de 45 minuttene vi har til rådighet, bør brukes på noe pasienten «kan ta med seg». Ogden og Gabbard (2010) advarer mot å bli for opphengt i symptomene til pasientene i terapi, og ser på både eksterne og interne motivatorer som gjør oss mer opptatt av å redusere symptomer. I det offentlige er det nok av symptomkartlegginger som kan brukes både for å rettfærdiggjøre behandling eller for å avslutte forløp.

I det følgende eksempelet hos en poliklinisk pasient med en psykoselidelse vil man som terapeut rette oppmerksomheten mot det som viser seg: symptomene. Dette kan være hallusinasjoner eller vrangforestillinger som pasienten tar opp. Standard behandling, som å forsøke å redusere symptomene med antipsykotika, gjør ofte personen mer tilgjengelig for samtalerapi og gir tilgang til personens psykiske ressurser. Jeg mener likevel det har verdi å undre seg over symptomenes tilblivelse, funksjon og nødvendighet.

Klinisk vignett 1

Vegard er en mann i tyveårene med en psykoselidelse. Han har gått i terapi i flere år etter et alvorlig selvmordsforsøk i psykose. I terapitimene får han utløp for vonde tanker og følelser som han bærer på, ofte av en selvdestruktiv og streng karakter. Et hyppig symptom han oppgir, er negative stemmer som kommenterer det han gjør, og rakker ned på ham. Stemmene kan si at han ikke er god nok, at han burde gi opp. De devaluerende stemmene er ikke noe Vegard har valgt, og dersom han kunne valgt stemmene vekk, ville han gjort det uten å nøle.

Schopenhauers tanker om selvbevissthet kan invitere til å forsøke å forstå nødvendigheten og hvorfor symptomene viser seg på denne måten. For eksempel: Gjenspeiler stemmene en strenghet Vegard har opplevd tidligere i livet, i form av en krevende forelder med høye forventninger? Kan stemmene representere et skjørt selvilde, at det han egentlig tenker om seg selv, er det stemmene



FOTO JOEY GENOVESE

kommuniserer? Vi kan lure på hva slags erfaringer han har med å møte motgang og kjenne på nederlag. Hvordan responderte omgivelsene?

Når man vil motstridende ting

Handlingene våre og væremåten sier mye om hvem vi er. I det følgende eksempelet motarbeider en person oppfyllelsen av sitt eget bevisste ønske om å ta utdanning med økt rusatferd. Handlingene kan virke uforståelige og selvdestruktive, men kan handle om noe som ikke er åpenbart verken for pasienten eller terapeuten. I vignetten som følger, kan man lure på hva pasienten egentlig vil, og i hvor stor grad hun er klar over det.

Klinisk vignett 2

Kari er en kvinne tidlig i tyveårene, som til tross for sin unge alder har en omfattende historie med bruk av diverse rusmidler. Hun kan ha perioder på mange måneder uten rusmiddelbruk og har flere ganger forsøkt seg på universitetet, som har vært et langvarig mål for henne. Hun forteller at når hun har tilbakefall, øker uroen gradvis, og hun overbeviser seg selv om at denne gangen skal hun ruse seg kontrollert uten at det går ut over studiene.

Hos Kari observerer man en konflikt mellom ønsket hennes om å ruse seg og om å studere. Vi kan lure på hvorfor Kari ruser seg: Frigjør hun seg fra ansvar, unngår hun ubehag knyttet til studiene, føler hun en utilstrek-

kelighet eller lignende? Egentlig bør man lure på hvilket behov Kari erstatter med rus, og forsøke å forstå dette umøtte behovet.

Schopenhauer kaller vår bevissthet over andre ting enn oss selv for *cognitive faculty*, som knytter seg til objekter i den ekte verden. Den ekte verdenens objekter (mennesker, naturen, miljøet osv.) former oss og er nødvendige for at vi skal ville noe.

Man kan se for seg at Kari vokste opp med foreldre som neglisjerte behovene hennes som barn. Hun forsøkte å imponere dem ved å utmerke seg kreativt og vise seg frem. Heller enn å berømme henne for innsatsen fikk Kari nedlatende tilbakemeldinger som gjorde henne skamfull. Hun tilpasset seg foreldrene og ble gradvis mindre opptatt av å vise seg frem, og hun holdt seg mest for seg selv. Likeledes mistet hun motivasjonen til å prøve å være god, og ble passiv i sin utfoldelse.

Kari har integrert i seg selv at å vise seg frem er risikofylt, og noe som vekker en sterk skamfølelse. Hun kommer fra et hjem der ingen har tatt høyere utdanning, så når Kari har ambisjoner og et ønske om utdanning, vekker det også til live forsvaret hennes. Det ubevisste advarer henne: *Hva prøver du egentlig å vise nå? Prøver du å imponere noen?* Skammen aktiveres, og hun vil vekk. Som liten trakk hun seg unna ved å være for seg selv på rommet sitt. Nå trekker hun seg unna ved å ruse seg vekk fra situasjonen som skaper ubehaget. Konflikten til Kari er løst. Hun trenger ikke lenger å kjenne på skammen, men kan i stedet kjenne på fornemmelser hun er fortrolig med fra tidligere erfaringer: en tilbaketrukket passivitet og erkjennelse av at hun ikke duger.

Vi spoler frem til tidspunktet i terapien da vi

blir kjent med Karis forsvarsmønster og oppvekst. Terapeuten kan bli et objekt som påvirker pasientens *cognitive faculty*, og forsøke seg på en tolkning av hva som gjør studiene så vanskelig, og hva som gjør at rusen blir en slags løsning. Hvis tolkningene terapeuten legger frem, gir mening for Kari, vil hun kunne innlemme tolkningene i seg selv. Når lignende situasjoner oppstår i fremtiden, kan hun bli bevisst på sitt tidligere ubevisste forsvar og lære seg å snakke om det hun før kun handlet på. Kari kan si at hun føler seg mislykket, istedenfor å skape situasjoner der hun faktisk er det. Slik kan hun endre sin virkelighet, og slik vil også de bevisste og ubevisste behovene hennes eller nødvendigheten kunne endres fra å måtte beskytte seg selv til å kunne bli kjent med nye, tidligere forbudte sider av seg selv.

«You can *do* what you *will*: but at each given moment of your life you can *will* only one determined thing and by no means anything other than this one» (Schopenhauer, 2009, s. 48).

Terapi, innsikt og ansvar

Så langt har jeg reflektert over hvordan Schopenhauers begrep om vilje kan invitere til en klinisk forståelse av symptomer, valg og handlinger som nødvendige ut fra det grunnlaget vi har som menneske. I de psykoanalytisk orienterte tilnærmingene utgjør motstanden en uunn-gåelig del av forsvaret som vil aktiveres i terapi, og som man skal jobbe med. I situasjoner der pasienten plutselig begynner å oppføre seg annerledes ved å komme for sent til terapitimen, ikke lenger være spontan, slutte å ta med materiale å snakke om eller bli svært opptatt av å være en flink pasient, kan vi tenke at det handler om motstanden. Killingmo (1971) mener psykoanalysen er karakteristisk ved å ha profesjonell skepsis overfor radikale endringer. Ut fra Schopenhauers tenkning mener jeg man kan si at pasienten ikke kan annet enn å være på en bestemt måte gitt grunnlaget vedkommende har. Men forbindelsen mellom symptomene og opprinnelsen deres er langt fra åpenbar, og pasient og terapeut kan enes om at årsaken til endringene og vanskene kan ligge i det som enda ikke er kjent. Her oppdager vi dobbeltheten i motstanden. Motstanden er til stede for å beskytte individet mot det ubevisste. Kun én del av pasientens bevissthet tror på det terapeutiske prosjektet. Samtidig vil en stor del av det ubevisste sinnet være skeptisk til prosjektet. Forsvaret har tross alt hjulpet personen å overleve i dette uforutsigbare og vanskelige livet så langt. En impuls må da melde seg, kan det bli verre?

— pasienten kan ikke annet enn å være på en bestemt måte

Avsluttende refleksjoner

Schopenhauer skrev om krefter i og utenfor mennesket som rettleider oss til å gjøre det vi gjør. Senere utformet Freud sin psykoanalytiske teori om hvordan det ubevisste, drifter, indre fantasier og konflikter til tider fører oss inn i destruktive repetitive mønstre som vi ikke oppdager på egen hånd.

Schopenhauer og Freud tar utgangspunkt i enkelt-mennesket og det intrapsyke, mens senere britiske psykoanalytikere som jobbet med objektreasjonsteori, viet større oppmerksomhet til relasjonene som oppstår og spilles ut mellom mennesker. Jensen og Stänicke (2018) skriver om motstandens dobbelthet som både en intrapsyke og interpersonlig konflikt. For eksempel kan det å holde seg taus i rommet være en protest både mot det terapeuten har sagt eller ikke sagt, og som en indre kamp som i utgangspunktet handler om noe annet. Dobeltheten fordrer at man som terapeut er klar over egen påvirkning på pasientens motstand.

Schopenhauer (2009, s. 65) skriver:

Just as a ball cannot start into motion on a billiard table until it receives an impact, no more can a human being stand up from his chair until a motive draws or drives him away: but then his standing up is as necessary and inevitable as the ball's rolling after the impact.

Jeg tenker at frihetens illusjon og viljens nødvendighet fratar motstanden den potensielt ødeleggende effekten den kan ha på terapi. Med Schopenhauers insistering på nødvendighet og terapeutens iboende nysgjerrige *hvorfor* blir spørsmålet om motstand i terapien langt mer givende enn å se på den kun som et hinder. Jeg tenker man bør prøve å oppdage motstanden, benevne den, forstå den, respektere den og jobbe seg gjennom den. Motstanden er en hindring for endring og ikke et hinder for selve terapiprosessen (Jensen & Stänicke, 2018). ☹

REFERANSER

- Freud, S. (1900). The Interpretation of Dreams. I *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 4, 9–627. Hogarth Press.
- Jensen, M. B. & Stänicke, E. (2018). Motstand som intrapsyke og interpersonlig fenomen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 486–495. <https://www.psykologtidsskriftet.no/>

- artikkel/2018aso6ae-Motstand-som-intrapsyke-og-interpersonlig-fenomen
- Killingmo, B. (1971). *Den psykoanalytiske behandlingsmetode: prinsipper og begreper*. Universitetsforlaget.
- Ogden, T. H. & Gabbard, G. O. (2010). The lure of the symptom in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(3), 533–544.

- <https://doi.org/10.1177/0003065110376080>
- Planck, M. (2018). *Where Is Science Going?* Ink tank Publishing. (Opprinnelig utgitt 1932)
- Schopenhauer, A. (2009). Prize essay on the freedom of the will. I C. Janaway (Red.), *The Two Fundamental Problems of Ethics* (s. 31–112). Cambridge University Press.

TEKST Bjørn Z. Ekelund
Human Factors AS

Erfaringsbasert innovasjon med globalt nedslag

Innovasjon krever samspill mellom praksis og akademia, og forståelse av utfordringene som oppstår i samspillene.

Hvordan kan vi som psykologer bygge opp faglige konsulentmiljø som både utvikler ny kunnskap i samspill med akademiske institusjoner og samtidig bidrar til praksisnær innovasjon? Spørsmålet har fulgt meg siden jeg på slutten av 1980-tallet var med på å etablere OPI-Nord AS, et organisasjonspsykologisk konsulentmiljø i Nord-Norge. Vår ambisjon var å bygge et robust fagmiljø der erfaringene ble værende, analysert og reflektert over – og der kunnskapen kunne videreutvikles til ny, relevant og virkelighetsnær praksis.

Jeg ønsker her å vise hvordan praksiserfaringer kan danne grunnlag for ny kunnskap, hvordan samarbeid med akademia kan by både på muligheter og utfordringer, og hvordan enkle rammeverk kan videreutvikles til attraktive, globale verktøy.

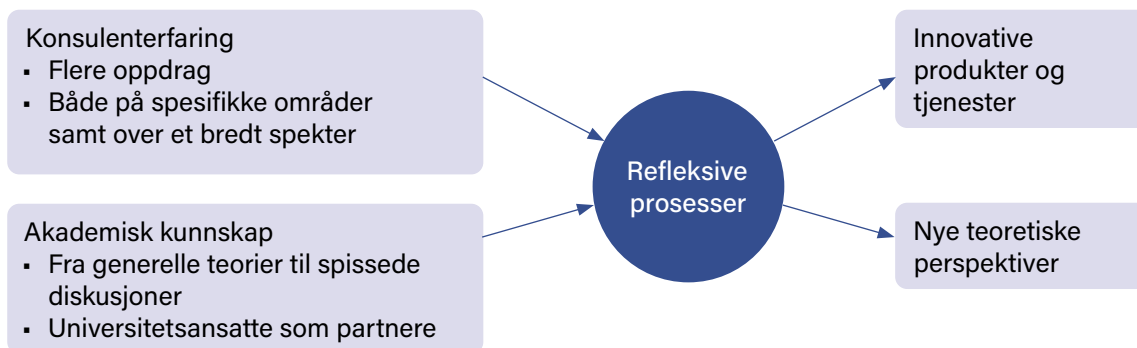
Fagstrømninger i Tromsø på 80- og 90-tallet

I OPI-Nord AS utviklet det seg etter hvert en gruppe på fem til seks psykologer og pedagoger med mye entusiasme og gjensidig tillit. Flere faglige impulser som var sentrale i Tromsø-miljøet på den tiden, fikk betydning for utviklingen av vår innovasjonsmodell. Utviklingen viser hvordan organiseringen av konsulentmiljø ofte kan ha utspring i teori og forskning som er aktuell på tidspunktet utviklingen skjer.

Innen organisasjonskulturlitteraturen tydeliggjorde Edgar Schein hvordan grunnleggende antakelser, uttrykt gjennom språk og metaforer, er sentrale for å forstå organisatorisk atferd (Schein, 1985). Chris Argyris og Donald Schön

KONTAKT bze@human-factors.no

MERKNAD Diversity Icebreaker® eies og distribueres av Human Factors AS. Forfatter Bjørn Z. Ekelund er hovedak-sjonær i Human Factors AS og har derfor økonomiske interesser i konseptets anvendelse.

Figur 1*Erfaringsbasert innovasjonsmodell*

viste videre hvordan refleksjon over praksis kan bidra til å avdekke underliggende strukturer og paradigmer (Argyris & Schön, 1978; Schön, 1983).

I Nord-Norge demonstrerte Tom Andersen hvordan reflekterende team, gjennom refleksjoner utenfra, kunne tilføre informasjon og dermed bidra til endringer i familiepraksis (Andersen, 1987). Jean-François Lyotard fremhevet hvordan kunnskap organiseres gjennom informasjonssystemer, og hvordan kreativ innsikt kan oppstå i *nexus* – knutepunkter der ulike ideer, erfaringer og diskurser kobles sammen (Lyotard, 1984).

Grobunn for praksisutvikling

Med fagstrømningene som bakgrunn stilte vi oss følgende spørsmål: Hvordan kunne vi fungere som et slikt *nexus*, og bidra til å forme informasjonsstrømmer slik at vi kunne utvikle original kunnskap og konsepter som er nyttige for ledere og for organisasjoner? Utgangspunktet var et søkelys både på intern organisering, med utgangspunkt i litteraturen i organisasjonspsykologi, og utvikling av eksterne relasjoner, som gjorde oss til en relevant samarbeidspartner for akademia, og som dermed kunne bidra til videre innovasjon.

I en liten konsulentgruppe med mye psykologisk trygghet og kontinuitet mente vi å kunne skape en dypere forståelse av praksis ved systematisk refleksjon over egne erfaringer, og dermed åpne for både faglig og personlig kreativitet med relevans for kundene. Vi bearbeidet erfaringer kollektivt gjennom ukentlige oppsummeringer internt i selskapet, og gjennomførte workshops med kunnskaps- og produktutvikling. Blant annet lagde vi en opplæringsmanual for konflikthåndtering, som ble brukt til undervisning etter at vi hadde arbeidet med 20 vanskelige arbeidskonflikter (Ekelund, 1992).

Vi utviklet eksterne relasjoner, for kunder gjennom et stort antall kundeoppdrag, og for akademiske miljøer ved å anvende akademiske begreper og modeller i kundeoppdragene. På den måten kunne vi samle erfaringer og

observasjoner fra mange ulike organisatoriske kontekster.

På bakgrunn av refleksjonene om erfaringsbasert innovasjon utviklet vi en enkel innovasjonsmodell, som også har vært utgangspunktet for senere arbeid med organisasjonsutvikling.

Innovasjon for bedre kommunikasjon

Jeg brukte erfaringen fra utviklingen av den grunnleggende innovasjonsmodellen da jeg i 1993 etablerte Human Factors AS i Tønsberg og Oslo. I selskapet prøvde vi ut ulike psykologiske kartleggingsverktøy, før vi i 1995 utviklet et eget konsept knyttet til kommunikasjonsstiler, senere kalt Diversity Icebreaker. Konseptets sentrale begreper vokste fram gjennom fokusgrupper hos en kunde. Problemstillingen handlet om hvordan man på en troverdig og effektiv måte kunne kommunisere og gi råd til kunder. Vi identifiserte preferanser for kommunikasjonsstil i tre ulike retninger: En mer saksorientert (blå), en mer relasjonsorientert (rød) og en mer endringsorientert (grønn) stil.

Utgangspunktet for kommunikasjonsstilene var behovene til kundene som mottagere, heller enn et bredt faglig fundament hos avsenderne. Vi gjennomførte et første valideringsarbeid med de tre kommunikasjonsstilene (Ekelund, 1997), og designet deretter et seminar der deltakerne samskapte en felles forståelse av stilene. Seminaret ble sentralt i den senere faglige utvikling av Diversity Icebreaker. Seminaret bestod av en firedelt prosess som kombinerte et spørreskjema med en påfølgende interaktiv prosess:

- Deltakerne besvarte et spørreskjema og fikk resultater på blå, rød og grønn umiddelbart i form av tall.
- Deltakerne ble plassert i like store «ensfargede» grupper etter sine preferanser og ble bedt om å beskrive seg selv og de andre.
- Deretter delte gruppene sine beskrivelser i plenum.
- Til slutt reflekterte deltakerne over prosessen.

Seminaret fikk en langt mer positiv mottakelse enn vi hadde forventet. Tredelingen mellom blå, rød og grønn viste seg å være lett å forstå og lett å mestre. Deltakerne tydeliggjorde hva fargene representerte, gjennom henvisninger til konkrete erfaringer fra egen praksis, og fargene ble ofte umiddelbart integrert inn språkb Bruken og forsterket derved den kollektive læringen. Fargekategoriene ble gradvis mer meningsfulle, noe vi gjenkjente som en prosess som ligner språkutvikling i organisasjonskulturer.

I fase fire ble det tydelig for deltakerne at forskjeller i kommunikasjonsstiler kunne være konstruktive dersom forskjellene ble integrert i et gjensidig samspill, der ulike bidrag fikk en funksjonell rolle. Vi så at fargekategoriene hadde potensial langt utover bruk i seminarer og teamutvikling. Innsikten førte oss videre til en mer eksplisitt vektlegging av teamroller, som senere ble en sentral plattform for presentasjon av kommunikasjonsstilene i markedet (Ekelund & Jørstad, 2002).

Spenninger mellom praksis og akademia

En gjentakende forskjell mellom vår praksiserfaring og mer tradisjonelle akademiske tilnærminger var den flerfaglige karakteren i refleksjonene rundt egen praksis. For oss var seminaret en flerfaglig prosess der en naturvitenskapelig inspirert psykologisk tilnærming – representert ved bruk av spørreskjema og tester – videreføres i en samfunnsvitenskapelig orientert prosess. I prosessen blir resultatene, representert ved farger, gjort meningsfulle gjennom dialog og forankring i deltakernes egne erfaringer.

Seminaret avsluttes med en kollektiv refleksjon som i noen grad kan minne om prosesser kjent fra humanistiske terapeutiske tradisjoner, når deltakerne utforsker alternative måter å forstå, arbeide og kommunisere sammen på. Prosessen trekker altså på ulike faglige tradisjoner som i begrenset grad er integrert i etablerte akademiske fagdisipliner. Refleksjon over erfaringer, når den foregår i trygge rammer og kobles til relevant teori, kan bidra til utvikling av originale begreper og verktøy som ikke nødvendigvis springer direkte ut av akademisk forskning.

Samtidig har samarbeid med akademiske miljøer vært sentralt for vår erfaringsbaserte innovasjonsmodell. Akademikere har deltatt med empiriske valideringsstudier som har vært viktige i forbindelse med vår søknad til DNV om sertifisering av utviklingsverktøyet for kommunikasjonsstiler (Ekelund et al, 2013). Vi fortsatte samarbeidet med en rekke forskere, og redigerte to forskningsbøker med ulike bidrag fra hovedoppgaver, konferanser og artikler (Ekelund & Langvik, 2008; Ekelund & Pluta, 2015). Korrelasjonsstudier viste blant annet sammenhenger mellom fargene og personlighetstrekk, verdier og kognitive stiler (Ekelund & Pluta, 2015).

Retrospektivt ser vi likevel at den akademiske publikasjonsverden i stor grad er isolert fra praksisfeltet. Felles prosjekter krever betydelige ressurser, og det er vanskelig for oss å begrunne vår ressursbruk gjennom økonomiske gevinster. Faglig verdi og legitimitet er den

største verdien som oppnås. Vår erfaring er at mange forskere ønsker å produsere kunnskap innenfor sine egne spesialområder, og i mindre grad tar utgangspunkt i praksisfeltets problemstillinger og tilhørende innovasjoner. Forskjellen i interesser kan gjøre det utfordrende å bygge opp interesse og kontinuitet hos akademikere for noe som i større grad utvikles i praksis og med utgangspunkt i våre og kunders behov.

Tross noe manglende integrering i akademiske miljøer har konseptet om kommunikasjonsstiler blitt anvendt blant annet i leder- og ledelsesutvikling. En av våre kunder anvendte senere konseptet i retorikkopplæring av ledere (Synnes-Kaasa, 2003), der fargene ble koblet til klassiske retoriske begreper: etos (grønt), logos (blått) og patos (rødt). Videre har jeg anvendt fargene som ekvivalente beskrivelser av ledelsesdimensjonene mennesker (rødt), oppgaver (blått) og endring (grønt), i samsvar med Arvonen og Ekvall (1996) og Yukl (2000), på ulike nivåer i organisasjoner (Ekelund, 2018).

Forskning og praksis i globalt samspill

Ulikheter i stil og perspektiv, som kan måles med kategoriene blå, rød og grønn, er ofte kilder til irritasjon og misforståelser. Slike forskjeller kan i stedet bli ressurser i samarbeid når de gis et enkelt og felles språk, som er relevant i kryss-kulturelle sammenhenger. Verktøyet vi utviklet, ble første gang anvendt i en internasjonal og flerkulturell kontekst i 1999 i Bosnia. Her ble det brukt til å bygge bro mellom lokale representanter og internasjonale aktører i fredsbevarende styrker (Maznevski & Ekelund, 2004).

I Bosnia observerte vi at deltakerne utviklet et felles språk for å uttrykke ulike perspektiver på tvers av kulturelle motsetninger. Et slikt felles språk bidro til å etablere et nytt fellesskap, der forskjeller kunne diskuteres og brukes konstruktivt i arbeidet med å finne løsninger (Maznevski & Ekelund, 2004). Gjensidig anerkjennelse av blått, rødt og grønt bidro tilsynelatende til forventninger om å bli møtt på en mer konstruktiv måte av andre parter i konflikten.

Erfaringen med nytten av kommunikasjonsstiler i konfliktløsning førte til at jeg tok initiativ til samarbeid med akademikere og praktikere i Midtøsten for å undersøke hvordan kommunikasjonsstiler kunne anvendes i kontekster med mer komplekse konflikter. Prosjektet viser hvordan praksisutvikling og akademisk arbeid, til tross for noe motstridende interesser, også kan utfylle hverandre i å skape et godt kunnskapsgrunnlag for praksisarbeid.

I praksisfeltet resulterte satsingen i et fredsprosjekt som involverte ni skoler fra Palestina, Jordan og Israel, med til sammen rundt 700 elever og 60 lærere. Diversity Icebreaker ble brukt i starten av dialogprosesser for å etablere en felles positiv opplevelse og et felles språk. Prosjektet ble ikke gjennomført som et forskningsprosjekt, og det foreligger ikke systematiske evalueringer av effekten utover kundetilbakemelding fra oppdragsgiver. Annika Khano, som ledet prosjektet, fremhevet hvordan

fargekategoriseringen skapte nye grupper og perspektiver som ikke var bundet til kulturell tilhørighet (Ekelund & Pluta, 2015).

På den akademiske siden i Midtøsten har Diversity Icebreaker blitt anvendt i studier med studenter fra Jerusalem som reflekterer regionens kulturelle sammenheng. Gjennom mer enn ti år med eksperimentell forskning er det dokumentert at intervensjonen kan redusere mistillit, øke positivitet og fremme større oppmerksomhet mot andre perspektiver (Arieli et al., 2018). Effektene kan igjen bidra til økt psykologisk trygghet i dialog, samarbeid og konflikthåndtering (Arieli et al., 2025).

Forskningen i Jerusalem illustrerer en vedvarende utfordring i forholdet mellom akademisk og praksis. Eksperimentelle design, som gir høy metodisk kontroll, er ofte vanskelige å anvende i komplekse praksiskontekster som fredsarbeid. I slike tilfeller vil praksisarbeidet, som er mindre kontrollert, bidra til en type komplimenterende kunnskapsutvikling som beriker akademisk kunnskap både med relevant kontekst og nye hypoteser.

Afrikansk filosofi integreres inn i praksis

De siste årene har vi erfart en interessant vending – i en av de største kommunene i Norge har en leder med afrikansk og psykologisk bakgrunn anvendt vårt verktøy og kombinert dette med den afrikanske filosofien Ubuntu. «Ubuntu» kan for enkelthets skyld oversettes til «jeg er fordi vi er», og understreker at vår menneskelighet formes gjennom relasjonen til andre.

I kommunen introduserte han det han kalte Ubuntu Diversity Icebreaker, en videreutvikling av vårt verktøy Diversity Icebreaker som en del av et utviklingsarbeid i 2022. Ca. 1/3 av de ansatte, nå over 2500 personer med og uten ledelsesansvar, har deltatt. I en forskningsartikkel basert på intervjuer av 25 kommuneansatte i 2024 (Elkington et al., 2025) pekes det på flere gjennomgående temaer, i tillegg til en tydelig opplevelse av fellesskap:

- «Sawubona – jeg ser deg»: Lederne rapporterte at de i større grad «så» medarbeiderne sine, i betydningen å anerkjenne dem som hele mennesker.
- Psykologisk trygghet: Humor, felles språk og gjensidig respekt styrket opplevelsen av trygghet.
- Forsterket kommunikasjon: Rød, blå og grønn ble brukt som enkle metaforer for å tilpasse budskap og samarbeid.
- Mangfold som ressurs: Ulike preferanser ble i større grad sett som komplementære styrker.

Denne erfaringen viser hvordan praksis kan berikes når den kombineres med en afrikansk humanistisk filosofi som setter menneskelig verdighet i sentrum. Ubuntu-filosofien bidrar også til en ekstra tydeliggjøring av de mer idealistiske og humanistiske elementene i vårt konsept (Ekelund, 2018).

Samspill mellom innovasjon og forskning

Vår erfaring med utvikling av verktøy for å teste kommunikasjonsstiler viser hvordan praksisnær innovasjon kan oppnås gjennom å reflektere systematisk over egne erfaringer og ved å involvere akademikere i kunnskapsutviklingen.

Erfaringen med å kombinere verktøyet med filosofien Ubuntu peker samtidig på noe mer: Psykologiske verktøy får enda større kraft når de kobles til filosofier som tydeliggjør vår grunnleggende avhengighet av hverandre. I en tid preget av polarisering kan kanskje nettopp slike kombinasjoner – der teori, praksis og filosofi møtes – gi oss nye nøkler til å forstå, anerkjenne og se hverandre.

Historien viser også hvor viktig det er at psykologer i praksisfeltet tar rollen som brobyggere mellom forskning, praksis og kultur. Når vi våger å løfte blikket og hente inspirasjon fra andre tradisjoner, kan vi bidra med verktøy og perspektiver som både styrker enkeltmennesker og organisasjoner – og samtidig setter psykologifaget inn i en større, global sammenheng. 🗨️

REFERANSER

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- Arieli, S., Elster, A. & Ekelund, B. Z. (2025, 29. juli). *Mind the gap* [Paper presentation]. Academy of Management Annual Meeting, Copenhagen, Denmark.
- Arieli, S., Rubel-Lifshitz, T., Elster, A., Sagiv, L. & Ekelund, B. Z. (2018, 3. januar). *Psychological safety, group diversity, and creativity* [Konferansebidrag]. 3rd Israel Organizational Behavior Conference, Tel-Aviv, Israel.
- Arvonen, J. & Ekvall, G. (1996). *Effective leadership style both universal and contingent?* (Reports from the Department of Psychology No. 819). Stockholm University, Department of Psychology.
- Ekelund, B. Z. (1992). *Konflikthåndtering* (Upublisert opplæringsmanual).
- Ekelund, B. Z. (1997). *The application of a model which integrates market segmentation and psychological theories to change energy consumption in households* [Upublisert masteroppgave]. Henley Management College/Brunel University.
- Ekelund, B. Z. (2019). Diversity Icebreaker for ledere. Human Factors Publishing.
- Ekelund, B. Z. (2019). *Unleashing the power of diversity: How to open minds for good*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429469466>
- Ekelund, B. Z. & Jørstad, K. (2002). *Team Climate Inventory – intervention manual* (Danish ed.). Danish Psychological Publication.
- Ekelund, B. Z. & Langvik, E. (Red.). (2008). *Diversity Icebreaker: How to manage diversity processes*. Human Factors Publishing.
- Ekelund, B. Z., Pluta, P. & Ekelund, H. K. (2013). *Documentation for description and evaluation of the Diversity Icebreaker*. Application for DNV.
- Ekelund, B. Z. & Pluta, P. (Red.). (2015). *Diversity Icebreaker II: Further perspectives*. Human Factors Publishing.
- Elkington, R., Quantick, R., Ekelund, B. Z., Dako, K., Abbasioun, M. & Appiah, H. (2025). The influence of the Ubuntu Diversity Icebreaker on leadership and followership dynamics in a large Norwegian municipality. *International Journal of Public Leadership*, 21(4), 376–394.
- Liotard, J.-F. (1984). *The postmodern condition: A report on knowledge* (Vol. 10). University of Minnesota Press.
- Maznevski, M. L. & Ekelund, B. Z. (2004). Cultural dimensions in action: Democratic elections in post-war Bosnia. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 15(1), 45–57.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Synnes-Kaasa, M. (2003). *Retorisk ledertrening for sykehusledere* (Treningsmanual). Helse Sør.
- Yukl, G. (2000). *Leadership in organizations*. Pearson.

TEKST Øyvind Urnes
Privatpraksis

Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser

Alle har helt unike erfaringer og opplevelser. Derfor bør persontilpasset behandling være målet i psykisk helsevern.

Professor Sigmund Karterud startet en viktig diskusjon i Psykologtidsskriftet om grunnlaget for psykiske lidelser i essayet «Hva er psykisk lidelse?» (Karterud, 2023), i kjølvannet av innlegget fra styret i Norsk psykiatrisk forening (NPF) om pilleskam (Lien, Reitan et al., 2023). Senere har styret i NPF forsvart sykdomsmodellen (Lien, Shaygani et al., 2023), mens andre har pekt på at den biomedisinske modellen ikke er egnet for forståelse og behandling av psykiske lidelser (Christie, 2025).

Psyken er forankret i personers kroppslige erfaringer, og hjernen vil alltid være involvert i å gi subjektive opplevelser. Jeg tenker at både fysiske og psykiske sykdommer kan forstås som oppstått i en sirkulær etiologisk prosess hvor biologiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer samspiller og påvirker utfallet av sykdomsprosessen. I teksten her argumenterer jeg for at dagens diagnoser ikke gir dette helhetsbildet, basert på min faglige forståelse av psykiske lidelser.

Er psykiske lidelser sykdommer, eller er de grunnleggende annerledes enn fysiske sykdommer? Vi kan møte et dualistisk syn mellom psyke og kropp hvis vi ikke kan vise at psyken er en del av det kroppslige biologiske systemet. «Psykisk lidelse» er et begrep om det subjektive, om lidelsen. Men hva med det

— Den biomedisinske modellen kan bidra til en opplevelse av fremmedgjøring

objektive biologiske og kroppslige aspektet? På engelsk sier man *mental disorder* (ICD-11 og DSM-5) eller *psychiatric disorder*. Begrepene innebærer en forstyrrelse, ikke bare lidelse. Norsk psykiatrisk forening er ikke alene om å snakke om psykisk eller psykiatrisk sykdom. American Psychiatric Association (2025) skriver at «Mental illness is nothing to be ashamed of. It is a medical problem, just like heart disease or diabetes». I Cambridge Dictionary står det «illness – disease of the body or mind, the state of being ill». Med andre ord defineres sykdom her som en forstyrrelse i kroppen eller psyken, og en opplevelse av å føle seg syk. I ICD-11 er psykisk lidelse definert som et syndrom karakterisert av klinisk betydningsfulle *forstyrrelser* i et individs tenkning, emosjonsregulering eller atferd. Men disse forstyrrelsene er ikke nærmere definert ut over kliniske beskrivelser.

Da jeg begynte i psykiatrien på starten av 1980-tallet, ble det diskutert om psykisk helsevern skulle skilles fra resten av helsevesenet som egen etat. Vi som arbeidet i psykiatrien, erfarte at den ble underfinansiert og sett på som sekundær i forhold til resten av sykehusvesenet. Noe av grunnen tror jeg var at psykisk lidelse ble sett på som fundamentalt annerledes enn fysiske sykdommer. Jeg tenkte at dette synspunktet var galt og kunne føre til at psykiske lidelser ikke ble tatt alvorlig, men i dag vet vi at psykiske lidelser kan ramme hvem som helst i befolkningen. Jeg kom selv fra nevrologien, der vi hadde pasienter med konversjonslidelser og uklare symptomer uten at det var noen objektive biologiske tegn på sykdom. Likevel var pasientene syke og funksjonelt svekket. Det sistnevnte er bakgrunnen for hvorfor det har vært viktig å finne ut av hvorvidt psykisk lidelse er grunnleggende forskjellig fra fysisk sykdom. Jeg har arbeidet med personlighetsforstyrrelser i en relasjonell kontekst (individual- og gruppepsykoterapi) i hele min yrkeskarriere. Det ble klart for meg at dagens diagnosesystemer, ICD- og DSM-systemene, ikke favnet hele virkeligheten, hvor pasienter kunne få opptil seks forskjellige diagnoser. Hva slags behandlingsperspektiv skal man ha for en pasient med seks forskjellige diagnoser, og hvilken rolle spiller pasientens egen opplevelse og erfaring? Våre pasienter ble bedt om å skrive en søknad i tillegg til henvisningen. Denne inneholdt blant annet spørsmål om oppveksterfaringer i et tilknytningsperspektiv og senere relasjonelle erfaringer, og vi opplevde at den ga et vel så godt utgangspunkt for behandling (Urnes, 2001). Det ble tydelig for oss at diagnosene i seg selv ga begrenset informasjon for behandlingsfokus, og at pasientens egne erfaringer og synspunkter bidro med kompletterende informasjon. Senere etablerte vi et «eksperttråd» som besto av personer som selv hadde personlighetsforstyrrelse (Karterud et al., 2017, s. 458). Deres opplevelser og

erfaringer var viktige bidrag for å gjøre den diagnostiske utredningen mer utfyllende.

Den biomedisinske modellen er reduksjonistisk

I den biomedisinske modellen forstås helse og sykdom ut fra kroppens fysiske og biologiske funksjoner. Mennesket sees som en samling av deler (organer, celler, molekyler) som kan undersøkes og behandles separat. Fokuset er på å finne årsaken til sykdommen (etiologi), å stille korrekt diagnose og å bruke medisinsk teknologi eller legemidler for å gjenopprette normal funksjon. Modellen har gitt store medisinske fremskritt (vaksiner, kirurgi og antibiotika) og vært effektiv for akutte og klart definerte sykdommer. Men modellen overser ofte psykiske, relasjonelle, sosiale og kulturelle faktorer ved sykdom og helse. Dette er utførlig beskrevet i Erik Falkums bok *Hva er psykiatri?* (Falkum, 2023). Den biomedisinske modellen er mindre egnet for kroniske fysiske sykdommer og psykiske lidelser og kan bidra til en opplevelse av fremmedgjøring hos den enkelte pasient. Modellen kan også føre til medikalisering av normale hendelser som svangerskap og fødsel, en problemstilling som ble problematisert i Morgenbladet i fjor (Grønli Åm, 2025).

Problemer i dagens diagnostikk

Dagens diagnostikk må forstås innenfor en gitt og nåtidig kulturell ramme. Ja, vi må diskutere om det er meningsfullt at 50 % av dagens studenter har en psykisk lidelse basert på spørreskjemaer som er «validert» bare i forhold til strukturerte diagnostiske intervjuer. Faren for medikalisering av livsproblemer er stor (Falkum, 2024; Vogt, 2025). Man finner også den samme forekomsten av psykiske lidelser blant ungdommer i amerikanske undersøkelser, noe som kanskje tyder på at både samfunnsmessige og kulturelle forhold spiller en rolle, sammen med forståelsen av hva psykisk lidelse er (National Institute of Mental Health [NIMH]). Diagnosene i ICD-10, ICD-11 og DSM-5 er deskriptive og inneholder ingen objektive biologiske kriterier eller naturvitenskapelige funn som kan definere lidelsene. Endringene i ICD-11, som ble offisielt vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2019, avspeiler at kategoriene i diagnosesystemene ikke er klart avgrensede vitenskapelige enheter, men overlapper hverandre uten tydelige skiller. Betegnelsen spektrumlidelse anvendes i dag for eksempel ved autismespektrumlidelser for å understreke at det ikke er klare avgrensninger mellom kategorier. En annen diskusjon som har oppstått, springer ut av normalisering av autismetrekke med begrepet nevromangfold (Madsen, 2025). Hvor går grensen mellom normalitet og diagnose? Når det gjelder

personlighetsforstyrrelser, har man valgt å droppe alle kategoriene fordi man har tatt konsekvensen av at de ikke var vitenskapelig holdbare. Det var for mye overlapp mellom kategoriene, og det var uklart hvor grensen gikk for å få en slik diagnose. Man er mer eller mindre personlighetsforstyrret; forstyrrelsene er dimensjonale. I ICD-11 har man valgt å beholde de fleste kategoriene for de psykiske lidelsene, men dette gjøres vel fordi man foreløpig ikke har et alternativt diagnostisk system som er forankret i empiri. For eksempel har diagnosen depresjon heller ikke klare kriterier for hvor grensen går, om man har eller ikke har diagnosen. Depresjon er sannsynligvis dimensjonal, og som kliniker bør man sette depressive symptomer inn i pasientens livskontekst før man velger behandlingstilnærming.

Det forskes mye med tanke på å kunne etablere et mer objektivt grunnlag for psykiatriske diagnoser. For eksempel tar det amerikanske National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) (NIMH, u.å.) utgangspunkt i seks definerte biopsykososiale systemer og utforsker gener, molekyler, celler, fysiologi, nevronele nettverk, atferd og selvpålevelse (selvrapportering) i disse systemene. Et eksempel på et sosialt system i RDoC er «sosiale prosesser», som blant annet inneholder viktig utviklingspsykologisk forskning på området tilknytning og ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Det pågår transdiagnostisk forskning som kan belyse variabiliteten og heterogeniteten ved for eksempel ADHD og autismespekterforstyrrelser ved bruk av RDoC (Pacheco et al., 2022). Trenden er at man finner markører for psykiske lidelser på tvers av de kategorielle lidelsene.

Forholdene innen somatikken kan virke enklere. Diagnoser i somatikken kan inneholde *nødvendige* betingelser for diagnosen, for eksempel påvisning av tuberkelbasillen ved tuberkulose. Men det er mange diagnoser i somatikken som ikke har nødvendige *objektive biologiske* betingelser, for eksempel astma. Å bruke spirometri for å måle luftmotstand ved utpust er vanlig i utredning av astma, der økt (luft)motstand kan indikere obstruksjon i bronkier, uten at man tar stilling til biologiske undersøkelser av bronkiene eller lungene.

Moderne biopsykososial modell

På bakgrunn av det jeg har nevnt tidligere i teksten, mener jeg at det er avgjørende å skille mellom *diagnoser* av psykiske lidelser og hva psykiske lidelser egentlig er, altså *essensen* eller det substansielle ved psykiske lidelser.

Siden man lenge har sett at diagnosesystemene var reduksjonistiske og ikke inkluderte kompleksiteten i hverken fysiske eller psykiske sykdommer, hadde fagfeltet store forhåpninger til den nye medisinske modellen som ble lansert av George Engel i 1977 (Engel, 1977). Engels biopsykososiale modell har en helhetlig forståelse av helse som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Her er pasientens sosiale erfaring og mening viktig, og modellen er bedre egnet til forståelse av sammensatte sykdomsbilder. Et eksempel på hvordan BPSM kan anvendes med dagens diagnosesystem, er godt



beskrevet i boken *Den interaktive hjernen hos barn og unge* (Urnes & Weidle, 2025). Modellen var krevende å anvende i vitenskapelig forskning, fordi psykiske og sosiale faktorer er vanskelige å definere. Men synet på hva det psykiske er, har endret seg de seneste årene og kan gi en utdypende forståelse av modellen. Å knytte det psykiske til å være virksom gjennom kroppslig handling eller selvet som aktør (*agency*) har blitt et viktig skritt for å bygge bro mellom det biologiske og det sosiale (Bolton, 2023; Bolton & Gillett, 2019, s. 149; Dahl, 2025b). Eksistensielle og åndelige perspektiver har også blitt vektlagt for å forstå pasienten som aktør (Bondahl Søberg & Lien, 2026). For å teste modellen empirisk har noen valgt å forske ut fra en persontilpasset modell, fordi hvert enkelt menneske har sin egen biopsykososiale profil (Smith, 2021). Teorien om den kroppslige psyken utgjør noe av fundamentet for den moderne BPSM (Dahl, 2025a).



ILLUSTRASJON ANDREAS PILSKOG

Den kroppslige psyken

Den kroppslige psyken er en teori innen kognitiv nevrovitenskap og i filosofi (Lakoff et al., 1999) som hevder at sinnet og kognisjonen er formet av kroppen og kroppens interaksjoner med miljøet, snarere enn å være *utelukkende* et produkt av hjernen. Dette konseptet, særlig kjent fra boken *The Embodied Mind* av Varela et al. (2017), understreker at våre oppfatninger, handlinger, følelser og vår forståelse av verden er sterkt påvirket av kroppslige egenskaper og erfaringer. Den tilbyr et alternativ til tradisjonelle «kroppsløse» modeller av psyken, og foreslår at det å være virksom i verden (*agency*) ved å planlegge, tilpasse atferd, gjennomføre og lære er en tilnærming til verden hvor mening «bringes frem» gjennom kroppslig handling. Kognisjon er ikke basert på medfødte, abstrakte representasjoner av verden, men dannes gjennom kroppslig handling. Her vil jeg fremheve ny forståelse

av nevrokognisjon, utviklingspsykologi og hjerneforskning som har bidratt til denne kroppslige forståelsen av psyken. Da tenker jeg særlig på Antonio Damasio forskning og forståelsesmodell av hvordan biologiske prosesser i kroppen er grunnlaget for utviklingen av affekter, emosjoner og følelser gjennom evolusjonen, slik at vi mennesker bruker følelser som den viktigste informasjonskilden («The feeling of what happens») for vår sosiale funksjon (Damasio, 1994, 1999, 2003, 2010, 2018, 2021). Hans tenkning om hvordan selvet også har utviklet seg gjennom evolusjonen (i f.eks. *Self comes to mind*, 2012), er et viktig grunnlag for en ny forståelse av hva som er essensen i livet vårt: å utvikle fungerende hele og robuste selv. Selvet er fundert på kroppslige emosjonelle erfaringer, og er samtidig kulturelt formet hos mennesket. Denne forståelsen av selvet kan utgjøre basis for kroppslig handling eller *agency*. Subjektive opplevelser av disse

prosessene forutsetter en intakt hjerne.

Daniel Sterns forskning fra 1980-årene på barns utvikling, basert på empatisk innlevelse i det nonverbale emosjonelle samspillet mellom spedbarn og voksne, la grunnlaget for en senere forståelse av at barnets psyke er uløselig knyttet til kroppslig og nonverbalt mellom-menneskelig samspill (Stern, 2018).

Oppdagelsen av speilnevroner, først hos aper og senere hos mennesker, har også ført til en endret forståelse av hvordan mennesker har en direkte tilgang til seg selv og andre gjennom hvordan kroppen fremtrer. Dette skjer ved at hjernen automatisk oppfatter andres kroppslige væremåte og danner nevronale signaler som tilsvarende dem som aktiveres hos personen man observerer, noe som igjen gir seg utslag i en kroppslig opplevelse hos en selv (Gallese et al., 1996). Speilnevronsystemet, som omfatter alle sansemodaliteter, gir direkte tilgang til andres kroppslige tilstand uten å gå veien om refleksjon (Gallese 2025). Forståelsen av det kroppslige nærværet i samspillet mellom terapeut og pasient i psykoterapi har også blitt en generell forståelsesramme på tvers av terapeutiske tilnærmingmåter (Stange Bernhardt et al., 2021).

— Opplevelsen av psykiske symptomer er alltid forankret i kroppen

Lineær og sirkulær etiologi

Hva er årsaken til psykiske lidelser? Noen kan for eksempel mene at tilknytningstraumer kombinert med genetisk sårbarhet er årsaken. Hvis det er hele bildet, vil man tenke innenfor en lineær etiologi. Men hvis erfaringer virker tilbake på disse faktorene, innebærer det en sirkulær forståelse av etiologi. Noen mener at fenomenologiske perspektiver er nødvendige for å forstå disse etiologiske prosessene. Psykiater og filosof Thomas Fuchs tar utgangspunkt i kroppslige erfaringer som grunnlag for forståelsen av hvordan psyken utvikles (Fuchs, 2025). Han skriver i sin artikkel om sirkulariteten i den kroppslige psyken: «Den kroppslige psyken integrerer den løpende tilstanden til hele organismen når den interagerer med omverdenen» (Fuchs, 2020). Psyken lar seg ikke lokaliseres til hjernen, men fremtrer i den subjektive væren, den opplevde kroppen (*lived body*) som interagerer med omverdenen og blir påvirket av denne interaksjonen. Den subjektive opplevelsen av kroppen (vår opplevde kropp) og den erfarende kroppen («living body»), som vi vanligvis ikke er oss bevisst når vi handler og virker i verden, blir påvirket av omverdenen

og endres av denne påvirkningen. Vår subjektive væren og vår opplevde kropp utgjør to aspekter av den kroppslige psyken. Den fysiske kroppen (f.eks. hjernen) kan studeres uavhengig av den opplevde kroppen. Et eksempel er å studere amygdala når forsøkspersonen opplever angst. Psykisk lidelse vil alltid innebære nevronale hendelser som er med på å belyse, men *ikke* årsaksforklare psykiske symptomer som angst. Angsten oppleves av meg og i meg, og er på det subjektive nivået. Det vil si at den ikke kan lokaliseres, til tross for kroppslige utslag som hjertebank, trykk i brystet og svimmelhet. Disse kroppslige fenomenene må forstås som en del av angstlidelsen. Likevel blir de ofte ikke oppfattet slik, men som en katastrofehendelse i kroppen, som i verste fall oppleves som dødelig.

Opplevelsen av psykiske symptomer er altså alltid forankret i kroppen til en person. Men personen erfarer for eksempel en depressiv tilstand som en måte å være i verden på, som oftest preget av nedstemthet, tristhet og manglende energi til å utføre gjøremål. Denne tilstanden er påvirkbar av andres nærvær, samtaler (psykoterapi), antidepressiva, fysisk aktivitet og av egen fortolkning av en selv. Kroppen og hjernen (den fysiske kroppen) endres i disse prosessene uten at vi er bevisst på dem, og vi erfarer subjektiv bedring.

Hjernen vil alltid være involvert ved mentale eller psykiske fenomener. Men hjernen er også involvert ved fysisk sykdom. Den kroppslige opplevelsen av å være syk har et nevronalt substrat, selv om de sykelige forandringene ikke sitter i hjernen, men andre steder i kroppen, for eksempel i lungene ved tuberkulose. Opplevelsen av å være dødssyk kan være like virkelig selv om man ikke finner sykelige prosesser i kroppen (f.eks. hypokondri eller panikkangst). Angstlidelse kan i dag defineres som en emosjonsreguleringsforstyrrelse. Man opplever angst og feiltolker signaler fra kroppen eller omverdenen, noe som fører til at angsten øker ytterligere. Eller man har ikke utviklet reguleringskontroll over angsten, som når den blir sterk nok, kan utvikle seg til panikk og gjøre atferden uhensiktsmessig.

Mange kan leve godt med påvisbare sykdomsprosesser i kroppen uten å føle seg syk. Har man fortsatt en diagnose da? Tuberkelbasillen kan for eksempel være kapslet inn og ikke gi sykdom. Det samme gjelder kreftceller. Det er når den uregulerte kreftcelledelingen går over et visst nivå, eller rammer vitale organer, at man blir syk. Dette gir seg utslag i forekomsten av sykdommer. Forekomsten vil til en viss grad være sosialt-kulturelt bestemt, også for fysiske sykdommer. Det samme gjelder for psykiske lidelser. Man kan godt ha sterk separasjonsangst uten å ha psykisk lidelse.

Fysisk sykdom kan også beskrives ut fra modellen for sirkulær etiologi. Tuberkelbasillen er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig årsaksfaktor for sykdommen tuberkulose. Hadde den vært det, ville det vært en lineær etiologisk modell. Men sosioøkonomiske forhold, ernæringsstatus og så videre er faktorer som bidrar. Ikke alle blir syke selv om de er blitt eksponert for basillen. Det er hele organismens interaksjon med omverdenen som avgjør hvorvidt det blir sykdom. Er man heldig å vokse opp

under trygge økonomiske forhold med god ernæring og god fysisk helse, vil risikoen for å bli syk ved eksponering for basillen være mindre og man får bedre behandlingsresultat (Pandini et al., 2022). Man har gjennom utviklingen opparbeidet seg motstandskraft (resiliens) gjennom reduksjon av stress, god sosial støtte og god selvfølelse.

Erfaringer setter spor i hjernen

Fuchs (2020) skriver i sin artikkel at all utvikling kan beskrives ut fra en modell hvor våre subjektive erfaringer dannes i et samspill med omverdenen og induserer nevronale nettverksendringer via neuroplastisitet (i hjernen), som igjen muliggjør nye erfaringer i en sirkulær prosess. Denne prosessen blir lagret som minner, vaner, interaktive skjemaer og sannsynligvis som sårbarhet for psykiske lidelser. Et eksempel kan være gjentatt barnemishandling, som vi vet kan endre utviklingen i flere nevronale nettverk. Barnemishandling i de aller første leveårene kan gi endring av stressreguleringsystemene, og tidlig stress kan føre til dysfunksjonelle immunologiske responser og betennelsestilstander i hjernen, som igjen er assosiert med suicidalitet (McCrory et al., 2011; Donegan & Demeroff, 2023). Barnemishandling er en viktig risikofaktor for psykisk uhelse ved at det skaper sårbarhet for senere psykiske lidelser, men også for fysiske sykdommer (Caspi et al., 2016).

Ikke-farmakologiske modeller for behandling av kroniske smerter inkluderer fokus på problemområder innenfor alle aspekter av BPSM. Selv om en smertelidelse har utgangspunkt i en konkret fysisk skade, kan erfaringene knyttet til skadeprosessen føre til biologiske og psykologiske konsekvenser gjennom endringer i hjernens nevronale nettverk. Dette kan igjen påvirke kroppens endogene system for registrering av potensielt skadelige stimuli (nocisepsjon). (Wang et al., 2025).

Behandling krever et biopsykososialt perspektiv med vekt på hvilke faktorer som bør være fokus for intervensjoner overfor den enkelte. Det gjelder både sensoriske, emosjonelle og kognitive faktorer, og ikke minst trening i å redusere forestillinger og forventninger av hva som gir smerter. I norsk sammenheng er Pain Reprocessing Therapy (PRT) en ny tilnærming til smertebehandling (Schjødt, 2024). Modellen ser langvarig smerte som en feiltolkning av situasjoner, der noen hendelser tolkes som farlige og derfor fører til smerte. Behandlingen går ut på å lære opp sentralnervesystemet («retrain the brain») til å tolke og reagere på nervesignaler på en mer adekvat måte. Ved å operasjonalisere trening i BPSM for fysioterapeuter mener man at resultatene også vil bedres (Smart, 2023).

Migrene er en annen kronisk sykdom hvor BPSM er relevant (Rosignoli et al., 2022). Funksjonell MR har vist at migrene er forbundet med økte forbindelser i sensoriske nevronale nettverk med kobling til emosjonelle (limbiske) områder i hjernen. Dette gjør at personer med migrene kan få utløst migreneanfall av sensorisk-emosjonell overbelastning. Behandling kan innebære både psykologiske og sosiale intervensjoner som kan påvirke disse nettverkene.

I forskning på kronisk utmattelse har man også funnet at hjernen kan feiltolke fryktsignaler fra kroppen når personer ikke føler velvære (Bratty, 2023). Sykdommen kan starte med en virusinfeksjon eller en annen hendelse hvor kroppen var i en reell alarmberedskap. Aktivitet, sensoriske inntrykk og lignende etter at akutfasen er over, kan feiltolkes som alarmsignaler fra kroppen. Noen kan da havne i uheldige feedback loops som forverrer tilstanden. Det ser ut til at enkelte pasienter kan ha nytte av psykologisk hjelp til å «reprogrammere» nevrale nettverk i amygdala og insularegionen, for eksempel gjennom «Amygdala Insula Retraining Program, AIR», og dermed forhindre ødeleggende feiltolkninger av kroppens alarmsignaler (Bratty, 2023).

Persontilpasset behandling

Jeg tenker at man kan forstå både psykiske og fysiske sykdommer som noe som oppstår i en sirkulær etiologisk prosess hvor biologiske, psykiske og sosiale og kulturelle faktorer samspiller og påvirker utfallet av sykdomsprosessen. Livserfaringer ved å være kroppslige aktører setter spor i hjernens nettverk. Behandlingen bør derfor sette søkelys på fortolkningen av kroppslige signaler. En moderne biopsykososial modell som jeg har beskrevet i teksten, viser at alle aspekter av biopsykososial fungering kan og bør bli mål for behandling tilpasset den enkelte person. Vi har alle våre egne opplevelser og erfaringer som gjør at persontilpasset behandling også bør være målet i psykisk helsevern. ♡

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2025). *What is Mental Illness?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53, 7504–7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
- Bolton, D. & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Springer Nature.
- Bondahl Søberg, A. I. & Lien, L. (2026). Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 70–74. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as01ae-Eksistensielle-perspektiver-i-psykisk-helsevern
- Bratty, A. J. (2023). Neuroplasticity intervention, amygdala and Insula retraining (AIR), significantly improves overall health and functioning across various chronic conditions. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 22(6), 20.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, T. & Moffitt, T. E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour*, 1(1), 0005. <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0005>
- Christie, W. (2025, 31. januar). Hvis det ikke er psykisk sykdom, hva er det da? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/legemidler-psykisk-helse-who/hvis-det-ikke-er-psykisk-sykdom-hva-er-det-da/670215>
- Dahl, A. A. (2025a). Den biopsykososiale modellen – er den i live og sparker fra seg? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Den-biopsykososiale-modellen-er-den-i-live-og-sparker-fra-seg
- Dahl, A. A. (2025b). Enaktiv psykiatri – en vei videre? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as06ae-Enaktiv-psykiatri-en-vei-videre
- Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. Harcourt.
- Damasio, A. R. (2005). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Penguin. (Opprinnelig utgitt i 1994)

- Damasio, A. R. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon.
- Damasio, A. R. (2018). *The Strange Order of Things: Life, Feeling, and the Making of Cultures*. Pantheon.
- Damasio, A. R. (2021). *Feeling and Knowing: Making Minds Conscious*. Pantheon.
- Donegan, J. J., & Nemeroff, C. B. (2023). Suicide and inflammation. In *Neuroinflammation, Gut-Brain Axis and Immunity in Neuropsychiatric Disorders* (pp. 379–404). Singapore: Springer Nature Singapore.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Falkum, E. (2023). *Hva er psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål*. Fagbokforlaget.
- Falkum, E. (2024). Medikaliseringen av livet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no
- Fuchs, T. (2020). The circularity of the embodied mind. *Frontiers in Psychology*, 11, 1707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01707>
- Fuchs, T. (2025). The embodied mind: A psychosomatic unity. *Revista Outro Pensar*, 2, 7–18. <https://outropensar.org/ojs/index.php/revista/article/view/56/27>
- Gallese, V. (2025). Language and bodily multimodality. The role of embodied simulation. *Sistemi Intelligenti*, 37(2), 165–182.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593–609. <https://doi.org/10.1093/brain/119.2.593>
- Grønli Åm, I. (2025, 23. april). Fødselslege – Økende medikalisering er en konsekvens av at man ønsker bedre helse. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/fodselslege-okende-medikalisering-er-en-konsekvens-av-at-man-onsker-bedre-helse/9615765>
- Karterud, S. (2023). Hva er psykiske lidelser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(11), 689–695. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as10ae-Hva-er-psykiske-lidelser->
- Urnes, Ø. (2001). Egensøknad og henvisning. I S. Karterud, Ø. Urnes & G. Pedersen (Red.), *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Pax Forlag.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lakoff, G., Johnson, M. & Sowa, J. F. (1999). Review of Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought. *Computational Linguistics*, 25(4), 631–634.
- Lien, L., Reitan, S. K., Halvorsen, N., Larsson, A. U., Lorentzen, K. N., Mork, E., Shaygani, S., Smetop, M. & Weibell, M. A. E. (2023, 10. august). «Pilleskam» i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/gEOAJa/pilleskam-i-psykiatrien-et-alvorlig-samfunnsproblem>
- Lien, L., Shaygani, S. & Reitan, S. K. (2023). Hva innebærer en medisinsk forståelse av psykiatrisk sykdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(18). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0660>.
- Madsen, O. J. (2025, 3. oktober). Nevromangfold snur opp ned på det vante fiendebildet. *Morgenbladet*.
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in psychiatry*, 2, 48.
- Pacheco, J., Garvey, M. A., Sarampote, C. S., Cohen, E. D., Murphy, E. R. & Friedman-Hill, S. R. (2022). Annual Research Review: The contributions of the RDoC research framework on understanding the neurodevelopmental origins, progression and treatment of mental illnesses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 360–376. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13543>
- Pandini, I., Lahdji, A., Noviasari, N. A. & Anggraini, M. T. (2022). The Effect of Family Social Support and Self-Esteem in Improving the Resilience of Tuberculosis Patients. *Media Keperawatan Indonesia*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.26714/mki.5.1.2022.14-21>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (u.å.). *Research Domain Criteria (RDoC)*. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>
- Rosignoli, C., Ornello, R., Onofri, A., Caponnetto, V., Grazzi, L., Raggi, A., Leonardi, M. & Sacco, S. (2022). Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01471-3>
- Schjødt, B. (2024). Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 818–828. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as11ae-Fra-dualisme-til-en-helhetlig-forstaelse-av-smerte
- Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61–70. <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>
- Smith, R. C. (2021). Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Social science & medicine*, 272, 113568. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113568>
- Stange Bernhardt, I., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2021). The embodied listener: A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31(5), 682–694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Urnes, A.-G. & Weidle, B. (2025). Diagnostikk av barn og unge – et dynamisk prosjekt. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge* (s. 209–224). Gyldendal Akademisk.
- Varela, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (2017). *The embodied mind, revised edition: Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Vogt, H. (2025, 28. oktober). Helsemyndighetene må kunne mer om medikalisering. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/GyzX19/autisme-og-adhd-helsemyndighetene-maa-kunne-mer-om-medikalisering>
- Wang, Y., Aaron, R., Attal, N. & Colloca, L. (2025). An update on non-pharmacological interventions for pain relief. *Cell Reports Medicine*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2025.10194>

TEKST Hedvig Svendsrud
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Fedres betydning for spedbarns psykiske helse

OMTALT ARTIKKEL

Svendsrud, H., Fredriksen, E., Lund, O., Moe, V., Smith, L., Helmikstøl, B., Oftedal, A. & Bekkhus, M. (2026). Fathers' Prenatal Risk and Infant Mental Health: The Role of Caregiving Warmth. *Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1037/dev0002191>

Varm omsorg henger sammen med bedre psykisk helse, men beskytter ikke spedbarn mot fars risikofaktorer.

Forskning på risikoeksponering helt tidlig i livet har oftest fokusert på risikofaktorer hos mødre, til tross for at fedre de siste tiårene har hatt en større og mer aktiv rolle i barnas oppvekst (Fredriksen et al., 2026; Hechler et al., 2019; Tien et al., 2020). Enda færre studier har sett på hvordan fedres risiko allerede mens barnet ligger i mors mage, kan henge sammen med barnas senere utvikling (Cardenas et al., 2022).

I en longitudinell studie undersøkte vi hvorvidt ulike samtidige risikofaktorer hos fedre i svangerskapsperioden hang sammen med barns eksternaliserende og internaliserende vansker i spedbarnsalderen. Mødres varme omsorg kan fungere som en beskyttende faktor for spedbarns

psykiske helse når det foreligger risikofaktorer hos mor (Clayborne et al., 2023). Vi undersøkte derfor om fedres varme omsorg kan beskytte på samme måte. Våre hypoteser var:

- Jo flere risikofaktorer fedrene hadde i svangerskapet, jo flere symptomer ville spedbarna ha på psykisk uhelse.
- Mindre varm omsorg fra far ville predikere flere symptomer på psykisk uhelse.
- Fedres varme omsorg ville fungere som en buffer mellom fars risikofaktorer i svangerskapet og spedbarnas psykiske uhelse.

Varm omsorg er bra i seg selv

I en analyse med stimodell fant vi at økt kumulativ risiko hos fedre i svangerskapet predikerte flere eksternaliserende og internaliserende symptomer hos spedbarn. Fedres varme omsorg hang sammen med færre eksternaliserende symptomer, men ikke færre internaliserende symptomer. Varm omsorg hadde ingen betydning for styrken på koblingen mellom fedres prenatale risiko og babyens vansker. En varm far ser altså ut til å være et gode i seg selv, men varmen beskytter ikke spesielt mot risikoen faren bar med seg før fødselen.

Sammenhengen mellom fedres risikoeksponering i svangerskapet og spedbarns psykiske helse gjenspeiler trolig et komplekst samspill mellom biologiske og interpersonlige prosesser (Stein et al., 2014). Cardenas et al. (2022) foreslår at fedres prenatale risikofaktorer kan påvirke fosteret både direkte (genetisk/epigenetisk) og indirekte, for eksempel ved at fars risiko påvirker mors psykiske helse og stress, som igjen påvirker fosterets utvikling av kapasitet til å håndtere stress (Timmons et al., 2015). Om spedbarnet er mer stress-sensitivt, vil det også kunne utvikle flere psykiske helseproblemer (Jagtap et al., 2023). Risikofaktorer hos far før fødsel vil også kunne være til stede i spedbarnsperioden og dermed påvirke spedbarnets omsorgsmiljø og slik øke risikoen for psykiske helseplager hos babyen.

Fars betydning

Kunnskap om hva som øker eller reduserer risiko for psykiske helseplager i spedbarnsalderen, kan bidra til bedre forebygging og helsehjelp til familier (Lobermeier et al., 2022; Vergunst et al., 2023). Våre funn understreker betydningen av å identifisere og redusere vordende fedres risikofaktorer allerede i svangerskapet, fordi risikofakto-

METODE

- Utvalget bestod av 864 fedre og deres spedbarn som deltok i Liten i Norge (LiN)-studien. Fedrene ble rekruttert ved lokal helsestasjon. Nesten alle bodde sammen med sin gravide partner. Gjennomsnittsalderen var 32,18 år, 67,2 % hadde mer enn tre år med høyere utdanning, og 4,7 % tilhørte etnisk minoritet.
- Vordende fedres kumulative risiko ble målt med en indeks utviklet i LiN (Helmikstøl et al., 2024). Risikofaktorer inkluderte vanskelige barndomserfaringer, alkoholmisbruk, psykiske helseutfordringer, stress, lav utdanning, uønsket svangerskap, og tilhørighet til en etnisk minoritet.
- Varm omsorg ble målt da barna var 12 måneder via fedres selvrappport med spørsmål fra Parenting Stress Index (Abidin, 1995) og via elementer fra observasjonsmetoden Early Relational Health Scale (Willis et al., 2022).
- Barnas eksternaliserende og internaliserende vansker ble rapportert av mødrene med Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (Carter et al., 2003) da barna var 18 måneder.
- Barn kan uttrykke eksternaliserende vansker som impulsivitet, aggresjon mot jevnaldrende og utfordrende atferd. De kan uttrykke internaliserende vansker som tilbaketrekning, depressive symptomer, angst, separasjonsstress og tilbakeholdenhet.

rene ser ut til å henge sammen med spedbarns psykiske helse etter fødsel. Tiltak som reduserer negative effekter av risikofaktorer og som fremmer varm omsorgsutøvelse hos fedre, kan fremme god psykisk helse hos spedbarn.

Studien understreker betydningen av å inkludere vordende og nybakte fedre mer i forskning, men også i oppfølging og forebygging rettet mot familier i overgangen til foreldreskapet. Forslag til tiltak kan være screening av vordende fedres risikofaktorer i førstelinjetjenestene, tilbud til fedre med fokus på reduksjon av risiko, samt sensitivisering av omsorgssystemet før fødsel. Å henvise vordende fedre med foreldrerelaterte hjelpebehov, og ikke bare mødre, til for eksempel DPS eller sped- og småbarnspoliklinikker i BUP kan trolig forbedre psykisk helse både hos fedre og spedbarn. 

REFERANSER

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index, third edition: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cardenas, S. I., Morris, A. R., Marshall, N., Aviv, E. C., Martínez García, M., Sellery, P. & Saxbe, D. E. (2022). Fathers matter from the start: The role of expectant fathers in child development. *Child Development*

- Perspectives*, 16(1), 54–59. <https://doi.org/10.1111/cdep.12436>
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M. & Little, T. D. (2003). The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, Reliability, and Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 495–514. <https://doi.org/10.1023/A:1025449031360>

- Clayborne, Z. M., Nilsen, W., Torvik, F. A., Gustavson, K., Bekkhus, M., Gilman, S. E., Khandaker, G. M., Fell, D. B. & Colman, I. (2023). Positive maternal mental health attenuates the associations between prenatal stress and children's internalizing and externalizing symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1781–1794.

- <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01999-4>
- Fredriksen, E., Von Soest, T., Bekkhus, M., Svendsrud, H., Smith, L., Sigveland, T. S. & Moe, V. (2026). Parental Gender and Adult Attachment Style in the Transition to Parenthood: Implications for Parent–Infant Interaction, Parenting Stress, and Parental Leave Practices. *Journal of Marriage and Family*, 88(1), 145–159. <https://doi.org/10.1111/jomf.70002>
- Hechler, C., Beijers, R., Riksen-Walraven, M. & De Weerth, C. (2019). Prenatal Predictors of Postnatal Quality of Caregiving Behavior in Mothers and Fathers. *Parenting*, 19(1–2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1556010>
- Helmikstøl, B., Moe, V., Smith, L. & Fredriksen, E. (2024). Multiple Risk in Pregnancy–Prenatal Risk Constellations and Mother–Infant Interactions, Parenting Stress, and Child Externalizing and Internalizing Behaviors: A Prospective Longitudinal Cohort Study from Pregnancy to 18 Months Postpartum. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(3), 399–412. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01145-x>
- Jagtap, A., Jagtap, B., Jagtap, R., Lamture, Y. & Gomase, K. (2023). Effects of Prenatal Stress on Behavior, Cognition, and Psychopathology: A Comprehensive Review. *Cureus*, 15(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.47044>
- Lobermeier, M., Staples, A. D., Peterson, C., Huth-Bocks, A. C., Warschawsky, S., Taylor, H. G., Brooks, J., Lukomski, A. & Lajiness-O'Neill, R. (2022). Cumulative risk, infant sleep, and infant social-emotional development. *Infant Behavior and Development*, 67, 101713. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101713>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariente, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Svendsrud, H., Fredriksen, E., Lund, O., Moe, V., Smith, L., Helmikstøl, B., Oftedal, A. & Bekkhus, M. (2026). Fathers' prenatal risk and infant mental health: The role of caregiving warmth. *Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1037/dev0002191>
- Tien, J., Lewis, G. D., & Liu, J. (2020). Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. *World Journal of Pediatrics*, 16(4), 341–355. <https://doi.org/10.1007/s12519-019-00319-2>
- Timmons, A. C., Margolin, G. & Saxbe, D. E. (2015). Physiological linkage in couples and its implications for individual and interpersonal functioning: A literature review. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 720–731. <https://doi.org/10.1037/fam0000115>
- Vergunst, F., Comisso, M., Geoffroy, M.-C., Temcheff, C., Poirier, M., Park, J., Vitaro, F., Tremblay, R., Côté, S. & Orri, M. (2023). Association of Childhood Externalizing, Internalizing, and Comorbid Symptoms With Long-term Economic and Social Outcomes. *JAMA Network Open*, 6(1), e2249568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49568>
- Willis, D. W., Condon, M.-C., Moe, V., Munson, L., Smith, L. & Eddy, J. M. (2022). The context and development of the early relational health screen. *Infant Mental Health Journal*, 43(3), 493–506. <https://doi.org/10.1002/imhj.21986>

TEKST

Pål Kraft

Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo
Oslo Nye Høyskole

Hvorfor det er vanskelig å spise mindre kjøtt

OMTALTE ARTIKLER

Kraft, P. & Kraft, B. (2026). Hedonic and practicality beliefs form a behaviour-proximal core associated with red and processed meat intake: An attitude network analysis. *Appetite*, 226, 108694. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2026.108694>

Kraft, P. & Kraft, B. (2026). Reducing red and processed meat is not nutritionally neutral: Intended substitution pathways in UK adults. *Psychology, Health & Medicine*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/13548506.2026.2710350>

Nytelse og hverdagslogistikk ligger tett på kjøttspisingen, mens helse og bærekraft er plassert lenger unna.

Mennesker ser ut til å ha en dragning mot energitett, proteinrik mat som kjøtt, formet av både biologi og kultur (Leroy & Praet, 2015). Gjennom evolusjonen har kjøtt vært et sikkert kort (Pontzer & Wood, 2021), og hjernens belønningssystem svarer fortsatt med nytelse når baconet freser i pannen (Griffioen-Roose et al., 2014). Kjøtt er dessuten vevd inn i måltidskultur, høytider og forestillinger om hva et skikkelig måltid er (Leroy & Praet, 2015). Dette bakteppet snakker helsemyndighetene inn i når de anbefaler oss å spise mindre rødt og bearbeidet kjøtt av hensyn til helse og bærekraft.

Endringene i matveien går trått. I Norge er det fortsatt bare noen få prosent som oppgir at de lever helt kjøttfritt som vegetarianere eller veganere (Abel & Totland, 2021). Informasjonskampanjer om helserisiko og klimaavtrykk flytter holdninger og intensjoner, men påfallende lite atferd (Bianchi et al., 2018). Hvorfor stopper det der? I to nye tverrsnittstudier (Kraft & Kraft, 2026a, 2026b) undersøkte vi spørsmålet fra hver

sin kant: Først så vi på hvordan selve holdningen til kjøtt er bygget opp. Deretter undersøkte vi hva folk ser for seg å spise i stedet, dersom de skulle kutte ned på kjøtt.

Forskjell på hvor viktige holdninger er

Holdninger måles gjerne som et gjennomsnitt av mange enkeltvurderinger. Men samleskåren skjuler hvordan vurderingene er organisert: hvilke som er tett sammenvevd, hvilke som bygger bro mellom ulike meningsklynger, og hvilke som ligger nærmest atferden. Vi brukte derfor en nettverkstilnærming, der hver enkelt vurdering utgjør en node og linjene mellom dem viser unike sammenhenger. En vurdering som ligger sentralt i nettverket – tett og sterkt koblet til mange andre – er å regne som et nav i holdningssystemet; endringer her vil trolig forplante seg videre til øvrige vurderinger. Vurderinger som ligger tett på inntaksnoden for kjøtt, er de mest atferdsnære, mens vurderinger som ligger langt unna, kun henger svakt og indirekte sammen med inntaket – selv om folk slutter opp om dem.

Viktigere at kjøtt er enkelt og deilig

To funn var slående. For det første hadde inntaket av kjøtt sine sterkeste forbindelser til vurderinger av planlegging, pris og hverdagsvaner. For det andre lå vurderinger av helse- og bærekraft strukturelt langt unna inntaket. Slike bekymringer finnes i holdningssystemet, og mange slutter opp om dem – men de er bare svakt koblet til det som faktisk skjer på tallerkenen.

De mest sentrale vurderingene i nettverket handlet om at kjøtt er godt og gir nytelse. Også moralske vurderinger var sentrale i systemet, men uten direkte kobling til inntaket. Følelsesmessige reaksjoner på kjøtt – om det oppleves som godt og fristende (eller frastøtende) – predikerte kjøttinntaket langt sterkere enn hva man tror om helse, miljø, moral og nytte. Hva folk *føler* om kjøtt, følger altså det de faktisk spiser, tettere enn det de *tror* om kjøtt.

Å kutte kjøtt er ikke ernæringsnøytralt

Hva skjer så den dagen man faktisk bestemmer seg for å kutte kjøttforbruket? I den andre studien fant vi ingen generell dreining mot sunnere valg: Deltagerne var like tilbøyelige til å se for seg ernæringsmessig ugunstige som gunstige erstatninger. Bak snittet skilte enkelte grupper seg ut: Intensjoner om å bytte ut kjøtt med ugunstige erstatninger var vanligst blant yngre, blant personer med lavere sosioøkonomisk status og blant dem som spiste mye bearbeidet kjøtt. Et generelt råd om å spise mindre kjøtt risikerer dermed å slå mest uheldig ut nettopp der kostholdet fra før er dårligst.

Et evolusjonært forsprang

Samlet peker de to studiene mot samme konklusjon: Kjøttspising er forankret i nytelse og hverdagens logistikk, mens helse- og bærekraftsargumentene – som

METODE

- To preregistrerte tverrsnittsstudier basert på samme utvalg: 1 554 britiske voksne (25–65 år) rekruttert via forskningsplattformen Prolific i januar 2026.
- 21 evalueringer av rødt kjøtt og selvrapporert inntak av rødt og bearbeidet kjøtt sist uke ble analysert med psykologisk nettverksanalyse (Causal Attitude Network), som viser unike sammenhenger kontrollert for andre vurderinger i systemet.
- Intensjoner om å erstatte kjøtt ble målt under betingelsen «tenk deg at du reduserte inntaket av rødt kjøtt». Alternativene ble gruppert i ernæringsmessig gunstige (belgfrukter, grønnsaksbaserte retter, fullkorn og nøtter) og ugunstige indekser (raffinerte kornprodukter, snacks, søtsaker og frityrstekte potetprodukter).
- Indeksene ble analysert med multiple regresjonsmodeller med sosiodemografiske, sosioøkonomiske og psykologiske prediktorer.
- Spørreskjema, analyseplaner og analysekode er åpent tilgjengelig på Open Science Framework.

HOVEDFUNN

- Holdninger til kjøtt organiserte seg i fire klynger: nytelse (godt, velsmakende, behagelig), moral (umoralsk, skyld, skam), nytte/vitalitet (protein, styrke, energi) og praktisk gjennomførbarhet (planlegging, pris, hverdagsvaner).
- Inntaket av kjøtt lå i gjennomførbarhetsklyngen tettest koblet til planlegging, og nytelsesvurderinger var mest sentrale i nettverket.
- Helse- og bærekraftsvurderinger lå strukturelt fjernt fra selve inntaket av kjøtt.
- Affektive vurderinger ($\beta = 0.45$) predikerte inntak sterkere enn kognitive vurderinger ($\beta = 0.18$).
- Deltakerne så for seg å erstatte kjøtt med både ugunstige og gunstige erstatninger (henholdsvis 3.86 og 3.92 på en skala fra 1 til 7, begge nær det nøytrale midtpunktet). Ugunstig erstatning av kjøtt var vanligst blant yngre, personer med lavere sosioøkonomisk status og storforbrukerne av bearbeidet kjøtt.

holdningskampanjer lener seg på – ligger i utkanten av systemet som er tettest koblet til kjøttspising. Erstatning av kjøtt sier i seg selv lite om hva kostholdet ender opp med å inneholde: Et kjøttkutt kan også bety mer snacks og raffinerte kornprodukter.

Funnene er basert på tverrsnittdata og selvrporterte intensjoner, og gir derfor hypoteser snarere enn fasit. Sammenholdt med annen forskning virker det likevel trygt å si at vår smak for kjøtt har dype biologiske og kulturelle røtter, som gjør den seig å

endre. Kjøttet har et evolusjonært forsprang som gjør at alternativene må jobbe hardt for å friste like mye – et forsprang verken argumenter eller erstattingsprodukter uten videre henter inn (Graça et al., 2015; Leroy & Praet, 2015). 

REFERANSER

- Abel, M. H. & Totland, T. H. (2021). *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrappotering*. Folkehelseinstituttet.
- Bianchi, F., Dorsel, C., Garnett, E., Aveyard, P. & Jebb, S. A. (2018). Interventions targeting conscious determinants of human behaviour to reduce the demand for meat: A systematic review with qualitative comparative analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0729-6>
- Graça, J., Calheiros, M. M. & Oliveira, A. (2015). Attached to meat? (Un)Willingness and intentions to adopt a more plant-based diet. *Appetite*, 95, 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.024>
- Griffioen-Roose, S., Smeets, P. A., van den Heuvel, E., Boesveldt, S., Finlayson, G. & de Graaf, C. (2014). Human protein status modulates brain reward responses to food cues. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(1), 113–122. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.079392>
- Kraft, P. & Kraft, B. (2026a). Hedonic and practicality beliefs form a behaviour-proximal core associated with red and processed meat intake: An attitude network analysis. *Appetite*, 226, 108694. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2026.108694>
- Kraft, P. & Kraft, B. (2026b). Reducing red and processed meat is not nutritionally neutral: Intended substitution pathways in UK adults. *Psychology, Health & Medicine*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/13548506.2026.2710350>
- Leroy, F. & Praet, I. (2015). Meat traditions. The co-evolution of humans and meat. *Appetite*, 90, 200–211. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.014>
- Lescinsky, H., Afshin, A., Ashbaugh, C., Bisignano, C., Brauer, M., Ferrara, G., Hay, S. I., He, J., Iannucci, V., Marczak, L. B., McLaughlin, S. A., Mullany, E. C., Parent, M. C., Serfes, A. L., Sorensen, R. J. D., Aravkin, A. Y., Zheng, P. & Murray, C. J. L. (2022). Health effects associated with consumption of unprocessed red meat: A Burden of Proof study. *Nature Medicine*, 28(10), 2075–2082. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01968-z>
- Pontzer, H. & Wood, B. M. (2021). Effects of Evolution, Ecology, and Economy on Human Diet: Insights from Hunter-Gatherers and Other Small-Scale Societies. *Annual Review of Nutrition*, 41(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-111120-105520>

Trening for schizofreni

Gry Bang-Kittelsen undersøkte trening som supplement til vanlig behandling for å forbedre fysisk form, nevrokognisjon og kliniske symptomer hos schizofrenipasienter. Avhandlingsartiklene bygger på en randomisert, kontrollert studie utført ved Vestfold DPS. Pasientene var diagnostisert med schizofreni, schizoaftaktiv lidelse eller schizofreniform psykose. I intervensjonsgruppen ($n = 43$) trente pasientene høyintensivt to ganger i uken i tolv uker, mens de i sammenligningsgruppen ($n = 39$) spilte Wii Sports, et fysisk aktivt videospill.

Resultatene i den første artikkelen viste ingen forskjell i oksygenopptak, kroppssammensetning eller lungefunksjon avhengig av om pasientene trente høyintensivt eller spilte et aktivt videospill. Men pasientene som trente høyintensivt med treningskyndig veiledning økte oksygenopptaket mer i treningsperioden enn pasientene som trente høyintensivt

uten veiledning.

Resultatene i den andre artikkelen viste lik forbedring i nevrokognitiv fungering for pasienter i begge gruppene. Pasienter med høyere nivåer av proteiner involvert i nevroplasticitet før treningen hadde økt nevrokognitivt utbytte, men endring i proteinproduksjon underveis bidro ikke til å forklare treningens nevrokognitive fordeler.

I den tredje artikkelen viste resultatene symptomlette etter treningsopplegget for begge gruppene. Pasientene som trente høyintensivt, rapporterte størst reduksjon i depresjonssymptomer fire måneder etter treningsopplegget. Endringer i maksimalt oksygenopptak bidro ikke til å forklare treningseffekten.

Bang-Kittelsen argumenterer for at trening kan være en naturlig del av å behandle schizofreni, men at den bør være veiledet av personer med treningskompetanse. 



FOTO KPRIVAT

Gry Bang-Kittelsen

The efficiency and mediating and moderating mechanisms of physical exercise in enhancing neurocognition, clinical symptoms and physical fitness in individuals with schizophrenia: an observer-blinded RCT

Disputas 14.08.2026

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Økonomi og psykisk lidelse i arv

Joakim Coleman Ebeltoft undersøkte videreføringen av sosioøkonomisk status og psykisk lidelse som et samspill mellom genetikk og miljø. I doktorgradsarbeidet bruker han formue som sosioøkonomisk indikator, som er mer skjevfordelt og kan være mer egnet til å forklare ulikheter enn utdanning, yrke og inntekt.

I sin første avhandlingsartikkel brukte Ebeltoft data fra 170 000 personer i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen for å undersøke genetisk og miljømessig påvirkning på sosioøkonomisk status. Arvelighetsestimatene var høyest for utdanning og deretter yrke: Personer med likere gener har typisk likere utdanningsnivå og yrker.

I den andre artikkelen undersøkte Ebeltoft sammenhengen mellom foreldres sosioøkonomiske status og psykiske lidelser hos deres barn ($n = 1\,400\,000$). Formue hadde sterkere sammenheng med psykisk lidelse enn utdanningsnivå,

yrke og inntekt: Blant familier med 20 % lavest formue var forekomsten av psykiske lidelser hos barna nesten doblet (87 %) sammenlignet med familier med 20 % høyest formue. Selv da Ebeltoft kontrollerte for likhet mellom søsken var formue av betydning, som tilsier at sammenhengen ikke kun gjenspeiler genetisk videreføring og delt miljø.

I den tredje artikkelen undersøkte Ebeltoft barns betydning for foreldrenes økonomi. Med en ny metode regnet forskerne på betydningen av barns unike genetiske sammensetning, kontrollert for genetisk likhet mellom foreldrene og barna. Til tross for tegn på at barns karakteristikk påvirker økonomien til mødre og fedre ulikt, viste studien få robuste koblinger. Ebeltoft argumenterer for at barns påvirkning trolig dempes av velferdstiltak, som sikter på sosial utjevning tross ulike forutsetninger. 



FOTO ERIK ENGBLAD/UIO

Joakim Coleman Ebeltoft

Dissecting intergenerational patterns of socioeconomic status and mental disorders in Norway

Disputas 11.08.26

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Malin Elisabeth Lunde

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Oda Bentzrød

Femdøgnsposten og Avdeling for døgnbehandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Avdeling for døgnbehandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Hanne Emilie Haugan

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Ida Elise Johannesen

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Hanne Gunn Jordheim

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

René Gilje Læknes

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Avdeling for døgnbehandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Karoline Randsborg

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Avdeling for døgnbehandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Silje Marie Vormdal

Femdøgnsposten, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Døgnbehandling for personer med spiseforstyrrelse og kompleks traumelidelse – Skreddersøm uten unnvikelse

Sammendrag

Spiseforstyrrelser (SF) med komorbid kompleks posttraumatisk stresslidelse (KPTSD) er forbundet med økt alvorlighet, funksjonssvikt og behandlingsutfordringer. Samtidig er de kliniske retningslinjene mangelfulle. Artikkelen undersøker hvordan døgnbehandling for SF kan tilpasses ved samtidig KPTSD med utgangspunkt i evidensbasert psykologisk praksis. I den sammenheng undersøker artikkelen også hvordan eksponering, som er en transdiagnostisk behandlingskomponent, kan anvendes i klinisk praksis. Vi bruker en fiktiv kasusbeskrivelse for å illustrere hvilke kliniske vurderinger som bør gjøres før man integrerer traumefokusert behandling i en strukturert SF-ramme, hvor SF og KPTSD forstås som funksjonelt sammenvevde unnvikelsessystemer. Døgnbehandlingens struktur gjør det mulig å gjennomføre systematisk eksponering for fryktede stimuli. Samtidig gir tett oppfølging rom for fasefleksibel tilpasning og kontinuerlig vurdering av tilstanden. Kasuset viser hvordan en midlertidig økning i traumesymptomer kan forstås som en forventet del av en endringsprosess snarere enn en forverring. I artikkelen argumenterer vi for at klinisk fremgang i større grad avhenger av pasientens reguleringskapasitet og timing av intervensjoner enn av en rigid og sekvensiell faseinndeling av behandling, og fremhever behovet for integrerte, tilpassede tilnærminger ved SF-KPTSD.

Nøkkelord: spiseforstyrrelser, kompleks posttraumatisk stresslidelse, KPTSD, samsykkelighet, integrert behandling, døgnbehandling

KONTAKT maeo@lds.no

MERKNAD Alle forfattere har fylt ut ICMJE-skjema. Samtlige oppgir at prosjektet er internt finansiert av Lovisenberg Diakonale Sykehus, hvor alle forfatterne var ansatt da det kliniske prosjektarbeidet ble utført. OB og RGL har siden skiftet arbeidssted. Kasuset er fiktivt og basert på kliniske erfaringer.

Spiseforstyrrelser (SF) har dårligere prognose jo høyere samsykelighet med andre psykiske lidelser, som ruslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Wade et al., 2023). Klinikere opplever ofte at det er vanskelig å behandle SF med kompleks posttraumatisk stresslidelse (heretter KPTSD; Trottier et al., 2016), og som følge av kunnskapshull på feltet er det begrensninger i de kliniske retningslinjene for SF-behandling (Vist et al., 2025). Nylig fremhevet regjeringens ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern behovet for oppdaterte retningslinjer, lokale døgntilbud og helhetlige tiltak ved komorbid SF (Thorsen-Dahl, 2023).

Komorbid tilsier at to eller flere lidelser eksisterer parallelt. Imidlertid tar vi utgangspunkt i at samsykelighet utgjør en kompleksitet som medfører høyere alvorlighet og lavere fungering samt et mer omfattende forbruk av helsetjenester (Maj, 2005). Grunnet dette mottar pasienter med SF-KPTSD ofte døgntilbud (Brewerton et al., 2020a). Noen mener til og med at tilstanden utgjør en egen distinkt undergruppe (Meneguzzo et al., 2024; Monteleone et al., 2021).

I artikkelen tar vi utgangspunkt i evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), som integrerer forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientens verdier og kontekst (Norsk psykologforening, 2007). I EBPP tilpasses intervensjonene til pasientens tilstand, behov og ønsker gjennom en trinnvis prosess der klinikerens skjønn og vurdering av tilgjengelig kunnskap står sentralt (Rønnestad, 2008). Ved SF kan slike vurderinger være spesielt utfordrende, da mange pasienter opplever ambivalens knyttet til behandlingen (Peterson et al., 2016), og komorbid KPTSD kompliserer behandlingen ytterligere (Trim et al., 2018). Hovedformålet med artikkelen er å besvare følgende forskningsspørsmål ut fra EBPP:

- Hvordan kan døgntilbud for SF tilpasses ved komorbid KPTSD?
- Hvordan kan eksponering forstås og anvendes i behandling av SF med komorbid KPTSD?

Det fiktive kasuset Emma gjenspeiler en integrering av forfatterens kliniske erfaring, ekspertise innen den aktuelle forskningsfronten og Emmas verdier. Vi ønsker med artikkelen å bidra til psykologers utøvelse av evidensbasert psykologisk praksis i møte med pasientgruppen.

Fremgangsmåte

Refleksivitet og valgt forskningsgrunnlag

Forfatterne har omfattende klinisk erfaring med SF i psykiatrisk andre- og tredjelinjetjeneste, der alle har hatt Femdøgns-posten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus som arbeidssted i prosjektperioden. HEH, IEJ, HGJ er

kliniske sykepleiere, SMV er seksjonsoverlege, RGL og OB er psykomotoriske fysioterapeuter, og KR er klinisk ernæringsfysiolog. MEL er psykologspesialist med doktorgrad og klinisk og teoretisk spisskompetanse på SF-KPTSD.

Forskningsgrunnlaget i artikkelen er ikke ment å være uttømmende, men er basert på et ikke-systematisk litteratursøk, hvor vi brukte søkeordene *childhood trauma, integrated treatment og eating disorders* i søkemotoren Oria, som inkluderer databaser som PsychInfo og PubMed. Forskningsrelevans ble vurdert med utgangspunkt i både kliniske og forskningsmessige erfaringer og praksis. Vi har valgt forskning som kan belyse samsykeligheten mellom SF og KPTSD som kliniske fenomener, og som samtidig bidrar til å besvare problemstillingene. Hovedfokuset har vært på psykologisk behandling, og vi har derfor ikke gått nærmere inn på somatiske og ernæringsmessige problemstillinger. Nyere forskning og oppsummerende oversikter ble prioritert, samt forskning på pasienter i Norge.

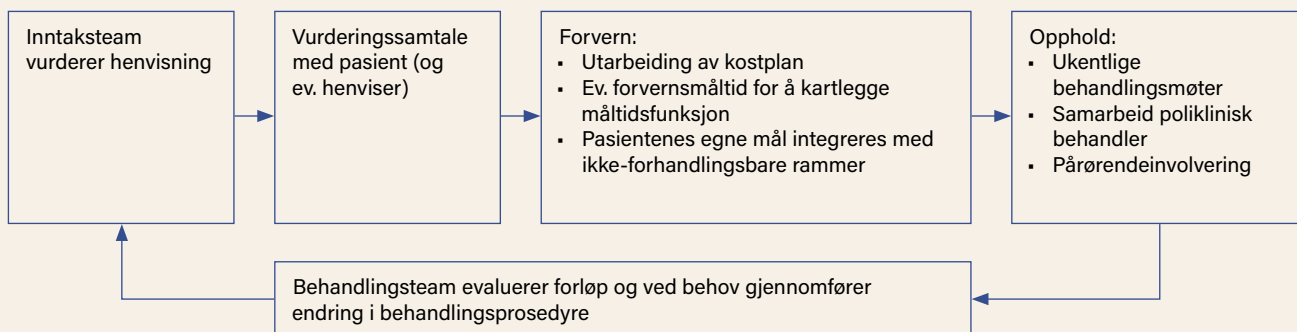
Forskningsgrunnlaget presenteres først i en egen del som omhandler kliniske fenomener og evidens om behandlingseffekt overordnet sett. Deretter vil annen relevant forskning som bidrar inn i valgene underveis i utøvelsen av behandlingen, trekkes inn i presentasjonen av kasus.

Vi har ved Femdøgns-posten over flere år fokusert på tverrfaglig døgntilbud for SF. Det fiktive kasuset Emma er utarbeidet av MEL og basert på forfatterens samlede erfaringer med SF-KPTSD i andre- og tredjelinjetjenesten i spesialisert psykisk helsevern. Under arbeidet med artikkelen i 2024 drøftet forskningsgruppen kontinuerlig hvordan vi ville behandle Emma i tråd med EBPP.

Behandlingskontekst

Behandlingen ved Femdøgns-posten strekker seg over seks til åtte uker med fokus på atferdsendring ved hjelp av ikke-forhandlingsbare rammer (Geller & Srikaneswaran, 2006). Eksempler på slike rammer er regelmessige måltider og fravær av kompensatorisk atferd som oppkast, trening eller bruk av laksativer. Pasientene er i helgepermisjon for å generalisere positive endringer til hjemmet. Dette er særlig hensiktsmessig ved SF-KPTSD, da tilbakefall ofte skyldes vansker med å videreføre endringer uten døgntilbud (Convertino & Mendoza, 2023).

Behandlingsteamet består av behandlingsansvarlig psykologspesialist/psykiater, sykepleiere/vernepleiere, klinisk ernæringsfysiolog (KEF), psykomotorisk fysioterapeut og lege som følger opp somatisk. I ukentlige behandlingsmøter med pasienten til stede drøftes rammejusteringer for å sikre samarbeid og progresjon (Figur 1). Det kan for eksempel omhandle endring i kostplan/næringsinntak, hviletid etter måltid, tillatt fysisk aktivitet eller støtte ved måltider.

Figur 1*Prosedyre for SF-behandling ved Femdøgnsposten*

Forskningsgrunnlag

Sammenheng mellom SF og traumer

Negative barndomserfaringer utgjør en risiko for utvikling av både SF og KPTSD. Nærmere 60% av pasienter med SF har opplevd barndomstraumer (Molendijk et al., 2017). Barndomstraumer defineres av Verdens helseorganisasjon som «alle former for fysisk og emosjonell mishandling, seksuell mishandling, forsømmelse og eksploatering som resulterer i faktisk og/eller potensiell skade for barnets helse, utvikling og verdighet» (World Health Organization [WHO], 2022). Barndomstraumer er vanligst ved de typene SF som innebærer overspising med/uten oppkast, for eksempel bulimi, overspisingsslidelse og former for atypisk anoreksi hvor oppkastproblematikk er en del av symptombildet i kombinasjon med restriktivt næringsinntak og lav vekt (Brewerton et al., 2020a).

KPTSD kjennetegnes av samme type gjenopplevelse, unnvikelse og vedvarende opplevelse av trusler som ved PTSD etter enkeltstående traumehendelser. I tillegg kommer forstyrrelser i selvorganisering, som emosjonell dysregulering, relasjonsproblemer og stabilt lavt selvilde (se for eksempel International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-11]; WHO, 2022). Komorbid SF og KPTSD sammenfaller med tidligere SF-debut, lavere livskvalitet og kortere levealder, samt alvorligere SF, suicidalitet, selvskading og dissosiasjon (Brewerton, 2023a, 2023b; Molendijk et al., 2017). Skam, skyld, emosjonell reaktivitet/nummenhet, avmakt, verdiløshet, ustabile relasjoner og nærhetsfobi er også vanlige opplevelser (Maercker et al., 2013).

Traumesymptomer og SF-symptomer har en tendens til å forsterke hverandre. For eksempel kan SF-atferd dempe fysiologisk aktivisering, flashbacks og uønskede følelser (Mitchell et al., 2021). Kroppsstørrelse som manipuleres kan fungere som regulering av nærhet og avstand. En tynnere og mer sosialt akseptert kropp hjelper

den enkelte å våge å nærme seg andre i søken etter tilhørighet. En overvektig kropp som ofte følger ved overspising *uten* rennselse, kan på sin side oppleves beskyttende mot potensielle overgrep (Olofsson et al., 2020).

Siden barndomstraumer er vedvarende og inntreffer i formative utviklingsperioder, påvirker de ofte personlighetsutviklingen. Mange pasienter med SF-KPTSD har derfor personlighetsmessige sårbarheter i tillegg til KPTSD og SF (Powers et al., 2022). En norsk studie viste blant annet at SF-pasienter med unnvikende trekk og erfaring med seksuelle overgrep i barndommen hadde dårligere behandlingsutfall enn øvrige SF-pasienter i døgnsbehandling (Vrabel et al., 2010). Unnvikende personlighetstrekk er kjennetegnet av opplevd sosial inkompetanse og å være lite attraktive samt frykt for kritikk og avvísning, som gjerne fører til sosial tilbaketrekning (Moran et al., 2016). Emosjonelt ustabile personlighetstrekk er vanlige i SF-populasjoner og innebærer lignende vansker med følelsesregulering og relasjoner som ved KPTSD, i tillegg til ustabil selvopplevelse og separasjonsangst (Ibrahim et al., 2018; Sansone & Levitt, 2004). Denne typen personlig sårbarhet bør kartlegges og tas i betraktning i behandlingen ved SF-KPTSD. Et eksempel på hvordan en slik behandlingsprosess kan se ut i en døgnsramme, er beskrevet i Eielsen et al. (2025).

Effekt av ulike behandlingsformer

Spiseforstyrrelser

Den nasjonale retningslinjen for behandling av SF anbefaler SF-rettet psykoterapi med kognitiv atferdsterapi (CBT) som førstevalg (Helsedirektoratet, 2017). SF-rettet CBT har raskest effekt på gruppenivå ved bulimi og overspisingsslidelse (Fairburn et al., 2003; Waller et al., 2007, 2018), men klinikerne bør i enkelttilfeller overveie andre tilnærminger hvis endringen uteblir. Forskningsgrunnlaget for anoreksi er på den andre siden mer usikkert fordi kvaliteten på forskningsdokumentasjonen

er lavere, og anbefalingene bygger derfor i større grad på klinisk konsensus (Helsedirektoratet, 2017).

Posttraumatiske lidelser

Flere traumefokuserte behandlinger for PTSD har et solid forskningsgrunnlag, herunder kognitiv atferdsterapi (*cognitive behavioural therapy* [CBT]), forlenget eksponering (*Prolonged Exposure* [PE]; Foa, 2011), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; Shapiro & Solomon, 2017) og kognitiv prosesseringsterapi (*Cognitive Processing Therapy* [CPT]; Resick et al., 2017) (se National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Evidensgrunnlaget er imidlertid svakere for behandling av KPTSD enn for enkeltstående PTSD, selv om en metaanalyse støtter effekten av CBT, EMDR og andre eksponeringsbaserte intervensjoner (Karatzias et al., 2019). I tråd med dette viste en nylig norsk studie at pasienter med KPTSD både tolererer og har utbytte av traumefokusert eksponering, og at en forutgående stabiliseringsfase ikke er nødvendig som tidligere antatt (Sele, 2026). Samlet indikerer forskningsfeltet at eksponeringsterapi er sentralt i kunnskapsbasert behandling av traumelidelser.

Integrert behandling ved SF-KPTSD

SF-behandling kan integreres med traumebehandling for PTSD på en hensiktsmessig måte (Waller & Beard, 2024). Nylige studier indikerer også at traumeeksponering er en viktig komponent i lovende tilnærminger for SF-KPTSD, forutsatt at pasienten har tilstrekkelig kapasitet for informasjonsprosessering (Brewerton, 2023b; Claudat et al., 2022; Rossi et al., 2024). En enkeltstudie viste blant annet at SF-pasienter med en kroppsmasseindeks (KMI) så lav som 14–16,5 med senskader etter barndomstraumer hadde utbytte av traumeeksponering (ten Napel-Schutz et al., 2022). Slike integrerte tilnærminger er fortsatt under utvikling, og de preliminare resultatene bør tolkes med forsiktighet.

Eksponering som behandlingstiltak

Eksponering kan defineres som å møte det man frykter, og stå i ubehaget og angsten (Pallister & Waller, 2008). Noen forskere, spesielt fra CBT-tradisjonen, argumenterer for at SF bør behandles som en angstlidelse (Waller & Raykos, 2019). Som nevnt ovenfor er eksponering en sentral komponent i behandling ved både posttraumatiske tilstander (Foa, 2011; Resick et al., 2017; Shapiro & Solomon, 2017) og SF (Fairburn et al., 2003; Waller et al., 2018).

En kjent endringsmekanisme ved eksponering er habituering, som betyr at fryktresponsen gradvis minker ved gjentatt eksponering for det fryktede, der målet er at angsten skal gå gradvis ned for hver eksponering. En annen mekanisme, inhibitorisk læring, innebærer at gjentatt eksponering fører til at nye responser på fryktede stimuli utkonkurrerer fryktresponsen, og tryggere erfaringer kan generaliseres. Målet med inhibitorisk

læring er altså å erfare at man tåler å stå i angst selv om angsten ikke alltid minker (Craske et al., 2014). For å øke den terapeutiske effekten av eksponering kan *maximum expectancy violation* brukes, som betyr at man lar pasienten stå i katastrofetanker – eller til og med bidrar til å øke disse – helt til pasienten erfarer det motsatte (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014). Det kan for eksempel dreie seg om urealistiske forventninger om en ekstrem vekttoppgang som blir avkreftet ved ukentlig veiing.

Det motsatte av eksponering er unnvikelse. Unnvikelsesatferd kan bidra til å opprettholde både SF og traumelidelser gjennom negativ forsterkning (Cardi et al., 2019; Pallister & Waller, 2008). Når man unngår, reduseres ubehaget på kort sikt, og den umiddelbare lettelsen forsterker atferden og gjør det mer sannsynlig at man vil fortsette å unngå i fremtiden. Samtidig hindres korrigerende erfaringer, og det man unngår, kan oppleves som stadig mer truende. Over tid vil da frykten forsterkes. Ved SF innebærer unnvikelse ofte å unngå måltider, veiing eller å forholde seg til egen kropp. Ved traumelidelser dreier unnvikelsen seg gjerne om traumerelaterte minner, følelser, steder eller situasjoner. Ved seksuelle traumer kan unnvikelse også gjelde egen kropp. Dissosiasjon, som er svært vanlig ved KPTSD, kan konseptualiseres som en ekstrem form for unnvikelse, hvor en person automatisk faller ut av kognitiv, følelsesmessig og kroppslig tilstedeværelse ved overveldende affekt (Briere & Scott, 2024). Hvorvidt dissosiasjon faktisk reduserer effekten av eksponeringsterapi, er fortsatt uklart (Lebois et al., 2019).

Det er høyst menneskelig å forsøke å unngå ubehag. Behandleren kan også kjenne på trang til å unngå, for eksempel når man skal motivere pasienten til å stå i eget ubehag. Dette kan føre til avvik fra sentrale behandlingssprinsipper (*therapeutic drift*), som eksponerende tiltak (Langthorne et al., 2023; Waller & Turner, 2016). En faktor som bidrar til slike avvik, er overføringsfenomener. Overføring kan defineres som at pasienten ubevisst tillegger behandleren følelser eller reaksjoner som stammer fra tidligere viktige relasjoner, og dermed gjentar tidligere relasjonsmønstre (Gabbard, 2014). Å bli overinvolvert eller å føle seg ekstra spesiell er vanligst i møte med yngre pasienter som har opplevd seksuelle overgrep, ulykker eller foreldrenes skilsmisse (Groth et al., 2020). Relasjonelle vansker som mistillit og nærhetsfobi som har sammenheng med KPTSD kan i tillegg påvirke kvaliteten på behandlingsalliansen (Flückiger et al., 2018). Vansker med alliansen kan da stå i veien for en vellykket traumeeksponering hvis pasienten ikke tør å kommunisere egne meninger eller opplevelser i terapirommet (Olofsson et al., 2024).

Oppsummert er det fortsatt stor usikkerhet om hvordan SF best kan behandles ved samtidig KPTSD. Nyere forskning antyder at traumeeksponering kan integreres i SF-behandling også ved komorbid KPTSD som følge av barndomstraumer, og til og med ved lavere KMI (se ten Napel-Schutz et al., 2022). Samtidig er det uklart *hvordan* intervensjonene bør kombineres og

integreres, og på hvilket tidspunkt i behandlingsforløpet. Samlet sett gir forskningen på feltet ikke tydelige retningslinjer for klinikere som arbeider med pasientgruppen.

Klinisk kasus: Emma

Forskningsgrunnlaget for behandling av SF-KPTSD er altså usikkert og gir få føringer til klinikerne. Ved hjelp av det fiktive kasuset Emma ønsker vi å illustrere hvordan traumeeksponering kan integreres i SF-døgnbehandling for en typisk pasient i vår behandlingskontekst i offentlig psykisk helsevern. Vi vil trekke inn forskning der det er relevant for valgene vi har gjort i integreringsprosessen. Vår erfaring tilsier at pasientene ofte trenger flere runder med behandling. Forløpet som beskrives er noe komprimert, der formålet er å illustrere prosesser som ofte forekommer og hvordan man kan håndtere disse.

Emma (22) hadde et forstyrret kroppsbilde og høy angst rundt kropp og vekt. Hun beskrev at hun følte seg «tjukk» og opplevde kroppsskam (KMI = 16,8). Hun vekslet mellom dager med underspising og overspisingsepisoder med oppkast og ble derfor diagnostisert med atypisk anoreksi. I tillegg var hun preget av svingende over- og underaktivering, dissosiasjon, flashbacks, negativt selvilde samt problemer med tillit, selvhevdelse, grensesetting og nærhet, som er symptomer forenlige med KPTSD. Drømmen hennes var å ta utdanning og få seg en leilighet, og hun prøvde å ta opp fag fra videregående skole, men måtte avbryte. Hun var samtykkekompetent og kognitivt sterk, og mange ønsket å hjelpe henne. Hun brukte ingen rusmidler eller medisiner.

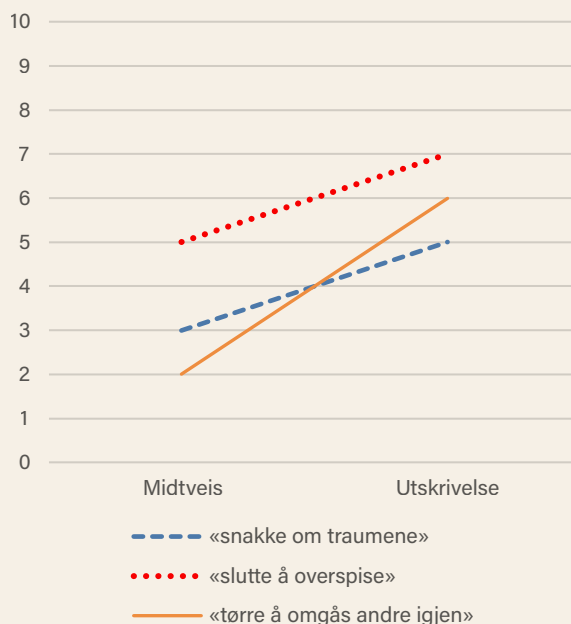
Emma utviklet SF da hun var 12 år. Hun hadde opplevd fysisk og emosjonell forsømmelse, og fysisk og emosjonell mishandling hjemme, blant annet tvangsføring, innlåsing, trusler og vold. Foreldrene nektet å anerkjenne at Emma ble voldtatt som 14-åring, og da hun var 15, ble hun plassert i fosterhjem langt borte fra vennekretsen. Hun hadde mottatt frivillig behandling både i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien, der målet var å starte med traumebehandling når SF var stabilisert. Når Emma nærmet seg normalvekt, gjenopptok hun som regel restriktive spisevaner og droppet ut av behandlingen før de hadde fått begynt med traumebehandling.

Målformulering

Vår kliniske erfaring tilsier at pasienter med SF kan ha nytte av mål utover symptomlette for å beholde motivasjonen og eierskapet til eget prosjekt under behandlingen. I forvernsfasen formulerte Emma egne mål via *Goal Based Outcome* (GBO; Jacob et al., 2017), som bruker pasientens egendefinerte mål som utfallsvariabel. Emma ønsket å «snakke om traumene», «slutte å overspise» og «tørre å omgås andre igjen» (Figur 2). Hun ønsket

Figur 2

Goal-Based Outcome (GBO) gjennom behandlingsløpet



Merknad. GBO bygger på pasientens egen opplevelse av måloppnåelse av idiografiske mål. 0 = ingen måloppnåelse, 10 = full måloppnåelse.

helst ikke å kvitte seg med restriktiv spising, noe som ble problematisert ettersom jevnlig næringstilførsel mest sannsynlig ville bidra til idiografisk måloppnåelse («slutte å overspise»). Symptommål var *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q; Cooper et al., 1989) og *International Trauma Questionnaire* (ITQ; Sele et al., 2020) (Figur 3).

KEF og Emma ble enige om en kostplan for å redusere undervekten med 0,5–1,5 kg/uke, med hviletid etter måltidene for å redusere oppkast og tydelige rammer for fysisk aktivitet. Emma aksepterte motvillig rammene, men nektet å spise fisk grunnet tidligere tvangsføring. Hun ble møtt på dette fordi tilstrekkelig regelmessig ernæring var overordnet i denne fasen, og det ble foreslått at det å spise fisk kunne inngå i en fremtidig traumeeksponering, hvis Emma selv ønsket det.

Behandlingsforløp

Emma og behandleren utforsket funksjonen av SF i forhold til traumelidelsen. Underspising var knyttet til å dempe vonde følelser, å føle mestring i et kaotisk liv og å oppnå en barnlig figur for å avskrekke potensielle overgripere. Overspising var en konsekvens av sult, men fylte også et behov for trøst (overspising) og emosjonsregulering (oppkast). Å nærme seg kroppen trigget kroppsførakt, dissosiasjon og emosjonell overveldelse. Den psykomotoriske fysioterapien nærmet seg derfor Emmas kroppssopplevelse på en samlende, ikke-eksponer-

rende måte i denne fasen. De fokuserte på at Emma skulle tilegne seg ferdigheter for å kunne regulere emosjonell over-/underaktivering og å videreutvikle positive kroppserfaringer (Fisher & Ogden, 2009; Van der Kolk, 2015).

Miljøterapien baserte seg på grunnleggende miljøterapeutiske prinsipper som trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse (Gunderson et al., 1983). Der det var mulig, fikk Emma underveis anledning til å ta informerte, selvstendige valg. Primærkontaktene utforsket sammen med Emma hvordan de kunne hjelpe henne å selv håndtere dissosiasjon. De introduserte *grounding*-teknikker og taktil stimulering i tråd med psykomotorisk fysioterapi. Det ble tydeliggjort at støtte ville innebære å gradvis tøy strikken mot økende selvstendighet, for eksempel ved forsyning og påminning om måltider.

Pårørendeinvolvering predikerer et godt SF-utfall, men gjøres sjeldnere ved SF med KPTSD, siden familieforholdet ofte er konfliktfylt eller ikke-eksisterende (Brewerton et al., 2025). I Emmas tilfelle ble en redefinering av *pårørende* nødvendig, da hun ikke hadde kontakt med foreldrene sine. Emma identifiserte to venninner fra et kollektiv hvor hun tidligere hadde bodd, og miljøterapeutene forsøkte å motivere henne til å gjenoppta sosial kontakt med dem. Over tid hadde Emma mistet kontakt med dem, muligens på grunn av økt årvåkenhet, relasjonell sårbarhet og tiltakende SF-fokus. Det kan igjen øke isolasjonen og forsterke ensomhetsopplevelsen (Dagan & Yager, 2019; Meneguzzo et al., 2024).

Den første uken beskrev Emma en hjelpeløshet og viste regressiv atferd («trenger hjelp til å spise», «må bli hentet til måltid»). Personalet følte enten irritasjon, resignasjon eller omsorgstrang, og de diskuterte seg frem til en felles forståelse av atferden. Teamet ble enig om å validere Emma, men også å problematisere atferden som kunne hindre at rammene fikk en overføringsverdi til hjemmet. Emma ble også kontinuerlig minnet om sine egne langsiktige mål (Figur 2) for å øke motivasjonen til å fortsette med behandlingsrammene.

Angsten eskalerte som regel før veiing. Emma spurte stadig om forventet vektoppgang ut fra den aktuelle kostplanen. KEF forklarte da at kropp er forskjellige, og at det derfor er vanskelig å gi konkrete svar. Samtidig trygget hun Emma på at hun ville bli støttet uansett utfall, og minnet henne på at en viss vektøkning var forventet som en del av behandlingsplanen, og nødvendig. KEF understreket viktigheten av at Emma selv hadde kjennskap til hva hun veide. Formålet med dette var å maksimere diskrepansen mellom den maladaptive tanken «hvis jeg spiser, blir jeg tjukk» og faktisk utfall. Denne kognitive dissonansen ga økt tillit til kostplanen og forbedret etterfølgelsen av rammene over tid.

De første helgene ble utfordrende. Selv om Emma rapporterte noen fullverdige måltider med pårørende, ønsket hun rammejusteringer, som redusert kostplan og tettere oppfølging. I behandlingsmøtet ble opplevelsene validert, samtidig som rasjonalet for å fortsette med

de samme rammene og opprettholde en viss grad av autonomi ble tydeliggjort. Emma aksepterte å prøve full kostplan i ytterligere en uke, for så å beslutte om hun ønsket å fortsette behandlingen. Hun ble trygget på at hun kunne gå tilbake til sin kjente SF-atferd (underspising, oppkast) hvis hun da ombestemte seg. Ved neste veiing hadde vekten økt i tråd med planen, men ikke så mye som Emma hadde fryktet. Dette gjorde at hun fikk litt mer tiltro til kostplanen.

Emma returnerte etter en helgepermisjon med økt ambivalens og bevegelsestrang. Hun beskrev kroppen som «kvinnelig», med tiltakende kroppsforakt, flashbacks og mareritt. Tanken på å be om utskriving streift henne, samtidig som hun hadde et ønske om å gå inn i traume-problematikken, som nå hadde blusset opp. Etter Emmas eget ønske ble det forsøkt EMDR rettet mot det seksuelle overgrepet. Dette ble vurdert som hensiktsmessig, da hun på dette tidspunktet hadde tilegnet seg nye ferdigheter for regulering gjennom miljø- og fysioterapi og opprettholdt rammene noenlunde. De siste ukene av oppholdet håndterte Emma måltider og hviletid relativt selvstendig. Dermed ble sultens funksjon som en demper på vonde følelser gradvis svekket.

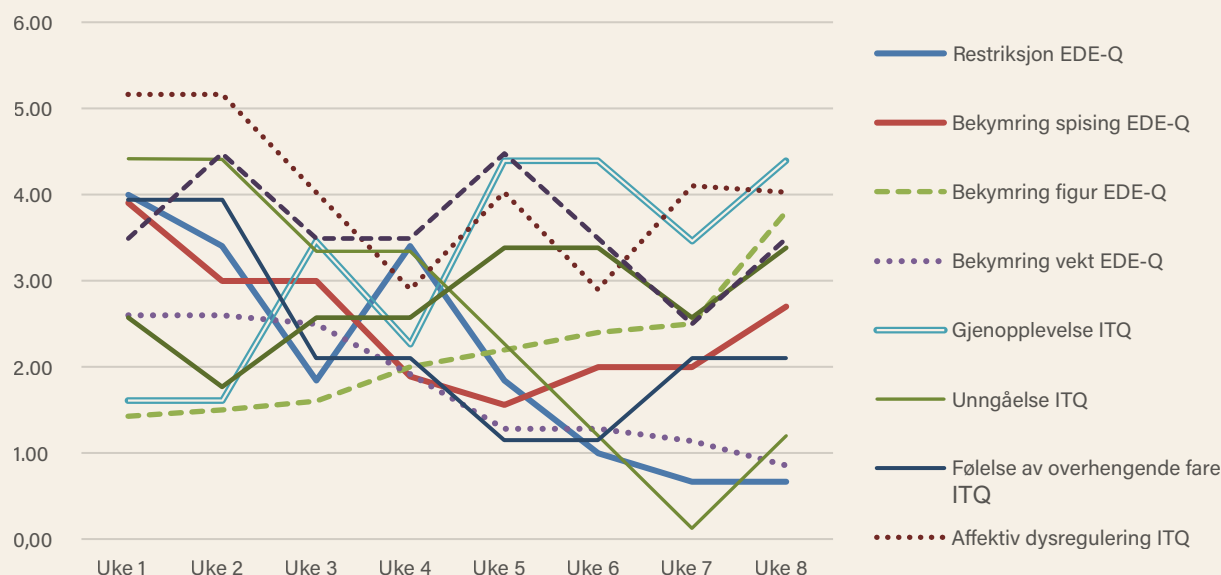
I takt med at Emma fikk tilstrekkelig ernæring, ble hun også mer psykologisk tilgjengelig. Hun fulgte etter hvert opp målet om økt sosialt samvær til tross for kroppsforakt, ble mindre nedstemt og deltok mot slutten av oppholdet mer aktivt i gruppetilbudet på avdelingen. Det var fortsatt mange dager der hun hadde høy grad av kroppsbildeforstyrrelse, angst, og tvil omkring hvorvidt hun ville klare å spise regelmessig. Hun opplevde det som meningsfullt å ta tak i traumene, selv om det kunne øke flashbackene og marerittene.

Behandlingsutfall

Emma stabiliserte næringsinntaket og reduserte undervekten fra KMI 16,8 til 18,3. Emosjonell dysregulering samt opplevelser av overhengende fare vedvarte, mens bekymring for vekt minket, selv om den fremdeles var sterk. Symptomer som trådte mer frem, var flashbacks og bekymring for figur, mens oppkast, traumerelatert unnvikelse og dissosiasjon ble vesentlig redusert (Figur 3).

Emma opplevde økt uro da utskrivelsen nærmet seg, og var usikker på om oppholdet hadde vært vellykket, siden enkelte traumesymptomer hadde eskalert. Samtidig ga hun uttrykk for å ha mer selvtillit og mestringsopplevelse, fordi hun tålte intrapsykiske og fysiologiske opplevelser bedre. Emma ble altså tryggere på evnen til å tåle egne opplevelser og klarte å generalisere nye erfaringer. Hun rapporterte noe idiografisk måloppnåelse på GBO: økt sosial fungering og mindre reaktivitet når det gjaldt traumesymptomer, samt færre overspisingsepisoder (Figur 2).

Emma knyttet økt måltidsmestring og trygghetsfølelse til eksterne faktorer som måltidsstøtte og samtaler,

Figur 3*EDE-Q og ITQ z-skårer gjennom behandlingsløpet*

Merknad. EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; ITQ = International Trauma Questionnaire. For z-skårer er det brukt normer for EDE-Q fra Rø et al. (2015) og for ITQ fra Sele et al. (2020). Alle skårer < 1 anses for å være innenfor klinisk område (caseness).

og hun var usikker på om hun ville klare å opprettholde endringene etter utskrivelse. Forestillingen ble rekonseptualisert sammen med behandleren ved hjelp av selvrapporteringskjemaene (Figur 3). *Tilfriskning* ble nyansert til å omhandle prosesser utover normal KMI og fravær av SF-symptomer, som økt toleranse for traumereaksjoner og evne til å fortsette næringsinntak ved over-/underaktivering. Emma gjenkjente seg i redusert unnnvikelse og nedstemthet og satte ord på en stolthet over å ha fullført oppholdet.

Drøfting

SF-KPTSD er en klinisk kompleks og alvorlig tilstand som er kjennetegnet av høyt symptomtrykk, betydelig funksjonssvikt og omfattende tjenestebruk. Klinikere opplever ofte behandlingen som krevende og har begrenset forskningsbasert grunnlag å støtte seg på (Trim et al., 2018). Det gjelder både hvilke behandlingsmodeller som har effekt i seg selv, og hvordan SF- og traumebehandling best kan integreres. Gjennom det fiktive kasuset Emma ønsket vi å illustrere en pasient vi opplever som representativ for SF-KPTSD, samt de kliniske vurderingene som vi gjør underveis i behandlingsforløpet ut fra klinisk erfaring, forskningsbasert kunnskap og de individuelle karakteristikkene hennes. Målet har vært å vise hvordan tilgjengelig kunnskap kan anvendes i praksis for å individtilpasse døgntilpasset behandling ved SF-KPTSD.

Integrert behandling for SF og KPTSD

Et sentralt spenningsfelt i kunnskapsgrunnlaget for hvordan man integrerer behandling for SF og traumelidelser, gjelder timing og sekvensering av intervensjoner. Tradisjonelle faseindelte modeller anbefaler stabilisering av SF-symptomer før traumbearbeiding. Nyere studier (Sele, 2026; ten Napel-Schutz et al., 2022) utfordrer imidlertid behovet for langvarig stabilisering. Studiene indikerer at traumefokusert eksponering kan være effektiv også ved KPTSD, samt ved relativt lav vekt, forutsatt at pasienten har tilstrekkelig prosesseringskapasitet. Samlet gir forskningen forsiktig støtte til integrert behandling, men etterlater betydelig rom for klinisk skjønn.

For Emma hadde sult en affektdempende funksjon. Da ernæringen stabiliserte seg, mistet sulten gradvis denne regulerende effekten. I et slikt perspektiv kan en midlertidig økning i traumesymptomer forstås som en forventet konsekvens av redusert unnnvikelse snarere enn en klinisk forverring.

Samlet klinisk erfaring tilsier at pasientens egendefinerte mål ofte avviker fra behandlingsprinsippene i standard SF-behandling, som primært vektlegger atferdsendring og symptomreduksjon. I forvernsfasen bidro målformuleringen til en syntese mellom Emmas selvdefinerte mål og behandlingens ikke-forhandlingsbare rammer, der hensikten var å styrke autonomi og etablere en felles retning. Hos pasienter med SF-KPTSD trigges ofte vektferi, måltidsangst, uønskede affekter, flashbacks, vedvarende trusselberedskap og relasjonelle vansker i

møte med nye behandlingsallianser. Utforming av idiografiske mål kan derfor fungere motiverende og gi pasienten insentiver til å stå i de ikke-forhandlingsbare rammene som innebærer eksponering for ubehag.

Gjennom digitale kartleggingsverktøy og kontinuerlige teamdrøftinger ble behandlingsforløpet systematisk evaluert. Vi etterstrebet transparens i samarbeidet med Emma for å fremme agens, autonomi og allianse gjennom korrigerende relasjonelle erfaringer. Ettersom sosial støtte er assosiert med bedre behandlingsutfall (Brewerton et al., 2025), ble Emma oppmuntret til å gjenoppta kontakt med *det friske livet* og betydningsfulle relasjoner. Siden traumene var knyttet til omsorgsgivere hun ikke lenger hadde kontakt med, ble det nødvendig å redefinere begrepet pårørende.

Eksponering i behandling av SF-KPTSD?

I stedet for å betrakte SF og KPTSD som to parallelle lidelser kan de konseptualiseres som funksjonelt sammenvevde unnavikelsessystemer (se Maj, 2005). Emmas restriksjon, overspising, dissosiasjon og ambivalens kan forstås som transdiagnostiske unnavikelsessstrategier. Døgnbehandlingens struktur med regelmessige måltider, hvile, ukentlig terapeutisk veiling og psykomotorisk fysioterapi fungerte dermed både symptomregulerende og som systematisk eksponering for fryktede stimuli, som vektøkning, kroppslige fornemmelser og opplevd kontrolltap. Dette muliggjorde nye og tryggere erfaringer. Parallelt metareflekterte medlemmene av behandlingsteamet over egne reaksjoner som irritasjon og redningstrang. Slike reaksjoner kan bidra til terapeutisk unnavikelse og avvik fra sentrale behandlingsprinsipper, såkalt terapeutisk drift.

Det finnes fortsatt ingen entydige kriterier for når traumeeksponering bør initieres i behandling av SF-KPTSD. Døgnrammer gir imidlertid muligheten til forsvarlig utprøving gjennom tett oppfølging, strukturerte rammer og kontinuerlig monitorering, der det er rom for raske justeringer ved behov. Samtidig er det en risiko for at økt symptomtrykk feiltolkes som forverring snarere enn forventet endring, og at klinikerens egen unnavikelse bidrar til avvik fra eksponeringsprinsipper (Langthorne et al., 2023; Waller & Turner, 2016). Eksponering innebærer nettopp å møte ubehag over tid slik at nye, tryggere erfaringer kan etableres (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014).

Økningen i traumesymptomer ved regelmessig ernæring fører ikke nødvendigvis til en SF-forverring, slik behandleren ofte frykter, men *kan* gjøre det (Trottier et al., 2016). En rekonseptualisering av hva endring kan innebære vil være hensiktsmessig dersom en midlertidig økning av symptomtrykket oppfattes som at behandlingen er uten effekt eller til og med skadelig. Progresjon kan forstås som økt mestring av egne indre opplevelser snarere enn utelukkende symptomreduksjon. Meningsfull endring

kan dermed finne sted selv ved midlertidig symptomintensivering, forutsatt at pasient viser mindre unnavikelse og økt toleranse for affekt. Dette fordrer toleranse for symptomtrykk hos både pasient og behandler.

Forskningsgrunnlaget viser både at traumeeksponering kan gjennomføres uten forutgående stabiliseringsfase, og at den kan integreres i samtidig behandling av SF i en døgnkontekst. Emma gjennomgikk ikke full stabilisering av SF før oppstart av traumefokusert behandling med EMDR. Tidspunktet ble vurdert ut fra Emmas beredskap for endring fremfor utelukkende KMI eller symptomnivå. Ernæringen var relativt stabil, hun hadde utviklet noen reguleringsstrategier, og relasjonene til personalet var styrket, noe som er særlig relevant, siden mistillit er en del av KPTSD. Videre bidro Emmas vedvarende etterlevelse av kostplanen, til tross for angst, i kombinasjon med jevnlig helgepermisjoner til en generalisering av positive endringer til hjemmemiljøet. Dette økte både mestringsopplevelsen og overføringsverdien av innleggelsen. Gradvis tillit til kostplanen indikerte korreksjon av katastrofetanken («Hvis jeg spiser, blir jeg tjukk»), hvor forventningsbrudd (*maximum expectancy violation*) ble nøye kalibrert i tråd med Emmas toleransevindue. Kasuset illustrerer dermed en fasefleksibel snarere enn en rigid faseinndelt behandlingsmodell, der intervensjonene fortløpende tilpasses pasientens aktuelle funksjonsnivå med mål om gradvis å tøy strikken.

Forskningens kliniske relevans

Forskningsfronten på SF-KPTSD og de kildene det refereres til, fremstår som metodisk solide, men den kliniske forskningen er fortsatt relativt ny og dermed begrenset i omfang (Brewerton, 2023b; Cloitre et al., 2019; Karatzias et al., 2019). På den ene siden styrkes den interne validiteten av systematiske oversikter, inkludert metaanalyser, og bruk av validerte måleinstrumenter (Karatzias et al., 2019; Sele et al., 2020). De gir et relativt robust grunnlag for å identifisere sammenhenger og anbefale intervensjoner. På den andre siden svekkes validiteten av at mange studier gjennomføres i små og komplekse kliniske utvalg, hvor det er vanskelig å isolere effekten av enkeltintervensjoner (Brewerton et al., 2020b; Convertino & Mendoza, 2023).

Når det gjelder generaliserbarhet, er begrensningene tydelige. Studiene er ofte gjennomført i spesialiserte behandlingskontekster, som ikke nødvendigvis gjenspeiler ordinær klinisk praksis (Brewerton et al., 2020a; Claudat et al., 2022). I tillegg bidrar demografiske skjevheter, særlig overrepresentasjon av kvinner fra vestlige land, til redusert ekstern validitet (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Dette innebærer at funnene i større grad har gyldighet innenfor avgrensede kliniske kontekster enn på tvers av populasjoner.

Forskningen på SF-KPTSD kan dermed vurderes å ha relativt god intern validitet, men moderat generaliser-

barhet. Dette betyr ikke at funnene ikke er informative, men at anvendelsen av dem må kontekstualiseres. Evidensgrunnlaget bør derfor forstås som retningsgivende og uansett tilpasses den enkelte pasient i tråd med prinsippene for EBPP (Norsk psykologforening, 2007). Selv om forskningen ofte undersøker avgrensede intervensjoner, tilsier klinisk erfaring at behandling av sammensatte lidelser krever integrerte og fleksible tilnærminger (Brewerton, 2023b; Briere & Scott, 2024). Ulike behandlingskomponenter må kombineres og justeres fortløpende, noe som gjør det vanskelig å isolere hvilke elementer som driver endring.

Samtidig støtter forskningen flere sentrale behandlingsprinsipper. Eksponering fremstår som en kjernekomponent (Becker et al., 2022; Craske et al., 2014; Foa, 2011), men klinisk praksis viser at eksponerende tiltak ofte kan gi en midlertidig symptomøkning. Dette krever presis tilpasning og klinisk «fingertuppsfølelse», uten at behandleren blir unnvikende. Kontekstuelle faktorer som tilgang til sosial støtte og kvaliteten på den terapeutiske alliansen synes også å påvirke behandlingsutfall (Brewerton et al., 2025; Flückiger et al., 2018). Samtidig er slike faktorer fortsatt relativt lite undersøkt empirisk.

Videre forskning

Basert på forskningen vi har funnet, mener vi fremtidige studier i større grad bør inkludere på kliniske populasjoner samt benytte større og mer sammensatte utvalg. Studiene bør også inkludere gjentatte målinger for å undersøke hvordan ulike symptomer samspiller og utvikler seg over tid, både på gruppenivå, i subgrupper og hos den enkelte pasient. Nye metoder og teknologier kan bidra til å kartlegge detaljerte endringsprosesser. For eksempel kan repeterte målinger av symptomtrykk i sanntid via pasientens egen smarttelefon gi økt innsikt i hvordan symptomer interagerer over tid. Slike tilnærminger kan være klinisk nyttige for å tilpasse behandling til den enkelte, enten som feedback underveis i behandlingen eller som kartlegging for innleggelse (se Olofsson et al., 2026). Slik kan behandlingen formes etter

pasientens individuelle behov. Vårt eget forskningsmiljø planlegger blant annet å undersøke hvorvidt pasientenes egendefinerte mål påvirker behandlingsutfallet med hensyn til symptomlette.

Videre anbefaler vi at forskningen i større grad gjennomføres i naturalistiske settinger. Ettersom SF forekommer på tvers av alder, kjønn, seksuell orientering, etnisitet og sosial klasse, trenger vi studier som inkluderer mer mangfoldige pasientgrupper, som menn, etniske minoriteter, transpersoner og kjønnsdiverse personer. Dette vil øke generaliserbarheten mellom forskning og klinisk praksis. Det er også viktig å identifisere mulige undergrupper *innenfor* gruppen med SF-KPTSD, da dette kan ha betydning for behandlingsvalg og effekt.

Konklusjon

Individtilpasning av behandling ved SF-KPTSD forutsetter tillit, tid og timing. Det vil si tillit i arbeidsalliansen og teamet; til metoden og til pasientens endringskapasitet; nok tid til relasjonell forankring og tverrfaglig refleksjon; og riktig timing i integreringen av intervensjoner basert på pasientens tilstand og medbestemmelse. I tråd med EBPP-rammeverket skal psykologer integrere forskning, klinisk skjønn og pasientens individuelle kontekst i behandlingen av SF-KPTSD. Forskningen gir foreløpig noe støtte til integrering av eksponerende, traumefokuserende innslag i SF-behandling ved komorbid KPTSD. Klinisk fremgang synes i større grad å avhenge av en individuell vurdering av pasientens allianse- og reguleringskapasitet og den aktuelle tilstanden heller enn en rigid sekvensering av intervensjoner. Samlet peker dette mot en døgntilbehandlingsmodell av SF-KPTSD som er fleksibel og kontekstsensitiv, der intervensjoner justeres løpende i tråd med pasientens funksjonsnivå og behandlingskapasitet. Eksponering og reduksjon av unnvikelse fremstår som sentrale transdiagnostiske endringsprosesser ved SF-KPTSD. I stedet for å betrakte SF og KPTSD som to separate lidelser, kan de forstås som funksjonelt sammenvevde unnvikelsessystemer, der eksponering retter seg mot å bryte unnvikelsessyklusen. 🧠

REFERANSER

- Becker, C. B., Farrell, N. R. & Waller, G. (2022). Using Exposure Therapy for Eating Disorders. I J. A. J. Smits, J. Jacquart, J. Abramowitz, J. Arch & J. Margraf (Red.), *Clinical Guide to Exposure Therapy: Beyond Phobias* (s. 277–297). Springer International Publishing.
- Brewerton, T. (2023a). History of abuse is not predictive of eating disorders with binge-eating episodes (but posttraumatic stress disorder is). *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 48(5), E367. <https://doi.org/10.1503/jpn.230064-1>
- Brewerton, T. (2023b). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: A commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1149433>
- Brewerton, T. D., Perlman, M. M., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J. & Bunnell, D. W. (2020a). The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2061–2066. <https://doi.org/10.1002/eat.23401>
- Brewerton, T. D., Suro, G., Gavidia, I. & Perlman, M. (2025). Level of family involvement as a predictor of outcome in eating disorder patients with and without provisional PTSD during residential treatment. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2460290>
- Brewerton, T. D., Trottier, K., Trim, J., Meyers, T. & Wonderlich, S. (2020b). Integrating Evidence-Based Treatments for Eating Disorder Patients with Comorbid PTSD and Trauma-Related Disorders. I C. C. Tortolani (Red.), *Adapting Evidence-Based Eating Disorder Treatments for Novel Populations and Settings* (s. 216–237). Routledge. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2460290>
- Briere, J. & Scott, C. (2024). Principles of trauma



- therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (3. utg.). Sage Publications.
- Cardi, V., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Campbell, I. C. & Treasure, J. (2019). A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 173–181. <https://doi.org/10.1002/erv.2639>
- Claudat, K., Reilly, E. E., Convertino, A. D., Trim, J., Cusack, A. & Kaye, W. H. (2022). Integrating evidence-based PTSD treatment into intensive eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3599–3607. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01500-9>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Convertino, A. D. & Mendoza, R. R. (2023). Posttraumatic stress disorder, traumatic events, and longitudinal eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1055–1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23933>
- Cooper, Z., Cooper, P. J. & Fairburn, C. G. (1989). The Validity of the Eating Disorder Examination and its Subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807–812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Dagan, Y. & Yager, J. (2019). Addressing Loneliness in Complex PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(6), 433–439. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000992>
- Eielsen, H. P., Vrabel, K. & Olofsson, M. E. (2025). «Scarily Safe»: Therapeutic Processes in Longstanding Eating Disorders With Comorbid Avoidant Personality Disorders in the Recovered Case of Jade. *Journal of Clinical Psychology*, 81(8), 694–705. <https://doi.org/10.1002/jclp.23805>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fisher, J. & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. I: Courtois, C.A. & Ford, J.D. (Red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (312–328). Guilford Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043–1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5. utg.). American Psychiatric Publishing.
- Geller, J. & Srikaneswaran, S. (2006). Treatment non-negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14, 212–217. <https://doi.org/10.1002/erv.716>
- Groth, T., Hilsenroth, M. J., Gold, J., Boccio, D. & Tasca, G. A. (2020). Therapist factors related to the treatment of adolescent eating disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 517–526. <https://doi.org/10.1037/pro0000308>
- Gunderson, J. G., Will, O. A. & Mosher, L. R. (1983). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. J. Aronson.
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser* (Nasjonal faglig retningslinje). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N. & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
- Jacob, J., Edbrooke-Childs, J., Law, D. & Wolpert, M. (2017). Measuring what matters to patients: Using goal content to inform measure choice and development. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(2), 170–186. <https://doi.org/10.1177/1359104515615642>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Langthorne, D., Beard, J. & Waller, G. (2023). Therapist factors associated with intent to use exposure therapy: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(4), 347–379. <https://doi.org/10.1010/16506073.2023.2191824>
- Lebois, L. A. M., Seligowski, A. V., Wolff, J. D., Hill, S. B. & Ressler, K. J. (2019). Augmentation of Extinction and Inhibitory Learning in Anxiety and Trauma-Related Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 257–284. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095634>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': An artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 182–184. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182>
- Meneguzzo, P., Terlizzi, S., Maggi, L. & Todisco, P. (2024). The loneliness factor in eating disorders: Implications for psychopathology and biological signatures. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 152493. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152493>
- Mitchell, K. S., Singh, S., Hardin, S. & Thompson-Brenner, H. (2021). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1260–1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D. & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Barone, E., Carfagno, M., Monteleone, P. & Maj, M. (2021). Emotional traumatic experiences significantly contribute to identify a maltreated ecophenotype sub-group in eating disorders: Experimental evidence. *European Eating Disorders Review*, 29(2), 269–280. <https://doi.org/10.1002/erv.2818>
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanan, A., Degenhardt, L., Borschmann, R. & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: A population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 636–645. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30029-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30029-3)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline). www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklaring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2007as08ae-Prinsipperklaring-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Olofsson, M. E., Giltay, E. J., Eielsen, H. P., Vrabel, K., Oddli, H. W. & Kopland, M. C. (2026). From promise to practice: showcasing the perceived clinical utility of idiographic networks for eating disorders with complex post-traumatic sequelae. *Journal of Eating Disorders*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-026-01579-w>
- Olofsson, M. E., Oddli, H. W., Vrabel, K. R. & Hoffart, A. (2020). In solitude is safety: A patient perspective on eating disorders in the context of multiple childhood trauma. *Nordic Psychology*. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762714>
- Olofsson, M. E., Vrabel, K. R., Kopland, M. C., Eielsen, H. P., Oddli, H. W. & Brewerton, T. D. (2024). Alliance processes in eating disorders with childhood maltreatment sequelae: Preliminary implications. *European Eating Disorders Review*, 181–195. <https://doi.org/10.1002/erv.3137>
- Pallister, E. & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366–386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R. & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14(69). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
- Powers, A., Petri, J. M., Sleep, C., Mekawi, Y., Lathan, E. C., Shebuski, K., Bradley, B. & Fani, N. (2022). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 88, 102558. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102558>
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Press.

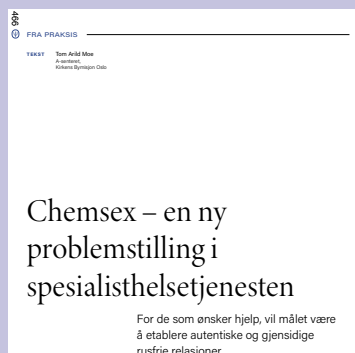
- Rossi, E., Cassioli, E., Cecci, L., Arganini, F., Martelli, M., Redaelli, C. A., Anselmetti, S., Bertelli, S., Fernandez, I., Ricca, V. & Castellini, G. (2024). Eye movement desensitisation and reprocessing as add-on treatment to enhanced cognitive behaviour therapy for patients with anorexia nervosa reporting childhood maltreatment: A quasi-experimental multicenter study. *European Eating Disorders Review*, 32(2), 322–337. <https://doi.org/10.1002/erv.3044>
- Rø, Ø., Reas, D. & Stedal, K. (2015). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in Norwegian adults: discrimination between female controls and eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 444–454. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008aso3ae-Evidensbasert-praksis-i-psykologi>
- Sansone, R. A. & Levitt, J. L. (2004). Borderline Personality and Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 71–83. <https://doi.org/10.1080/10640260590893665>
- Sele, P. H. V. (2026). Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder: Skills-training, Exposure, or both? [Doktorgradsavhandling]. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo / Modum Bad.
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H. & Oktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1796187. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>
- Shapiro, F. & Solomon, R. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy. I S. N. Gold (Red.), *APA Handbook of Trauma Psychology: Trauma Practice* (Bd. 2, s. 193–212). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/000020-009>
- Silén, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- ten Napel-Schutz, M. C., Vroling, M., Mares, S. H. W. & Arntz, A. (2022). Treating PTSD with Imagery Rescripting in underweight eating disorder patients: A multiple baseline case series study. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00558-1>
- Thorsen-Dahl, B. (2023). *Forenkle og forbedre. Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forenkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>
- Trim, J. G., Galovski, T. E., Wagner, A. & Brewerton, T. D. (2018). Treating eating disorder-posttraumatic stress disorder patients: A synthesis of the literature and new treatment directions. I L. K. Anderson, S. B. Murray & W. H. Kaye (Red.), *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (s. 40–59). Oxford University Press.
- Trottier, K., Monson, C., Wonderlich, S., Macdonald, D. & Olmsted, M. (2016). Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(1), 22–36. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207456>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Vist, G. E., Fossli, M., Meneses-Echavez, J. F., Helland, G. B. & Kraus, A. M. (2025). Behandling for spiseforstyrrelser: En parapyversikt. Folkehelseinstituttet.
- Vrabel, K. R., Hoffart, A., Rø, Ø., Martinsen, E. W. & Rosenvinge, J. H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623–629. <https://doi.org/10.1037/a0019857>
- Wade, T. D., Shafran, R. & Cooper, Z. (2023). Developing a protocol to address co-occurring mental health conditions in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24008>
- Waller, G. & Beard, J. (2024). Recent Advances in Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V. & Russell, K. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press.
- Waller, G. & Raykos, B. (2019). Behavior therapy for eating disorders: Treating eating disorders as anxiety disorders. I M. M. Antony & D. H. Barlow (Red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3. utg., s. 181–191). Guilford Press.
- Waller, G., Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Bennetts, A., Bramwell, K., Dodd, J. & Ingram, L. (2018). A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *International Journal of Eating Disorders*, 51(3), 262–269. <https://doi.org/10.1002/eat.22837>
- Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11. utg.).

TEKST Andrés Lekanger
Chemfriendly Norge

Chemsex-deltakernes erfaring må med

KOMMENTAR TIL

Moe, T. A. (2026). Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(7), 466-470.



Fagpersoner trenger samarbeidspartnere pasientene stoler på.

Moe (2026) leverer en grundig og viktig gjennomgang av chemsex som klinisk problemstilling i spesialisthelsetjenesten. Artikkelen avsluttes med et sentralt poeng: Mange av de mest sårbare pasientene frykter det ordinære hjelpeapparatet, og A-senteret har derfor bygget samarbeid med organisasjoner som «nyter tillit i den skeive populasjonen» – deriblant Helseutvalget og Sex og samfunn. Et riktig og viktig prinsipp. Men vår organisasjon nevnes ikke: Chemfriendly Norge, landets eneste bruker- og pasientrettighetsorganisasjon for skeive og sexarbeidere berørt av illegal rusbruk. Som vernepleier og styreleder ønsker jeg her å skrive om hvilket tilbud vi har for chemsexpasienter og fagpersoner.

Vi i Chemfriendly Norge består av likepersoner og helsepersonell som gir skadeforebyggende rusopplysning på arenaer der skeive rusbrukere ferdes. I tillegg tilbyr vi psykososial veiledning og jobber med pasient- og brukermedvirkning. Alt arbeidet bygger på faglige prinsipper og metoder. Et prinsipp og en metode vi bruker, er skadereduksjon – å møte mennesker uten fordømmelse eller krav om rusfrihet som selv skal få definere sitt hjelpebehov, der man aksepterer gradvise endringer som et gyldig mål i seg selv. Samt at de det gjelder, skal ha reell innflytelse på tiltak og politikk som angår dem (Harm Reduction International, u.å.; Tatarsky, 2007).

KONTAKT andres_lekanger@yahoo.no

MERKNAD Andrés Lekanger er styreleder i Chemfriendly Norge og tidligere chemsex-pasient i spesialisthelsetjenesten. Noen brukere og frivillige i Chemfriendly er også pasienter hos A-senteret.

Jobber opp mot sårbare slammere

Moe nevner kort at de som injiserer i chemsexsetting (*slamming*), har særlig risiko for negative helseeffekter. Gruppen har vært spesielt viktig for oss å jobbe mot. Slammere har høyere risiko for avhengighet sammenlignet med andre chemsexdeltakere (Schreck et al., 2021), mer psykisk uhelse og flere seksuelle dysfunksjoner (Knoops et al., 2022), samt flere seksuelt- og blodoverførbare infeksjoner (Schreck et al., 2021). Mange velger bevisst bort kondom (Knoops et

al., 2022). Det varierer fra studie til studie, men ofte deler respondentene brukerutstyr (Schreck et al., 2021). 27 dybdeintervjuer fra praksisfeltet antyder en sammenheng mellom økt injiseringsfrekvens og dårligere etterlevelse av skadereduksjon, og økt risiko for at slammere isolerer seg fra andre (Knoops et al., 2015).

I større grad enn det Moe beskriver for chemsex-deltakere generelt, opplever slammere at det offentlige hjelpeapparatet mangler kompetanse om deres utfordringer, noe som gjør at de føler seg desto mer isolert (Knoops et al., 2015, 2022). Som en ansatt ved Seksjon rusakuttmottak og avgiftnings ved Aker sykehus fortalte oss: Når ansvaret for å løfte frem seksualisert rusbruk legges på pasienten, velger pasienten gjerne ikke å si noe fordi hen ikke vet hvordan temaet vil tas imot. Da ender de ansatte opp med ikke å fange opp for eksempel voldtektsutsatte chemsexdeltakere. I samarbeid med eksterne helsefagpersoner og politiet har chemsexdeltakere hos oss arbeidet med forebygging av voldtekt i chemsex og i øvrig seksualisert rusbruk i over fire år.

Hjelper brukere og fagpersoner

Moe (2026) viser til at chemsexpasienter i større grad opplever lavterskeltiltak som trygge og fordomsfrie sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Vi tilbyr utdeling av blant annet sterilt brukerutstyr til injisering. Gjennom et slikt spesialisert tilbud når vi chemsexdeltakere offentlig helsevesen ikke når. I samtaler avdekker vi et stort udekket kunnskapsbehov om mindre skadelig injeksjonsteknikk, smitteforebygging og pasientrettigheter – blant annet blant menn som bytter sex mot rusmidler, og som ikke vet at de har rett på gratis helsehjelp gjennom prostitusjonstiltak. Tiltakene våre er i tråd med hva Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA, nå EUs narkotikabyrå, EUDA) anbefaler dersom helsevesenet skal nå ut til chemsexdeltakere: Skadereduserende arbeid som springer ut fra chemsexmiljøene selv, er likepersonbasert, og involverer samarbeid med helsepersonell (EMCDDA, 2023).

Verdien av likepersoner

Moe (2026) viser til at ansatte ved lavterskeltilbud rapporterer at de mangler ruskompetanse i møte med chemsex-

deltakere. Videre viser han til at prinsippet bak fagavdelingen Rosa kompetanse – at behandlingsapparatet må signalisere åpenhet og aksept for å tematisere seksualitet og kjønnsidentitet – trolig også gjelder chemsex.

Behovene Moe etterlyser, adresseres av vår ressursside om chemsex (Chemfriendly Norge, 2026). Siden er utviklet av en sosionom som arbeider med rusbehandling, som selv har gått i rusbehandling grunnet chemsexproblematikk. På ressurssiden finner brukere relevante skadeforebyggende råd, mens fagpersoner får konkret praktisk informasjon for å tematisere chemsex med pasientene sine. Rådene er basert på PLISSIT-modellen: *permission* (P), *limited information* (LI), *specific suggestions* (SS) og *intensive therapy* (IT) – en anerkjent sexologisk modell som hjelper fagpersoner å forstå hvilken type støtte en person trenger (Ahlén & Engher, 2023). Modellen gir også råd om hvor grensen går mellom normal veiledning, skadereduksjon og henvisning til spesialistbehandling. I tråd med PLISSIT-modellen tilbyr ressurssiden fysisk informasjonsmateriell med hjelpetiltak tilgjengelig for pasientene, nettopp for å vise at det er trygt å snakke om seksualitet.

Avgjørende pasienterfaring

Som en fagressurs som har bidratt til å bygge opp kompetansen om chemsex i Norge, ønsker vi å bidra med vår kunnskap til alle som ønsker å lære. I juni inviterte Sex og samfunn oss til å holde foredrag for å øke deres ansattes kompetanse i pasientsamtaler om rus. I bytte har våre frivillige fått opplæring i kommunikasjon om seksuell helse. Det er nøyaktig den typen gjensidig, tillitsbasert samarbeid Moe etterlyser.

Chemsexfeltet i spesialisthelsetjenesten er, som Moe påpeker, fortsatt nytt i Norge. Skal de mest sårbare pasientene nås, er vi enige med Moe om at løsningen ligger i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og organisasjoner som allerede har brukernes tillit. Flere av oss har selv vært i behandling ved A-senteret, og vår erfaring er at likepersoner med bakgrunn fra chemsex ofte når frem med informasjon på en mer overbevisende måte enn det utenforstående helsepersonell gjør. Pasienterfaringen vår, men også fagkunnskapen, gjør at vi kan supplere det kliniske blikket med brukernes egne erfaringer om hva som oppleves virksomt. ♡

REFERANSER

- Ahlén, E. B. & Engher, D. H. (2023). *Chemsex. En guide för att prata om droger och sex*. RFSL Stockholm. <https://rfslstockholm.se/bestall/>
- Chemfriendly Norge. (2026). *Sex og rus*. Hentet 22. juli 2026 fra <https://chemfriendly.no/sex-og-rus>
- Harm Reduction International. (u.å.). *What is harm reduction?* Hentet 22. juli 2026 fra <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023*. Publications Office of the European Union.
- Knoops, L., Bakker, I., van Bodegom, R. & Zantkuijl, P. (2015). *MSM, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting*. MAINline & SOAIDS.
- Knoops, L., van Amsterdam, J., Albers, T., Brunt, T. M. & van den Brink, W. (2022). *Slamsex in the Netherlands among men who have sex with men (MSM): Use patterns, motives, and adverse effects*. *Sexual Health*, 19(6), 566–573. <https://doi.org/10.1071/SH22140>
- Moe, T. A. (2026). *Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(7), 466–470. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso6ae-Chemsex-en-ny-problemstilling-i-spesialisthelsetjenesten>
- Schreck, B., Victorri-Vigneau, C., Guerlais, M., Laforge, E. & Grall-Bronnec, M. (2021). *Slam practice: A review of the literature*. *European Addiction Research*, 27(3), 161–178. <https://doi.org/10.1159/000511897>
- Tatarsky, A. (2007). *Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems*. Jason Aronson Inc.

TEKST

Kirsten Rasmussen

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Midt-Norge, St. Olavs hospital

Karl Henrik Melle

Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, St. Olavs hospital

Status i norsk rettspsykiatri

KOMMENTAR TIL

Alfarnes, S. A. (2026). Breivik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(7), 474-476.

Breivik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien



Svein Atle Alfarnes
Fotografert av: [navn]
Illustrasjon: [navn]

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

Proleg 22. juli 2011 i Norge viser at breivik-saken ble behandlet i dagens rettspsykiatriske system. Men, som Alfarnes (2026) skriver, har det vært lite endring i rettspsykiatrien. Breivik ble diagnostisert som en person med psykietriske problemer, og ble plassert i fengsel. Dette er et eksempel på hvordan rettspsykiatrien fungerer i Norge. Alfarnes (2026) argumenterer for at det er behov for endringer i rettspsykiatrien, spesielt når det gjelder vurdering av sakkyndighet og funksjonsevne.

KONTAKT kirsten.rasmussen@ntnu.no

MERKNAD Kirsten Rasmussen er medlem av Den rettsmedisinske kommisjon. Karl Henrik Melle er leder av kommisjonen.

Alfarnes sin gjengivelse av utfordringene i rettspsykiatrien er ikke tilstrekkelig nyansert.

I sin kronikk i *Psykologtidsskriftet* argumenterte Svein Atle Alfarnes (2026) for at sakkyndig praksis i liten grad har endret seg etter 22. juli-saken. Vi takker Alfarnes for å sette søkelyset på utfordringene i sakkyndig praksis, men oppfatter at hans beskrivelse har svakheter og på flere punkter bør nyanseres. Vi ønsker å gi mer informasjon om nåværende praksis.

Alfarnes skriver: «Sakkyndige må vurdere utilregnelighet [...]». Det er feil og var også feil før lovendringen som kom 1. oktober 2020 (Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige, 2020). Ikke på noe tidspunkt skulle eller skal den sakkyndige uttale seg om tilregnelighet. Vurdering av tilregnelighet har alltid vært rettens oppgave. Etter lovendringen er det også forskriftsfestet at «de sakkyndige ikke skal vurdere eller besvare rettslige spørsmål» (Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige, 2020). Sakkyndige skal redegjøre for virkelighetsforståelse og funksjonsevne uten å ta stilling til rettslige vilkår. Hvis en sakkyndig uttaler seg om tilregnelighet, vil han/hun få en skarp merknad fra Den rettsmedisinske kommisjon (DRK).

Vi opplever videre at Alfarnes sin gjengivelse av sakkyndighetsutdanningen gir et uriktig bilde av kompetansen man opparbeider seg, der han omtaler det som et «kort ABC-kurs». Videreutdanning foregår etter forslagene fremsatt i Rognum-utvalgets innstilling (NOU 2001: 12) organisert etter ABC-modellen. Nivå A favnes av de respektive spesialitetene for rettspsykiatriens vedkommende

innen psykiatri og psykologi – fortrinnsvis de kliniske subspesialiteter. B-kursene er felles for alle disipliner innen rettsmedisin. C-kursene er igjen spesielle for de ulike disipliner. Kompetanse på utredning, behandling og risikovurdering av lovbrøtere er det sentrale i rettspsykiatrisk sakkyndighet.

Hvordan sakkyndige velges

I kjølvannet av 22. juli-saken fokuserte pressen mye på at enkelte sakkyndige ofte ble oppnevnt sammen og alltid virket å være enige, omtalt som parhestproblematikken. Det var også vanlig at enkelte påtalejurister alltid henvendte seg til de samme to sakkyndige.

Problematikken, som også Alfarnes omtaler, var noe av bakgrunnen for at Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) ble etablert i 2018 og senere forskriftsfestet i 2020. Vi mener imidlertid at Alfarnes sitt argument om at opprettelsen av NERS ikke utgjør en vesentlig endring i selektering av sakkyndige, ikke gir et riktig bilde av situasjonen.

Etter NERS ble etablert, går alle henvendelser fra påtalemyndigheten til NERS via en rekvisisjon, der NERS vanligvis oppgir to navn på sakkyndige ved foreløpig undersøkelse og fire navn ved en full rettspsykiatrisk undersøkelse. I samråd med forsvarer velger påtalemyndigheten én av disse ved en foreløpig undersøkelse og vanligvis to av de fire oppgitte ved full undersøkelse. NERS har også oversikt over hvem som oppnevnes i stort sett alle saker, og har statistikk over hvor ofte sakkyndige oppnevnes sammen. Oversikten betyr at NERS kan gi tilbakemelding til det enkelte politidistrikt om parhestproblematikk oppstår.

Per fredag 3. juli 2026 var 233 sakkyndige registrert i NERS sitt system, og antallet sakkyndige psykologs-

pesialister som avgir erklæring, har også økt betydelig. Samtidig kan det virke som kjente og tradisjonelt mye brukte sakkyndige oppnevnes hyppigere enn helt nye på listen, men så lenge påtalemyndighet og forsvarer kan velge, vil det kunne skje. Fra DRK sitt syn er det viktigst at sakkyndige som oppnevnes, har relevant kunnskap for å vurdere alvorligheten av tilstanden den siktede eventuelt kan ha.

NERS har hatt som policy å sette opp to leger og to psykologer som svar på rekvisisjoner. Inntrykket er at det nesten alltid velges en psykolog og en lege, fordi komplementær kompetanse øker muligheten for å fange opp tilstander en av profesjonene mangler kompetanse på. Den som ønsker en mer detaljert kunnskap om virksomheten til NERS, vises til fjorårets rapport i *Psykologtidsskriftet* (Dahl et al., 2025).

Vurderingene er allerede grundige

Alfarnes sitt alternativ med rettspsykiatriske klinikker lik Danmark for nærmere observasjon fremstår som en god idé som vi ikke er uenige i, men fremstillingen gir også her et uriktig bilde av dagens situasjon. Slik han fremstiller det, vil den viktigste fordelene være langvarig, grundig klinisk vurdering. I de alvorlige sakene er forskjellen mellom Norge, Sverige og Danmark antagelig allerede ganske liten. Ved de mest alvorlige lovbruddene både før og etter 22.-julisaken har stort sett alle lovbrøtere i Norge vært innlagt til tvungen observasjon på en regional sikkerhetsavdeling, eller fått gjennomført en tvungen observasjon i fengsel av personell fra den regionale sikkerhetsavdelingen, i tillegg til de rettsoppnevnte sakkyndige.

For øvrig finnes mye informasjon om rettspsykiatrisk praksis på nettsidene til Den rettsmedisinske kommisjon (Statens sivilrettsforvaltning, u.å.). 

REFERANSER

- Alfarnes, S. A. (2026). Breivik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(7), 474–476. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso7ae-Breivik-saken-skapte-lite-endring-i-rettspsykiatrien
- Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige. (2020). (FOR-2020-09-30-1921). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-09-30-1921>
- Dahl, H., Øverland, S. & Stenklov, B. (2025). Status og utviklingstrekk i norsk

- rettspsykiatrisk sakkyndighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(4), 223–229. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso3ae-Status-og-utviklingstrekk-i-norsk-rettspsykiatrisk-sakkyndighet
- Grønning, L. & Melle, K. H. (2022). Strafferettslig utilregnelighet: regelavklaring og rolleavklaring. *Jussens Venner*, 57, 399–441. <https://doi.org/10.18261/jv.57.5.1>
- NOU 2001: 12. (2001). *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-12/>

- id377603/?ch=1
- Sivilrettsforvaltningen. (2026). *Anbefalt utforming av rettspsykiatriske erklæringer*. <https://d71tvbqpyamo.cloudfront.net/5-Kommisjoner-og-råd/Den-rettsmedisinske-kommisjon/Anbefalt-utforming-av-rettspsykiatrisk-erklæring-juni-2026.pdf>
- Statens sivilrettsforvaltning. (u.å.). *Den rettsmedisinske kommisjon*. <https://www.sivilrett.no/drk>

TEKST Marianne Berg Halvorsen
marianne.berg.halvorsen@psykologtidsskriftet.no
Rune Raudeberg
rune.raudeberg@psykologtidsskriftet.no

Ny vitenskapelig arena for norsk nevropsykologi

Nevropsykologien spenner fra grunnleggende forskning til klinisk arbeid og krever høy metodisk kvalitet og tilgjengelig kunnskapsformidling.

Nevropsykologenes fagområde er svært bredt og spenner fra grunnforskning på kognitive prosesser til klinisk arbeid med komplekse tilstander og favner hele livsløpet. Derfor trenger de tilgang til fagstoff som holder høy metodisk kvalitet.

At vi nå etablerer Nevropsykologi som vitenskapelig publiseringskanal i Tidsskrift for Norsk psykologforening, er et viktig strategisk tiltak i denne sammenheng. Norsk Nevropsykologisk Forening har en ambisjon om å styrke fagets synlighet, fremme kunnskapsutvikling i feltet og bidra til at forskningsresultater får betydning for klinisk praksis. Tilgang til en kanal som publiserer med åpen tilgang, er indeksert og som overholder alle formelle krav til vitenskapelig kvalitetssikring, er et sentralt virkemiddel for at nevropsykologene skal kunne ta i bruk ny kunnskap.

Norsk nevropsykologi er nødvendig

Kognitive funksjoner formes av en rekke faktorer, som språklige, kulturelle og institusjonelle rammer, som kvalitet av utdanning og fødselsomsorg. Testprestasjoner påvirkes systematisk av utdanningsnivå og kulturell erfaring. Normtabeller fra andre land kan ikke uten videre generaliseres til norske forhold (Espenes et al., 2024; Lorentzen et al., 2023). Vi vet at manglende lokal tilpasning øker risiko for feiltolkning av testresultater. Mange av oss husker fortsatt at versjon tre av Wechslers intelligenstagstest for barn (WISC-III) ga for lave IQ-skårer for noen barn

MERKNAD Marianne Berg Halvorsen og Rune Raudeberg er redaktører for Nevropsykologi-seksjonen, Tidsskrift for Norsk psykologforening.

og førte til diagnostiske feilslutninger, til tross for tidlige advarsler fra nevropsykologisk fagmiljø om dette (Strand, 2005). Utvikling og validering av norske normdata er derfor et grunnleggende metodisk anliggende for vårt fagområde. Å samle data på tvers av institusjoner og bruke eksisterende data til å utvikle nye og bedre normer, vil kunne tilføre feltet svært verdifulle bidrag. Vi finner noen konkrete eksempler i arbeidene til Espenes et al. (2024), Lorentzen et al. (2023) og Waggestad et al. (2025), som har laget nye norske normer for D-KEFS Color-Word Interference Test, Trail Making Test A & B og FAS Phonemic Fluency Test. Med en nasjonal publiseringskanal kan vi samle og systematisere slik kunnskap, og på den måten styrke det empiriske grunnlaget for klinisk praksis. Dessuten gir den nye plattformen en arena for studier som undersøker hvordan etablerte metoder fungerer i norske kliniske utvalg, og hvilke justeringer som eventuelt er nødvendige, slik som Egeland (2014) har vist for WAIS-IV.

Barn har andre behov enn voksne

For barn og unge trenger vi mer kunnskap om hvordan vurderingsverktøy fungerer i skjæringsfeltet mellom psykiske vansker, belastende livserfaringer og nevroutviklingsforstyrrelser. Dette er også et tema i Helsedirektoratets satsing på barns hjernehelset, i tråd med Nasjonal hjernehelsetrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2026; Hjernerådet, 2026). I klinisk praksis er det ofte utfordrende å skille reaksjoner på vold, omsorgssvikt eller tidlige belastninger fra tegn på utviklingsforstyrrelser. Belastende erfaringer kan endre symptomuttrykk og hjelpebehov hos personer med autisme eller intellektuell funksjonsnedsettelse (Hartley et al., 2024; Kildahl et al., 2020).

Med en nasjonal kanal som Nevropsykologi ønsker vi å samle klinikere og forskere som ønsker å publisere normeringsstudier, valideringsarbeid og kasuistikker som belyser vurdering og behandling i dette grenselandet. Vårt mål er at publiseringskanalen vil fungere som en arena for

faglig refleksjon og kritisk diskusjon. Vi nevropsykologer må forholde oss aktivt til sentrale spørsmål knyttet til testmetodikk, diagnostiske kriterier, økologisk validitet og forståelsen av funksjon i hverdagen (Suchy et al., 2024). I tillegg har økt oppmerksomhet rundt nevromangfold aktualisert behovet for nyanserte perspektiver på variasjon i kognitiv fungering (McLennan et al., 2025). Å få løftet slike temaer krever kontinuerlig dialog mellom forskere, klinikere og brukere. En god publiseringsplattform kan bidra til å strukturere og synliggjøre denne dialogen.

Nevropsykologi i hele livsløpet

Feltets bredde gjør at vi trenger en vidtrekkende publiseringskanal. Nevropsykologi omfatter hele livsløpet og et bredt spekter av tilstander, inkludert utviklingsforstyrrelser, lærevansker, ervervede hjerneskader, nevrologisk sykdom og psykiske lidelser. I tillegg rommer feltet forskning på rehabilitering, habilitering, funksjonsvurdering og livskvalitet. Med denne plattformen, som oppfyller kravene stilt til vitenskapelig publisering, har vi fått et godt grunnlag for å formidle kompleksiteten i faget vårt og slik legge til rette for ulike metodiske tilnærminger og faglige perspektiver. Utviklingen av et slikt forum avhenger imidlertid av aktiv deltakelse fra fagmiljøet. Et tidsskrift formes ikke bare av redaksjonelle prioriteringer, men av kvaliteten og bredden i de bidragene som sendes inn. Empiriske studier, oversiktsartikler, metodiske arbeider og faglige diskusjoner er alle nødvendige for å utvikle et dynamisk og relevant fagfelt.

Slik vi ser det, representerer etableringen av Nevropsykologi som en seksjon i Tidsskrift for Norsk psykologforening en mulighet for å videreutvikle norsk nevropsykologi. Realiseringen av dette potensialet vil kreve en felles innsats for å fremme forskning som er metodisk solid, klinisk relevant og kontekstuell forankret. Vi håper den nye publiseringskanalen kan bli en sentral arena for faglig utvikling, kritisk refleksjon og kunnskapsdeling. 📣

REFERANSER

- Egeland, J. (2014). Klinisk utprøving av wais-iv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(11), 911-919. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2014as11ae-Klinisk-utprøving-av-wais-iv
- Espenes, J., Lorentzen, I. M., Eliassen, I. V., Hessen, E., Waterloo, K., Timón-Reina, S., Fladby, T., Walhovd, K. B., Fjell, A. M. & Kirsebom, B. E. (2024). Regression-based normative data for the D-KEFS Color-Word Interference Test in Norwegian adults ages 20–85. *The Clinical Neuropsychologist*, 38(5), 1227–1255. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2276967>
- Hartley, G., Sirois, F., Purrington, J. & Rabey, Y. (2024). Adverse Childhood Experiences and Autism: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3). <https://doi.org/10.1177/15248380231213314>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). Nasjonal hjernehelsetrategi 2026–2036. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsetrategi-20262036/id3163048/>
- Hjernerådet. (2026, 11. juni). Helsedirektoratet vil styrke kunnskapen om barns hjernehelset <https://www.hjerneadet.no/mer-kunnskap-om-barns-hjernehelset/>
- Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L. & Oddli, H. W. (2020). «If we do not look for it, we do not see it»: Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1111/jar.12734>
- Lorentzen, I. M., Espenes, J., Hessen, E., Waterloo, K., Bråthen, G., Timón, S., Aarsland, D., Fladby, T. & Kirsebom, B. E. (2023). Regression-based norms for the FAS phonemic fluency test for ages 40–84 based on a Norwegian sample. *Applied Neuropsychology. Adult*, 30(2), 159–168. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1918128>
- McLennan, H., Aberdein, R., Saggars, B. & Gillett-Swan, J. (2025). Neurodiversity: A scoping review of empirical research. *Neurodiversity*, 3, 1–17. <https://doi.org/10.1177/27546330251337874>
- Strand, N. (2005). WISC-III skaper uro. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(6), 519–522. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2005as05ae-WISC-III-skaper-uro
- Suchy, Y., DesRuisseaux, L. A., Gereau Mora, M., Brothers, S. L. & Niermeyer, M. A. (2024). Conceptualization of the term «ecological validity» in neuropsychological research on executive function assessment: a systematic review and call to action. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 30(5), 499–522. <https://doi.org/10.1017/S1355617723000735>
- Waggestad, T. H., Kirsebom, B. E., Strobel, C., Gjora, L., Selbæk, G., Bekkhus-Wetterberg, P., Aga, O. & Egeland, J. (2025). New regression-based norms for the Trail Making Test on Norwegian older adults: Understanding the effect of education. *The Clinical Neuropsychologist*, 39(7), 2033–2056. <https://doi.org/10.1080/13854046.2025.2469940>

Det er fagetisk problematisk
å blande sammen prioritering
og utredning.

Dilemma i kliniske beslutninger



FOTO PRIVAT

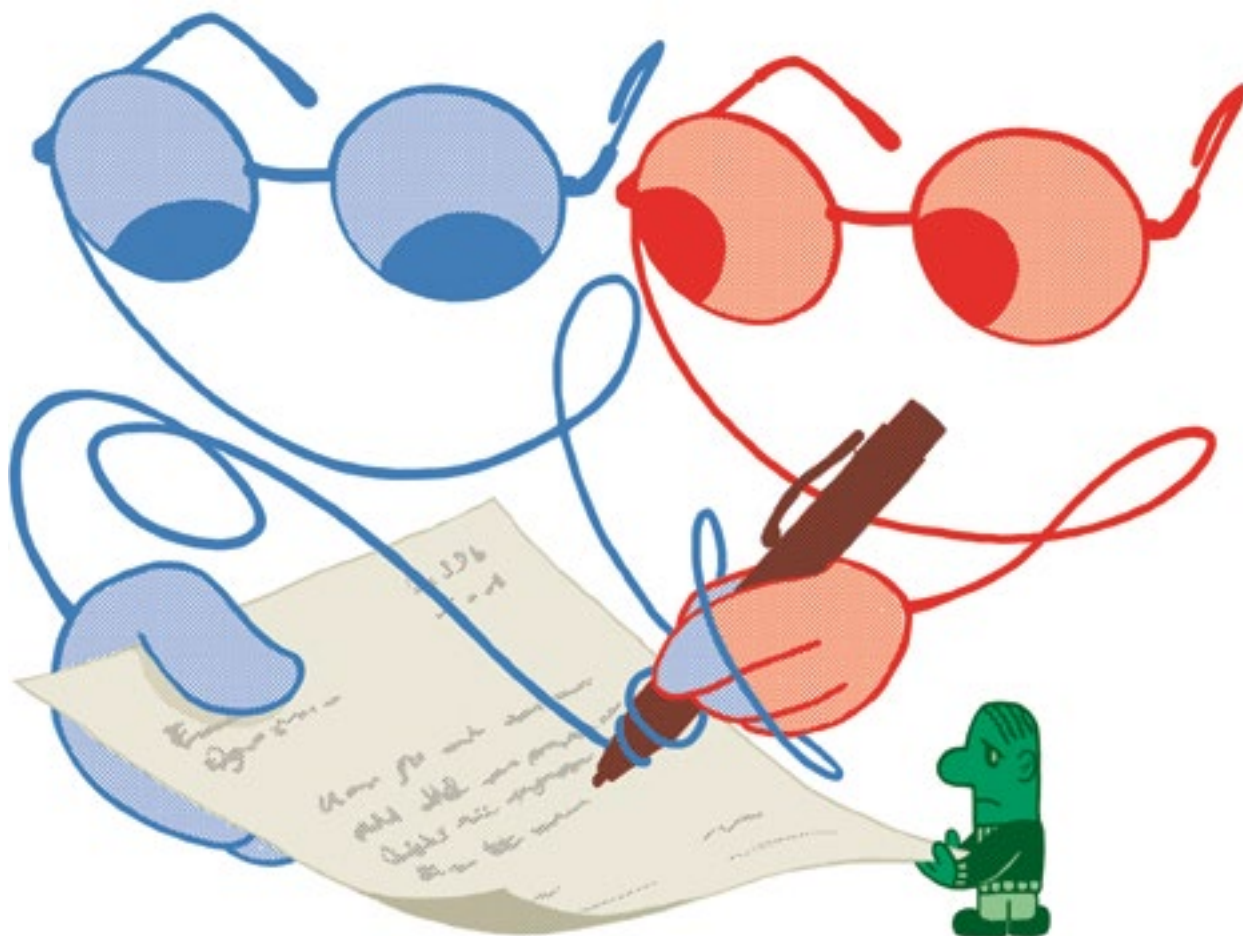
TEKST Henrik Pedersen
St. Olavs Hospital

KONTAKT Henpedersen@gmail.com

I psykisk helsevern er realiteten at de tildelte ressursene ikke samsvarer med arbeidsoppgavene som er pålagt av samfunnet (Malkomsen & Solberg, 2023). Det kan også virke som at det som kalles *forventningsgapet*, øker, og flere psykologer har diskutert aspekter ved prioritering for å sikre bærekraftige tjenester (Elvik, 2025; Garmannslund & Vik, 2025; Kraft, 2025; Svendsen Tessand & Riise, 2023). Det er oppløftende at flere av vurderingene i inntaket til spesialisthelsetjenesten later til å være gjennomført på gode premisser på tross av at presset på tjenestene «utfordrer systemet» (Schøyen, 2025).

Her ønsker jeg å løfte frem etiske aspekter ved prioriteringene som psykologer gjør *etter* at henvisningen er vurdert og pasienten har startet i et forløp. Prioritering har lenge vært en del av det vi i nasjonale pasientforløp kaller *klinisk beslutning*, eller *evaluering av forløp* – på grunn av sentrale likhetstrekk omtaler jeg begge fra nå av som «den kliniske beslutningen».

Den kliniske beslutningen kan defineres som en formell avgjørelse der konklusjonen bestemmer en pasients videre forløp. Det som gjør den formell, er at den er beskrevet som en del av pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2018),



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

skal begrunnes og beskrives i journal, at den ofte forankres i en spesialist, eller drøftes i teammøter eller veiledning. Beslutningen er en helhetlig avgjørelse som i hovedsak baserer seg på en utredning av pasientens psykiske lidelsestrykk og lidelsens opprettholdende faktorer, samt en vurdering opp mot prioriteringsprinsipper (Helsedirektoratet, 2015). Mens evalueringen av psykiske plager i teorien er en faglig-teoretisk vurdering, er prioritering en normativ vurdering.

Og i prinsippet skal disse to vurderingene være uavhengig av hverandre; utredningen av pasientens psykiske lidelsestrykk og dets opprettholdende faktorer bør få samme konklusjon uansett hvor mye ressurser psykisk helsevern har til rådighet. Uavhengigheten er også formelt forankret i våre nasjonale retningslinjer, hvor prioriteringsveilederen er adskilt fra beskrivelsene av det nasjonale pakkeforløpet og de ulike retningslinjene for utredning og behandling.

Jeg tenker at i praksis oppnås derimot ikke alltid denne uavhengigheten. Prioritering og utredning har en tendens

til å blande seg sammen. Jeg tenker en slik sammenblanding kan føre til uklare journaler, forvirring hos pasientene, og en svakere forståelse av pasientenes plager.

I teksten beskriver jeg hvordan sammenblanding kan ta form. Samtidig vil jeg løfte frem hvordan, og eventuelt hvorfor, ulike perspektiver, ideer og krav kommer i konflikt i den kliniske beslutningen. Forhåpentligvis kan jeg synliggjøre noen av de etiske dilemmaene som ligger i bakgrunnen av ordinær klinisk praksis i psykisk helsevern.

Sammenblanding

Min erfaring er at den kliniske beslutningen ofte har én samlet konklusjon som avgjør pasientens videre forløp, eller at forløpet avsluttes. Utredning og prioritering blander seg sammen hvis vi lar konklusjonen på utredningen endre seg *på grunn* av prioriteringene som blir gjort. Ideelt sett tenker jeg at en epikrise etter en basisutredning f.eks. bør være: «Konklusjonen fra utredning er at pasienten mest sannsynlig lider av sosial angst. I dag fremkommer det

derimot svært lite funksjonsfall da angsten er begrenset til pasientens jobb og symptomene lettes av hjemmekontor og andre avtaler med nærmeste leder. Saken avsluttes dermed ved DPS av prioriteringshensyn.» Om epikrisen til samme pasient ikke eksplisitt skiller mellom utredning og prioritering, ville epikrisen kunne lyde: «Basisutredning har ikke avdekket objektivt funksjonsfall eller andre indikasjoner på psykisk lidelse. Saken avsluttes dermed ved DPS.» Selv om beslutningen er lik, har detaljer om pasientens reelle tilstand blitt utelatt.

Det er ikke slik at blandingen bare kan oppstå når vi må avvise eller begrense hjelp. For eksempel kan en pasients depresjon bli omtalt som alvorlig for å rettferdiggjøre en innleggelse under en krise, eller moderat når det for eksempel vurderes at en alenemor heller bør bli fulgt opp i spesialisthelsetjenesten nå, i stedet for å vente på mulig oppfølging fra kommunen.

Om ikke både prioriteringene som ble gjort – sammen med nyansene rundt pasientenes situasjon og psykisk helse – eksplisitt kommer frem, risikerer vi følgefeil. Pasientene kan bli forvirret på grunn av motsigende tilbakemeldinger, og får dårligere forutsetninger for både å forstå sine egne vansker og delta aktivt i egen helsehjelp. Under følger to konflikter jeg ønsker å løfte frem, som virker i bakgrunnen av den kliniske beslutningen og som jeg tenker bidrar til sammenblandingen jeg har beskrevet her.

Konflikt mellom diagnosenes funksjoner

Det første jeg vil løfte frem, er at diagnoser og sykdomsbegrepet har flere funksjoner (Hofmann, 2003, 2014; Horwitz, 2021), både kliniske og byråkratiske, noe som kan føre til en funksjonskonflikt i praksis. Hvis kjerneansvaret til psykisk helsevern er å behandle psykiske lidelser (Klerman & Schechter, 1981), så blir diagnostisering etter utredning en konkretisering av dette ansvaret. Det er en måte å si at pasientens opplevde plager er noe psykisk helsevern skal ta stilling til. På den måten fører en diagnose også indirekte med seg en forpliktelse (Hofmann, 2003). Denne forpliktelsen er faglig-politisk forankret i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for utredning og behandling. Blanding av utredning og prioritering kan dermed forstås som et resultat av et pragmatisk syn på diagnoser, der psykologen bruker diagnoser som verktøy for å avgrense og definere psykisk helsevern sitt ansvarsområde, og markere pasientens videre forløp i systemet (Hofmann, 2014).

Samtidig er diagnosene kliniske verktøy som i utgangspunktet skal være beskrivende for indre psykologiske strukturer hos pasienten som fungerer som en slags årsak til deres plager (APA, 2013; WHO, 2022). Dilemmaet som da oppstår, er hvordan psykologer skal balansere disse funksjonene i samtale med pasienten og når videre forløp planlegges. Skal vi sette diagnoser på pasienter som ikke skal få hjelp, og skal vi sette diagnoser på pasienter slik at de skal få hjelp? Og hvordan balanserer vi det pragmatiske perspektivet med perspektivet til pasienter som ønsker en forklaring på plagene sine?

I skjul

Jeg tenker at konflikter i diagnosenes funksjon lenge har ligget på lur i faglige diskusjoner om prioritering. For eksempel er det synlig i Psykologforeningens uttalelse om «Kloke valg»-kampanjen (Liland, 2025), der første anbefaling er at en bør «... [u]nnå å bruke begreper og ord som unødig kan forsterke sykdomsopplevelse eller lidelsestrykk og føre til uhensiktsmessige helsevalg». Sammen med kampanjens slagord, «mer er ikke alltid bedre», bærer anbefalingen preg av at det spesielt er «sykdomsorientert språk», eller diagnoser, vi skal passe oss for. Jeg opplever derimot at et slikt perspektiv bør balanseres opp mot at en unngåelse av sykdomsorientert språk også kan forsterke sykdomsopplevelsen – spesielt om formålet med å unngå et slikt språk er fordi en pasient skal avsluttes eller vurderes til å få hjelp på et lavere omsorgsnivå. Her kreves en balanse som blir enda viktigere desto høyere press det er på tjenestene. Per i dag opplever jeg ikke at vi har noen entydig diagnostiseringspraksis, gitt prioriteringene som må tas, og det er i stor grad opp til den enkelte behandler å finne balansen.

Pasienten med stor og liten «p»

En annen konflikt er hvordan den enkelte pasients situasjon og behov for hjelp skal veies opp mot pasientpopulasjonen som sådan. Det sies ofte at psykologer, i tillegg til å ha en etisk forpliktelse overfor den enkelte pasient i terapisisituasjonen, har et *samfunnsoppdrag* (Garmannslund & Vik, 2025); vi har et ansvar overfor «pasienten med stor P» (Dalen & Dalen, 2019). I et slikt perspektiv forstås god rolleforståelse som en balanse mellom å se enkeltmennesket og det som gagnar flest mulig. Balansen fremstår derimot veldig abstrakt ettersom vektingen av de

— *Pasientene kan bli forvirret på grunn
av motsigende tilbakemeldinger*

ulike perspektivene vil være vidt forskjellig ut fra hvilket arbeidssted man har og hva man jobber med. Forskeren og vitenskapsformidleren, eller poliklinikklederen, må balansere disse ansvarene forskjellig fra psykoterapeuten dersom psykologer som sådan skal «klare samfunnsoppdraget».

Det er dermed ikke gitt at løsningen på mer effektiv prioritering er at den enkelte psykoterapeut i større grad «løfter blikket»; man kan derimot argumentere for at psykoterapeuten blir pasientens eneste lagspiller i et system som av nødvendighet må gjøre strenge prioriteringer etter kriterier som i seg selv ikke vil kunne yte individuelle forskjeller rettferdighet. Spørsmålet blir dermed hvem som skal ta hvilket perspektiv, når og i hvilken grad når det skal gjøres faktiske kliniske beslutninger.

Uunngåelig prioritering

Hvordan skal vi forholde oss til disse konfliktene formelt, når prioritering er uunngåelig? Behandlere ender opp med å stå i et voldsomt spenn. På den ene siden er prioritering uunngåelig: Når en poliklinisk behandler får tildelt nye saker månedlig, er det bare et spørsmål om tid før noen pasienter må avsluttes, sendes til andre tilbud, eller må få timer sjeldnere. Det samme gjelder i mer intensiv behandling; antall senger er antall senger. På den andre siden står de overfor krav til hvordan utredning og behandling skal se ut, gitt de indikasjonene som dukker opp under utredningen, eller hvilke diagnoser som settes. Faktisk er prioritering påfallende lite nevnt i Helsedirektoratets mange retningslinjer. Og prioriteringsveilederen i seg selv bærer preg av i all hovedsak å fokusere på triageringsprosessene før pasientforløpet og behandling starter.

Jeg opplever også at det eksisterer uklarheter rundt hvordan det hele formelt skal begrunnes i journal.

En sammenblanding av utredning og prioritering kan ende opp som en slags løsning. Gir basisutredningen indikasjon på lidelse, må det begrunnes at det ikke følges

opp. Står det derimot at det «ikke er funnet indikasjon på lidelse X», er det lite å diskutere. Litt symptomlindring kan rettferdiggjøre en avslutning. Det krever langt mer å begrunne en avslutning med kapasitetspress, spesielt dersom vi ønsker å dokumentere at pasienten fortsatt har en psykisk lidelse tross endring i symptomtrykk. Og kanskje er det uklarheter rundt hvordan behandlere skal navigere i dette landskapet som er grunnen til at journaler, etter min mening, ofte ser ut til å være preget av tidspress og maktesløshet hos behandleren (Aaslestad et al., 2026), samt gjør journalen til et selvmotsigende sammensurium heller enn en pålitelig kilde til klinisk informasjon.

Jeg vil understreke at dette ikke betyr at beslutningene som tas, er feil, det er heller det at sammenblanding kan være en fagetisk problematisk måte å fjerne friksjon fra systemet. Det er fagetisk problematisk at vi ikke eksplisitt skiller mellom prioritering og utredning, mens vi er bevisste på konfliktene som lur i bakgrunnen, fordi det kan føre til dårligere forståelse av pasientenes plager og manglende gjennomslutning i hvordan vi distribuerer tjenestenes ressurser.

Alternativet – å både beskrive prioriteringene som blir gjort, i tillegg til begrunnelser rundt diagnose og psykisk helsestilstand – vil antagelig føre med seg nye problemer. Det mest opplagte vil være hvordan dynamiske størrelser som kapasitetshensyn og prioritering faktisk skal beskrives i pasientens journal og formidles til pasienten. Hvordan skal jeg beskrive i journal, og forklare pasienten, at grunnen til at vi har begynt å snakke om avslutning er at du er min minst syke pasient nå for tiden?

Spørsmålet er tilnærmet umulig å svare på, men veien videre er nok å løfte det opp og svare på det sammen, heller enn at hver enkelt behandler skal svare på det alene. Det må bli klart for oss hvordan vi kan sikre et tydelig skille mellom utredning og prioritering, og med det en gjennomslutning i psykisk helsevernens ressursbruk, også overfor pasientene. 

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- Aaslestad, P., Bakke, M. C. A., Ringen, P. A. & Hem, E. (2026). Pasientens stemme og skriverens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 146(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0685>
- Dalen, N. & Dalen, K. (2019). *Profesjonsetikk for psykologar*. Samlaget.
- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44-47. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologer-mangler-vurderingsferdigheter
- Garmannslund, M. & Vik, O. M. (2025). En profesjon i endring stiller sterkere krav til rolleforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 707-709. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-En-profesjon-i-endring-stiller-sterkere-krav-til-rolleforst-else
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder* – psykisk helsevern for voksne. Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykiske lidelser – voksne. Nasjonalt pasientforløp*. Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne
- Hofmann, B. (2003). Trenger helsevesenet begrepet sykdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4. <https://www.tidsskriftet.no/2003/02/kronikk/trenger-helsevesenet-begrepet-sykdom>
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Horwitz, A. V. (2021). *DSM: A history of psychiatry's bible*. JHU Press.
- Klerman, G. & Schechter, G. (1981). Ethical aspects of drug treatment. *Psychiatric Ethics*, 117-130.
- Kraft, B. (2025). Psykologene må ville prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologene-ma-ville-prioritere
- Liland, K. L. (2025, 30. september). Klope valg i psykisk helse. Psykologforeningen. www.psykologforeningen.no/aktuelt/klope-valg-i-psykisk-helse
- Malkomsen, A. & Solberg, C. T. (2023). Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(6). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0081>
- Schøyen, T. (2025). Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 739-743. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-Vurdering-av-henvisninger-i-DPS-erfaringer-fra-en-konsernrevisjon
- Svendsen Tessand, H. & Riise, S. (2023). Vår vegring mot å prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(5), 312-314. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as04ae-Var-vegring-mot-a-prioritere
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Psykologer i det offentlige rom
må ha høy fagetisk kompetanse.

Fagetikk i en ny medievirkelighet



FOTO PRIVAT

Martin Hegdahl
Avtalepraksis



FOTO PRIVAT

**Hilde Sundvor
Brendalsmo**
Familievernkontoret
i Vestfold, Bufetat



FOTO PRIVAT

Gry Kristin Lia
Rus- og avhengig-
hetsklinikken,
Helse Bergen HF

Kan psykologstanden miste sitt moralske fotfeste i forsøk på å gjøre seg relevant på stadig nye arenaer? Hvordan skal vi forholde oss til psykologer som kommer med klikkvennlige mental helse-tips på sosiale medier, «kontroversielle» politiske synspunkter og moraliserende samlivsråd i avisspaltene? Og hva med terapi på tv?

Siden høsten 2025 har det vært en livlig debatt om psykologers virke i tradisjonelle og nye medieflater. Debatten har blant annet omhandlet terapi i media, utfordringer ved å kombinere psykologtittelen med rollen som samfunnsdebattant og grensedragninger for hvilke politisk betonte ytringer psykologer kan formidle i kraft av å være psykolog (se blant annet Rydningen, 2026; Torgalsbøen & Øvreeide, 2026; Vik & Eide, 2026). Diskusjonene har aktualisert en rekke viktige prinsipielle spørsmål om fagetikk, rolleforståelse og profesjonens identitet.

Mange har tatt til orde for at Norsk psykologforening utvikler et sett med fagetiske retningslinjer som kan supplere våre fagetiske prinsipper. Vi i Fagetisk råd (FER) har pekt på potensielt uheldige konsekvenser ved dette og mener fagetisk refleksivitet og toleranse for kontradiksjon er best egnet til å ivareta en høy fagetisk standard.

I denne teksten vil vi utdype våre synspunkter og vise til erfaringer fra andre land og psykologforeninger.

KONTAKT psykologhegdahl@gmail.com

MERKNAD Forfatterne er medlemmer av Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening.

— Fagetiske spørsmål der det er tydelig hva som er rett og galt, hører til sjeldenhetene

Ikke alltid rett eller galt

Å være psykolog krever stor etisk kyndighet og høy fagetisk kompetanse, blant annet fordi farene for maktmisbruk, utnyttelse og uheldig «moralisk smitte» er stor. I norske psykologers fagetikk er det flere handlinger som er helt uakseptable, som for eksempel å bistå etterretningstjenester med manipulative avhørsteknikker eller å innlede seksuelle eller romantiske forhold med klienter. Men de etiske landskapene psykologer forholder seg til, er vagere og videre enn for mange andre profesjoner (Vik, 2022). Fagetiske spørsmål der det er tydelig hva som er rett og galt, hører til sjeldenhetene.

Å synliggjøre terapi på tv og radio eller fremme politiske standpunkter i offentligheten er ikke per definisjon fagetisk uakseptabelt. Men det kan være det hvis den fagetiske bevisstheten uteblir. Med andre ord: Psykologer kan ha terapi på tv og komme med politiske budskap uten at det automatisk blir fagetisk uholdbart.

Medlemmer i psykologforeningen er bundet av Etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP). EPNP er utformet slik at de skal kunne anvendes på nye arenaer og i møte med endringer. De helseetiske normene respekt, ansvar, kompetanse og integritet har vært vektlagt siden antikken og er fortsatt like relevante. Regelmessig revisjon av våre fagetiske prinsipper og vår grunntenkning er imidlertid nødvendig – noe EPNP også instruerer oss til å gjøre. Fagetikken har endret seg i tråd med fagets, samfunnets og teknologiens utvikling. De store endringene i medievirkeligheten kan også fordre nytenkning om fagetikkens anvendelse, og aktualiserer spørsmålet om egne retningslinjer for psykologer i media.

Retningslinjer i andre land

Den europeiske paraplyorganisasjonen EFPA (European Federation of Psychologists' Associations) utarbeidet i 2011 en retningslinje for psykologer i media (EFPA, 2011). Siden Psykologforeningen er medlem av EFPA, er retningslinjen veiledende for norske psykologer, men vi har ikke utviklet egne og mer spesifikke retningslinjer, slik psykologforeningene har gjort i Danmark (Dansk Psykolog Forening, 2022) og Storbritannia (The British Psychological Society, 2019).

EFPA's retningslinjer sier blant annet at psykologer bør:

- vise respekt for involverte og omtalte personer
- være orientert om konteksten det man formidler, skal brukes i
- være oppmerksom på potensielle uheldige konsekvenser for tredjepersoner

- ikke uttrykke profesjonelle vurderinger av offentlige personer (jf. Goldwater rule)
- vise aktsomhet for å ikke direkte eller indirekte lekke taushetsbelagt informasjon
- være oppmerksom på egne kompetansebegrensninger og ikke uttale seg utover egen kompetanse
- være oppmerksom på at man representerer fellesskapet av psykologer. Dette innebærer å utvise respekt også for andre psykologiske perspektiver enn dem man selv forfekter, og unngå uttalelser som diskrediterer kolleger, men konstruktiv kritikk er velkomment.
- være redelig i presentasjon av egen kompetanse/erfaring og være sensitiv for negative effekter av selvpromotering

Selv om de kalles retningslinjer, oppfordrer de i hovedsak til bevissthet og refleksjon, heller enn å komme med klare grenser, noe som er i tråd med FERs syn på hvordan fagetiske prinsipper best bør anvendes.

Den raske teknologiske, kommersielle og juridiske utviklingen i sosiale medier og andre nye mediekkanaler gjør det vanskelig å utforme veldig spesifikke retningslinjer. De blir følgelig mer som generelle normer for «sunt nettvett» som gjelder for alle, i stedet for etiske retningsangivere for psykologer.

Fagetikk i det offentlige rom

De etiske prinsippene fordrer at psykologer omtaler mennesker og organisasjoner med respekt. I tillegg til å ha ansvar for ordlyden må psykologen være oppmerksom på hvordan et sitat kan bli brukt, i hvilken kontekst, og hvordan ordene kan forstås og (mis)brukes av andre.

Vi vil understreke at klientbegrepet defineres bredt av EPNP. Det gjelder ikke bare personen i behandling, men mennesker som kan bli sekundært berørt, det være seg familier, kunder eller organisasjoner. En klients autonomi og selvbestemmelse fritar ikke psykologen fra ansvaret for å avveie mulige konsekvenser klienten selv ikke oversker. Klinisk virksomhet i det offentlige rom, enten det er i underholdnings-, folkeopplysnings- eller undervisningsøyemed, er forbundet med stor risiko. Å begi seg ut på slik virksomhet stiller store krav til psykologens fagetiske kyndighet.

Psykologer er fagetisk forpliktet til å utvise redelighet og akademisk ydmykhet når fagkompetansen brukes, særlig i det offentlige rom. Å påberope seg psykologautoriteten innebærer en rekke hensyn, blant annet å unngå faglig kontrære eller lettvinde utlegninger. Man bør opplyse om et budskap avviker betydelig fra faglig

konsensus eller er en personlig mening. Ønsket om å uttrykke seg forståelig og kortfattet overfor allmennheten må også balanseres opp mot faglig forsvarlighet og profesjonell integritet.

Psykologen representerer profesjonen

Psykologer er også fagetisk forpliktet overfor kolleger og profesjonens gode navn og rykte. Forpliktelsen kan beskrives som et kollegialt, normativt ansvar, fordi psykologen tolkes som eksponent for et faglig fellesskap og låner autoritet fra «lauget» med dets underforståtte verdier og kunnskapsbase. Psykologer har, som alle, ytringsfrihet. Det kollegialt problematiske – men ikke *nødvendigvis* fagetisk problematiske – oppstår når psykologen legitimerer eller gir en talerstol til politiske meninger under dekke av tilhørigheten til et fagfellesskap. Som psykologer bør vi anerkjenne definisjonssmaken vi har i det offentlige ordskiftet. Å ytre seg politisk med psykologhatten på kan ha en sterk normativ kraft og gi publikum inntrykk av at vi uttaler oss på vegne av hele standen.

Vi har også et ansvar for faglig avgrensning, som betinger transparens når vi uttaler oss om områder som går ut over egen kompetanse, eller på fagområder som ikke er psykologi. Ansvaret fordrer at psykologen

tydeliggjør egen rolle og formidler at uttalelsene ikke skjer i egenskap av å være psykolog.

Til sist vil vi påpeke at faglig etterrettelighet utfordres der psykologer står i fare for å overselge kliniske tjenester eller egen kompetanse, eller der psykologisk autoritet anvendes til markedsføring, når denne bare delvis tangerer fagvirksomheten.

En verdifull plass i media

Vi mener at fagetikken, også i omgang med sosiale medier, best ivaretas ved at psykologen stiller seg selv spørsmål knyttet til de fire prinsippene i EPNP, og at vår egen refleksivitet er en bedre støtte for god fagetisk praksis enn absolutte regler. EFPA's retningslinjer kan anskueliggjøre hvordan prinsippene kan anvendes i en endret teknologisk virkelighet.

Vi tror samfunnet er tjent med at psykologer bidrar til popularisering og folkeopplysning, men ser at det er forhøyet risiko for å miste det fagetiske fotfestet i forsøket på å være relevant i det offentlige rom. Psykologer i media og på sosiale medier må ha god rolleforståelse og etisk bevissthet, men har etter vårt syn en verdifull plass så lenge de holder føttene godt plantet i profesjonens gode og veiledende fagetiske prinsipper, og anvender dem klokt. ●

REFERANSER

- The British Psychological Society (BPS). (2019). *Psychology and Media Productions: Guidance for commissioners and producers*. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2019.rep163>
- Dansk Psykolog Forening. (2022). *Psykologer i medierne. Råd og anbefalinger fra Etiknævnet*. Dansk Psykolog Forening, Komité for Etik. https://www.dp.dk/wp-content/uploads/2022/03/KomiteForEtik_Anbefaliner.psykologer-i-medierne.DP2012.pdf
- European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA). (2011).

- Guidelines for psychologists who contribute to the media*. <https://www.efpa.eu/resource/guidelines-for-psychologists-who-contribute-to-the-media/>
- Rydningen, N. N. (2026). En tryggere uenighetskultur. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 253–254. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-En-tryggere-uenighetskultur
- Torgalsbøen, A. & Øvreide, H. (2026). Høystemt og uklart om fagetikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(5), 320–321. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso4ae-

- H-ystemt-og-uklart-om-fagetikk
- Vik, O. M. (2022). Psykoterapiens etiske dimensjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 1028–1034. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as10ae-Psykoterapiens-etiske-dimensjon
- Vik, O. M. & Eide, C. (2026). Fagetikk ivaretas best gjennom dialog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 251–252. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Fagetikk-ivaretas-best-gjennom-dialog



Skjulte normdata gir uholdbare
konsekvenser for klinikere og brukere.

Pearson hindrer nødvendig innsyn



FOTO PRIVAT

TEKST Erik Winther Skogli
Gunn Nybakken
Stine Ericson
Kristian Køhn
Elisabeth Øverland

KONTAKT erik.winther.skogli
@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Skogli opplyser at kunstig
intelligens (KI) er brukt i det innledende
skrivearbeidet.

Testleverandøren Pearson har nå begynt å fjerne normmaterialet fra manualene som følger med testbatteriene sine. Først ut er CELF-5 (Clinical Evaluation of Language Fundamentals), der normene ikke lenger finnes på papir eller i en fil klinikerer kan lese, men utelukkende inne i de digitale skåringsløsningene Q-global og Q-interactive. Videre planlegger Pearson å publisere WAIS-5 (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fifth Edition) og andre tester etter samme modell. Endringene kan fremstå som en teknisk detalj, men har direkte betydning for kvalitetssikringen av testresultatene instrumentene gir.

Normdata betyr noe

Strukturerte undersøkelsesbatterier med tilhørende normdata er sentrale verktøy innenfor fagdisipliner som nevropsykologi, logopedi, spesialpedagogikk og fysioterapi. Kartlegging av språk, motorikk og kognitiv funksjon står sentralt når helsepersonell utreder personer med ulike funksjonsnedsettelse. Tilgang på instrumenter med gode målegenskaper og relevante normer er avgjørende for kvaliteten på de vurderingene som gjøres. En stor del av testmetodikken baserer seg på et normativt sammenligningsgrunnlag, der testpersonens prestasjoner sammenlignes med hva som er naturlig å forvente av språklig, motorisk og kognitiv fungering hos personer i tilsvarende alder. Dermed kan vi for eksempel avgjøre om et barns utvikling er som forventet, eller forsinket i forhold til en aldersnorm. Presterer barnet over gjennomsnittet for sin aldersgruppe, kan vi anta at dette er et barn med tidlig modning og gode ressurser. Presterer barnet under gjennomsnittet, kan vi anslå grader av utviklingsavvik og funksjonsnedsettelse. Slike vurderinger forutsetter imidlertid at normene faktisk stemmer for gruppen de brukes på.

Når normene ikke treffer

Utfordringen ligger i hvor godt oppgitte normer reflekterer populasjonene de anvendes på. I flere tilfeller har normdata vist seg å treffe dårlig den populasjonen de er ment å representere. WISC-III med tilhørende skandinaviske normer, publisert i 2003 (Ellertsen & Johnsen, 2003), viste seg å ha for strenge normer, med den konsekvens at barn uriktig ble vurdert til å ha psykisk utviklingshemming (Strand, 2005; Sundberg et al., 2006). I 2013 ble Leiter-3 publisert (Roid et al., 2013), med normer som trolig viste seg å overvurdere barns non-verbale evnenivå. Usikkerhet rundt normeringsmaterialet til Leiter-3 førte derfor til en anbefaling om at resultatene fra testen ikke bør tillegges for stor vekt i utredninger av psykisk utviklingshemming (Oslo universitetssykehus, 2023).

I 2022 deaktiverte Pearson den digitale administreringen av delprøvene Koding og Symbolleting i WISC-5, etter at Koding viste seg å ligge systematisk for høyt sammenlignet med standardiseringsdataene (Pearson, 2022). Eksempelene viser at det av ulike grunner kan være krevende å utarbeide gode normdata. Fellesnevneren er at feilene ble oppdaget fordi klinikere hadde tilstrekkelig innsyn i normdataene til å kunne stille spørsmål ved dem. Det er dette innsynet Pearson nå bygger ned.

— Feilene blir bare usynlige

Skjulte normer, synlige konsekvenser

Når normdata gjemmes i digitale skåringsprogrammer, hindres transparensen som driver fagfeltet fremover. Feil i normdata forsvinner ikke av den grunn. Feilene blir bare usynlige. For enkelte yrkesgrupper er kjennskap til normdata en forutsetning for forsvarlig fagutøvelse, og kritisk bruk av normer inngår som en sentral del i opplæringen av helsepersonell som anvender psykometrisk tester i sin kliniske virksomhet. Selv om helsepersonell i

dag anvender en rekke verktøy i sin kliniske virksomhet, er det den enkelte fagperson som står ansvarlig for sine vurderinger. Ansvaret innebærer en plikt til å gjøre seg kjent med instrumentene som anvendes i klinikk. Å pålegge psykologer og pedagoger et slikt ansvar samtidig som man fratar fagpersonene muligheten til å kontrollere verktøyene vedkommende er pålagt å bruke, er ikke en holdbar arbeidsdeling.

Faget rommer mer enn testene

Pearsons planlagte praksis med å hindre fagfeltet fra kritisk innsyn i sine instrumenter vil over tid svekke tilliten til selskapets produktkatalog. I denne sammenheng er det verdt å understreke at både språk og IQ er fenomener, og at enhver beskrivelse av et fenomen nødvendigvis innebærer en fortolkning. Pearsons testinstrumenter måler dermed ikke noen objektiv sannhet, men fungerer som hjelpemidler til å fortolke sammensatte fenomener. Skal fortolkningene ha vitenskapelig verdi, må de være transparente og etterprøvbare. Fagutvikling handler om å dele kunnskap, og gjøre den tilgjengelig for kritisk innsyn, noe Pearson altså ikke lenger ønsker å være en del av.

Hva bør skje nå?

Profesjonsforeninger og offentlige innkjøpere har et virkemiddel de ikke har brukt ennå, nemlig å stille åpne, etterprøvbare normer som vilkår for godkjenning og innkjøp. Krav til åpne data stilles i andre deler av helsesektoren. Videre bør testleverandører som fortsatt publiserer normene sine åpent, foretrekkes der det finnes reelle alternativer.

Det var årvåkne klinikere som meldte fra om behov for korrigering av WISC-5-administrering i 2022, ikke Pearson selv. Skjuler Pearson normene for godt, lukker de kontrollmekanismen som kan avdekke feil. Neste gang normene treffer dårlig, vil ingen vite det før et barn kanskje har fått en diagnose det ikke skulle hatt.

Situasjonen er uholdbar for klinikerne og uansvarlig overfor brukerne.

Vi oppfordrer foretakene og fagforeningene til å ta stilling til endringene og kreve den åpenheten som trengs for å sikre fagutvikling og nødvendige justeringer. ♻️

REFERANSER

Ellertsen, B. & Johnsen, I. M. B. (2003). *WISC-III. Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition. Norsk versjon. Administrasjonsveiledning*. Assesio Norge AS. Oslo universitetssykehus. (2023). *Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming*. Oslo universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/48d988/contentassets/4160e9c5f0644ad9e230a7d8dceb9c9/regional-retningslinje-for-diagnostisk-utredning-av-barn-og-unge-ved-sporsmal-om-utviklingshemming.pdf>

Pearson. (2022). *Ekvivalensstudier – fra administrering med papirversjon til Q-interactive*. <https://www.pearsonclinical.no/digitalt/q-interactive/ekvivalensstudier>
Roid, G. H., Miller, L. J., Pomplun, M. & Koch, C. (2013). *Leiter International Performance Scale – 3rd Edition (Leiter-3)*. Hogrefe. <https://hogrefe.no/produkt/leiter-3-leiter-international-performance-scale-%E2%88%92-3rd-edition/>
Strand, N. (2005). WISC-III skaper uro. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(6), 519–522. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2005aso5ae-WISC-III-skaper-uro>

Sundberg, H., Egeland, J., Andreassen, T. H. & Stensli, O. (2006). Sammenligning av WISC-R- og WISC-III-skårer i et klinisk utvalg: Svakheter i WISC-III-normer eller foreldete WISC-R-normer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(5), 476–481. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2006aso4ae-Sammenligning-av-WISC-R-og-WISC-III-skarer-i-et-klinisk-utvalg-Svakheter-i-WISC-III-normer-eller-foreldete-WISC-R-normer->

TEKST Kristin Mack-Borander
Privatpraksis

Frihetens paradoks – en nylesning av Erich Fromms *Flukten fra friheten*



BOOK *Flukten fra friheten*
FORFATTER Erich Fromm
ÅR 1941/1972
UTGIVER Pax forlag

Flukten fra friheten er en refleksjon over menneskets sårbarhet og friheten som eksistensielt grunnvilkår.

Jeg var nitten år, i startgropa til voksenlivet, og pleide å tjene en slant på å sitte barnevakt. Barna var i seng, huset stille, og på måfå grep jeg en bok fra bokhylla. Boken viste seg å være Erich Fromms *Flukten fra friheten* (1941/1972). Innholdet talte umiddelbart til meg, særlig analysen av *konformitet* fanget oppmerksomheten. I min ungdommelige søken etter autentisitet og løsrivelse opplevde jeg at Fromm kom med svar på tanker jeg selv hadde, men som jeg ikke klarte å sette ord på. Foreldregenerasjonens redsel for å skille seg ut og tenke selvstendig. Tilpasningen til omgivelsenes forventninger, omdannet til internaliserte normer som avkommet ikke unnslopp: *Vi tenker og føler det vi «bør» tenke og føle*. Plutselig kom Fromm og ga meg en forklaring på alt dette: At mye av det som blir kalt «sunn fornuft», «gode livsvalg» og «voksen livsvisdom», i realiteten var *frykt for frihet*.

Da jeg så, 35 år senere, på nytt tok boken ut av bokhylla, var det med en viss spenning. Ville den gjøre inntrykk denne gangen også? Hadde den fortsatt noe å si meg? Gjensynet ble på mange måter illustrasjonen på en personlig utviklingsreise. Der 19-åringen festet seg ved konformiteten i småborgerlige mønstre, var det samfunnsperspektivet, det politiske budskapet og de psykologiske analysene som traff den 54-årige psykiateren og psykoanalytikerens. Med andre ord: mindre avgjørende for meg personlig, men desto mer tankevekkende i et politisk, samfunnspsykologisk og faglig perspektiv.

KONTAKT Krimack@live.no



Erich Fromm i 1974

Med nazismen som kontekst

I likhet med sine medforskere ved Frankfurterskolen, som Max Horkheimer, Theodor Adorno og Wilhelm Reich, søkte Fromm svar på spørsmålet: Hvordan kan moderne, industrialiserte, «rasjonelle» samfunn frembringe massiv støtte til fascisme og totalitære bevegelser?

Fra rundt 1930 arbeidet Fromm med et omfattende empirisk og teoretisk forskningsprogram fram til han, etter nazistenes maktovertakelse i 1933, flyttet til New York og fortsatte arbeidet der. Fra sitt eksil i USA ser han hvordan Hitlers nazistiske ideer får stadig bedre feste i hjemlandet. Spørsmålet om hva som får millioner av mennesker, etter å ha frigjort seg fra ytre autoriteter, til frivillig å søke seg tilbake til destruktive krefter, underkastelse og avhengighet – altså bort fra den friheten de har kjempet så hardt for – var brennende aktuelt.

Selv om oppfatningen av det moderne menneskets ensomhet og angst og menneskets draging mot det autoritære var et grunnmotiv i hele Frankfurterskolens tenkning, varierte forståelsen av *hvorfor*. Mange var mest opptatt av hvordan samfunnsstrukturer former bevissheten, og tydde til sosiologiske, strukturelle og overindividuelle forklaringer. Fromm, derimot, la mer vekt på angst, isolasjon og manglende identitet, og forankret dette i psykologiske drivkrefter. Han gikk også i en mindre pessimistisk retning. Mennesket ble tillagt mer indre kompleksitet, og han mente å se et utviklingspotensial med reell autonomi som en mulighet.

Mer enn en ren politisk analyse

Faglig stod Fromm i spenningen mellom ulike tradisjoner: marxismen, freudianismen, eksistensialismen og humanismen. Han prøvde å forstå det psykiske livets indre bevegelser og tenkte nyansert rundt forbindelsen mellom individets kamp og samfunnets utforming. Det fine med Fromm er at han var psykolog og psykoanalytiker i bunnen. Vi får mer enn en ren politisk analyse, samtidig som politikk ikke reduseres til psykologi.

Flukten fra friheten bygger på Freuds grunnleggende oppdagelser, særlig hvordan irrasjonelle og ubevisste krefter påvirker menneskets atferd. Imidlertid motsier Fromm psykoanalysen ved å ikke godta vektleggingen av historien som resultatet av psykologiske krefter som selv ikke er sosialt betinget. Nazismen, og grepet den fikk på et helt folk, måtte forklares psykologisk, mente han, men selve de psykologiske aspektene måtte også forstås slik de er formet av sosioøkonomiske faktorer.

Et eksempel på hvordan Fromm bruker Freud og psykoanalysen, er sammenlikningen mellom autoritær ideologi og nevrotiske symptomer: Begge deler skyldes uutholdelige psykologiske betingelser og representerer en løsning som gjør livet mulig. Men det er en løsning som ikke fører til lykke eller personlig vekst. Selve betingelsene som gjorde løsningen nødvendig, forblir uforandret.

Modernitetens angstskapende frihet

Fromm går både psykologisk og historisk til verks i boken. Etter en liten innføring i psykoanalysens tenkning og et kapittel om individets utvikling beskriver han hvordan moderniteten, med reformasjonen og kapitalismens fremvekst, løfter mennesket ut av middelalderens tette, begrensede fellesskap og gir individet økt frihet og selvstendighet. Deretter skildrer han hvordan denne nye friheten har sin pris; den økte autonomien medfører også tap. Når autoriteter og tradisjoner som definerte identitet og ga retning, forsvinner, blir den enkelte ansvarlig for selv å gi livet form og mening. Individet blir mer ensomt. Tapet av faste rammer, tilhørighet og røtter kan oppleves som forlatthet mer enn frihet, og bli angstskapende vel så mye som frigjørende. Det holder ikke bare å kjempe for og vinne friheten, man må kunne bære den også.

Individualiseringens pris

Men det er ikke bare tapet av ytre autoriteter som resulterer i voksende ensomhet, det samme gjelder individets utviklings- og individualiseringsprosess. Den voksende atskillelsen som det å være menneske innebærer, kan føre til isolasjon, usikkerhet og angst.

Hvis hvert skritt i retning atskillelse og individualisering hadde blitt fulgt av en tilsvarende vekst av jeget, ville barnets utvikling vært harmonisk. Barnet ville blitt i stand til å utvikle indre styrke og produktivitet, som er en forutsetning for ny tilknytning og solidaritet med omverdenen. Men dette skjer altfor sjelden, ifølge Fromm. De fleste mennesker oppnår ikke denne andre, positive siden av friheten, altså tilstrekkelig modenhet til å være uavhen-

gige, rasjonelle og objektive, med evne til å realisere sine muligheter og leve aktivt og spontant.

I stedet hemmes jegets vekst av individuelle og sosiale grunner, som fører til uutholdelige følelser av isolasjon og maktesløshet. Og for å unnsnippe disse følelsene fristes vi, ifølge Fromm, til å oppgi vårt individuelle jeg ved hjelp av to *fluktmekanismer*: Underkastelse under nye autoritetsformer og tvangsmessig konformitet. Fromm nevner også «fullstendig tilbaketrekning fra verden slik at den mister sin truende karakter» og «en psykologisk forstørrelse av en selv slik at omverdenen blir liten i sammenligning», men disse fluktmekanismene er først og fremst viktige for individualpsykologien og har kulturelt sett mindre relevans. Derfor vies de ikke plass.

— Individet blir mer ensomt

Tapet av det ekte jeg

Fromm gikk til barneoppdragelsen for å finne svar på hva det var i hans kultur som frembragte tendensen til konformitet. Han hevder at måten barn ble oppdratt på, motvirket original tenkning og spontanitet. I stedet ble barnet påtvunget ferdigfabrikkerte følelser, tanker og normer ovenfra, som så podes inn i barnets hode og kropp. Med original tenkning mener ikke Fromm at tankene ikke har vært tenkt før, men at de oppstår spontant i barnet selv: «Når uekte handlinger stadig blir erstatning for originale utslag av tanke, følelser og vilje, blir det ekte jeg til slutt avløst av et uekte jeg.» Og videre: «Det uekte jeg er bare en stedfortreder som representerer den rollen som en person ventes å spille, men som gjør dette i jegets navn.»

Kanskje kan man si at Fromms «uekte jeg» foregriper Winnicotts begrep «falskt selv», som ble lansert åtte år senere, i 1949. Begrepene springer ut av ulike teoretiske tradisjoner – Fromms kulturkritiske og sosialpsykologiske og Winnicotts klinisk utviklingspsykologiske – noe som gjenspeiler seg i årsaksforklaringene deres: Winnicott vektlegger andres krav, særlig omsorgspersonenes, og et ikke tilstrekkelig responderende miljø, mens Fromm fremhever et kulturelt formet tap av autentisitet. Begge beskriver imidlertid hvordan barnet mister kontakt med sitt levende jeg, og hvordan egen vitalitet må vike for tilpasning – et selv konstruert for å tilfredsstille ytre forventninger.

Det avgjørende poenget hos Fromm er at dette ikke bare er et individuelt utviklingsproblem, men et kulturelt formet mønster som gjør voksne mennesker (mer) sårbare for konformitet og autoritære løsninger.

Konformitetens moderne ansikt

Ved første øyekast kan konformitet kanskje synes lite relevant i vår tids hyperindividualisme. Vi iscenesetter oss selv, ja, det kan virke som om personlig identitet, kreativ selvtutfoldelse og friheten til å «være seg selv» ikke kan hylles nok.

Fromm skriver at modernitetens prosjekt har vært å rive ned ytre autoriteter for å gi rom til individets indre stemme, men at den indre stemmen vi søker å følge, ofte allerede er formet av ytre blikk. Ytre tvang avløses av indre krav som er vel så strenge. Det er fristende å si at dette gjelder minst like mye i dag som på 40-tallet. Eneste forskjellen er kanskje at likhetspressets tvangstrøye er noe mer kamuflert. Vi insisterer på våre autonome «selvuttrykk» på sosiale medier og tror vi uttrykker oss fritt. Siden alt er tilgjengelig, gir det oss en illusjon av frihet, mens det i realiteten er algoritmer, trender og likes som styrer våre valg.

Fromm mener at relasjoner mellom mennesker blir som forbindelser mellom ting; det skjer en «tingliggjørelse» og en fremmedgjøring som også omfatter individets forhold til sitt eget jeg. Mennesket både selger seg selv som, og føler seg som, en vare. Om etterspørselen etter det man har å tilby, uteblir, er man ingenting, akkurat som en uselgelig vare er verdiløs, selv om den kan ha sin bruksverdi. Fromm skriver:

Denne selvaktelsens avhengighet av personlighetens suksess forklarer hvorfor popularitet har så stor betydning for det moderne mennesket. Populariteten er ikke bare avgjørende for om man har lykket i det praktiske liv, men også for om man kan bevare sin selvaktelse eller om man skal falle i avgrunnen av underlegenhetsfølelse.

Teknologiens nyvinninger, følelsenes etterslep

Fromm skriver at utviklingen av menneskets intellektuelle muligheter i høy grad har overgått utviklingen av dets følelser: «Menneskets hjerne lever i det 20. århundre, mens de fleste menneskers hjerter fremdeles lever i steinalderen.» Og han fortsetter: «Hvordan kan menneskeheten redde seg fra sin egen ødeleggelse med dette svelget mellom intellektuell-teknisk overmodenhet og følelsesmessig tilbakelegghet?»

Dette var i 1941. Og «svelget» har ikke blitt mindre siden da. Vår «intellektuell-tekniske overmodenhet» har akselerert dramatisk, mens evnen til å tåle usikkerhet, avhengighet, ensomhet og affektivt ubehag, derimot, ikke nødvendigvis har hatt samme stigningskurve.

Digitale teknologier tilbyr kontinuerlig følelsesregulering og -avledning som gjør det mulig å slippe unna den indre verden i stedet for å forholde seg til den. Fromm vil hevde at en digital utvikling som stadig åpner flere dører ut mot verden, er skremmende hvis den samtidig lukker dørene inn til en emosjonell utvikling.

Slik sett kan Fromms spørsmål med fordel stilles på nytt i dag, og med fornyet aktualitet: Hva skjer med menneskets autonomi når teknologien utvider våre

handlingsmuligheter, men samtidig reduserer rommet for følelsesmessig modning og ekte spontanitet?

Destruktivitetsens fluktrute mot det autoritære

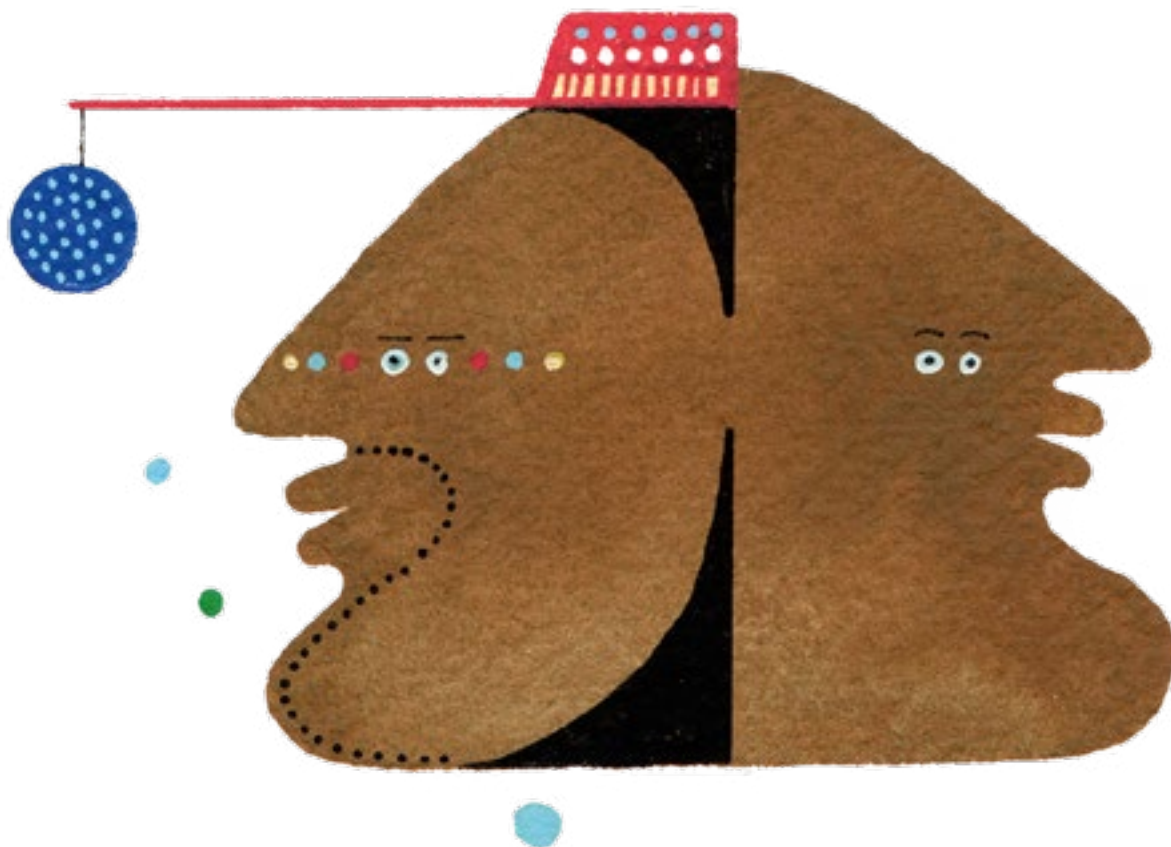
Fromm ville ikke bare advare oss mot faren som oppstår når friheten blir for tung å bære: altså at vi kan fristes til å vende blikket mot dem som synes å kunne bære den for oss. Han ville også understreke at denne tilbøyeligheten ikke bare finnes hos «de andre», men i oss alle.

I dag ser vi hvordan populistiske og autoritære krefter igjen vinner terreng, og det også i land med demokratiske tradisjoner. I flere vestlige demokratier har sterke lederskikkelser lyktes med å presentere seg som «folkets stemme» mot en påstått korrupt elite. Maktkonsentrasjon, kontroll over medier og svekkelse av domstolenes uavhengighet endrer de demokratiske spillereglene innenfra. Demokratiets forvitring skjer gradvis.

Fromm gir oss et språk for å forstå slike strømninger. Han skildrer hvordan autoritære bevegelser nærer

seg på utenforskap, kulturell polarisering, økonomisk usikkerhet, sosial fragmentering og tap av status og mening. Når man opplever at ens egen integritet er truet, og frihet forbindes med avmakt, kan destruktive impulser som angrep på institusjoner, delegitimering av motstandere, retorikk som idealiserer kamp og ydmykelse av «fienden», fremstå som legitime.

Lederne lover å gjenopprette vår verdighet og identitet, tilbyr klarhet der virkeligheten er kompleks, og trygghet der fremtiden er usikker. De fremstår sterke, ufeilbarlige og uavhengige – alt det vi selv opplever å mangle. Ved å identifisere oss med slike ledere og ideologier kan vi slippe unna nyanser og usikkerhet, og det å selv måtte velge, reflektere og stå ansvarlig. Lederne blir psykologiske redningsfigurer, bærere av den klarheten og retningen vi savner i oss selv. Epstein-avsløringene illustrerer hvordan selv alvorlige anklager mot personer i maktposisjoner ikke nødvendigvis bryter støttespillernes lojalitet, men kan aktivere benektelse, rasjonalisering og til og med forsterket idealisering. Man vil heller identifisere



seg med makten enn å kjenne på egen maktesløshet, heller angripe «de andre» enn å kjenne på egen skam. Fellesskapet som tilbys, blir arena for gjenoppbygging av en tapt selvfølelse. Slik kan populistiske bevegelser fungere som kollektive forsvarsmekanismer, organisert rundt benektelse, allmakt og idealisering.

Sosiologen Arlie Hochschilds studier av den amerikanske høyrepopulismen kaster lys over dette. Hun stiller liknende spørsmål som Fromm gjorde i sin tid: Hvorfor er den tradisjonelle arbeiderklassen så avvisende til venstrepolitikk? Og hva var det som fikk dem til å søke til den ultrakonservative Tea Party-bevegelsen?

Ifølge Hochschild (2016) er skam en nøkkel til å forstå denne utviklingen. Arbeiderklassevelgerne opplever at de jobber hardt, men at det ikke betaler seg. Tvert imot ser de at godene blir færre, arbeidsbetingelsene dårligere og at tryggheten forringes. Tross iherdig innsats føler de at de selv stagnerer, mens andre grupper – kvinner, svarte, latinoer, asiater, flyktninger og identitetspolitiske minoriteter – går forbi dem. «Sniker i køen». Nedverdigheten blir enda større ved at den hvite arbeiderklassen stadig får høre at det de føler, ikke er riktig. Da er veien kort til både konspirasjonsteoriens parallellverden og til Trump, som støtter dem i deres oppfatning og lover å gjenopprette respekten og verdigheten deres.

Hochschilds analyser bekrefter dermed poenget til Fromm: Når individet opplever at dets verdighet og tilhørighet er truet, kan flukten til sterke ledere fremstå både forståelig og følelsesmessig nødvendig.

Frihetens dilemma i terapirommet

Fromm peker på hvordan både autoritære ledere og deres tilhengere speiler en underliggende narsissistisk dynamikk hvor alt som minner om svakhet, projiseres ut: «Hvis jeg ødelegger det som gjør meg liten, slipper jeg å kjenne meg liten.» Heller knuse speilet enn å se min egen sårbarhet.

Dette får meg til å tenke på terapirommet. Også der blir vi vitne til det ambivalente forholdet til frihet, og mer eller mindre hensiktsmessige måter å prøve å løse det på. Daglig ser vi pasienter streve med nærhet og avstand, autonomi og tilpasning, frihet og trygghet.

Mange kommer med en udefinert følelse av «ufrihet», av å bli holdt nede av et eller annet – symptomer, stress, forventninger, destruktive mønstre og relasjonelle bindinger – fornemmelser de ikke helt forstår. Alt burde være bra, de har jo gjort alt «riktig» i livet, likevel er det som om noe mangler.

Men etter hvert som terapiprosessen skrider fram, blir det ikke sjelden tydelig at mange, parallelt med den frigjøringen de lengter sånn etter, på ulike vis synes å klamre seg til det som holder dem nede. Friheten de tilsynelatende higer etter, er samtidig det de frykter aller mest. Det er som om de sier: «Hjelp meg til å bli fri, men uten at jeg risikerer eller taper noe.»

Fromms påminnelse om at frihet alltid innebærer risiko, gjelder imidlertid ikke bare for pasienten. Også terapeuten har sine fluktruter. Hvor lett er det ikke å

— Heller knuse speilet enn å se min egen sårbarhet

flykte inn i diagnoser, manualer, roller og oppskriftsbaserte intervensjoner fremfor å tåle risikoen i møte med pasienten? Ikke at diagnosemanualer, teorier og sjekklister ikke har sin verdi, men de kan også bli en form for profesjonell konformitet.

I et psykodynamisk perspektiv er ikke terapiens mål å frigjøre pasienten fra alle symptomer og plager, men å hjelpe vedkommende til å leve med friheten – å tåle den uten å søke tilflukt i tilpasning eller avhengighet. Det å tåle å stå i usikkerheten, det uforutsigbare i seg selv og i relasjonen, er ikke bare et ideal, men en indre kapasitet, selve det som gjør terapien levende.

Behovet for indre forankring

Som nevnt konkluderer Fromm mindre pessimistisk enn mange av sine kolleger ved å hevde at mennesket ikke er dømt til å flykte fra friheten. Det er mulig å bære den. Men dette krever det Fromm kaller «en indre forankring av kjærlighet og kreativitet». Ikke kjærlighet i sentimental forstand, men som en moden evne til å forholde seg til en annen uten å måtte eie, og uten å miste seg selv, og der kreativitet ikke er en kunstnerisk prestasjon, men evnen til spontan aktivitet, skapende arbeid og å være aktiv deltaker i eget liv.

Ekte individualitet kan ikke bygges på speiling alene, den må springe ut av en indre kjerne, et forhold til oss selv som ikke bare er avhengig av andres blikk. Det å skape «seg selv» og «sitt eget liv» forutsetter erfaringen av et indre kompass som kan hjelpe en å navigere. Frihet er ikke fravær av bånd, men nærvær av indre struktur – med andre ord en prosess. Mennesket må gradvis og møysommelig utvikle kapasiteten til å romme ambivalens, ansvar og usikkerhet, til å tåle nærhet og separasjon. En kombinasjon av indre styrke og ytre tilhørighet. Jegets vekst og personlighetens integrasjon er eneste fruktbare løsning, ifølge Fromm. Menneskets evne til selvrefleksjon og etiske ansvar kan ikke skilles. Å tåle friheten forutsetter bevissthet, refleksjonsevne og modning. Kun det frie og uavhengige individ kan forholde seg til verden med en aktiv solidaritet med alle mennesker.

Samfunnet trues med andre ord ikke bare utenfra, men også innenfra når individet mangler det nødvendige indre fundamentet som kreves for å stå i frihetens krav. Et moralsk og emosjonelt arbeid må gjøres av hvert

individ i hver generasjon for at demokratiet ikke skal uthules innenfra.

Fromm knytter utviklingen av *sann individualitet* til forskjellen mellom demokrati og fascisme. Demokrati er et system som gir de økonomiske, politiske og kulturelle betingelser for en *fullstendig utvikling av individet*, mens fascisme er et system som svekker utviklingen av sann individualitet.

Fromms idé om «indre forankring» har en slående resonans til nyere klinisk psykologi, og kan sies å være overraskende moderne. I dag ville vi kanskje beskrevet denne kapasiteten med begreper som mentalisering og affektintegrasjon – evnen til å romme indre tilstander uten å kollapse i avmakt eller å flykte. Det ligger også en klar parallell til Winnicotts «capacity to be alone»: en indre base som gjør det mulig å være i relasjon uten å miste seg selv, og å være alene uten å forlate seg selv.

Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv kan Fromms «sanne individualitet» forstås som ekvivalenten til trygg tilknytning. Friheten blir først bærekraftig når jeget har denne indre strukturen å hvile i. Dermed fremstår hans frihetsbegrep som utviklingspsykologisk vel så mye som politisk.

En tidløs appell

Flukten fra friheten er en refleksjon over menneskets sårbarhet. Det er en psykologisk tekst om friheten som et

grunnvilkår som taler til vår eksistensielle situasjon. Frihet er aldri en gitt tilstand, men et kontinuerlig modningsarbeid som må utføres overalt – i historien, i kulturen, i terapirommet og i oss selv – til alle tider. Denne etiske og eksistensielle dimensjonen er med på å gjøre boken tidløs.

Dessverre er ikke den politiske situasjonen som uroet Fromm, bare relevant for hans samtid. Selv om den fascismen Hitler og Mussolini stod i spissen for, er en annen enn den vi ser i 2026, er det ikke vanskelig å finne beskrivelser i boken som like gjerne kunne ha blitt brukt i dag. For eksempel når han skriver: «Misforholdet mellom frihet fra ethvert bånd og mangelen på muligheter til positiv realisering av friheten og personligheten, har i Europa ført til en panikkartet flukt fra friheten til nye bånd eller i det minste til komplett likegyldighet.»

Jeg skulle ønske jeg kunne konkludere med at *Flukten fra friheten* var høyst relevant da den ble skrevet på 1940-tallet, men at den i dag er støvete og utdatert. I stedet sitter jeg igjen med to nokså ulike fornemmelser: på den ene siden en uggen følelse av hvor uhyggelig presist Fromms analyser kan anvendes på vår tid. Og på den andre – en mer oppløftende følelse av at *løsningen* han beskriver, fortsatt står seg og er like relevant i dag. ⌘

REFERANSER

Fromm, E. (1972). *Flukten fra friheten* (J. L. Mowinckel, Overs.). Pax forlag. (Opprinnelig utgitt 1941)

Hochschild, A. R. (2016). *Strangers in Their Own Land: Anger and Mourning on the American Right*. The New Press.

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.



Store forskjeller i tilbudet til barn og unge

Foto: Lise Monsen/Psykologforeningen



**Chris
Margaret
Aanondsen**

Visepresident i
Psykologforeningen

For mange barn får ikke hjelpen de trenger. Riksrevisjonens rapport viser hvorfor psykisk helse må prioriteres høyere.

I sin rapport fra tidligere i år kritiserer Riksrevisjonen helse- og omsorgsdepartementet for å ha gjort for lite for barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er lite i Riksrevisjonens rapport som vil overraske pasienter og psykologer i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Den beskriver en virkelighet pasienter, pårørende, fagfolk og tillitsvalgte har varslet om over lang tid: en økende andel avslag i spesialisthelsetjenesten, lange ventetider, færre kontakter per barn, store geografiske forskjeller og et stort press på fagfolk. Rapporten gir offentlig anerkjennelse av utfordringene, som bunner i systemproblemer og manglende økonomiske rammer.

«Lik rett til helsehjelp er et grunnleggende prinsipp i velferdsstaten.»

Et særlig alvorlig funn er at barns tilgang til psykiske helsetjenester i stor grad avhenger av bosted. Lik rett til helsehjelp er et grunnleggende prinsipp i velferdsstaten. Når barns psykiske helsetjenester varierer etter postnummer, utfordres både Barnekonvensjonen og CRPD. Psykisk helse skapes først og fremst i barn og unges hverdagsarenaer. Derfor er forebygging og folkehelsearbeid avgjørende. I tillegg må hjelpen være tilgjengelig der barn lever livene sine, ikke først når problemene har vokst seg store.

Psykologforeningen har lenge pekt på at ambisjoner om tidlig innsats og hjelp på lavest effektive omsorgsnivå forutsetter reell kapasitet i kommunene og tydelig samhandling med spesialisthelsetjenesten. Rapporten viser at disse forutsetningene ikke er oppfylt. 70 prosent av helsesykepleiere oppgir i rapporten å verken ha mandat eller tilstrekkelig tid til å følge opp barn og ungdom med psykiske plager og lidelser, og 60 prosent av dem oppgir at de ikke har tilstrekkelig kompetanse.

Kommunekommisjonens forslag om å fjerne kompetansekravet for psykologer i kommunen, vil ytterligere øke faren for større lokale forskjeller. Dersom kommunene skal ta et større ansvar for tidlig intervensjon, behandling og oppfølging etter at forløp blir avsluttet i spesialisthelsetjenesten, er det vanskelig å se at mindre tilgang til faglig kompetanse skal være svaret på større oppgaver og mer ansvar.

Et sentralt funn i rapporten er de utydelige ansvarsforholdene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Særlig barn og unge med sammensatte og komplekse vansker rammes av dette. Når henvisninger avslås eller forløp avsluttes i spesialisthelsetjenesten forutsettes det at kommunene følger opp. Samtidig mangler mange kommuner både kapasitet og faglige rammer til å gjøre det. Resultatet er at barn og unge blir stående uten tilstrekkelig hjelp eller rehenvises gjentatte ganger. For familiene innebærer dette ofte en vedvarende kamp om koordinering og tilgang til nødvendige tjenester.

Utfordringen handler ikke bare om kapasitet, men også om hvordan vi bruker kompetansen vi har. Derfor må arbeidet med psykisk helse også handle om god tjenstedesign, ansvarlig innovasjon samt kunnskaps- og tillitsbasert ledelse som gjør det mulig å beholde den avgjørende kompetansen i tjenestene. Dette vil være nødvendig for å få ned høyt sykefravær og turnover. Barn og familier trenger kontinuitet og stabile fagmiljøer.

«Barn og familier trenger kontinuitet og stabile fagmiljøer.»

Funnene i Riksrevisjonens rapport er ikke nye. Mange av utfordringene har vært beskrevet tidligere av både Barneombudet, fagmiljøene og brukerorganisasjonene. Det vi mangler, er gjennomføring av det vi vet virker. Nå er tida inne for at barn og unge får hjelpen de trenger. Fremover skal det jobbes med en forsterket opptrappingsplan, og Psykologforeningen kommer til å jobbe for å sikre en reell opptrapping og et løft for barn og unges psykiske helse, deres familier og fagfolk.

Taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger



Foto: Felicia Røff/Psykologforeningen

Rikke Solbakke

Spesialrådgiver
i Jus- og
arbeidslivsavdelingen

Fra 1. juli 2026 gjelder nye regler som skal gjøre det enklere å tilgjengeliggjøre nødvendige helseopplysninger, samtidig som taushetsplikten består.

Selv om lovendringene er flere, er det viktig å understreke at den nye § 21 om helsepersonells taushetsplikt i hovedsak viderefører gjeldende rett. Taushetsplikten innhold og grunnleggende formål ligger fast. De viktigste endringene gjelder hvordan helseopplysninger kan gjøres tilgjengelige når dette er nødvendig for å yte helsehjelp.

Den nye bestemmelsen i helsepersonelloven § 25 er blant de viktigste endringene i reformen av taushetspliktsregelverket. Bestemmelsen samler tidligere §§ 25 og 45 i én felles regel om tilgjengeliggjøring av opplysninger til bruk i helsehjelpen. Tidligere regulerte § 25 utlevering av opplysninger til samarbeidende personell, mens § 45 regulerte plikten til å gi nødvendige og relevante opplysninger til helsepersonell som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient utenfor samarbeidssituasjoner. Lovgiver har ønsket å samle disse reglene i én felles bestemmelse som regulerer tilgjengeliggjøring av opplysninger til bruk i helsehjelpen.

Samtidig endres terminologien. Der dagens regler i stor grad bygger på begreper som «gi», «utlevere» og «tilgang», tar den nye bestemmelsen utgangspunkt i at opplysninger «gjøres tilgjengelige». Endringen reflekterer utviklingen mot digitale journalsystemer og samhandling på tvers av virksomheter. Opplysninger deles i dag ofte gjennom elektroniske løsninger der helsepersonell gis tilgang til informasjon, fremfor at opplysninger aktivt oversendes fra én behandler til en annen.

Den kanskje viktigste materielle endringen gjelder ansvaret for vurderingen av hvilke opplysninger som kan brukes. Etter dagens system ligger oppmerksomheten i stor grad på helsepersonellet som utleverer opplysninger. Den nye § 25 bygger i større grad på at helsepersonellet som skal yte

helsehjelpen, må vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige i den konkrete situasjonen. Forarbeidene legger til grunn at mottakeren må ha et tjenstlig behov for opplysningene og selv vurdere hvilke opplysninger som er nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp.

Dette representerer et viktig skifte i perspektiv. Når opplysninger gjøres tilgjengelige gjennom felles eller sammenkoblede journalsystemer, vil det ofte være vanskelig for den som har dokumentert opplysningene å vite hvilke opplysninger en fremtidig behandler har behov for. Den som faktisk skal behandle pasienten, er normalt nærmest til å vurdere hvilke opplysninger som er nødvendige i den konkrete situasjonen.

«Lovendringene innebærer en modernisering av regelverket.»

Pasientenes reservasjonsrett videreføres samtidig i ny § 29. Pasienten kan fortsatt motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelige for annet helsepersonell, med mindre særlige unntak kommer til anvendelse. Hensynet til pasientens selvbestemmelse er dermed fortsatt et grunnleggende premiss for informasjonsdeling i helsetjenesten.

Samlet sett innebærer lovendringene i hovedsak en modernisering av regelverket tilpasset en digital helsetjeneste. Reglene om taushetsplikt består, men regelverket legger i større grad til rette for at nødvendige helseopplysninger kan gjøres tilgjengelige der det er behov for dem. Når vurderingen av hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige i større grad legges til helsepersonellet som skal yte helsehjelpen, kan dette i praksis innebære at man må orientere seg i et større omfang av journalopplysninger for å identifisere den informasjonen som er nødvendig i den konkrete situasjonen. Samtidig tydeliggjør lovendringene helsepersonells ansvar for å begrense bruken av opplysninger til det som er relevant og nødvendig for helsehjelpen.





Er du medlem i Norsk psykologforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

- Du får **30 % rabatt** på utvalgte forsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 %**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 % nettrabatt**

Scan QR-koden
for å lese mer





Kurs i intelligenstagning

Tid: 22.-23. oktober 2026, kl. 09.00-15.30 begge dager

Sted: Nic Waals Institutt, Oslo

Pris: kr 8 500. Prisen inkluderer forfriskninger og lunsj gjennom begge kursdagene

Kurs i intelligenstagning for psykologer som allerede er kjent med Weschlerbatteriene (WISC-V eller WAIS-IV). Dette er et avansert tolkningskurs og tar ikke for seg administrering og rapportering. Vi fraråder å delta på kurset uten erfaring med minst ett av testbatteriene.

Kurset inneholder klinikk nær og tolkningsrelevant kunnskap om bl.a. arvbarhet og miljø, testing av minoritetsspråklige, testing i ulike kliniske grupper og valg av supplerende tester.

Kurset er svært godt rangert av over 100 tidligere deltakere, med en gjennomsnittsskore på 93/100.

For psykologspesialister godkjennes kurset som 11 timer vedlikeholdsaktivitet.

For mer informasjon og påmelding, se www.nevropsy.no eller kontakt einar.tryti@nevropsy.no



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Meld endring på Min side på psykologforeningen.no eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

Registrer din nye adresse her:



Obligatorisk program i barne- og ungdomspsykologi.

Lær mer om utviklingsmulighetene i den terapeutiske relasjonen.

Undervisningen er forskningsbasert og klinisk relevant, og tett knyttet til praksis. Du får kunnskap om normalutvikling, skjevutvikling og vanlige kliniske tilstandsbilder. Samtidig utvikler du ferdigheter i å arbeide på tvers av diagnoser, utviklingsnivåer, og systemer. Bli en del av et læringsmiljø som gir rom for refleksjon, nysgjerrighet og faglig utvikling!

Oppstart januar 2027

Søknadsfrist 15. oktober 2026.

Ved spørsmål kontakt:

Renate Stendal: renate.stendal@r-bup.no

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

rbup.no

- Undervisningen skjer i stabile grupper, med ro til langsgående prosesser og terapeututvikling.
- Integrasjon av teoretisk/empirisk kunnskap og klinisk praksis gjennom øvelser og refleksjon.
- Alle gruppelærere er erfarne terapeuter.



Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt

utlyser i samarbeid

Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program

Ønsker du å videreutvikle din ekspertise innen voksenpsykologi ved hjelp av psykodynamiske og psykoanalytiske perspektiver på helsearbeidet? Kursløpet tar sikte på å fremme en trygghet i psykologarbeid med voksne, gi bedre ferdigheter til å anvende psykodynamiske perspektiver i mange forskjellige kontekster og utvikle fleksible terapeutiske intervensjoner. De skal bidra til å kunne integrere en psykodynamisk psykopatologiforståelse med rådende diagnostiske vurderinger og vedtak - og på denne måten bidra til større mangfold i teoretiske vinklinger i det kliniske arbeidet.

Programmet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske programmet i spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2018. Det vil være seks kullsamlinger á to dager over halvannet til to år.

Oppstart i januar 2027. For kursdatoer se hjemmesidene:

<https://instpsyk.no/> eller
<https://www.psykoanalyse.no>

For et overordnet inntrykk av innholdet se:
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi/voksenpsykologi>

Kursene er en blanding av obligatorisk lesing på forhånd, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamiske psykoterapeuter og psykoanalytikere som jobber i mange forskjellige kontekster.

Opptak forutsetter gjennomført fellesprogram, at man er i relevant praksis og har samtidighet i praksis, veiledning og kurs. Det stilles krav til et valgfritt program til denne spesialiteten. For øvrig viser vi til Psykologforeningens hjemmeside vedrørende spesialistordningen.

Søknadsfristen er 15.10.26

Du søker via <https://instpsyk.no/>

Deltakerantall: maks 24, etter førstemann-til-mølla-prinsippet.

Kursavgift annonseres senere og følger takstene til Norsk psykologforening.

Påmelding er bindende og deltagelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk i instituttens lokaler på Majorstuen og i Nydalen i Oslo.

12 dagers treningsprogram Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



Kursholdere: Psykologspesialistene Asle Thude
Elen & Thorvald Andersen.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 20 juni 2026

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 4 – 6 november 2026. 13 – 15 januar 2027.

10 – 12 mars 2027. 19 mai – 21 mai 2027.

Pris: 37.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

Ønsker du å annonserere?

Neste utgivelse er 1. oktober, frist for å bestille annonse er **16. september**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Oktober	16. september	1. oktober
November	16. oktober	2. november
Desember	16. november	1. desember

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

Ψ Psykologtidsskriftet

Stiftelsen Fekjær – Hedalen i Valdres, 12 mil fra Oslo og Gardermoen

PSYKOLOGSPESIALIST – INNTIL 100 % STILLING



Fekjær psykiatriske senter er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten. Vi har avtaler med Helse Sør Øst RHF innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sentret består av døgnenheter, poliklinikk og overgangsboliger.

Enhet PHV med 20 døgnplasser for utredning og behandling unge voksne i aldersgruppen 18 – 35 år med alvorlige psykiske lidelser (psykoselidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser).

Enhet TSB har 12 døgnplasser for utredning, diagnostisering og behandling av unge voksne i alder 18 – 26 år med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Enhet for PHV har for- og ettervernspliklinikk som også har behandlingsansvaret for beboere i ettervernstilbudet Fekjærtunet overgangsboliger.

Institusjonen har en psykodynamisk forståelse, med vekt på relasjonelt korrigerende erfaringer i miljøterapeutisk kontekst. Enhetene er tverrfaglig organisert, med helhetlig syn på både individet og gruppeprosesser.

Aktiv miljøterapi ved Fekjær innebærer målrettet behandling for å oppnå bedret mestring av hverdagen. Daglige praktiske oppgaver, kontakt med dyr, fysisk aktivitet og friluftsliv er sentralt i behandlingstilbudet. Vi vektlegger gruppeaktiviteter, der

diagnostisk utredning, individualsamtaler, og tverrfaglig samarbeid inngår i den enkeltes pasientforløp. Karriere Innlandet har eget skoletilbud med undervisning og karriereveiledning for alle pasientene.

Fekjær har ledig stilling og søker etter dyktig og erfaren PSYKOLOGSPESIALIST – INNTIL 100 % STILLING

For mer informasjon om og fullstendig utlysningstekst se Stiftelsen Fekjær: www.fekjaer.no

Søknadsfrist **22. september**, sendes til: post@fekjaer.no



Kurs i klinisk idrettspsykologi

Vil du lære hvordan du kan jobbe klinisk med toppidrettsutøvere?

Kurset gir en teoretisk og praktisk innføring i klinisk idrettspsykologi med fokus på:

- Risikofaktorer
- Vanlige psykiske plager og lidelser
- Behandling vs. prestasjonsrettet arbeid
- Prinsipper fra kognitiv, metakognitiv og ACT-tilnærming
- Forebygging og utvikling av gode prestasjonsmiljøer

Kursledere: Psykologspesialistene Tom Henning Øvrebø og Dag Sørum

Kursdato: 16.–17. november 2026

Kurssted: Olympiatoppen Sportshotell, Oslo

Godkjent av Norsk psykologforening som 16 timers vedlikeholdskurs

Les mer om kurset og meld deg på her:
Eller kontakt oss på nsiph@nisph.no



Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler 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



Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasient-skadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på siden storebrand.no/akademikerne.

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er **15. oktober** med virkning fra det kommende året.

Reservasjon eller bestilling kan sendes via **Min side** eller per epost til medlemsservice@psykologforeningen.no

Les mer hos
Storebrand





Grunnutdanning i EMDR

Med psykolog **Bjørn Aasen**,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Trinn 1

Oslo 22. – 24. september 2026

Oslo 26. – 28. januar 2027

Trinn 2

Digitalt 6. – 8. oktober 2026

Oslo 8. – 10. desember 2026

Bergen mai/juni 2027

Oslo juni 2027



Påmelding og
nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

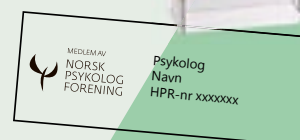


Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos KC Follo AS for kr 605. Dersom du ønsker, kan egne opplysninger i tillegg til logoen legges til. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til petter@kcfollo.no



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.



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING

President

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris@psykologforeningen.no

Medlemmer

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

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

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

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

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

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

Andreas Teisner Høstmælingen
936 48 119
andreas@nubu.no

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
evenrognan@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

Kristin Andreassen Eide, leder
kristin.andreassen.eide@outlook.com
456 60 389

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 Riekes 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

Ida H. Rosenqvist, kommunikasjonssjef
ida@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. 9 2026

En seier for vårt motsetningsfylte fellesskap

Katharine Cecilia Williams

Viljen til motstand

Gilad Joseph Beck

Erfaringsbasert innovasjon med globalt nedslag

Bjørn Z. Ekelund

Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser

Øyvind Urnes

Fedres betydning for spedbarns psykiske helse

Hedvig Svendsrud

Hvorfor det er vanskelig å spise mindre kjøtt

Pål Kraft

Døgnbehandling for personer med spiseforstyrrelse og kompleks traumelidelse – Skreddersøm uten unnvikelse

Malin Elisabeth Lunde, Oda Bentzrød, Hanne Emilie Haugan, Ida Elise Johannesen, Hanne Gunn Jordheim, René Gilje Læknes, Karoline Randsborg & Silje Marie Vormdal

Chemsex-deltakernes erfaring må med

Andrés Lekanger

Status i norsk rettspsykiatri

Kirsten Rasmussen & Karl Henrik Melle

Ny vitenskapelig arena for norsk nevropsykologi

Marianne Berg Halvorsen & Rune Raudeberg

Dilemma i kliniske beslutninger

Henrik Pedersen

Fagetikk i en ny medievirkelighet

Martin Hegdahl, Hilde Sundvor Brendalsmo & Gry Kristin Lia

Pearson hindrer nødvendig innsyn

Erik Winther Skogli, Gunn Nybakken, Stine Ericson, Kristian Køhn & Elisabeth Øverland

Frihetens paradoks – en nylesning av Erich Fromms *Flukten fra friheten*

Kristin Mack-Borander