

# Hva psykoterapi er, og hva det kan bli

Rolf Sundet  
Universitetet i Sørøst-Norge  
rolf.sundet@usn.no

En del pasienter får ikke god effekt av eksisterende, klart formulerte behandlingsformer. Da må vi tenke bredt og utforske nye muligheter innen psykoterapi.

Det er mange sider ved det å bli gammel, eller vennligere sagt, eldre. En av dem er muligheten til å se tilbake på en lengre tidsepoke. Som ungdom opplevde jeg at ingenting nytt skjedde, at ting var som de alltid hadde vært, og at endring gikk altfor sakte. I dag ser jeg derimot de enorme forandringene samfunnet har gjennomgått siden mine første minner fra siste halvdel av 50-tallet. Et av områdene med store endringer, er psykisk helsevern. Dette gjelder spesielt posisjonen vår yrkesgruppe, psykologene, har fått, og betydningen av psykologisk kunnskap.

To spennende numre av Tidsskrift for Norsk psykologforening avsluttet 2023 (Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2023a, b). Oktoberutgaven gav oss innblikk i historien til den norske psykologprofesjonen og dens faglige utvikling. Desemberutgaven var en gjennomgang av ti empirisk understøttede psykoterapimodeller. Lesning av oktoberutgaven om fagets utvikling i Norge peker på en stadig mer strømlinjeformet og tydelig formulering av det praktiske psykologifaget. Den spede begynnelsen var preget av flertydighet i hva som er psykoterapi, av det eklektiske, det teoretisk uklare og motsetningsfylte. I dag er det vanligere med klare og konsise teoretiske formuleringer. På mange måter kan vi si at de ti modellene framstår som et faglig høydepunkt i fagets utvikling. De danner et mangfold som er teoretisk tydelig framstilt. De praktiske intervensjonene blir godt billedgjort gjennom kasespresentasjonene. Slik framstår psykologisk behandling som et stuerent, velformulert og tydelig prosjekt. Både når det gjelder teori og praksis, beskrivelser og forklaringer på lidelser og helbredelser.

I dette essayet skal jeg se nærmere på psykoterapibegrepet som nå har vokst fram. Jeg vil reflektere over hva psykoterapi er, og hva psykoterapi kan bli. Disse refleksjonene henger sammen med kliniske erfaringer fra 50 år i spesialisthelsetjenesten.

## Å falle innenfor og utenfor

I spesialisthelsetjenesten er det alltid er noen som faller utenfor det vi tilbyr, uansett hva dette er. Tjenestene har hatt en tendens til å forklare utenforskapet med teoretiske begreper. Dette har gjennom tidene gitt opphav til en rekke utsagn: manglende motivasjon, utilgjengelig for behandling, behandlingsresistent, ikke-behandlingsbar eller «mor er ikke veiledningsbar grunnet manglende mentaliseringsevne». Et absurd eksempel på hva denne tenkemåten kan føre til, er hentet fra da jeg arbeidet som sjefpsykolog ved Lier sykehus på 90-tallet. Der ble jeg gjort oppmerksom på et problem. I et sykehus med nærmere 200 pasienter fant ikke legene i videreutdanning egnede pasienter for behandlingen de skulle opplæres i. På mange måter tilhører slike fenomen den mørke siden ved psykoterapeutisk praksis. Begrepet behandlingstilgjengelig, i den grad det fortsatt anvendes, innbefatter seleksjon, og en eksklusjon på bakgrunn av denne seleksjonen.

*Etter 50 år har jeg ennå ikke møtt en umotivert pasient*

Et viktig anliggende blir i hvor stor grad spørsmålet om seleksjon er aktuelt i presentasjonen av de ti modellene i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Så langt i min lesning har jeg ikke funnet utsagn som tilsier dette. Det som heller er gjennomgående, er spørsmålet om behandlingen passer for pasienten. Fra mitt ståsted er dette et framsteg. Fokus flyttes fra spørsmålet om tilgjengelighet, altså en mangel hos pasienten, til spørsmålet om metoden passer eller ikke. Etisk og praktisk er dette en god ting. Det flytter oppmerksomheten fra begrensninger hos pasienten til begrensninger ved terapimetoden. Dette gir mening ut fra det jeg har erfart med for eksempel motivasjon. Etter 50 år har jeg ennå ikke møtt en umotivert pasient. Det jeg har møtt, er mange som er motivert for noe annet enn meg, og det er et godt utgangspunkt for terapi.

Det at noen faller utenfor etablerte behandlingsopplegg, åpner for spørsmålet om hva psykoterapi kan bli. For å nærme meg dette ønsker jeg å se på hva psykoterapi er, slik forskjellige fagpersoner formulerer det. Derfra ønsker jeg å utvide begrepet på en måte som muliggjør at psykoterapi ikke bare er «noe», men også «noe blivende».

## Dagens psykoterapi

Schancke og Hagen (2023) framholder at virksom psykologisk behandling kjennetegnes av tre forhold: en tillitsfull relasjon, et meningsfullt rasjonale for vanskene og intervensjoner for å skape endring som er i tråd med rasjonale. Samtidig understreker de at det fortsatt er vanskelig å finne klare ulikheter mellom effekter av ulike terapiformer. Det viktigste er derfor «... at terapeuten forholder seg til en strukturert modell, har et klart rasjonale og bruker metoder og teknikker som er basert på en empirisk endringsteori» (Schancke & Hagen, 2023). I disse utsagnene finner jeg et ekko av Wampolds (2001) kontekstuelle modell som forklaring på endring i psykoterapi. Modellen peker på viktigheten av et emosjonelt ladet forhold til en hjelpende profesjonell innenfor en helbredende ramme, og at pasienten har en positiv forventning om å kunne få hjelp fra den profesjonelle. I tillegg kommer et rasjonale, et begrepsmessig skjema, eller en myte, som gir en sannsynlig, skjønt ikke nødvendigvis sann, forklaring på personens symptomer og hvordan denne kan hjelpes. Myter kan omfatte personlige, folkelige og kulturelt betingede måter å forstå sammenhenger mellom helse og uhelse på. Til slutt har vi et ritual eller en prosedyre som krever aktiv deltagelse av både klienten og terapeuten. Inklusjon av myter i Wampold sin modell faller et godt stykke unna det som understrekes av Schancke og Hansen: et klart rasjonale, en klar metode og teknikker basert på en empirisk endringsteori. Å anvende myter er utdatert; den klare og tydelige modellen og dens teori er det vi søker etter.

Jeg finner det samme hos Høstmælingen (2023), som omtaler psykoterapi som en aktivitet og praksis som er rotfestet i teori. I et intervju understøtter Solbakken dette ved å definere psykoterapi på følgende måte: «Det er en behandling som inneholder en spesifikk modell for problemet du kommer med, altså en patologiforståelse (...) behandlingen [har] en spesifikk modell for hvordan dette problemet kan løses, og en bestemt prosedyre som skal gjennomføres sammen med pasienten. Den har et spesifikt rasjonale for hvordan behandlingen skal virke, som kan kommuniseres til pasienten» (Solbakken i Spilde & Jakobsen, 2023, s. 1). Med dette trer psykoedukasjon inn som en avgjørende del av det forberedende arbeidet til terapien. Pasienten må læres opp i, forstå og akseptere terapimodellens rasjonale, forklaringer og teorier. En forenklet måte å uttrykke dette på er at dette er «ja-orienterte» terapimetoder og modeller. Pasientens «ja» til rasjonale og innhold er avgjørende for at behandlingen skal ha virkning. Oppsummert kan vi derfor si at psykoterapi må ha en forklaring på endringsmekanismen i problemet eller den lidelsen pasienten kommer til terapi for, og er derfor en teorispesifikk virksomhet. Uten teori, ingen psykoterapi.

I tillegg understreker Høstmælingen at teorispesifikke psykoterapier må «... vise til effekt på gruppenivå» (Høstmælingen, 2023, s. 147). Schancke og Hagen (2023) understreker det samme. Med dette kobles teorispesifisitet til den randomiserte kontrollerte studien (RCT). RCT-studier har i de siste 25 årene i Norge blitt framholdt som studiedesignet som gir best svar på om en terapimodell har virkning på gruppenivå.

## Kunnskapssituasjonen og RCT

Det er mange spennende sider ved den randomiserte, kontrollerte studien. Hadde vi ikke hatt denne forskningsmetoden, og metaanalysene den har gitt opphav til, ville vi ikke visst det vi vet om psykoterapi i dag. På gruppenivå er det ingen av de undersøkte terapimetodene som utkonkurrerer hverandre. Et unntak er muligens eksponeringsprosedyrer for noen angsttilstander (Schancke & Hagen, 2023). Likeledes viser studiene at ikke *alle* får hjelp av terapimodellene som er undersøkt. Hver RCT-studie gir et anslag på en andel som ikke får hjelp, og en andel som blir verre. Slik er det kanskje mer presist å si at vi på gruppenivå har *delvis* virksomme metoder.

Dette er selvfølgelig ikke et argument mot etablerte psykoterapeutiske metoder som er undersøkt i RCT-studier. Men det bringer oss tilbake til de som faller utenfor. De avgjørende spørsmålene blir for det første: Hva med de som ikke får hjelp? For det andre: Hvordan forstå psykoterapi når teorien ikke er til hjelp i den aktuelle terapien?

La oss se nærmere på RCT-studien. Rasjonalet for den evidensbaserte, teorispesifikke psykoterapi kan finnes i Kennair et al. (2002). Her blir det som er avgjørende, tydeliggjort ved å søke etter likheter. Vet vi noe om det som er likt for de mange, eksempelvis at de med depresjon får hjelp av en teorispesifikk terapiform, må vi anta at dette også hjelper den enkeltstående personen som sliter med depresjon. Regelen blir at hvis vi vet noe om de mange, vet vi noe om den ene. Samtidig tilsier forskningen, som vist over, at det alltid er en andel pasienter innenfor samme diagnosegruppe som ikke får hjelp. I tillegg er diagnoser dårlige prediktorer for utfall i terapi og derfor utilstrekkelig som hjelpemiddel i valg av behandlingsmetode (Wampold, 2001). Unntaket, det som skiller seg ut, det forskjellige, det som ikke passer inn under reglene eller rasjonalet, utfordrer det teorispesifikke terapibegrepet. Gjennom å forfølge det forskjellige kan vi lage noe nytt. Det er her vi kan finne kreative øyeblikk og hendelser. Det er også her vi kan finne opphavet og muligheten til hva psykoterapi kan bli.

## Å møte det forskjellige

Den tradisjonelle forståelsen av «forskjell» innen filosofien er at forskjell er noe som oppstår når objekter, hendelser eller fenomener sammenliknes. Når vi sammenlikner for eksempel en kopp og en penn, trer forskjeller mellom de to fram. Vi kan si at identiteten til objektene som sammenliknes, blir det primære. Forskjellen blir noe passivt og sekundært som gis av sammenlikningen. Tenk deg i stedet om de som ikke får hjelp av en metode, ikke er forskjellige sammenliknet med andre pasienter, men er det som kan kalles *forskjell-i-seg-selv* («difference-in-itself»), et begrep hentet fra den franske filosofen Gilles Deleuze (1994). I stedet for det liknende, det med samme identitet, gjør vi forskjell til det primære utgangspunkt. Forskjell-i-seg-selv som det fremmede, det radikalt nye, der hvor vi ikke lenger kan anvende det vi vet, det som er dominerende og akseptert som forståelse og praksis. Dette blir startsted for noe blivende, for måter å gjøre terapi på som ingen har gjort tidligere, og som kan gis navn og identitet som en ny arbeidsmåte. Målet blir å finne en leveverdig og nyttig terapi for den vi står overfor.

Da jeg jobbet ved en familieenhet innenfor BUPA (Sundet, 2016), erfarte jeg at i møte med familier som ikke har fått hjelp av tidligere behandlingsforsøk, er det avgjørende å se etter det vi ikke forstår. Familiens «nei» eller nøling til det vi foreslår av mulige måter å arbeide på, er av særlig viktighet. I stedet for en ja-orientering kan vi her snakke om en nei-orientering. Vi får vite hva vi ikke bør gjøre, men ikke hva vi bør gjøre. Pasientens nei eller nøling er en invitasjon til heller å starte et utforskningsarbeid omkring hva som kunne være til hjelp. Invitasjonen til utforskning innebærer å tillate seg å eksperimentere og å la resultatene av eksperimentene inngå i en samarbeidsprosess som kan kalles «å lage terapi sammen» (McLeod & Sundet, 2022).

I dette arbeidet er vi ikke avhengig av på forhånd fastlagt teori. I stedet kan vi teoretisere sammen med familien, om hva som skjer i deres liv og i terapien, for slik å utvikle hjelpsomme praksiser. Å teoretisere innebærer ikke at vi tenker innenfor en eksisterende teori, men heller drøfter oss fram til mulige sammenhenger og forståelser, og hva dette kan innebære for hvordan en klient lever sitt liv og forholder seg til sine vansker og utfordringer (McLeod, 2018). Materialet vi kan ta i bruk, er formell psykologisk teori, men også myter, slik den kontekstuelle modell inviterer til. Hvordan en slik terapi vil se ut, bestemmes hele tiden underveis i arbeidet. Behandlingsplaner kan inngå i dette, men vil være tentative og under kontinuerlig forandring gitt tilbakemeldinger fra pasienten. I dette arbeidet står praksisbasert evidens og bruk av tilbakemelding om prosess og utfall sentralt (McLeod & Sundet, 2022). Når det gjelder bruk av standardiserte tilbakemeldingsskjema, gir disse aldri endelige svar. De må regnes som samtaleverktøy. Det er i selve samtalen vi kan trekke konklusjoner om prosess og utfall (Sundet, 2012).

## Hvor går vi?

*Terapi kan alltid bli noe det aldri har vært før*

Jeg startet med at som en eldre mann ser jeg store forandringer i vårt samfunn. Jeg har blitt mer og mer oppmerksom på hvor mye jeg har stått overfor, og følt disse endringene på kroppen, i møte med det ukjente og fremmede. For meg peker både personlige erfaringer og erfaringer som psykolog på at livet er en prosess som er preget av det blivende. Hele tiden står vi overfor muligheten til å møte noe forskjellig, det fremmede. Hva psykoterapi kan bli for personen vi møter i det konkrete møtet, vet vi ikke. Vi forlater teoriens trygge havn og beveger oss ut i det ukjente. Terapeuten kan omtales som en veifarende, en vandrør og nomade som tar i bruk det terapeuten møter på sin vei sammen med klienten/pasienten. Det vi møter, det materialet vi arbeider med, de tanker, følelser og handlinger som alle involverte bringer inn i samarbeidet, gir muligheter og hindringer. Det terapeutiske arbeidet innebærer å forholde oss til disse realitetene og lage en terapi sammen som er passende og hjelpsom for den hjelpesøkende. Terapi kan alltid bli noe det aldri har vært før. Det gir meg håp og optimisme, fordi vi nærmer oss et mangfold som tar vare på både de som får og ikke får hjelp av teorispesifikke metoder.

## Mot et mangfold av metamodeller

I dette fagessayet har jeg understreket møtet med det fremmede, det som ikke er begrepsatt i et formelt terapipråk. Det betyr ikke at jeg avviser et slikt terapipråk. Men det vil være under kontinuerlig utvikling, og det er situasjoner der vi må klare oss uten. Metamodellene i dagens måte å definere psykoterapi på er den medisinske og den kontekstuelle modellen (Wampold, 2001). Begge

er knyttet til å ha et eller annet rasjonale som forklarer både hvordan problem og lidelse oppstår, og hvordan disse kan løses og helbredes. Modellene er nyttige i praksis. For å sikre et reelt mangfold av metoder og praksisformer ønsker jeg å legge til en metamodel som er en modifisering av en modell formulert av Grenness (2000). Denne benevner jeg som «samarbeidsmodellen»:

Psykoterapi utgjør et individuelt og særegent forløp som danner en sammensetning av klienten(e)s og terapeut(ene)s ideer som kan, men ikke nødvendigvis må, resultere i en ny lokal teori med forklarende og forutseende gyldighet for den spesifikke klientens situasjon. Terapi utgjør en felles utvikling for klient(ene) og terapeut(ene) som fører til en framvoksende virkelighet bestående av følgende faktorer: 1) å skape rom for klientens og terapeutens bruk av egne ressurser og kunnskaper, 2) å sikre klientens positive opplevelse av alliansen med terapeutene, og 3) å styrke klientens referanseramme eller endringsteori.

Den medisinske modellen, den kontekstuelle modellen og samarbeidsmodellen tar vare på forskjellige deler av den virkeligheten vi som psykologer er en del av. Sammen inviterer de tre modellene til å kunne møte det mangfold av måter som psykisk lidelse og problem oppstår og trer fram på. Jeg vil understreke at modeller kun er mulige kart som kan hjelpe oss med å orientere oss i virkeligheten. De er aldri et *bilde* av virkeligheten. Kompleksiteten terapeuter står overfor, pekes ut både av det teorispesifikke og ikke-teoretiserte, det biologiske (den medisinske modellen), det psykologiske og sosiale (den kontekstuelle modellen) og det uforutsette og fremmede (samarbeidsmodellen). Det er ingen motsetninger her, bare forskjeller, som vil kunne hjelpe oss i praksis. Samarbeidsmodellen beskriver psykoterapi som en praksis med åpenhet for det blivende. Den er en viktig utvidelse, og inngir håp og mulighet for et likeverdig psykisk helsevern. Sett fra et slikt perspektiv kan psykologen spille en viktig avgjørende rolle.

## Referanser

- Deleuze, G. (1994). *Difference and repetition*. Bloomsbury Academic.
- Grenness, C.E. (2000). *Evolusjonsrealisme* [Upublisert manus]. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Kennair, L.E., Aarre, T.F., Kennair, T.W. & Bugge, P. (2002). Evidence-based mental health – The scientific foundation of clinical psychology and psychiatry. *Scipolicy – The Journal of Science and Health Policy*, 2(1), 1–300.
- McLeod, J. (2018). *Pluralistic therapy. Distinctive features*. Routledge.
- McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology*, 13(1048665). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.104866>
- Schancke, E. & Hagen, R. (2023). Det viktige mangfoldet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 766–767. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-gjesteredaktorene/2023/12/det-viktige-mangfoldet>
- Spilde, I. & Jakobsen, S.E. (2023, 6. september). Forskerne aner ikke hvorfor noen blir bedre av å gå i terapi. *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/helse-psykisk-helse-psykiske-lidelser/kan-pasienter-bli-like-friske-av-a-snakke-med-en-som-ikke-er-psykolog/2236238>
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53(2), 122–130. <https://doi.org/10.1037/a0027776>

- Sundet, R. (2016). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del I: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 44(1), 45–66. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-05>
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2023a). 50 år med deling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(10), 539–578. [psykologtidsskriftet.no/50-ar-med-deling-0](https://psykologtidsskriftet.no/50-ar-med-deling-0)
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2023b). Veier til endring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 76–873. [psykologtidsskriftet.no/tema-veier-til-endring](https://psykologtidsskriftet.no/tema-veier-til-endring)
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates.