

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol. 59 nr. 11 2022

**Annie Ernaux og  
psykoanalytisk  
traumeteori**

*Linda Sandbæk  
Teoretisk artikkel*

---

**POLITIKK  
I TERAPI**

*Originalartikkel  
Aktuelt*

---

**Den omnipotente  
terapeut**

*Nissen-Lie & Stänicke  
Fagessay*

---

**Misvisende av  
Folkeopplysningen**

*Debatt*



# PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 11 2022

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams,  
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,  
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

**Redaktører** Heidi Wittrup Djup, heidi@psykologtidsskriftet.no, tlf. 976 28 907  
Patrick Michael Palmelund Faaland, patrick@psykologtidsskriftet.no, tlf. 922 81 183  
Daniel Gunstveit, daniel@psykologtidsskriftet.no, tlf. 951 50 690  
Ida Sund Morken, ida.morken@psykologtidsskriftet.no, tlf. 404 79 860

**Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan,  
veronica@psykologtidsskriftet.no, tlf. 482 38 419

**Teknisk redaktør** Christian von Schack,  
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

**Journalist** Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706

**Visuelt ansvarlig / desk** Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

**Redaksjonen** redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

**Debatt** meninger@psykologtidsskriftet.no

**Markedskoordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no  
**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen, Joar Overaas Halvorsen, Ute Gabriel, Solveig H. H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen, Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.10.2022

**Omslagsillustrasjon** Katrine Kalleklev  
**Form** Bøk Oslo AS  
**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association) er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



# Overforenklinger og komplekse saksforhold

**I NRKs programserie Folkeopplysningen ble** det nylig reist tvil rundt effekten av psykoterapeutisk behandling. Programleder Andreas Wahl uttrykker skuffelse over hvor liten effekt behandling av depresjon viser seg å ha, men konkluderer at «depresjon heldigvis går over av seg selv». Programmet har fått flere psykologforskere til å ta til tastaturet og skrive innlegg i flere ulike medier. Disse tekstene er inspirerende og løfterik lesning (se for eksempel «Hvorfor Folkeopplysningens konklusjon er misvisende» av Solbakken et al. på side 1051). Jeg tror vi trenger denne debatten og at mange av oss deltar aktivt i den.

**I Folkeopplysningens episode «Psyk» blir** det presentert en del saksforhold som ikke vil komme som en like stor overraskelse for psykologer som det synes å ha gjort for Folkeopplysningens redaksjon. At det for eksempel ikke finnes en psykoterapeutisk metode som har vist seg suveren i forhold til noen annen metode, er svært gammelt nytt. Allerede på 1930-tallet påpekte Saul Rosenzweig at terapeuter med ulike teoretiske tilhørigheter kan være like gode til å skape bedring (the Dodo-bird verdict). Metodemangfoldet i norske psykologers verktøykasse bør vi være stolte av, uten at det dermed er sagt at metodenes forskningsgrunnlag ikke er av betydning.

**Hvis alle metodene er like gode**, hva skal vi så med en psykoterapeutisk metode? Uten en metode vil psykologen mangle et fundament i tilnærmingen til sine pasienter. Metoden gir retning og danner rammen for kasusformulering og for inngåelsen av en felles kontrakt mellom pasient og terapeut om hvordan problemene skal jobbes med. Metoden er viktig for terapeutens akkumulering av klinisk ekspertise. Men metodene vi bruker bør også gjøre oss bevisste på våre *begrensninger*, og gjøre at vi forholder oss edruelige til disse. Kanskje har vi et arbeid å gjøre her.

**Alt som er trist er** ikke nødvendigvis en psykisk lidelse, og en psykolog kan ikke påberope seg å ha løsningen på alle problemer. Norske psykologers samfunnsmandat medfølger en forpliktelse til å kunne dokumentere at vi klarer å løse de problemene vår profesjon har fått lisens til å løse. Hvis vi imidlertid skal gjøre dette via forskning på spesifikke behandlingsmetoder med strengt selekterte pasientpopulasjoner, vil vi komme til kort. Det lyktes programleder Andreas Wahl å demonstrere. Faren er at han i samme slengen lyktes med å demoralisere sårbare individer helt unødvendig. ✘



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



... metodene vi bruker bør også gjøre oss bevisste på våre *begrensninger*



# 1004



FOTO: PIERRE GULL/AUDAFPI NTB SCANPIX

## TRAUMER OG TEKST

Skjønnlitteraturen har potensial til å belyse traumer fordi slike erfaringer ofte ikke er kognitivt prosessert, skriver Linda Sandbæk. Romanen *Sommeren 58* av årets nobelprisvinner Annie Ernaux er utgangspunkt for en teoretisk refleksjon over muligheten for å finne ord for traumer.

*Teoretisk artikkel*

# 1036

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



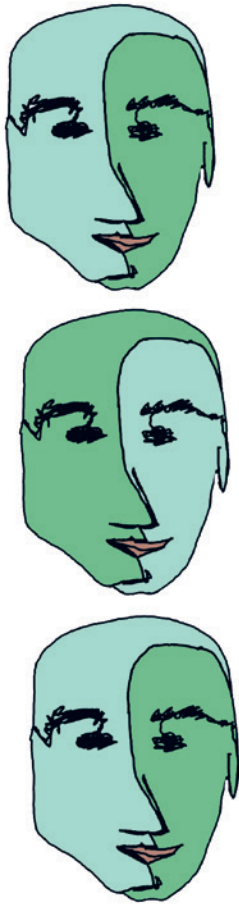
## HVOR GÅR GRENSEN?

Noen pasienter har en atferd som utfordrer helsepersonellet i så stor grad at det nærmer seg det uforsvarlige. Hvor går grensen for hva vi må tåle, spør psykolog Rebecka Mikkelsen i Etikkpanelet.

*Etikkpanelet*



# 1056



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSSTAD

## PERSONEN I PSYKOTERAPI

Boka *Personlighetsfokusert terapi* er på sitt beste når forfatteren viser sin evne til å holde i mange perspektiver samtidig. Men noen steder skinner det igjennom at han opphøyer egen arbeidsmåte, og devaluerer andres, skriver Henrik Kamphus.

Anmeldt

# Innhold

- 981 **Overforenklinger og komplekse saksforhold**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 984 «Terapirommet er ingen politikkfri sone»  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 988 **Banker ber om psykologhjelp**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 991 **Du slipper ikke unna overføring**  
Forskningsintervju | Ida Sund Morken
- 994 **Psykologers opplevelse av hvordan deres politiske verdier påvirker terapi: en tematisk analyse**  
Originalartikkel | Ezgi Kutal et al.
- 1004 **Om å benevne det unevnelige - Sommeren 58 av Annie Ernaux og psykoanalytisk traumeteori**  
Originalartikkel | Linda Sandbæk
- 1013 **Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi?**  
Fagessay | Helene Amundsen Nissen-Lie & Erik Stänicke
- 1022 **Etterlattes møte med hjelpeapparatet etter selvmord**  
Fagessay | Silje L. Kaspersen et al.
- 1028 **Psykoterapiens etiske dimensjon**  
Fagessay | Ole Magnus Vik
- 1036 **Grensen for hva vi må tåle**  
Etikkpanelet | Rebecka Mikkelsen
- 1040 **MENINGER**  
Kronikk: Ikke-spesialistene trenger et løft | Helén Ingrid Andreassen et al. (s. 1043)  
Debatt: Spiseforstyrrelser (s. 1040), Etikk (s. 1046 & 1047), Avtalespesialister (s. 1048), Terapi (s. 1051), Forebygging (s. 1053)
- 1056 **INNTRYKK**  
Anmeldelse: Integrativ personlighetsterapi (s. 1056)
- 1062 **Annonser**
- 1065 **Stillingsannonser**



## «Terapirommet er ingen politikkfri sone»

Psykologenes politiske preferanser sniker seg inn i terapirommet enten de vil eller ikke. Det får konsekvenser for den terapeutiske alliansen, mener Ezgi Kutal.

### TEKST

Per Halvorsen

### ILLUSTRASJONER

Katrine Kalleklev

**HUN HAR SETT** nærmere på fenomenet som ikke er blitt undersøkt i Norge i særlig grad tidligere. I novemberutgaven presenterer hun resultatet av en kvalitativ undersøkelse der fem psykologer er blitt intervjuet om sine politiske verdier, og om de mener disse verdiene påvirker terapien. Og svaret er at ja, politikken er til stede og tar sin del av oppmerksomheten mellom veggene der terapeut og klient møtes til

fortrolig samtale, om enn ikke høylytt. Heller ikke med hensikt, skal vi tro Kutals informanter.

– Terapirommet er ingen politikkfri sone, sier hun.

### IRRITASJON

– *Hvorfor er dette viktig kunnskap?*

– Fordi også våre politiske preferanser påvirker våre relasjoner til andre mennesker og slår

inn i motoverføringer. Skal vi stole på oss selv og behandleren som et instrument i terapien, må vi være bevisst på denne påvirkningen. Vi kan velge å ignorere det, men det siver ut likevel, hevder Kutal.

I artikkelen *Psykologers opplevelse av hvordan deres politiske verdier påvirker terapi: en tematisk analyse*, som er basert på hovedoppgaven hun skrev under profesjonsstudiet ved Universitetet i Oslo, påpeker hun at politisk overbevisning kan påvirke både hva terapeuten velger å rette oppmerksomhet mot og hvordan hen oppfatter pasienten.

Psykologene som ble intervjuet, fortalte at de aldri gikk inn i politiske debatter med pasienten. De kunne likevel kjenne på irritasjon hvis pasienten uttrykte seg på en måte som synliggjorde at de politiske verdiforskjellene var store.

– Det skjedde særlig hvis pasient og terapeut befant seg på hver sin ende av den politiske skalaen, forteller Kutal.

Da en av informantene som selv stemte Rødt, fikk besøk av en innvandrer klient som stemte Fremskrittspartiet, slo det inn tanker om at pasienten kanskje stemte mot sine egne interesser. «Jeg ville kanskje tenkt at dette er en person som muligens setter seg inn i ting litt overflatisk», lød terapeutens egen kommentar om situasjonen som hadde oppstått.

### HØYRE-VENSTRE-FORSKJELLER

Kutal mener eksempelet viser hvordan terapeutens og klientens politiske verdier kan påvirke terapeutens oppfatning av klientene sine, både deres væremåte og personlighet.

– *Kan vi si at terapeuten må tåle å ha en erklært nynazist i terapirommet?*

– Terapeuten bør i hvert fall være bevisst på hvordan det kan påvirke terapien, sier Kutal.

Informantene ble rekruttert dels gjennom Kutals eget nettverk og dels gjennom de lukkede Facebook-gruppene Psykologer og Psykologer og profesjonsstudenter. Kriteriet var at psykologene skulle være aktivt praktiserende terapeuter og representere begge sider av venstre-høyre-aksen i norsk politikk. På «den blå siden» endte hun opp med en senterpartist og en Venstre-velger. På motsatt fløy stemte to på Rødt og en på SV. Informantene med venstreorienterte verdier ga tydeligere uttrykk for at politikk har en plass i psykologien. De mer konservative terapeutene var mindre tydelige på disse sammenhengene.

– I vårt materiale er det altså tegn på at politisk orientering påvirker psykologenes syn på politikken plass i psykologien, sier Kutal til Psykologtidsskriftet.

– *Hvordan forklarer du denne forskjellen?*

– Det vet vi ikke nok om. En hypotese kan være at venstreorienterte er mer vare for hvordan den politiske konteksten slår inn og påvirker våre liv. Kanskje venstreorienterte generelt har et mer kontekstuellet perspektiv på psykologien, spekulerer hun.

### SENSITIVITET

Hun mener psykologer bør få øynene opp for at de også er politiske mennesker.

– Psykologer har mange egenskaper og holdninger som de er veldig bevisste på; teoretisk retning, kjønn og seksualitet, etnisitet osv. som det er forsket masse på. Hvordan våre politiske preferanser påvirker oss, vet »



**KOMMER IKKE UNNA POLITIKKEN** Ezgi Kutal har sett nærmere på hvordan politiske verdier slår inn i terapirommet. Foto: Per Halvorsen

– En hypotese kan være at venstreorienterte er mer vare for hvordan den politiske konteksten slår inn og påvirker våre liv

*Ezgi Kutal, psykolog*





– Venstresiden har ikke i samme grad som Bent Høie og Høyre svart på foreningens krav om flere psykologer og mer psykologi

*Ole Jacob Madsen, psykologiprofessor*

vi langt mindre om, bare at de gjør det. Da kan det oppstå blindsoner i terapirommet, mener Kutal.

– *Hvordan opplever du at dine egne politiske preferanser påvirker deg i jobben på DPS-et som er din arbeidsplass?*

– Jeg tror det kan slå ut i en sensitivitet for enkelte pasienters psykiske helseutfordringer og hvordan de har oppstått. Får jeg en person med mørkere hudfarge på kontoret, vil det kunne vekke et behov hos meg for å spørre om vedkommende har vært utsatt for rasisme, hvis det er relevant for pasientens utfordringer.

Kutal er tydelig på at resultatene i intervjuundersøkelsen ikke omfatter mer enn fem intervjuobjekter og vanskelig lar seg generalisere.

#### HVA STEMMER PSYKOLOGER?

Det fins få data om hva psykologer stemmer ved valg, men mye tyder på at de heller til venstre i politikken.

Ifølge analyser gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) stemmer ansatte i privat sektor i større grad på høyresidens partier, offentlig ansatte heller mot venstre. Flere kvinner stemmer på ulike nyanser av rødt, FrP gjør det best blant dem med lav utdanning.

SSB har ingen egen statistikk over psykologers partipreferanser. Statistikkrådsgiver Øyvind Kleven har imidlertid etter forespørsel fra Psykologtidsskriftet sett nærmere på partipreferanser etter yrke i byråets velgerundersøkelse for 2021. Slår man sammen yrkeskodene «psykologer» og «rådgivere innen sosiale fagfelt», totalt cirka 100 personer, fordeler stemmene seg prosentvis slik:

Rødt	8	Krf	4
SV	21	V	5
Ap	28	H	10
Sp	7	Frp	5
MDG	9	Andre	4

– Tallene gir en klar indikasjon på at de lener mot venstre, selv om utvalget er relativt lite, sier Kleven. Han føyer til at feilmarginen per parti er om lag 5–10 prosentpoeng.

#### KULTURELL ELITE

Psykologiprofessor Ole Jacob Madsen, som er medforfatter til Kutals artikkel sammen med Erik Stånicke, er ikke overrasket over SSBs funn.

– Høy utdanning, kombinert med høy kvinneandel og at mange fremdeles er ansatt i offentlig sektor, peker i retning venstre, sier han.

Madsen mener psykologer som gruppe gir et klart inntrykk av å tilhøre øvre middelklasse og representere en urban kulturell elite.

– Denne tilhørigheten vil prege deres verdier; verdier som ikke nødvendigvis harmonerer med klientens. Da må psykologen jobbe hardere med den terapeutiske alliansen enn hvis verdiene hadde vært noenlunde like. Intervjuene til Kutal viser hvordan det slår inn, sier han.

– I hvor stor grad er det viktig å vite hvordan de partipolitiske preferansene til psykologer som gruppe fordeler seg?

– I en ideell verden vil psykologene speile de ulike bakgrunnene til dem som kommer på psykologkontoret. De burde ha representert et optimalt mangfold både når det gjelder kjønn, etnisitet, politiske sympatier osv. Men dette mangfoldskravet er nærmest umulig å tilfredsstille. Vi må derfor ha tillit til at psykologen også kan hjelpe klienter som er veldig forskjellige fra dem selv, sier psykologi-professoren.

### MOTSIGELSE

Han mener at det ligger en slags motsigelse i psykologers venstredreining og det faktum at de fleste jobber med individrettede metoder for å løse klientenes problemer. Han påpeker også at det primært er gjennom høyresiden i norsk politikk at Psykologforeningen har fått gjennomslag for sine politisk saker, eksempelvis gjennom lovfesting av psykologer i norske kommuner fra 2020.

– Venstresiden har ikke i samme grad som Bent Høie og Høyre svart på foreningens krav om flere psykologer og mer psykologi. Samtidig er det på venstresiden de fleste psykologers sympatier befinner seg. Dette oppfatter jeg som en åpenbar mismatch, sier Madsen.

Psykologforeningen har ikke undersøkt medlemmenes partitilhørighet og har heller ingen nåværende planer om å gjøre det, opplyser foreningens kommunikasjonssjef Kristina Gjendemsjø Høyer.

Fagforbundet Akademikerne, der Psykologforeningen er medlem sammen med blant andre Legeforeningen, undersøker med jevne mellomrom medlemmenes partipreferanser. Psykologene er plassert i samlegruppen «helse og sosial». I juni 2022 oppgir 18 prosent at de ville ha stemt Arbeiderpartiet, 24 prosent Høyre. For andre partier er fordelingen slik: 7 prosent SV, 14 prosent Rødt, MDG 7 prosent, SP 2 prosent, KrF 1 prosent, Venstre 3 prosent og Frp 5 prosent. ✘

### AKTUELT



**NY RUNDE** Det blir en ny rettsrunde for Inger-Marie Eidsvik og Merete Nesset. Foto: Per Halvorsen

## Ny rettsrunde for tvangspraksis

**INGER-MARI EIDSVIK OG Merete Nesset** får en ny runde i retten i saken de har anlagt mot staten for tvangen de var utsatt for i psykisk helsevern.

Det er på det rene etter at det ble bestemt at saken skal opp til ankebehandling ved Borgarting lagmannsrett.

Eidsvik og Nesset stevnet staten for behandlingen de fikk etter at de ved flere anledninger i perioden 1988 til 2016 ble innlagt i psykisk helsevern med psykose. De ville ha fastslått at de ble utsatt for «nedverdiggende og umenneskelig behandling».

Oslo tingrett mente at de to kvinnene burde ha gått til sak før 2019, og at de dermed hadde overskredet foreldelsesfristen.

Da saken ble behandlet i tingretten, avviste kvinnes prosessfullmektig Mads Andenæs at saken er foreldet. Han påpekte at det tar lang tid å komme seg etter en alvorlig psykisk lidelse. «Frykten og redselen som krenkelsene har skapt, har gjort det svært krevende å ta opp kampen mot systemet som påførte dem skadene», sa han til Psykologtidsskriftet i juni.

Lagmannsretten har avsatt to dager til saken. Datoer er ennå ikke bestemt. ✘



**GJELD OG PSYKISK HELSE** Banker har begynt å søke psykologhjelp for å forebygge psykisk uhelse hos folk med uhåndterlig gjeld.  
Foto: Reuters/Victoria Klesty/NTB Scanpix

# Banker ber om psykologhjelp

Finansinstitusjonene vil lære å kommunisere bedre med gjeldsofre for å forebygge psykiske helseproblemer og har bedt psykologer om hjelp.

## TEKST

Per Halvorsen

**MYE TYDER PÅ** at deler av finansnæringen i stigende grad erkjenner sammenhengen mellom psykisk uhelse og betalingsproblemer. Bank2 har engasjert psykologer for å lære kunderådgiverne hvordan de skal møte sårbare kunder. Det kom fram under konferansen «Gjeld og psykisk helse» på Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober.

Markedsdirektør i Bank2, Diana Peters, sier det slik til Psykologtidsskriftet:

– Kundene våre er helt vanlige folk som hadde gjort alt riktig. Så opplever de kanskje et dødsfall i nær familie, arbeidsledighet eller

alvorlig sykdom. De bruker opp den økonomiske bufferen og begynner å leve på kreditt. Gjelden blir uhåndterlig, og vi ser konsekvensene det kan få for den psykiske helsen.

– *Dere trengte psykologhjelp?*

– Da vi fant ut hva gjeld kan gjøre med deg i form av depresjon, angst og i verste fall tanker om selvmord, innså vi at vi ikke kan håndtere disse utfordringene alene, sier Peters.

## BETALINGSPROBLEMER

Det siste året har det vært en markant nedgang i husholdenes økonomiske trygghet. Nedgan-



gen er langt større enn under koronapandemien, fastslår Christian Poppe. Han er gjeldsforsker ved Statens institutt for forbruksforskning.

Under konferansen presenterte han en fersk oversikt over befolkningens økonomiske problemer:

- Hver fjerde av oss sliter med å betale regninger og renter og avdrag på lån.
- Hver tiende med å betale for mat og annet nødvendig forbruk.
- Tolv prosent misligholder sine låneforpliktelser.

– Det skal ikke mye til for å forutse at renteøkning, strømkostnader og den generelle prisveksten vil øke gjeldsproblemene i tiden som kommer, forklarer han.

Blant de som inngår avtale om gjeldsordning hos namsmannen, er det ifølge Poppe i mange tilfeller en klar sammenheng mellom uhelse og gjeldsproblemene. 60–70 prosent av de som søker om gjeldsordning, har betalingsproblemer som en følge av psykisk eller fysisk sykdom, eller en kombinasjon av begge, forteller han

Professor i helsepsykologi Arne Holte sier til Psykologtidsskriftet at det særlig er usikret gjeld, kredittkortgjeld, forbrukslån og misligholdet boliglån som øker risikoen for psykiske helseutfordringer.

– Det er antageligvis en direkte årsakssammenheng, og det går begge veier: Psykiske helseproblemer øker risikoen for gjeld, gjeld øker risikoen for psykisk uhelse, sier han.

### SKAM

Bank2 retter seg spesielt mot kunder med betalingsproblemer. I dag får alle kunderådgiverne opplæring i hvordan de kan nærme seg temaer knyttet til uhåndterlig gjeld.

– *Hva konkret er det kunderådgiverne lærer?*

– Vi trener på hvordan vi møter mennesker som opplever høyt stressnivå eller står midt i en livskrise. Hvordan vi kan spørre kunden om hvor skoen trykker og om vedkommende trenger mer hjelp enn det banken kan gi, for eksempel kontakt med NAV eller annen gjeldsrådgivning.

Peters mener banken på denne måten kan bidra til mer åpenhet og mindre skam knyttet til det å ha gjeld; skam som kan bryte ned den psykiske helsen.

– *Vil ikke det beste være å bedre lånevilkårene slik at folk lettere kan betale ned gjelda?*

– Vi har snakket om det også. Det vi har gjort til nå er å tilpasse kundeinformasjonen for å sørge for at kunden er orientert om hvilke tjenestetilbud som gjelder, slik at vedkommende ikke blir «hengende» uten videre oppfølging hvis resultatet er låneavslag.

Derfor har vi eksempelvis innarbeidet en veiviser til NAV i brevet kunden mottar hvis de får avslag på lån.

– *Er dette noe annet enn å pakke inn låneavslaget i litt mykere papir?*

– Vi kan jo ikke slette gjelden til folk. Men det bør være mulig å ha to tanker i hodet samtidig – både tjene penger og hjelpe, sier hun.

### KRISEKOMMUNIKASJON

Ingvild Stjernen Tisløv er en av psykologene som har ansvar for opplæring av kunderådgiverne. Hun legger vekt på betydningen av å tilpasse informasjonen til kundenes behov. Opplæringen innebærer blant annet »



**TRENGER HJELP** Diana Peters vil bidra til mer åpenhet og mindre skam knyttet til det å ha gjeld. Foto: Per Halvorsen

– Vi må unngå at kunnskapen om kundens psykiske helse blir kredittvurderingstema

*Ingvild Stjernen Tisløv, psykologspesialist*

## - Psykiske helseproblemer øker risikoen for gjeld, gjeld øker risikoen for psykisk uhelse

*Arne Holte, professor i helsepsykologi*

å skape bevissthet om at det er begrenset hvor mye informasjon man makter å ta imot når man er i krise. Hun sier det er viktig at bankansatte porsjonerer ut informasjonen og lytter uten å intervensjonere for mye, slik at kunden opplever å få komme til orde med sin historie.

Psykologene har også sett nærmere på avslagsbrevet for å gi det en mer menneskelig form.

- Avslaget skal gis på en respektfull og ivaretagende måte, og inneholde informasjon om hvor en kan få hjelp videre. Og gir man kunden et minimum av valgfrihet, for eksempel valget mellom digital informasjon eller direkte kontakt med kundebehandler, vet vi ut fra motivasjonsteori at det kan bli enklere å få til et samarbeid, sier hun.

Bank2-direktør Frode Ekeli opplyste under konferansen at banken også har vurdert å sponse psykologtimer for enkelte av kundene. Banken avslår fortsatt 97 prosent av lånesøknadene.

### **BANKENES ANSVAR**

Forbrukerpolitisk direktør Gry Nergård i finansnæringens hovedorganisasjon, Finans Norge, mener det er en voksende erkjennelse i bransjen om at det er tett kobling mellom gjeld og psykiske helseproblemer. Organisasjonen autoriserer bankenes kunderådgivere gjennom en egen autorisasjonsordning.

- Kan det være aktuelt å innføre kunnskapskrav om sammenhengene mellom betalingsvansker og psykisk uhelse og opplæring i god krisekommunikasjon før man blir autorisert som kunderådgiver?

- Så langt har vi ikke kommet i vår tenkning. Men vi er i ferd med å undersøke nærmere hvordan kunderådgiverne opplever møter med kunder med store gjeldsproblemer, og hva som skal til for å gi gode råd om personlig økonomi som igjen kan ha en forebyggende effekt på psykiske problemer. Om ikke alle rådgivere får opplæring på dette området, kan man kanskje tenke seg at enkelte rådgivere får spesialopplæring, sier hun til Psykologtidsskriftet.

- I hvor stor grad vil du si at bankene selv bidrar til gjeldsproblemer og dermed psykisk uhelse gjennom noen av produktene de markedsfører?

- Historisk sett har noen bankprodukter, f.eks. forbrukslån, vært markedsført svært aktivt og uten mulighet for banken til å gjøre en god nok risikovurdering. Etter at det i 2019 ble etablert en oversikt over nordmenns gjeld, kan bankene ta mer informerte avgjørelser, og vi ser at færre får lån som de ikke er i stand til å håndtere, sier Nergård.

### **ETISK DILEMMA**

Ingvild Stjernen Tisløv understreker at det kan oppstå etiske utfordringer når bankansatte får innsyn i kundens psykiske helse.

- Vi må unngå at kunnskapen om kundens psykiske helse blir kredittvurderingstema og blir brukt mot kunder som man frykter vil misligholde lån. Skal denne opplæringen fungere etter hensikten, må den føre til positiv diskriminering, og gi kundene en behandling som gjør at de kommer bedre ut av gjeldsbyrden enn de ellers ville ha gjort. Dette er problemstillinger vi må ta på alvor, sier hun. ✘



**TERAPEUTUTVIKLING** Hanne Strømme presenterte nylig foreløpige analyser av et terapiforløp med studentterapeut og pasient, hentet fra en større studie på terapeututvikling ved UiO. Analysene har implikasjoner både for veiledere og uerfarne psykologer.

## FORSKNINGSINTERVJU

# Du slipper ikke unna overføring

Overføringsbegrepet er høyst aktuelt i psykisk helsevern, der mange psykologer har sin første stilling. Det mener Hanne Strømme, som vektlegger betydningen av relasjonskompetanse hos uerfarne psykologer.

**S**trømme er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo (UiO) og psykoanalytiker. Da Joseph Sandler Psychoanalytic Conference nylig ble arrangert på UiO, presenterte hun foreløpige analyser fra The Nordic Psychotherapy Training Study (NORTRAS). Ana-

lysene er basert på et terapiforløp med en studentterapeut og pasient. Strømme trekker frem hvordan en overføringsdynamikk utspiller seg.

– Pasienten i dette terapiforløpet har gjentatte ganger opplevd å ha blitt avvist, og til og med angrepet og skadet, da hun trengte hjelp. »

### TEKST

Ida Sund Morken

**FOTO** Nora Paulsen  
Skjerdingsstad



## Bakgrunn

- Hanne Strømme er førsteamanuensis ved Klinikk for dynamisk psykoterapi ved Universitetet i Oslo. Hun har bakgrunn som journalist, er psykoanalytiker og har 20 % stilling som avtalespesialist i Helse Sør-Øst.
- Strømme leder forskningsprosjektet The Nordic Psychotherapy Training Study (NORTRAS). I den nordiske styringsgruppen er også professor Hanne Weie Oddli, professor Stephan Hau, førsteamanuensis Erkki Heinonen og universitetslektor Jan Nielsen.
- NORTRAS har som hovedmål å undersøke *hva* som faktisk læres i tidlig terapeututvikling, og særlig *hvordan* læringen skjer.
- Tidligere forskning er stort sett basert på selvrapport i spørreskjema og intervjuer. NORTRAS har et omfattende datagrunnlag: videoopptak av ca. 60 terapiforløp og veiledning, selvrapport i spørreskjema og i tillegg intervjuer, der det er ønskelig. Datamaterialet inneholder opplæring i integrativ, kognitiv og dynamisk terapi.

Når noen forsøker å hjelpe henne nå, skjuler hun automatisk sine følelser, som hjelpeløshet og sinne. Dette utspiller seg også ovenfor studentterapeuten: Selv om pasienten har vanskelig for å fungere sosialt og i jobb, sliter hun med å åpne seg og tro på at hun kan få hjelp. Pasienten frykter at hun igjen blir skadet. Det er dette vi kaller overføring i terapi, sier Strømme.

### OVERFØRING I PSYKISK HELSEVERN

Strømme slår fast at overførings- og motoverføringsbegrepet er høyst aktuelt i dagens offentlige helsesystem, også ved distriktspsykiatriske sentre for voksne (DPS-er), der det oftest er korte terapiforløp.

– *Disse begrepene kommer jo fra den psykodynamiske tradisjonen, der psykoterapi gjerne tilbys over lengre tid. Hvordan kan de da være til nytte i dagens offentlige helsevesen?*

– Ved DPS-er i dag vil psykologer integrere elementer fra ulike terapi-tradisjoner og samarbeide med andre yrkesgrupper og instanser. Det er nødvendig fordi pasientene er noen av de dårligste, med svært sammensatte behov.

Strømme forklarer hvordan det å forholde seg til overførings- og motoverføringsreaksjoner kan være til hjelp for behandlere, også innen slike rammer:

– På bakgrunn av det pasienten har med seg inn i rommet, blir vi uunn-gåelig invitert inn i visse dynamikker. Det kan gi motoverføringsreaksjoner der vi kjenner håpløshet eller føler oss utilstrekkelige, blir passive eller sinte. Reaksjonene er vanligvis sterkere jo mer omfattende de psykiske problemene er. Å fange dem opp når de inntreffer, kan gi informasjon om pasienten og hjelpe terapeuten med å tåle slike reaksjoner og følelser. Da kan det bli enklere for terapeuten å løsrive seg fra aktualiserte dynamikker, for så å arbeide systematisk her og nå.

Strømme trekker frem at psykologer med kompetanse i overføringsarbeid også har lært «å arbeide i relasjonen», det vil si å kommentere på aktiverte følelser i terapielasjonen underveis i prosessen. Hun viser til forskning av Høgland et al. (2008). De finner at pasienter med omfattende psykiske problemer har særlig nytte av denne typen intervensjoner for å endre uheldige samspillmønstre.

### PÅ TVERS AV BEHANDLINGSMETODER

– *Forskning viser at ulike terapietninger, både dynamiske som eksplisitt forholder seg til overføring, og andre terapiformer, i all hovedsak fungerer like godt på voksne. Hvordan forklarer du da at overføringsarbeid all-tid er nødvendig?*

– Som Hill og medarbeidere (2017) mener jeg det er en komplisert sammenheng mellom psykologers kliniske kompetanse og pasientresultater. Kortfattet kan det sies at studier av pasientutfall ikke gir tilstrekkelig kunnskap om hvilken kompetanse psykologer trenger. Overføringsdynamikker er noe alle psykologer forholder seg til, selv om arbeid med dem ikke nødvendigvis er et mål i behandlingen. Den psykodynamiske tradisjonen har utviklet en særlig forståelse for slike prosesser. Denne forståelsesrammen kan brukes i utvikling av relasjonskompetanse for psykologer – også innen andre tradisjoner og i annet klinisk arbeid enn psykoterapi, sier Strømme.

Hun presiserer at behandlere skreddersyr terapiforløp etter hva pasienten ønsker og trenger. De forsøker å oppnå god kontakt, og reparere

når kontakten brytes. I alle former for terapi med positivt utfall vil pasienten vanligvis trekke mer og mer av sine projeksjoner tilbake, altså sine forventninger i tråd med overføringene. Pasienten tar terapeuten inn som en person i sitt nåværende liv, og som et nytt og godartet objekt i sitt indre liv. Det terapeutiske forholdet blir i større grad en genuin relasjon med sine egne kjennetegn, der overføringsdynamikkene nedtones.

### RELASJONSKOMPETANSEN MÅ TAS PÅ ALVOR

Ifølge Strømme er grunnlaget for at alle tradisjoner vektlegger relasjonskompetanse, forskningen som viser at terapeuten og relasjonens betydning er mye viktigere enn valg av psykoterapeutisk metode.

– Vi vet fra tidligere studier at negative motoverføringer kan ha klar uheldig innvirkning på allianse og utfall. Derfor er det viktig at nybegynnere får veilederens hjelp og støtte i å oppdage egne aktiverte følelser. Når vi blir bevisst disse følelsene, kan vi lettere romme dem innvendig og unngå å uttrykke dem direkte til pasienten, sier hun.

Strømme fastslår at dersom vi ikke tar motoverføringer på alvor, gir dette økt risiko for stagnasjon i behandlingen, utbrenthet hos terapeuten, og at pasienten slutter for tidlig i behandlingen, såkalt dropout. Altså før pasienten har fått tilstrekkelig hjelp.

### Å TÅLE EN FRAGMENTERT FORSTÅELSE

Utover overføringsdynamikken trekker Strømme fram to andre viktige funn fra de foreløpige analysene av et terapiforløp i NORTRAS-studien. Det første handler om at uerfarne terapeuter nødvendigvis har en mer *fragmentert forståelse* av pasienten og terapiprosessen.

– Vi ser at pasienten åpnet seg mer gjennom forløpet, det ble sånn sett en emosjonelt korrigerende erfaring. Terapeuten og pasienten fikk arbeidet med noe av overføringsmekanismene, altså pasientens unngåelse. Men dataanalysen viste også at de ikke fikk tak i motivet for unngåelsen: redselen for at terapeuten skulle skade henne. Videre var det mye viktig informasjon fra terapitimene som studenten ikke tok med til veiledningen. Dette kan handle om at det er vanskelig for uerfarne terapeuter å abstrahere fra det pasienten løpende forteller om konkrete hendelser i livet, til gjentakende, overordnede samhandlingsmønstre.

Strømme påpeker hvordan terapiforløpet også blir et bilde på tiden det tar å innarbeide *prosedural kompetanse*, altså at terapeuten kan anvende kompetansen umiddelbart der og da i rommet. Hun forklarer at målet med all opplæring er at deklarativ kunnskap *om* noe, blir mer og mer *prosedural*.

– *Hvordan tenker du bevissthet om disse funnene, altså om den fragmenterte forståelsen og betydningen av prosedural kompetanse, kan hjelpe nyutdanna psykologer?*

– Tålmodighet med at terapeututvikling tar tid er viktig for nye psykologer, men også for veiledere og arbeidsgivere. Vi trenger både deklarativ kunnskap og prosedural kompetanse, men det kan bli en unnvikelse å umiddelbart gå tilbake i det deklarative når vanskelige følelser aktiveres i oss. I nye opplæringsformer vektlegges det i stedet å fortsette med utvikling av prosedural kompetanse, det vil si hva vi sier og gjør, også når vi samtidig må håndtere sterke følelser.

Strømme presiserer at både det å motta hjelp som pasient og å utvikle seg som terapeut, handler om å tåle usikkerhet og å lære av erfaring i en relasjon – mellom terapeut og pasient eller terapeut og veileder. ✘



Overføringsdynamikker er noe alle psykologer forholder seg til, selv om arbeid med dem ikke nødvendigvis er et mål i behandlingen

### REFERANSER

- Goodyear, R. K., Wampold, B., Tracey, T. J. G. & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. <https://doi.org/10.1177%2F0011000016652691>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496–507. <https://dx.doi.org/10.1037/pst0000189>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M. & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/001100001664119>
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., Sørbye, Ø., Heyerdahl, O. & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 763–771. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07061028>

# Psykologers opplevelse av hvordan deres politiske verdier påvirker terapi: en tematisk analyse

Ezgi Kutal, Erik Stänicke, Ole Jacob Madsen

Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

## KONTAKT

ekutal63@gmail.com

## MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Artikkelen bygger på hovedoppgaven til første-forfatteren, der medforfatterne var veiledere.

## FAGFELLEVURDERT

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Politiske verdier er viktige for vår følelse av identitet og tilhørighet. Likevel har det nesten ikke vært forsket på den politiske orienteringen til kliniske psykologer, foruten noen undersøkelser i USA for flere tiår siden. Studien hadde derfor som mål å utforske politiske verdier blant norske psykologer og se på hvordan psykologene oppfatter politiske verdiers effekt på terapi.

**Metode:** Fem kliniske psykologer i aktiv praksis ble rekruttert til semistrukturerte intervjuer.

**Resultat og diskusjon:** En tematisk analyse ga flere tydelige temaer: Det ser ut til at politisk overbevisning spiller en rolle i terapi, og kan påvirke hva terapeuten synes om klienten, og valg av terapiform. Likevel oppga informantene at å snakke om politiske verdier i en terapeutisk setting er fremmed og til og med ubehagelig for dem.

**Konklusjon:** Vi tenker at det er på tide å fjerne tabuet tilknyttet politiske verdier i psykoterapi, og konkluderer med at videre studier bør vies til dette sensitive, og sentrale temaet.

**Nøkkelord:** politikk, verdier, psykoterapi, allianse, empati, semistrukturerte intervjuer



Politiske verdier er sentrale for hvem vi er og hvordan vi oppfatter verden rundt oss (Duarte et al., 2015; Redding, 2020). De kan også forstås som uttrykk for underliggende psykiske behov (Hirsh et al., 2010). Politiske verdier har likevel vært lite undersøkt til nå (Redding, 2020). Dette kan komme av at politikk oppfattes som et privat anliggende (Langvatn, 2011), og fordi politiske verdier kan være vanskelige å avgrense (Kelly, 1990). Forskningen på psykologers forhold til politiske verdier i deres daglige virke er særdeles mangelfull (Redding, 2020). Denne studien ønsket å undersøke følgende: Opplever psykologer at politikk har en plass i deres kliniske virke? Historisk sett har politiske verdier i stor grad blitt ignorert i klinisk arbeid (Redding, 2020). Det foreligger derfor begrenset kunnskap om psykologers politiske verdier, og hvordan verdiene påvirker terapi. Etter vår mening er politiske verdier relevante for psykologisk arbeid fordi politiske verdier bygger på moralske verdier, korrelerer med personlighet og er viktige for vår selvfølelse (Duarte et al., 2015; Hirsh et al., 2010; Redding, 2020). I tillegg angår temaet debatten om verdiladet versus verdifri psykoterapi, der man har gått fra å se på psykoterapi som verdifri til en oppfatning om at den ikke kan være det (Bergin, 1980; Jackson et al., 2013). Dersom verdier i seg selv er såpass viktige i terapi, er det nærliggende å anta at politiske verdier også vil påvirke terapien. Forskningen som foreligger om psykologers politiske verdier, viser at psykologer tenderer mot å være mer venstreorienterte enn befolkningen generelt (Duarte et al., 2015; Gross & Simmons, 2007). Flere studier finner at terapeuter kan reagere negativt overfor klienter med motsatte politiske verdier (Gartner et al., 1990; Redding, 2020). I tillegg finner noen studier at likhet i politiske verdier kan styrke alliansen (Martini, 1978; Redding, 2020). Majoriteten av studiene på området er over 30 år gamle og har i stor grad blitt gjennomført på psykologer i høyere utdanningssektor i USA (Abramowitz & Dokecki, 1977; Duarte et al., 2015; Gartner et al., 1990; Redding, 2020). Så vidt oss bekjent har politiske verdier aldri blitt studert i en norsk kontekst. Denne studien ønsket derfor å undersøke hvordan norske psykologer opplever at deres politiske verdier påvirker terapi, for å reise en diskusjon om temaet i en norsk sammenheng. Studien kan betraktes som en pilotstudie som kan danne grunnlag for videre studier.

## Metode

### Design

Studien var en kvalitativ studie, der vi brukte semistrukturert intervju for å innhente informasjon fra informantene. I forkant av intervjuene fikk infor-

mantene tilsendt et spørreskjema om sine politiske verdier. De kvalitative resultatene ble analysert med tematisk analyse.

### Rekruttering og utvalg

Utvalget besto av fem psykologer med norsk autorisasjon. Inklusjonskriteriet var psykologer som var i aktiv praksis. Politiske verdier har tidligere vist seg å ha en sammenheng med både valg av terapiretning og om man jobber i privat eller offentlig sektor (Norton & Tan, 2019; Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette var informasjon som var relevant for hvordan vi ønsket å sette sammen vårt utvalg. To av deltagerne jobbet i offentlig sektor, en jobbet som privatpraktiserende med driftsavtale, en jobbet helprivat og en jobbet i en kombinasjon offentlig og privat. Tre stykker identifiserte seg som psykodynamikere, og to stykker identifiserte seg innenfor kognitive terapiretninger. To hadde sympatier til høyre i politikken, og tre hadde sympatier med venstresiden. Ingen av dem var politisk aktive. Tre av informantene ble rekruttert gjennom førsteforfatterens utvidede nettverk og to via Facebook-gruppen «Psykologer og psykologstudenter». Én person til ble rekruttert, men gjennomførte ikke intervjuet.

### Valg av analysemetode og måleinstrumenter

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter. De varte mellom 30 og 60 minutter. I vår tilnæringsmetode benyttet vi semistrukturert intervju og tematisk analyse som analysemetode (Braun & Clarke, 2006; Mason, 2002). Semistrukturert intervju ble vurdert som hensiktsmessig, ettersom vi ønsket å undersøke informantenes subjektive og unike opplevelser. Tematisk analyse ble valgt, ettersom det er en godt egnet metode for å trekke ut gjentakende temaer på tvers av intervjuer (Braun & Clarke, 2006).

Det semistrukturerte intervjuet ble utarbeidet av førsteforfatter og diskutert med medforfatterne. Det besto av spørsmål som delvis baserte seg på tidligere forskning. Spørsmålet «Har du opplevd at du har hatt motstridende politiske verdier med klient?» ble for eksempel inkludert fordi resultatene til Gartner et al. (1990) og Redding (2020) tydet på at motstridende politiske verdier gjorde at terapeuten oppfattet klientene på en annen måte, og kunne like dem mindre. Guiden kan gjøres tilgjengelig ved å kontakte forfatterne.

### Reliabilitet og validitet

Stiles (1999) påpeker at reliabilitet og validitet må forstås annerledes i kvalitativ forskning enn den gjøres i kvantitativ forskning. Målet her er ikke å generalisere

funnene til hele psykologstanden, men begrepene om reliabilitet og validitet refererer til helt sentrale idealer innen forskning. I en kvalitativ sammenheng handler disse begrepene om troverdighet (Stiles, 1999). Reliabilitet handler om hvor troverdig innsamlingen av data-materialet er, mens validitet handler om hvor troverdig tolkningen av disse er. For at en studie skal være troverdig, er det essensielt at studien er transparent. Derfor tilstrebet vi gjennom alle stegene av studien refleksivitet. Refleksivitet er bevisstheten om at forskeren påvirker forskningsprosessen (Mason, 2002). At forfatterne har politiske sympatier på venstresiden, har utvilsomt påvirket vår interesse for temaet og hvordan vi har tolket intervjuene. Vi er alle dessuten av den oppfatning at politiske verdier er helt grunnleggende og bestemmende for mange av valgene vi tar i livet, og dermed også i yrket vårt. Dette har nok påvirket studien og analysen. Det er rimelig å tro at denne påvirkningen har skjedd, til tross for at vi har prøvd å være så nøytrale som mulig, fordi en politisk påvirkning ikke alltid er like intensjonell eller bevisst. Det er for eksempel mulig at vi har tolket politiske verdiers påvirkning som større enn det forskere som ikke er like politisk interesserte, ville gjort. I kvalitativ forskning vil man tenke at tilnærmet alle egenskaper en forsker bringer inn i forskningssituasjonen, kan påvirke forskningen (Willig, 2013). Dette innebærer blant annet terapeutning og epistemologisk ståsted. I denne studien har disse vært inspirert av psykodynamisk teori og en kontekstualistisk forståelse. Ifølge denne epistemologien finnes det ikke én gitt sannhet, men flere kontekstavhengige sannheter (Braun & Clarke, 2013). Forskerens egenskaper er ikke nødvendigvis hindre, men noe vi må tilstrebe å ha et bevisst forhold til i forskningsprosessen.

### Gjennomføring

Intervjuene fant sted på informantenes arbeidssted eller per telefon. Informantene ble spurt om hva de anså som sine viktigste politiske verdier, og om hvilket parti de hadde stemt på ved siste stortingsvalg. Intervjuene ble analysert ved at vi fulgte de seks trinnene som Braun og Clarke (2006) anbefaler når en skal gjennomføre tematisk analyse. Disse er 1) bli kjent med temaet, 2) lage de første kodene, 3) lete etter temaer, 4) Gå gjennom temaer, 5) definere og navngi temaer og 6) produsere rapporten. Vi hadde en induktiv tilnærming, som vil si at vi forsøkte å gruppere temaene uten et ønske om at de skulle passe inn i forutbestemte teorier eller kategorier (Braun & Clarke, 2006). De første temaene ble analysert av førsteforfatter, og analysen ble til ved flere refleksjoner med medforfatterne.

### Etiske hensyn

Studien er godkjent av NSD. Vi sendte studien også til helsefaglig forskningsetisk komite (REK) i desember 2019 for å få den forhåndsgodkjent, men de vurderte at det ikke var nødvendig med ytterligere godkjenning fra dem. Tre av informantene var tidligere bekjente. Å intervju personer man kjenner, har både sine styrker og svakheter (Garton & Copland, 2010). En av fordelene er at det skaper enn mer avslappet atmosfære hvor intervjuobjektet åpner seg opp i større grad (Blichfeldt & Heldbjerg, 2011). Dette kan tenkes var en ekstra fordel når vi intervjuet informantene om politiske verdier, som er et sensitivt tema. Ulempen kan være om deltagerne har følt en større forpliktelse enn vanlig til å delta (Garton & Copland, 2010). Hensynet til anonymitet anses som overholdt ved at svært få identifiserbare detaljer kan knyttes til hver deltager. Identifiserende opplysninger, som kjønn, alder og arbeidssted, ble fjernet og fullstendig anonymisert. Deltagerne fikk et informasjonsskriv i forkant av intervjuet. Her ble det presisert at de kunne trekke seg uten å oppgi noen grunn og uten noen negative konsekvenser for dem. Ingen av informantene trakk seg etter gjennomføring av intervjuet.

### Resultater

Informantene i denne studien har fått navnene Aksel, Stian, Ingrid, Ola og Marie. Deres svar på hvilke verdier som var viktigst for dem, skapte et tydeligere høyre-venstre-skillen enn det partitilhørigheten alene gjorde. Tre av de intervjuede verdsatte særlig kollektivistiske og sosialistiske størrelser, som rettferdighet, solidaritet og fordeling av ressurser. To av terapeutene hadde mer typiske individualistiske eller liberalkonservative verdier, som autonomi, økonomisk trygghet og sterk nasjonalfølelse. I forkant av intervjuene svarte informantene på et spørreskjema om sine politiske verdier, slik at vi skulle få en inngående forståelse av deres politiske verdier. Dette ideologiske skillet og spørreskjemaet baserer seg på norsk valgforskning og teorier om disse (Aardal & Bergh, 2015). Av terapeutene i utvalget vårt stemte to Rødt, én stemte SV, én stemte Venstre og én stemte Senterpartiet.

Den tematiske analysen resulterte i fire hovedtemaer med tilhørende undertemaer: 1) politiske verdier oppleves som tilstedeværende i terapi, 2) politiske verdiers påvirkning på terapi, 3) politikk i psykoterapi og psykologi og 4) ambivalens.

**Tabell 1***Informantenes politiske verdier, partifordeling og ansettelsesform*

Informant	Viktigste politiske verdi	Parti stemt ved sist stortingsvalg	Ansettelsessektor
Aksel	Fordeling av ressurser	Rødt	Offentlig og privat
Marie	Solidaritet	Rødt	Offentlig
Ola	Økonomisk trygghet	Venstre	Privat
Ingrid	Solidaritet og rettferdighet	SV	Privat med driftsavtale
Stian	Nasjonalfølelse	SP	Offentlig

**Tema 1: Tilstedeværende politiske verdier**

Samtlige informanter svarte bekreftende på at de opplevde politiske verdier som tilstedeværende i terapi, først og fremst ved at det påvirket dem som personer. Alle av de intervjuede oppga samtidig at de ikke nevnte verdiene sine eksplisitt i terapien. Noen av terapeutene oppga at de trodde klientene likevel kunne få inntrykk av deres politiske orientering. De opplevde også at politiske verdier påvirket hvordan de valgte å jobbe, og hvordan de tenkte rundt helse-tilbudet de ga. For eksempel var det viktig for Ingrid at hun hadde driftsavtale for å gi et likeverdig tilbud. Disse sitatene fra Ingrid og Marie illustrerer funnene i dette temaet. Her svarer informantene på om de har opplevd en situasjon der de gir uttrykk for sine politiske verdier i terapi:

Ingrid: Selv om terapeuten ikke flagger liksom, politiske synspunkter, så tror jeg det skinner gjennom ganske mye hva som du, hvordan du tenker, og hvordan du reagerer.  
Marie: Det tror jeg på en måte, jeg tror at det, det tror jeg skjer hele tiden, subtilt liksom.

Dette kan tyde på at selv når informantene ikke ønsker å tematisere egne politiske verdier, blir det en del av dem og terapien.

**Tema 2: Politiske verdiers påvirkning på terapi**

Samtlige informanter fortalte om situasjoner eller tenkte problemstillinger hvor deres egne politiske verdier påvirket hvordan de oppfattet klienten. Noen av de intervjuede påpekte at dette var implisitte reaksjoner, mens andre oppga at dette skjer helt tydelig. Enkelte av terapeutene oppga også at de trodde at egne verdier kunne påvirke klientens verdier. Følgende sitater illustrerer innholdet i dette temaet godt:

Intervjuer: Merker du noen forskjeller i hvordan du ser på klienten og klientens problematikk avhengig av dine politiske verdier? For eksempel i denne situasjonen hvor du følte at dine politiske holdninger ble utfordret fordi de ikke stemte overens med klientens?

Ingrid: Ja altså, selvfølgelig så gjør det det på ett nivå, at jeg kan kjenne på en irritasjon i øyeblikket der fordi dette er en diskusjon jeg ellers gjerne tar. Men så er det jo på en måte ettertanken og refleksjonen rundt det, og fagligheten på en måte overfor klienten.

Sitatet fra Ingrid kan tolkes dit hen at man kjenner at politiske verdier påvirker oppfatningen av klienten, men fagligheten gjør at man hindrer seg selv å gå inn i en politisk diskusjon. Flere av terapeutene påpekte i tråd med dette at de ikke handlet på denne irritasjonen eller frustrasjonen.

Stian beskriver hvordan han kan bli provosert av anarkister. Han ser på anarkister som en gruppe som ikke har respekt for demokratiet og velferdsstaten, noe han vedgår potensielt kan vanskeliggjøre stadfestingen av psykiske lidelser:

Dette her er delvis fiktivt, men er en anarkist i terapi hos meg og så blir det ikke klart for meg hvordan den psykiske lidelsen kan gå ut over funksjonsnivået, og vedkommende vil røyke hasj og spille musikk og jeg skal søke AAP da og da kan jeg kjenne vegring [...] altså hvis det da sitter en høyremann i stolen eller noe sånt da, og ber om AAP og det ikke er noe klar psykisk lidelse, vil det ikke være så konfliktfylt for meg. Jeg hadde kanskje ikke turt å si det til anarkisten.

Dette sitatet fra Stian viser hvordan han kan oppleve vansker med klienter med motsatte politiske verdier. Denne antagelsen styrkes av Aksels beretning om en innvandrer klient som stemte FrP. Aksel selv stemmer Rødt og har rettferdig fordeling som viktigste politiske verdi:

Men da til min store overraskelse ønsket han da å stemme FrP. Og så husker jeg at, jeg tenkte med meg selv «nå stemmer du kanskje imot dine egne interesser», tenkte jeg [...] Jeg ville kanskje tenkt at dette er en person som muligens setter seg inn i ting litt overfladisk.

Sitatene over illustrerer hvordan terapeutene kan oppfatte klientene sine, både deres væremåte og personlighet, basert på egne og klientenes politiske verdier.

### Tema 3: Politikk i fagfeltet

Dette temaet handler om politikken plass i terapi og psykologien som et fagfelt. Forfatterne trakk ut to distinkte undertemaer: A) Terapi er først og fremst psykologisk, og B) politikken plass i psykologien.

#### Undertema A: Terapi er mest psykologisk

Dette undertemaet handlet om hvordan både klientens og terapeutens politiske verdier ble oppfattet dersom det kom opp i terapi. Samtlige informanter påpekte at politiske verdier ikke var hovedfokus dersom det ble tema i terapien. Samtidig virker det som om det var et skille, som var delvis politisk, i oppfatningen av politikken relevans for terapi. Ingrid og Marie, begge med venstreorienterte verdier, opplevde at det var relevant dersom det kunne knyttes til psykisk fungering. Både Stian og Ola, begge med mer konservative verdier, opplevde derimot at politikk ikke var relevant. De to følgende utsagnene på spørsmål om det har vært situasjoner der de skulle ønske at politiske tema kunne blitt tatt opp, kan illustrere terapeutenes ulike ståsteder:

Stian: I utgangspunktet er svaret nei til det da. Jeg greier ikke se at det er så relevant i forhold til psykiske lidelser, jeg da. Det blir mere prat [...] Jeg greier ikke å se at politiske meninger er noe relevant tema, jeg, fordi det vedrører ikke de følelsesbaserte lidelsene, slik jeg ser psykiske lidelser, da.

Ingrid: Den politiske holdningen som gis uttrykk for, i det terapeutiske forløpet er det mye mer interessant i forhold til klientens egen historie som kan dreie seg om andre urettferdigheter som [pasienten] har opplevd i sitt liv [...] Da holder jeg det fokuset der, og holder fokus på behandlingen, hvor det politiske da kommer i bakgrunnen.

Det siste sitatet viser at det politiske for Ingrid blir interessant fordi det berører klientens historikk og personlighet, men at dette ikke skal ta fokuset vekk fra den psykologiske behandlingen. Aksel og Marie, også begge med venstreorienterte verdier, reflekterte over om politiske verdier hadde vært et større tema om klientene deres var nynazister. Dette utsagnet kan tolkes til at terapeutene opplever at politiske temaer er mer relevant å ta opp dersom de er mer ekstreme. Det kan tenkes at de opplever at det er lettere å knytte ekstreme politiske holdninger til psykiske plager.

#### Undertema B: Politikken plass i psykologien

Informantene delte seg noe i dette undertemaet. De intervjuede med venstreorienterte verdier oppga at de følte at politikk hadde en sentral plass i psykologien. Terapeutene med konservative verdier hadde mer diffuse holdninger til om politikk hadde betydning.

Marie, Aksel og Ingrid oppga at politiske strømninger og ideer var førende for psykologien som fagfelt og den kliniske virksomheten. Sitatet fra Marie illustrerer dette:

I psykologien har jo politikk en kjempebetydning for hvordan man tenker, altså hva slags holdninger man har, hvordan man legger opp helsevesenet.

I kontrast til dette opplevde informantene som identifiserte seg mest med konservative politiske verdier at politikk ikke hadde en så stor rolle i psykologien. Dette blir godt illustrert av et sitat fra Ola:

Intervjuer: Hva er dine holdninger om hvilken plass de har eller bør ha, i klinisk praksis, terapi, terapirommet?  
Ola: \*kort stillhet\* Jeg vet egentlig ikke, det kan være greit å ha en viss politisk kunnskap, sånn at du kan nyansere de politiske holdningene klienten har. [...] Terapi handler veldig ofte om banaliteter, terapi handler om å få klienten til å klare å stå opp om morgenen, til å snakke med folk, ikke sant, de store spørsmålene, disse politiske spørsmålene er veldig sjelden det.

I vårt materiale er det en sammenheng mellom synet på politikken plass i psykologien og politisk orientering.

#### Tema 4: Ambivalens

For informantene var ambivalens et gjennomgående tema. Som vi vil komme tilbake til i diskusjonen, kan det virke som at spørsmålet om politikk og psykologi var forvirrende for flere, og at det vekket et visst ubehag for enkelte av dem. Flere av de intervjuede kom med motstridende utsagn om hvordan de opplevde at deres politiske verdier påvirket terapi. Dette tolket vi som et uttrykk for usikkerhet eller lite bevissthet om temaet. Flere brukte politiske verdier tidvis synonymt med politiske partier. Andre lurte på om en gitt verdi, slik som menneskerettigheter eller kvinners rettigheter, var politisk eller ikke. Dette kan vitne om vansker med å definere og forstå hva politiske verdier er. En av informantene sa også at dette var et krevende og utfordrende tema å uttale seg om. Han nølte og måtte tenke seg om før han svarte. Samlet resulterte dette i to undertemaer: A) Ambivalens til politiske verdier og B) ambivalens til egne politiske verdiers påvirkning på terapi.



**Undertema 4A: Ambivalens til politiske verdier**

Flere informanter nevnte en verdi, slik som menneskeverd, og lurte på om dette egentlig var en politisk verdi. Sitatet fra Aksel illustrerer denne forvirringen godt:

Altså min grunninnstilling er at alle mennesker er like mye verdt, for eksempel, jeg vet ikke om man kan kalle det en politisk verdi eller ikke, men det er jo en grunnholdning.

**Undertema 4B: Ambivalens til påvirkningen**

Enkelte av informantene svarte først avkrefteende på at de opplevde at deres egne politiske verdier påvirket synet på klienten. Senere i intervjuet kom det imidlertid fram hendelser som tydet på det motsatte. Dette gjaldt for eksempel Marie med klienten som stemte FrP, og Stian som opplevde at han ville reagert annerledes overfor en klient som var anarkist. Disse motstridende uttalelsene kan tyde på at det kanskje både er fremmed og ubehagelig å tenke på politiske verdier i en terapeutisk kontekst. Stian uttrykker flere ganger at dette er et krevende tema for ham, som han ikke har tenkt så mye på.

Intervjuer: Er politiske verdier viktig for deg i terapi?  
Stian: Ja, men nei jeg vet ikke. Jeg er ikke beredt på å svare på det. Hva slags spørsmål er det?

Å peke på at terapeutene har motstridende svar, eller poengtere at de opplever temaet som forvirrende, mener vi er en viktig del av analysen, fordi det kan tyde på at det er uvant eller besværlig å snakke om politiske verdiers påvirkning i terapi.

**Diskusjon**

Politiske verdier opplevdes som svært viktig for flere av informantene, noe som speiler tidligere funn om at politiske verdier er sentralt for hvem vi er (Mendez, 2017; Redding, 2020). Når politiske verdier er så tett knyttet til oss og vår identitet, er det ikke rart at de også gjennomsyrrer flere områder i en terapeuts liv. Ingrid's utsagn illustrer dette: «Det er en illusjon at det ikke skal skinne igjennom.»

Funnene fra tema 1 stemmer delvis overens med tidligere forskning. Tidligere studier antyder at konservative psykologer i større grad foretrekker kognitiv atferdsterapi (CBT), mens venstreorienterte psykologer i større grad foretrekker humanistiske og psykodynamiske retninger (Bilgrave & Deluty, 2002; Norton & Tan, 2019). For vår studie ser man tilsvarende hos Ola, Marie og Ingrid. Ola har konservative verdier og prak-

tiserer innen tredjegenersjons CBT (Holden, 2007). Marie og Ingrid stemmer til venstre og er psykodynamikere. Imidlertid praktiserer Stian psykodynamisk terapi, og Aksel praktiserer CBT, mens de henholdsvis har konservative og venstreorienterte verdier. En mulig grunn til at vi bare delvis gjenfinner resultatene til Norton og Tan (2019), kan være at de dokumenterte gjennomsnittlige preferanser. Slik sett er det ikke overraskende at enkeltterapeuter i vår studie praktiserer andre behandlingsformer enn forventet, mens vi likevel ser den overordnede tendensen.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (2020) viser at flere i privat sektor stemmer på høyresiden, mens flere i offentlig sektor stemmer på venstresiden. I vårt lille utvalg stemmer dette delvis. Marie jobber i offentlig sektor og er venstreorientert. Ola jobber helprivat og har konservative verdier. Imidlertid jobber Ingrid som privatpraktiserende med driftsavtale, og Aksel jobber både offentlig og privat. Begge har venstreorienterte verdier. Stian, som har konservative verdier, jobber i offentlig sektor. Samtidig ser vi den generelle tendensen. Aksel uttrykker at hans venstreorienterte verdier kanskje ikke passer overens med at han delvis jobber privat. For Ingrid er det også et viktig poeng at hun har driftsavtale. Dette kan indikere at deres venstreorienterte verdier oppleves som noe uforenelig med å jobbe privat. Derimot oppgir Ola at han føler at hans liberale verdier har vært styrende for at han jobber helprivat.

Fordi politiske verdier er en robust del av vår selvfølelse og identitet, kan det skape sterke negative følelser når man møter andre med motsatte politiske holdninger (Redding, 2020; Rosenbaum, 1986). Resultatene under tema 2 tyder på noe lignende i vårt utvalg også. For eksempel opplevde både Ingrid og Marie å bli utfordret på egne holdninger når de møtte klienter med motsatte politiske holdninger, noe som er i tråd med tendenser som kommer fram i tidligere forskning. Vi pleier å like klienter med motsatte politiske holdninger mindre og har mindre empati overfor dem (Gartner et al., 1990; Redding, 2020). Funnene reflekterer også at terapi ikke kan, selv når vi forsøker, være verdifri (Bergin, 1980; Jackson et al., 2013).

Hendelman (2018) har beskrevet vanskene ved å finne noe hun liker hos en klient som har motsatte politiske holdninger enn henne selv. Våre informanter nevner ikke eksplisitt at det er vanskelig å føle på empati med klienter med motstridende politiske verdier. Det kan hende at det er slik Marie påpeker: Terapeutene prøver å møte alle med lik verdighet og respekt. Samtidig uttrykker Marie, i likhet med Hendelman, at hun opplever å bli utfordret på noe grunnleggende ved seg selv når hun møter en klient med

motsatte holdninger. Det kan altså være vanskelig for terapeuten å innrømme overfor seg selv at man liker noen klienter bedre enn andre (Kottler, 2017). Det er kanskje også enda vanskeligere å tåle at motsatte politiske holdninger skal påvirke evnen til å være empatisk. På mange måter er empati kjernekomponenten i det å være en terapeut, og det kan tenkes at det oppstår en form for kognitiv dissonans, eller skyld, over at man har mindre empati med enkelte klienter (Harmon-Jones & Mills, 2019).

Fra analysen ser vi at flere tenker på politiske verdier i ytterpunkter: Stian tenker på en anarkist, Aksel tenker på en FrP-er, og flere lurer på om politikk hadde vært mer relevant dersom klientene var nynazister. Det kan virke som at politiske motsetninger blir tydeligst, og kanskje en større kilde til frustrasjon og provokasjon, dersom klienten er på det motsatte politiske spekteret enn dem selv. Dette kan peke i samme retning som funnene til Gartner et al. (1990), som fant at jo mer ekstreme motsatte politiske holdninger klienten hadde, desto mer negativt vurderte terapeutene hen. Selv om sammenhengen var svak, antyder funnet at klinikere blir mer utfordret av motsatte politiske verdier dersom klienten har ekstreme politiske holdninger.

Forskning på ideologisk motoverføring er delt. Med ideologisk motoverføring menes det her terapeutens ideologiske overbevisninger og dens effekt på motoverføringen. Enkelte finner at konservative terapeuter tenderer å vurdere sine venstreorienterte klienter mer negativt (Gartner et al., 1990; Mazer, 1979). Andre finner at venstreorienterte terapeuter har en tendens til å vurdere konservative klienter mer negativt (Redding, 2020). I vårt utvalg ser vi at både venstreorienterte og høyreorienterte terapeuter har negative oppfatninger om sine klienter. Silander et al. (2020) er bekymret over at det skal oppstå politiske fordommer nærmeste utelukkende mellom venstreorienterte terapeuter og konservative klienter. Vi vil påstå at vår studie viser at terapeutene kan få negative reaksjoner til klienter med motsatt politisk synspunkt uavhengig av eget politisk ståsted.

Det fremkommer altså et tentativt mønster av at det å bli utfordret på politiske verdier skaper en negativ reaksjon hos terapeutene. Selv om man prøver å holde det politiske vekk fra terapien, så siver det inn. Funnene til Redding (2020) og Gartner et al. (1990) tyder også på at politiske verdier kan påvirke klinisk bedømming og diagnostisering. Stians vansker med å finne psykiske lidelser hos personer han anser som anarkister, kan kanskje reflektere dette. Da er det desto viktigere at terapeuten er sine politiske verdier bevisst. Her kan det være relevant å trekke inn det psykody-

namiske motoverføringsbegrepet. For at motoverføringen skal kunne gi informasjon om klienten, må terapeuten imidlertid være bevisst på sitt eget bidrag (Zachrisson, 2008). Heimann (1950) argumenterer for at motoverføring har potensial til å være et nyttig instrument for terapeuten dersom vedkommende klarer å sortere mellom eget ubevisste materiale og pasientens følelser. Vi foreslår at sorteringen også bør gjelde for terapeutens politiske verdier. Tanken om at terapeutens egne verdier og egenskaper er sentrale i terapi, er rådende i psykoanalytisk teori (Stänicke et al., 2019). Dette støttes også opp av den omfattende terapiforskningen, arbeid som viser at terapeutens egenskaper er bidragsytende i terapi (Wampold, 2014).

Samtlige informanter presiserte at politiske temaer ikke er hovedfokuset i terapi.

Redding (2020) peker imidlertid på at tematisering av politiske verdier var egnet til å styrke klientens følelse av å bli forstått, og reflekterer over hvordan tematiseringen av politiske verdier kan styrke alliansen mellom klienten og terapeuten. Terapiforskning viser at alliansen er en av de viktigste faktorene i god psykoterapi (Lambert, 2013; Nissen-Lie et al., 2013). Dersom det å snakke om politiske temaer i terapi kan bidra til at alliansen styrkes, bør vi vurdere å ta temaet opp.

Å ikke tematisere egne politiske verdier hindrer dem nødvendigvis ikke fra å være til stede i terapien. Marie påpeker at klientene får et inntrykk av hva de stemmer, selv om de ikke eksplisitt nevner det. Strupp (1980) fant at klienter har en intuitiv formening om terapeutens politiske ståsted. Politiske verdier kan altså være til stede i terapien uten at det blir eksplisitt tatt opp, og ved å flytte fokuset vekk fra politiske tema skjer det motsatte: Det politiske tar opp plass i pasienten uten at det uttrykkes. Å være bevisst hvilke politiske verdier som er i spill, og hvordan de påvirker terapien, er derfor noe behandlere bør ha et reflektert forhold til. Dette formidler også Ingrid, som sier at terapeuter bør ha et reflektert forhold til egne politiske verdier, slik at det ikke ubevisst oppstår en berøringsangst for visse temaer.

I USA har det blitt dokumentert at psykologer er mer venstreorienterte enn befolkningen generelt (Duarte et al., 2015). En slik statistikk finnes oss bekjent ikke for Norge. I vårt utvalg var det tre som stemte klassiske venstreorienterte partier (Rødt og SV), og to som hadde liberalkonservative verdier, men stemte på sentrumspartiene (Venstre og Senterpartiet). Vi etterspurte eksplisitt psykologer som anså seg selv som konservative, fordi de psykologene vi allerede hadde rekruttert, hadde venstreorienterte verdier. Av de tre som tok kontakt, var det kun én som stemte Høyre. Denne informanten droppet ut av studien i

den innledende prosessen. Hen oppga ikke grunnen, men den innledende prosessen var noe kronglete og kan ha opplevdes langtekkelig. Med en kvalitativ studie med fem deltagere gir det ikke mening å snakke om en overvekt i en politisk retning. Men vanskene vi hadde med å finne psykologer med konservative verdier, eller som stemte partiet Høyre, kan kanskje tale for at psykologer har mer venstreorienterte verdier. Denne antagelsen er basert på amerikansk forskning og kan være upassende for en norsk kontekst. Høyre er for eksempel det største partiet blant universitetsutdannede (Akademikerne, 2020). Samtidig viser valgundersøkelsen at Arbeiderpartiet er størst blant helse- og sosialarbeidere (Statistisk sentralbyrå, 2015). Da det ikke foreligger lignende statistikk for psykologer, og dette er en kvalitativ studie, kan vi ikke trekke noen slutninger om psykologer som profesjonsgruppe er venstreorienterte eller ikke. Vår mangel på informanter som stemmer Høyre, betyr ikke nødvendigvis at det er få konservative psykologer, men kanskje at de vegrer seg for å uttale seg om politisk orientering. Inbar og Lammers (2012) har tidligere funnet at konservative terapeuter opplever arbeidsmiljøet som mer fiendtlig enn venstreorienterte kollegaer. Uansett, gitt vårt lille utvalg av informanter, er det et behov for større studier for å avklare slike spørsmål.

Det tredje temaet om politikk i fagfeltet fordrer også spørsmålet om hvor grensene går når det gjelder psykologers ansvar. For Aibel (2018) er det politiske også personlig i terapi, da han mener det politiske berører kjernen i psykologiske problemer. Dersom det politiske også er psykologisk, fordrer det refleksjon rundt hva terapi er. Hva kan, og bør, man forvente som utfall i terapien? Holder det å «bare» hjelpe klienten til å forandre seg? Eller er det systemiske faktorer som kan ha gjort klienten syk?

Samtidig kan man også snu spørsmålet og spørre seg om psykologer bør prøve å endre på samfunnet, når det er individet vi behandler? Dette er vanskelige spørsmål å svare på, fordi det berører kjernen i hva psykologers ansvarsområde er. Samtidig er det også klinikknære dilemmaer. Er det til hjelp å jobbe med at klienten skal tåle negative emosjoner, hvis klienten opplever systematisk rasisme? Habermas (1986) sin forståelse av psykoterapi er at klienten gjennom terapien blir mer autonom og dermed frigjort fra sine psykiske vansker. Da får klienten mulighet til å utfolde seg politisk og bli en sterk samfunnsaktør som har potensial til å bidra til å endre undertrykkende samfunnssystemer (Schaefer et al., 2014). Det finnes også et mindre selvgratulerende syn som foreslår at psykoterapi vokser fram og blir populært i vestlige liberale demokratier fordi terapien primært tilbyr indi-

viduell behandling, uten å berøre omkringliggende, urettferdige eller undertrykkende samfunnsstrukturer (Madsen, 2015).

Det fjerde temaet, om ambivalens til politiske verdier, oppfatter vi som det mest konsistente temaet i analysen. Samtlige informanter, uavhengig av politisk ståsted, var forsiktige og fremsto ambivalente når de snakket om politiske verdier. Det virker som det er ukjent og muligens ubehagelig for terapeutene å snakke om politikk. Når oppfatningen om at psykologen ikke skal påvirke eller forme klienten direkte, har vært så rådende, er det ikke så overraskende at ideen om psykologi som politisk medfører ubehag. I tillegg kan man potensielt like klienter mindre på bakgrunn av politiske verdier. Vissheten om dette kan tenkes å utfordre ideen om en selv som en nøytral behandler og dermed gjøre det vanskelig å erkjenne at ens politiske verdier influerer terapien. Det kan i tillegg være at man generelt i samfunnet oppfatter politiske synspunkt som noe privat. Dette kan bidra til at refleksjon over politiske verdier i terapi er ukjent for psykologer. Tvert om har Langvatn (2011, 2013) argumentert for at man i et liberalt demokrati burde ha en større offentlig debatt om egne politiske verdier, og at samfunnsborgerne i større grad bør begrunne sine politiske preferanser og stemmegivning overfor andre.

Politiske verdier kan være vanskelig å snakke om fordi de kan oppleves som vanskelig å definere. Det politiske er nok lettere å knytte til partipolitikk og det som oppleves som åpenbart politisk. Partipolitikk, anarkisme og nynazisme er åpenbare politiske fenomener og lett å identifisere som det. Informantene oppfatter flere verdier, slik som kvinners rettigheter og menneskeverd, som noe annet enn politiske. Det er antagelig vanskelig å anerkjenne verdier og temaer som politiske. Her er det relevant å trekke inn Mouffe (2005) som skiller mellom det hun kaller politikken (*politics*) og det prepolitiske (*political*). Det politiske omhandler det man typisk tenker på som politikk, som politiske institusjoner, valg og partier. Det prepolitiske omhandler forståelse av hvordan samfunnsutviklingen legger føringer for politikken, og hvordan den sosiale virkeligheten former oss. Vi fikk inntrykk av at flere av informantene forsto politikk først og fremst som politisk og ikke prepolitisk. Politikkenes rolle i formingen av den sosiale virkeligheten, blir muligens ikke tatt med i betraktningen i like stor grad.

Nok en grunn til at politiske verdier kan være vanskelig å snakke om, kan være negative assosiasjoner tilknyttet politikk i psykologi. Samuels (2004) konkluderer at psykologer ikke skal være politiske fordi engasjementet historisk har bidratt til undertrykkelse

og indoktrinering. APAs innblanding i torturmetoder, bruken av IQ-testing til å rettferdiggjøre undertrykkelsen av afroamerikanere (Gómez et al., 2016), eller slik informant Marie nevner, patologiseringen av homofili. Samtidig er det kanskje ikke hensiktsmessig å prøve eller ønskelig å gjøre psykologien apolitisk. Det er som om politikk kun legges merke til i sine ekstreme former, og det politiske ved det psykologiske arbeidet tones ned. Men man kan spørre seg om det i realiteten ikke er grunnleggende politisk å satse på å utjevne sosiale forskjeller, som er et av psykologforeningens hovedsatsingsområder (Næs, 2019), å etablere lavterskeltilbud og å jobbe for å få klienter tilbake til jobb?

### Begrensninger og videre forskning

Dette er en liten, kvalitativ studie med fem informanter, og kan betraktes som en pilotstudie, hvor eventuelle senere studier bør etterstrebe større utvalg og generaliserbarhet. Vi kan ikke trekke generaliserbare slutninger om psykologer som stand eller hva funnene våre vil si for terapiforskningen. Kvalitativ metode søker ikke generaliserbarhet eller representativitet. Derimot gir en liten studie som vår mulighet for å reise en rekke spørsmål og diskusjoner. Mulige begrensninger er at tre av fem som ble intervjuet var tidligere bekjente av førsteforfatter som rekrutterte til studien. To av dem hadde tilsvarende politiske verdier som førsteforfatter, mens en ikke delte samme politiske overbevisning. Nok en begrensning er at vi kun undersøkte terapeutenes perspektiv. Å inkludere klientenes perspektiv ville gitt et mer helhetlig bilde av politiske verdiers opplevde innvirkning på terapi, og nyansert hvorvidt terapeutene bør benevne egne politiske verdier. Forslag til videre forskning kan derfor inkludere å bruke intervjuguiden for å undersøke klientenes perspektiv om politiske verdier i terapi, og gjennomføre en kvantitativ studie der man i større grad anvender informasjon fra spørreskjemaet. Her kan man for eksempel se på sammenhenger mellom politisk orientering og valg av terapeutisk retning. ✘

### Referanser

- Abramowitz, C. V. & Dokecki, P. R. (1977). The politics of clinical judgment: Early empirical returns. *Psychological bulletin*, 84(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.3.460>
- Aibel, M. (2018). The personal is political is psychoanalytic: Politics in the consulting room. *Psychoanalytic Perspectives*, 15(1), 64–101. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2018.1396130>
- Akademikerne. (2020, 06. juni). *Høyt utdannede stemmer ikke som folk flest*. Hentet fra <https://akademikerne.no/2020/hoyt-utdannede-stemmer-ikke-som-folk-flest>
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and Religious Values. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48(1), 95–105. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.48.1.95>
- Bilgrave, D. P. & Deluty, R. H. (2002). Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 245–260. <https://doi.org/10.1037/00333204.39.3.245>
- Blichfeldt, B. S. & Heldbjerg, G. (2011). *Why not? The interviewing of friends and acquaintances*.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE Publications.
- Duarte, J. L., Crawford, J. T., Stern, C., Haidt, J., Jussim, L. & Tetlock, P. E. (2015). Political diversity will improve social psychological science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38. [https://doi.org/10.1017/S0140525X14000430\\_e130](https://doi.org/10.1017/S0140525X14000430_e130)
- Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D. & Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 98–106. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.98>
- Garton, S. & Copland, F. (2010). 'I like this interview; I get cakes and cats!': the effect of prior relationships on interview talk. *Qualitative research*, 10(5), 533–551. <https://doi.org/10.1177/1468794110375231>
- Gómez, J. M., Smith, C. P., Gobin, R. L., Tang, S. S. & Freyd, J. J. (2016). Collusion, torture, and inequality: Understanding the actions of the American Psychological Association as institutional betrayal. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17, 527–544. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1214436>
- Gross, N. & Simmons, S. (2007). *The social and political views of American professors*. Paper presentert på Harvard University Symposium on Professors and Their Politics, Boston, M.A.
- Habermas, J. (1986). *Knowledge & Human Interests*. Polity Press.
- Harmon-Jones, E. & Mills, J. (2019). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. I E. Harmon-Jones (Red.), *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology* (s. 3–24). McGraw Hill Higher Education.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International journal of psycho-analysis*, 31, 81–84. Hentet fra <https://www-proquest-com.ezproxy.uio.no/scholarly-journals/oncountertransference/docview/1298188273/se-2?accountid=14699>
- Hendelman, L. A. (2018). Political divide in the consulting room. *The American Journal of Psychoanalysis*, 78(4), 478–487. <https://doi.org/10.1057/s11231-018-9168-z>



- Hirsh, J. B., DeYoung, C. G., Xu, X. & Peterson, J. B. (2010). Compassionate liberals and polite conservatives: Associations of agreeableness with political ideology and moral values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(5), 655–664. <https://doi.org/10.1177/0146167210366854>
- Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1118–1126. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/09/aksept-og-forpliktelsesterapi-en-atferdsanalytisk-psykoterapi>
- Inbar, Y. & Lammers, J. (2012). Political diversity in social and personality psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 496–503. <https://doi.org/10.1177/1745691612448792>
- Jackson, A. P., Hansen, J. & Cook-Ly, J. M. (2013). Value conflicts in psychotherapy. *Issues in Religion and Psychotherapy*, 35(1), 6–15. Hentet fra <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1531&context=irp>
- Kelly, T. A. (1990). The role of values in psychotherapy: A critical review of process and outcome effects. *Clinical psychology review*, 10(2), 171–186. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90056-G](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90056-G)
- Kottler, J. A. (2017). *On being a therapist* (5. utg.). New York: Oxford University Press.
- Lambert, J. M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I J. M. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 169–201).
- Langvatn, S. A. (2011, 18. oktober). Eit nytt offentlegheitsideal? *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no>
- Langvatn, S. A. (2013). Grunnlov tatt for gitt? Demokrati og offentlig begrunnelse [Podkastepisode]. I K. Melvær (Produsent), *Udannet*. Hentet fra <https://www.podchaser.com/podcasts/udannet498216/episodes/grunnlov-tatt-for-gittdemokra-13350547>
- Madsen, O. J. (2015). Psychotherapists: Agents of change or maintenance men? I I. Parker (red.), *Handbook of Critical Psychology* (s. 222–230). London: Routledge
- Martini, J. L. (1978). Patient-therapist value congruence and rating of client improvement. *Counseling and Values*, 23(1), 25–32. Hentet fra <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2013&context=digitizedtheses>
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2. utg.). London: Sage Publications.
- Mazer, D. B. (1979). Toward a social psychology of diagnosis: Similarity, attraction, and clinical evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(3), 586–588. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.47.3.586>
- Mendez, M. F. (2017). A neurology of the conservative-liberal dimension of political ideology. *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 29(2), 86–94. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16030051>
- Mouffe, C. (2005). *On the political*. New York: Routledge.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5). Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2013/05/fellesfaktordebatt-pa-ville-veier>
- Norton, A. L. & Tan, T. X. (2019). The relationship between licensed mental health counselors' political ideology and counseling theory preference. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 86–94. <https://doi.org/10.1037/ort0000339>
- Næs, T. S. (2019). Psykologer skal utjevne sosiale forskjeller, ikke øke dem. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/08/psykologer-skal-utjevne-sosiale-forskjeller-ikke-oke-dem>
- Redding, R. E. (2020). Sociopolitical Values: The Neglected Factor in Culturally-Competent Psychotherapy. I L. T. Benuto, M. P. Duckworth, A. Masuda & W. O'Donohue (Red.), *Prejudice, Stigma, Privilege, and Oppression: A Behavioral Health Handbook* (s. 427–445). Cham: Springer International Publishing.
- Rosenbaum, M. E. (1986). The repulsion hypothesis: On the nondevelopment of relationships. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1156–1166. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1156>
- Samuels, A. (2004). Politics on the couch? Psychotherapy and society – Some possibilities and some limitations. *Psychoanalytic Dialogues*, 14(6), 817–834. <https://doi.org/10.1080/10481881409348809>
- Schaefer, G. O., Kahane, G. & Savulescu, J. (2014). Autonomy and enhancement. *Neuroethics*, 7(2), 123–136. <https://doi.org/10.1007/s12152-013-9189-5>
- Silander, N. C., Geczy Jr., B., Marks, O. & Mather, R. D. (2020). Implications of ideological bias in social psychology on clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12312>
- Statistisk sentralbyrå. (2015, 12. august). *Valgundersøkelsen 2013*. Dokumentasjons- og tabellrapport. Hentet fra [https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/275502?\\_ts=1569c8005b](https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/_attachment/275502?_ts=1569c8005b)
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 4. desember). *Partivalg etter sosiale kjennetegn ved de siste stortings- og kommunestyrevalgene. Med noen historiske tabeller*. Hentet fra [https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/438967?\\_ts=1763bf2ab40](https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/_attachment/438967?_ts=1763bf2ab40)
- Stiles, W. B. (1999). Evaluating qualitative research. *Evidence-Based Mental Health*, 2(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebmh.2.4.99>
- Strupp, H. H. (1980). Humanism and psychotherapy: A personal statement of the therapist's essential values. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(4), 396–400. <https://doi.org/10.1037/h0085938>
- Stänicke, E., Kristiansen, S., Strømme, H. & Stänicke Indrevoll, L. (2019). Klinisk tenkning i psykoanalysen. I E. Stänicke, S. Kristiansen, H. Strømme & L. Indrevoll Stänicke (Red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 15–32). Gyldendal Norsk Forlag.
- Wampold, B. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. I A. Von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51–67). Gyldendal Akademiske.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). Maidenhead: McGraw Hill Open University Press.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939–948. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverføring-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>
- Aardal, B. & Bergh, J. (2015). *Valg og velgere: en studie av stortingsvalget 2013*. Cappelen Damm Akademisk.

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 11 S. 1004-1012 DOI: <https://doi.org/10.52734/98w54ALF>

# Om å benevne det unevnelige - *Sommeren 58* av Annie Ernaux og psykoanalytisk traumeteori

Linda Sandbæk

## Sammendrag

En grunnleggende utfordring når det gjelder å forstå og behandle traumerelaterte lidelser er at traumatiske erfaringer - på grunn av dissosiasjon eller fortrenning - ikke innlemmes i vanlige hukommelsessystemer og derfor manifesteres og virker bortenfor ordene. Gjennom indirekte, utprøvende og ofte overraskende skildringer nærmer skjønnlitteraturen seg gapet mellom traumeerfaring og overlevelse og kan bidra til å belyse kompleksiteten i traumefeltet. Annie Ernaux' skildringer av narrativeringsprosessen i romanen *Sommeren 58* (2019) er her et utgangspunkt for refleksjoner over spørsmålet: Hvordan og under hvilke omstendigheter kan det være mulig å finne ord for erfaringer som verken er erkjent av personen det gjelder, eller snakket om tidligere? Gjennom nærlesning og i dialog med psykoanalytisk traumeteori diskuterer jeg hvordan vi kan forstå muligheten for å representere traumer symbolsk, og ulike former for språklig representasjon. Bevegelsen mellom en opplevelsesnær og en mer reflekterende modus drøftes som trekk ved Ernaux' narrativ som kan ha muliggjort en integrasjon av erfaringene i bevisstheten. Jeg diskuterer hvordan Ernaux' litterære prosjekt - ofte beskrevet som «å gjøre det personlige allment» - også kan forstås som en prosess rettet mot å konstituere en virkelighet som var blitt avskåret fra historien: rettet mot muligheten for å etablere et tilstedeværende ytre og derav mer autentisk indre vitne til hendelsene i nåtiden.

**Nøkkelord:** Annie Ernaux, *Sommeren 58*, traume, symbolisering, psykoanalyse, vitnesbyrd

OsloMet -  
Storbyuniversitetet,  
Institutt for arkiv,  
bibliotek og  
informasjonsfag

**KONTAKT**

[linda.sandbaek@  
gmail.com](mailto:linda.sandbaek@gmail.com)

**MERKNAD**

Forfatteren oppgir  
ingen interesse-  
konflikter.

**FAGFELLEVDERT**

Traumatiske erfaringer kan føre til at den rammede personen lever videre med et fravær eller fragmentering av minnet. Traumer virker overveldende på bevisstheten og gjør det vanskelig å finne ord. Ikke bare blir det vanskelig å dele erfaringene med andre, ordløsheten kan også prege personens indre dialog – traumet blir ujevnelig overfor en selv (f.eks. Felman & Laub, 1992). Nevrobiologisk forskning og klinisk erfaring møtes i erkjennelsen av at den traumatiserte hukommelsen er annerledes enn annen hukommelse: Traumer kan forbli utilgjengelig for ord og tanker, og huskes hovedsakelig sanselig eller emosjonelt. En hovedutfordring i klinisk behandling av traumelaterte tilstander er å finne forbindelser mellom ulike bevissthetsområder; mellom følelser, kropp og språk (Van der Kolk, 2020).<sup>1</sup> I denne artikkelen vil jeg gjennom nærlesning av *Sommeren 58* (Ernaux, 2019) og bidrag fra psykoanalytisk teori utforske muligheter for å representere traumatisk erfaring i språk. Når det at erfaringen ikke er representert synes å være et sentralt kjennetegn ved traumer – under hvilke betingelser og hvordan kan det allikevel være mulig å finne ord?

I *Sommeren 58* av Annie Ernaux artikuleres nettopp muligheten for å benevne det ujevnelige både som tekstens utgangspunkt og intensjon. I likhet med Ernaux' tidligere utgivelser er *Sommeren 58 (Mémoire de fille)*<sup>2</sup> fra 2016 en selvbiografisk roman. Gjennom en rekke narratologiske grep bringer forfatteren seg selv tilbake til minnene om sin første sommer hjemme fra – sommeren da hun arbeidet «i feriekolonien i S i Orne» (s. 11).<sup>3</sup> Her gjorde hun sin første seksuelle erfaring. Natten med aktivitetslederen H skildres som brutal og i grenseland når det gjelder gjensidig samtykke. Selv om hun i fortsettelsen av deres relasjon blir både avvist og latterliggjort, inntar Annie en tilbedende rolle overfor H. I tillegg utsettes hun for infam utestengning og mobbing av sine jevnaldrende kollegaer. Ernaux beskriver hvordan hun ikke greier å forholde seg til de komplekse følelsene som vekkes i henne; at hun oppsøker nye seksuelle opplevelser som intensiverer skammen, mister menstruasjonen og utvikler bulimi. Det er først 50 år og et tyvetalls bøker senere at hun våger å skrive om det som hendte i S: «Det er den teksten som alltid har manglet. Alltid vært utsatt. Det ujevnelige tomrommet» (s. 12), skriver forfatteren.

Ernaux utforsker hvordan individuelle, samfunnsmessige og historiske forhold virker sammen i et spenningsfelt mellom erindring og glemsel. Hennes arbeiderklassebakgrunn og klassereise er et gjennomgående tema i forfatterskapet, og paralleller til Bourdieus tenkning har vært trukket frem av flere.<sup>4</sup> I denne teksten vil jeg se nærmere på to av de narrato-

logiske grepene forfatteren gjør med tanke på å belyse spørsmålet om og under hvilke betingelser det kan være mulig å finne språk for traumatiske erfaringer. Først ser jeg nærmere på bruken av personlig pronomen. Deretter ser jeg på hvordan Ernaux kontekstualiserer sin individuelle opplevelse: Det siste er kjent som Ernaux' primære litterære prosjekt – å gjøre det personlige allment (f.eks. Buvik, 2019). Her fokuserer jeg på hvordan dette også kan forstås i et psykoanalytisk traumeperspektiv.

Ernaux bruker ikke selv ordet traume i sine skildringer. Innenfor en psykoanalytisk traumeforståelse vil man være opptatt av gapet mellom erfaring og overlevelse: Historien kan ikke erfares der og da på grunn av fortrenkning eller dissosiasjon, men lever videre som noe annet, for eksempel som en psykisk lidelse eller kroppslige plager. I sitt forsøk på å forstå jødernes historie trakk Freud (1939/2015) paralleller til dette han kalte *latens*: gapet mellom en ulykke og reaksjonen på den.<sup>5</sup> Dette impliserer at historien – både den individuelle og den kollektive – kan oppfattes bare i den ufullstendige formen den fremstår i på et senere tidspunkt. Ernaux er, som vi allerede har vært inne på og vil se flere eksempler på senere, tydelig når det gjelder hvordan erfaringene fra S på samme tid både er påtakelig fraværende og ubehagelig nærværende i hennes bevissthet. Jenta fra 58 er både «skjult og uutslettelig til stede i meg» (s. 17), skriver hun. Det er denne strukturelle likheten mellom Ernaux' erfaring og traumeerfaringer generelt som gjør at jeg tenker at hennes skildringer, uavhengig av om de defineres som traumatiske eller ei, kan ha relevans for spørsmålet om å finne ord for det ujevnelige.<sup>6</sup>

Denne artikkelen skriver seg inn i en interdisiplinær forskningstradisjon, hvor tekster fra skjønnlitteratur, litteraturvitenskap og psykoanalyse studeres sammen for å belyse kompleksiteten i traumefeltet (f.eks. Caruth, 2013, 2016; Felman & Laub, 1992). Som nevnt kan traumets forsinkede oppfattelse og virkning gjøre det vanskelig å finne ord, også fordi selve overlevelsen innebærer å komme seg bort – både psykisk og fysisk – fra det som var. En virkelighet som ikke lot seg oppfatte da, men som lever videre som noe annet nå. Gjennom indirekte, utprøvende og ofte overraskende skildringer nærmer skjønnlitteraturen seg dette gapet mellom traumeerfaring og overlevelse. Skjønnlitteraturen tilbyr et språk for det som ikke kan sies, for det som ikke umiddelbart lar seg gjengi og representere – et språk som det kan være verdt å studere nærmere.

Ideen om at skjønnlitteratur kan berike psykologien er ikke ny. Freuds (1907) analyse av kortromanen *Gradiva* (Jensen, 1903/1918)<sup>7</sup> er det første arbeidet hvor litteraturen studeres mer systematisk, men allerede

enda tidligere, i et brev til Wilhelm Fliess i 1897, skrev Freud om *Hamlet* og *Oedipus Rex* (Freud, 1897, i Masson, 1985). Tidligere tok psykoanalytisk litteraturkritikk ofte utgangspunkt i biografiske data, spesielt fra forfatterens barndom, kombinert med teksttolkningsteknikker fra drømmetolkning. Senere har man gått bort fra denne metoden, som kalles psykobiografien, til fordel for hermeneutiske og diskursanalytiske tilnæringer som tar utgangspunkt i selve teksten.<sup>8</sup> Dette innebærer blant annet at man også søker mening ved å studere tekstens intensjon og struktur, altså hvordan den er skrevet, samt hvordan den virker på leseren (f.eks. Wright, 1999).<sup>9</sup> Når måten Ernaux kontekstualiserer sin individuelle opplevelse og bruker personlig pronomen er valgt ut som hovedspor, er det fordi begge disse narratologiske grepene aktualiserer gapet mellom erfaring og overlevelse. Begge henger sammen med betydningen av å lytte til hvordan et menneske har kommet seg videre, det Caruth (1995) kaller «how to listen to departure» (s. 10). Teksten nærleses videre med denne strukturens intensjon i tankene: Altså hvordan virker disse narratologiske grepene på meg som leser, og hvorfor fortelles det på akkurat denne måten? Jeg presenterer resultat og diskusjonsdel samlet. På den måten kan jeg holde meg tett opptil teksten og synliggjøre hvordan den er utgangspunkt for videre refleksjoner og teori.<sup>10</sup>

### Hun er meg, og jeg er henne

Som i sine tidligere tekster benytter Ernaux seg av fotografier og dagboksnotater for å fremkalle minner.<sup>11</sup> I *Sommeren 58* betrakter hun bildet av seg selv limt inn i karakterboken fra pensjonatskolen i hjembyen Yvetot. Hun er 17 år gammel, det er like før hun skal reise til S:

Denne jenta fra 1958, som tross en tidsavstand på femti år er i stand til å dukke opp og forårsake et indre sammenbrudd, er altså skjult og uutslettelig til stede i meg. Hvis det virkelig er det som er virksomt, det som fremkaller virkninger, ifølge ordboksdefinisjonen, da er ikke denne jenta meg, men hun er virkelig i meg. Et slags *virkelig nærvær*.

Når det forholder seg slik, må jeg da smelte jenta fra 58 og kvinnen fra 2014 sammen i et «jeg»? Eller må jeg, noe som forekommer meg å være ikke det mest korrekte – det er en subjektiv vurdering – men det dristigste, skille den første fra den andre ved å skifte mellom å bruke «hun» og «jeg», for at fremstillingen skal komme så nær de faktiske omstendigheter og handlinger som mulig? Det er også det grusomste, og minner om hvordan det er å høre om seg selv omtalt som «hun» eller «han» bak en dør; i slike øyeblikk ønsker man nesten å dø. (s. 17)

Hun velger altså den løsningen hun anser som den dristigste og grusomste, fordi det også minner henne om mobbingen hun ble utsatt for. Et eksempel fra skildringene av natten med H illustrerer vekslingen i bruk av personlig pronomen:

Jeg er ikke i stand til å minnes en eneste følelse, langt mindre en tanke. Jenta i sengen er tilskuer til det som skjer med henne, og som hun en time tidligere aldri ville trodd hun skulle oppleve. Det er alt.

Hun har gitt avkall på all egenvilje; hun er helt og fullt i hans vold. I hans mannsverden. (Ikke på noe tidspunkt blir hun innlemmet i hans tanker. I dag er de fremdeles en gåte for meg.) (...) Det er ikke ham hun underkaster seg. Det er en udiskutabel universell lov innstiftet av en mannlig villskap som hun en dag likevel ville vært nødt til å adlyde. Det er en brutal og skitten lov, slik er det bare. (s. 38–39)

Kan bruken av personlig pronomen forandre hvordan vi opplever det å fortelle? Førstepersonsfortellingen (jeg) kjennetegnes ved aktivt handlingsengasjement, en eksistensiell drivkraft ved at det er «jeget» eller «viet» som opplever. I tredjepersonsfortellingen (hun) står fortelleren mer på utsiden av selve historien ved at personene omtales i tredjeperson, mens fortelleren skjuler seg bak. En slik fortellerstemme gjør det mulig å etablere et innsiktsnivå utenfor hovedpersonen og derfor felle dommer og markere en form for distanse (Lothe, 2003). Moser et al. (2017) har gjort hjerneavbildningsstudier som indikerer at indre selvsnakke i tredjeperson fremmer kontroll over negative minner. Deres premiss var at å snakke om seg selv i tredjeperson får folk til å tenke om selvet mer slik de tenker om andre, hvilket igjen kunne dempe negativ affekt og fremme selvkontroll.

Vår fortelling er altså en førstepersons fortelling; jeg som forteller om *hun*, den yngre versjonen av seg selv. *Jeg*, Annie Ernaux, har erfaring og større overblikk, ikke bare over situasjonen *hun* befinner seg i, men også over samfunn, medmennesker og egne beveggrunner. *Hun*, Annie Duchesne, (pikenavnet til Annie Ernaux) er uvitende om verden, dens farer og muligheter, *hun* kjenner heller ikke seg selv. *Hun* bebreider som regel seg selv, mens *jeg* evner å se de andre i et klarere lys:

Han tenkte sikkert mer og mer at denne jenta var en idiot, og at han ikke skulle være belemret med henne, en tåpe (...) I dag tror jeg så gjerne at gruppen var informert om alt og planla å få meg helt inn på rommet til H, som en del av leken. (s. 44)



Et beslektet spørsmål (til i hvilken grad bruk av personlig pronomen påvirker opplevelsen av å fortelle) er i hvilken grad en fortelling i utgangspunktet bærer i seg informasjon om betingelser for evne til symbolisering. I psykoanalytisk tenkning vil man være oppmerksom på pasientens ordvalg og trekk ved overføringen som tilgang til informasjon om utviklingsmessig sårbarhet og grad av kumulativ belastning. Killingmo (1989) skriver om hvordan terapeuten kan vurdere om klinisk materiale er uttrykk for indre konflikt eller mangel, noe som igjen kan ha betydning for om pasienten vil ha mest nytte av henholdsvis fortolkende eller mer bekreftende intervensjoner på et gitt tidspunkt i dialogen.<sup>12</sup> Amir (2019) har via analyse av vitnesbyrd fra traumeoverlevende identifisert ulike diskurser som beskriver i hvilken grad traumatisk opplevelse er representert i ord og bearbeidet. Innenfor en *metaforisk diskurs* er personen i stand til å bevege seg mellom en opplevende og en mer refleksiv modus, eller mellom det Amir kaller å innta en offerrolle og å være vitne for seg selv. Noe som igjen kan øke muligheten for å utvikle et mer integrert narrativ hvor traumene ikke bare repeteres, men gjennomgår en transformasjon. I en *metonymisk diskurs* derimot forblir personen i et opplevende jeg, noe som vanskeliggjør bevegelsen over i en mer reflekterende modus. En slik diskurs opprettholder kontakten med det smertefulle, som er nær forbundet med personens identitet. En sammensmelting av opplevelse og person vil gjøre det vanskeligere å bearbeide og symbolisere erfaring. I tråd med dette skriver for eksempel Varvin (2019) om hvordan traumatiserte pasienter kan forbli i psykisk ekvivalens-modus, der den indre verden og det som utspiller seg på utsiden smelter sammen. Amir (2019) har også identifisert diskurser hvor personen på ulike måter angriper både egen opplevelse og forsøkene på å forstå den. Språket kan da bidra til å intensivere traumene, blant annet gjennom å motvirke integrasjon av det opplevende og refleksive modus.

Ernaux beskriver det som helende å ha gått inn i *Sommeren 58* slik hun gjorde da hun skrev boken. Her forteller hun om hvordan det var å skrive ferdig den delen av romanen som foregår i S:

Denne gangen – 28. april 2015 – forlater jeg feriekolonien for godt. Så lenge jeg ikke hadde gått inn i den på nytt ved å skrive om den, og ikke blitt værende der i månedsvis, hadde jeg egentlig aldri forlatt den. Jeg hadde ikke reist meg opp fra den sengen der jeg la meg ned, naken og skjelvende, for straks å bli paralyisert av kjønnen til en mann som jeg allerede dagen etter gjorde til gjenstand for en vanvittig kjærlighet. I den grad at jeg i 2001 kunne skrive: «Mellom rommet i S og rommet til konen som utførte abort i rue Cardinet,<sup>13</sup> er det

en absolutt kontinuitet. Jeg går fra det ene rommet til det andre, og det som finnes mellom dem, er utvisket.»

Jeg har inntrykk av å ha sluppet jenta fra 58 ut av et fengsel, av å ha brutt den forbannelsen som i over femti år har holdt henne i fangenskap inne i denne gamle, majestetiske bygningen som Orne rant forbi, og som var full av barn som sang *Det er vi som er sommerens barnegjeng*.

Jeg kan si: Hun er meg, og jeg er henne. (s. 70–71)

*Hun er meg, og jeg er henne* skildres som et utfall av det prosjektet Ernaux satte seg fore da hun ville skrive om sommeren 58; en transformasjon av opplevelsen i det som virker å være en mer sammenhengende selvopplevelse og som kan leses som et uttrykk for det Amir (2019) ville kalle en *metaforisk diskurs*: Hun kan både i en opplevende (her hun) og en mer reflekterende modus (jeg) forholde seg til det *unevnelige tomrommet*, til jenta fra 58, det hun opplevde da, og derav til seg selv som en sammensatt person som også har med seg disse erfaringene som en del av den hun er i dag.<sup>14</sup>

Kristevas lesning av Marguerite Duras' tekster er interessant, også som en kontrast til den grad av reflekterende modus og gjennomarbeiding vi finner hos Ernaux. Kristeva reflekterer over Duras' språk som en fordypelse i smerten, hvor det ikke finnes muligheter for katarsis. Hun advarer derfor «skrøpelige lesere» mot tekstene. For i motsetning til Duras' filmer, som mykner opp smerten ved drømmelignende sekvenser, bringer bøkene

(...) oss nærmere galskapen. Den vises ikke langt borte fra, den verken observeres eller analyseres for at vi skal kunne lide under den på avstand, i håpet om en utgang en vakker dag ... Tvert imot tilegner tekstene seg dødens sykdom, de blir ett med den, og står plantet i den uten avstand eller fluktmuligheter. (Kristeva, 1994, s. 206)

I *Elskeren* (Duras, 1985) dreier det seg også om en aldrende forfatterinne bosatt i Paris som ser tilbake på sitt skjellsettende første møte med seksualiteten. Også her studerer hovedpersonen fotografier av seg selv. Hun var bare 15 år da en rik kinesisk mann forelsket seg i henne. Også i *Elskeren* tematiseres en ung kvinnes strev med å finne seg selv innenfor gitte sosiale og samfunnsmessige betingelser, mellom mannens behov og eget gryende begjær. Men i motsetning til i *Sommeren 58* etableres aldri skillet mellom hun og jeg. Nåtid og fortid, offer og vitne, smelter sammen på en måte som kan forstås som uttrykk for det Amir (2019) ville kalle en *metonymisk diskurs*:

Femten og et halvt. Kroppen er mager, nesten stakarslig, ennå med barnebryster, sminket i svakt rosa

og rødt. Og med et antrekk som kunne ha kalt på latteren, men som ingen ler av. Jeg skjønner godt at alt som skal til er der, alt som skal til, og ennå har ikke noe skjedd, det kan jeg se av blikkene, allerede nå ligger alt i blikkene. Jeg vil skrive. Jeg hadde allerede sagt til mor at det var det jeg ville, skrive. Ikke noe svar den første gangen. Så spør hun: skrive hva? Jeg svarer bøker, romaner. Hun sier hardt: etter matematikk-eksamen kan du skrive hva du vil, det raker meg ikke. Hun er imot det, det er ikke fortjenstfullt, ikke noe ordentlig arbeide, det er bare tøys, en barnslig idé – som hun senere sa. (Duras, 1985, s. 23–24)

### Om å gjøre det personlige allment

*Sommeren 58* starter med et sitat fra *The Logical Song* av Supertramp: «I know it sounds absurd but please tell me who I am», før det gjengis et utdrag fra den amerikanske forfatteren Rosamund Lehmanns roman *Svevende svar* (1951). Deretter følger en prolog, som til forskjell fra romanen ellers er skrevet i andreperson, altså henvendt til du:

Det dreier seg verken om underkastelse eller samtykke, bare om forskrekkelse over det som skjer, en forskrekkelse som i høyden får en til å si til seg selv: «Hva er det som hender?», eller: «Det er meg dette skjer». Imidlertid er det ikke lenger noe jeg i denne sammenhengen, eller jeg er allerede blitt en annen. Det er bare den Andre som nå finnes og er herre over situasjonen, og over det øyeblikket som følger, som han er alene om å kjenne.

Så går den Andre sin vei, han har ikke lenger noen glede av deg, du er allerede uinteressant for han. Han forlater deg og din virkelighet, som for eksempel er en skitten truse. Han bryr seg ikke lenger om noe annet enn sin egen tid. Du er alene med det som allerede er blitt din vane: å adlyde. Alene i en tid uten herre. (s. 7)

Selv om begge disse innledende tekstene i romanen skiller seg fra fortellingen for øvrig hva gjelder henholdsvis forfatter og fortellerperspektiv, har de tematisk sett tydelige paralleller til den historien som fortelles i sin helhet i *Sommeren 58*. Ernaux' litterære prosjekt om å gjøre det personlige til noe allment er noe Buvik beskriver både i etterordet til *Sommeren 58* og i sin nærlesning av *L'occupation* (2002).<sup>15</sup> Også denne romanen er selvbiografisk, og hovedpersonen uttaler følgende:

(...) jeg anstrenger meg for å omforme det individuelle og intime til en sanselig og fattbar substans som ukjente mennesker, fremdeles immaterielle mens jeg

skriver, kanskje vil gjøre til sin egen. Det er ikke lenger *mitt* begjær, *min* sjalusi som er beskrevet på disse sidene, det er kort og godt *begjær* og *sjalusi*. (Ernaux, 2002, i Buvik, 2016, s. 209)

Aller tydeligst kommer kanskje dette prosjektet frem i hennes erindringsroman *Årene* (*Les années*) (2020b), men allerede begynnelsen på *Sommeren 58* vitner om at det samme gjelder her. Ernaux skildrer hvordan ungdommer i de ulike samfunnslagene i Frankrike på den tiden pleide å feriere. Var man rik reiste man med sine foreldre til Nice. Var man arbeiderklasse som henne var eneste muligheten for å komme seg vekk å ta seg en jobb, slik hun selv gjorde på feriekolonien i S. Men noe var felles ...

Hvor de enn reiste, la jentene en pakke med damebind i kofferten og undret seg på om det var denne sommeren de skulle ligge med en gutt for første gang; de fryktet det og ønsket det på samme tid. (s. 9–10)

I tillegg til de innledende tekstene refererer *Sommeren 58* også til andre filmer og bøker som minner Annie om *det som hendte i S*. Ernaux skildrer hvordan hun trøster seg med å gå inn i historiene til andre ulykkelige skjebner hun identifiserer seg med.<sup>16</sup>

En merkelig sødme oppstår av den retrospektive trøsten fantasien kan gi når den stimulerer minnet og opphever det spesielle ved det man har opplevd, og den ensomheten som er knyttet til det, ved mer eller mindre berettiget å trekke frem likheten med det andre har erfart på samme tid. (s. 82–83)

Jenta i 58 kunne vært hvem som helst, antyder Ernaux:

Jeg ser i dag scenen med brevet<sup>17</sup> og natten med H i sammenheng: I begge tilfeller er det like umulig for meg å overbevise og gjøre mitt synspunkt gjeldende. Når jeg nå på nytt tenker på denne scenen, blir den mer og mer upersonlig. Det er ikke lenger meg, og heller ikke Annie D, som står i sentrum. Det som finner sted i korridoren i feriekolonien, forandrer seg til en situasjon dypt forankret i uminnelige tider og kjent overalt på jorden. Hver dag og alle steder i verden finnes det menn som står i sirkel rundt en kvinne, rede til å *kaste stein* på henne. (s. 58)

Hvorfor, psykologisk sett, er det betydningsfullt å gjøre allmenn en personlig krenkelse man har vært utsatt for? Eller for å utdype spørsmålet: Hva innebærer det å skrive seg selv inn i historien om oss, og hvordan kan dette være relatert til muligheter for symbolisering av trau-

mer? Mange tror at de er alene om sine problemer og følelser. I psykoterapi er en opplevelse av «å komme hjem til menneskene» kjent som en av de viktigste helende faktorene ved behandlingen: «There is no human deed or thought that lies fully outside the experience of other people», skriver Yalom og Leszcz (2005, s. 6).<sup>18</sup> Samtidig er det nettopp dette som verken for en selv eller for andre er bearbeidet ved en traumatisk erfaring, som fortsetter å hjemsøke personen i mareritt, gjenopplevelser eller andre symptomer og uttrykk. Traumets bokstavelighet, som Freud også forundret seg over for vel hundre år siden:<sup>19</sup> noe ordløst som ikke lar seg innlemme i språk og dermed heller ikke kan deles med andre – inntil dette noe, dette «ingenting», kanskje, på en eller annen måte uttrykkes, lar seg symbolisere og bearbeide allikevel?

En måte å forstå skjønnlitterære tekster på er som språkhandlinger rettet mot den andre og mot å konstituere en virkelighet som ikke med enkelhet har latt seg verken oppfatte eller beskrive. Følelser og erfaringer «oversettes» til noe annet gjennom ordene, men språkets underliggende motiv er å nå ut; å kommunisere (f.eks. Wright, 1999). Felman (Felman & Laub, 1992) reflekterer gjennom sitt arbeid med tekster skrevet i etterkant av andre verdenskrig over hvordan litteratur også kan representere vitnesbyrd for ordløse, bostedsløse erfaringer:

As an event directed towards the recreation of a “thou” poetry becomes, precisely, the event of *creating an address* for the specificity of a historical experience which annihilated any possibility of address. (s. 38)

Psykoanalytiker og holocaust-overlevende Laub (Felman & Laub, 1992) skriver, basert på studier av vitnesbyrd-prosesser i *The Fortunoff Video Archive for Holocaust Testimonies*, om kampen for å etablere et tilstedeværende vitne og for å kunne bevitne seg selv i kjølvannet av holocaust. Holocaust var på sitt tidspunkt i historien en hendelse uten vitner, et kollektivt traume hvor det ikke lenger fantes en annen man kunne adressere i håp om å bli hørt eller besvart. Om hvor umulig det kan bli å bevitne seg selv i etterkant, skriver han:

This loss of the capacity to be a witness to oneself and thus to witness from the inside is perhaps the true meaning of annihilation, for when one’s history is abolished, one’s identity ceases to exist as well. (s. 82)

Holocaust og andre folkemord er grusomheter med traume og tapsopplevelser så vidtspennende at enhver sammenligning synes utilfredsstillende og nærmest uetisk. Og allikevel vet vi at denne mangelen på vitner både innenfra og utenfra også kjennetegner andre over-

grep og krenkelser. Det traumatiske skjer bak lukkede dører både i konkret og overført betydning: for eksempel innenfor familien eller som i *Sommeren 58* blant en gruppe unge mennesker som arbeider og lever sammen på en feriekoloni gjennom sommeren. Ernaux skriver:

Hver morgen når jeg skal skrive, dukker det opp et slags tablå i meg – et slott der barn jeg bare kan skimte, alle sammen kledd i blått, løper høyt og lavt, og ute på plenen. På dette tablået ser jeg:

Dem, gruppen av aktivitetsledere, et obskønt kor dominert av guttene, deres stemmer, deres latter og deres sanger.

Ham, H, fjern, på samme tid inne i «dem» og flytende over dem, maleriets Engel.

Henne, Annie D, i sentrum av scener med dem.

Det er ikke noe *jeg* i tablået, det er bare andre, trykt oppå henne, Annie D, liksom på en fotografisk plate. Utenfor det lukkede området, avgrenset av slottsmurene, finnes heller ikke resten av verden fra denne sommeren 58. (s. 61)

### Om å bli i stand til å bevitne seg selv

Teksten inviterer leseren til gjenkjenning og identifikasjon, med den historiske og sosiologiske konteksten, med grunnleggende livstema som det å ha vært ung en gang og senere modnet, og med de allmenngyldige motiver og skiftende følelsesuttrykk som preger hovedpersonen. Når det gjelder seksualiteten også – slik den kan utspille seg som et maktspill som først er en del av leken, men som i møtet mellom en erfaren og en som ikke er det, ender i ydmykelse. Ikke minst synes jeg Ernaux evner å skildre hvordan det kan oppleves å bli utstøtt. Hovedpersonen søker trøst hos de andre kollegaene etter natten med H, men blir avvist også av dem:

Jeg ser denne scenen for meg igjen og igjen, det grusomme ved den er ikke blitt mindre, det at jeg var så ynkelig, som en tisse som kommer for å tigge om å bli kjælt med og får et spark. Men den gjentatte mentale avspillingen av den samme scenen hjelper meg ikke til å trenge igjennom den tette tåken som ligger omkring et øyeblikk som har vært borte for meg i et halvt århundre, den lar en annen jentes aversjon mot meg forbli intakt og uforståelig. (s. 43)

Ernaux’ prosjekt om å gjøre det personlige til noe allment kan, slik jeg leser henne, også forstås som inn-

rettet mot å gjenskape et tilstedeværende vitne til sommeren i 58. Samtidig som Ernaux utforsker sine fotografier, brev og minner, dukker det i underteksten stadig opp et mulig møte med denne andre: vitnet som kommer til å se og forstå hva de andre gjorde mot henne. Vitnet som hun allerede i romanens første sider, som vi så, henvender seg direkte til gjennom å skrive i andreperson.<sup>20</sup> «Du er alene med det som allerede er blitt din vane: å adlyde.» (s. 7)

De faktiske vitnene som var fraværende den sommeren, er stadig til stede i Ernaux' skriveprosess. Hun søker dem opp i telefonkatalogen, er på nippet til å ringe, men lar det være og fortsetter skrivingen: «Jeg ville i grunnen bare én ting: høre stemmen deres, selv om det var få sjanser for at jeg kom til å gjenkjenne den; jeg ville ha et fysisk, sansbart bevis på at de fantes.» (s. 32)

Ernaux antyder at det mest smertefulle ved erfaringen i S ikke var natten med H (selv om den også skildres som overveldende), men i etterkant å bli avvist, latterliggjort og på den måten også alene med sine følelser:

Altså forsvunnet fra de andres bevissthet, fra alle disse bevissthetene som ble flettet sammen på dette bestemte stedet i fylket Orne, denne bestemte sommeren, disse andre som avgjorde hvor mye kroppenes, hennes kropp, handlinger, atferd og tiltrekning var verd. Som vurderte henne og forkastet henne, som trakk på skuldrene eller himlet med øynene når noen uttalte fornævnet hennes, som fikk en av dem til å føle seg stolt over å ha funnet opp ordspillet *Annie qu'est-ce que ton corps dit*<sup>21</sup> (Annie Cordy, ha, ha!). (s. 12)

Bowlbys (1969) studier av tilknytningsatferd illustrerer hvordan det å bli avvist eller ikke anerkjent av andre mennesker i seg selv kan sette dype spor. Studier av seksuelle overgrep viser at de som opplever støtte og omsorg fra foreldre eller andre omsorgspersoner i barndommen, klarer seg bedre i etterkant (f.eks. Collishaw et al., 2007). Eller med andre ord: Fraværet av noe godt kan være like opprivende som nærværet av noe ondt.

H og de andre kollegaene var dem som ikke kunne adresseres da, mens nå, mens hun skriver, kan vi leserne se, gjenkjenne og leve oss inn i det som hendte. Ernaux reflekterer over om hennes tidligere bøker også bærer i seg sommeren 58 i den forstand at de har som funksjon å avsløre det hun kaller for hykleriet:

Kanskje har jeg også villet problematisere den oppfatningen folk har av meg som forfatter, ødelegge den, gjøre alt jeg kan for å avsløre et hykleri, av typen «jeg er ikke den dere tror» som her lyder som et ekko av «jeg er ikke den jomfru dere tror»,<sup>22</sup> som de andre aktivitetslederne snart sa med et hånlige flir når jeg gikk forbi. (s. 49)

Laub (Felman & Laub, 1992) beskriver, som jeg var inne på, hvordan fravær av ytre vitner til en traumatisk hendelse også gjør det vanskelig å etablere et indre vitne. Det at ingen vet eller ser, verken på utsiden eller på innsiden av personen selv, forhindrer videre bearbeiding og integrasjon. Etableringen av et tilstedeværende, empatisk vitne (som det for eksempel legges til rette for i psykoterapi) kan muliggjøre et mer forstående indre vitne hos den som ble krenket. Fra dette perspektivet kan Ernaux' skildringer av hvordan det var å skrive *Sommeren 58*, leses som en historie om en person som gradvis ble i stand til å bevitne seg selv og det hun opplevde på et mer autentisk vis gjennom skrivehandlingen.

### Mellom å vite og ikke vite - en oppsummering

Annie Ernaux har skrevet en roman om hvordan erfaringer fra en sommer i ungdommen har vært dypt pregende for den hun er i dag. Og om hvordan skrivingen ble en mulighet for å adressere erfaringens samtidige underlige fravær og påtrengende nærvær i hennes opplevelsverden senere. Vi har sett hvordan Ernaux' litterære prosjekt om å gjøre det personlige allment også kan forstås som en prosess rettet mot å konstituere en virkelighet som var blitt avskåret fra historien. Rettet mot dem som ikke kunne adresseres da og muligheten for å etablere et mer autentisk indre vitne til hendelsene gjennom forteller-handlingen. I *Sommeren 58* kan fortellerens *jeg* leses som det indre vitnet som historien om *hun* både har muliggjort og betinges av. *Jeg er henne, og hun er meg* kan forstås som en manifestasjon av hvordan et mer autentisk indre vitne har vokst frem gjennom skriveprosessen. Bevegelsen mellom en opplevelsnesnær og en mer reflekterende modus har vært løftet frem som trekk ved Ernaux' narrativ som kan ha muliggjort og vært en betingelse for det hun skildrer som en integrasjon av erfaringene i bevisstheten. Dette i kontrast til andre diskursive modus, hvor personen har vanskeligere for å bevege seg mellom en offerposisjon og en evne til å være vitne for seg selv (Amir, 2019). Evnen til å differensiere seg fra psykisk smerte og finne språk for den vil variere. Oppmerksomhet på mer subtile variasjoner i språklig diskurs vil kunne ha sentrale kliniske implikasjoner, for eksempel når det gjelder om pasienten har nytte av utforskende eller bekreftende intervensjoner (Killingmo, 1989).

*Sommeren 58* tilbyr språk for og innbyr leseren til å leve seg inn i hvordan det kan være mulig å finne ord for en krenkelse; å oppheve bokstaveligheten. Romanen er et godt eksempel på hvordan skjønnlitteratur



kan berike vår psykologfaglige forståelse. Ved å skildre individuelle erfaringer, plassere dem innenfor en kontekst og historie og fortelle om dem på overraskende og indirekte måter kan traumefeltets kompleksitet synliggjøres heller enn reduseres. Skjønnlitteraturen har kanskje spesielt stort potensial til å belyse traumer fordi slike erfaringer ofte ikke er kognitivt prosessert og tilgjengelige som minner på vanlig måte. På grunn av gapet mellom det som hendte og hvordan det lever videre som noe annet, vil historien alltid være noe annet enn det den opprinnelig var. Skjønnlitteratur og traumer beveger seg begge i spenningsfeltet mellom å vite og å ikke vite. ✕

### Sluttnoter

1. Van der Kolk (2020) tilbyr en gjennomgang av forskning på hukommelse for traumatiske erfaringer.
2. Utdragene som er gjengitt her, er fra den norske oversettelsen til Per Buvik (Ernaux, 2019).
3. Som i romanen og videre her betegnes som S.
4. For lesninger som i større grad tar høyde for Ernaux' sosiologiske prosjekt og bredden i hennes narratologiske fremstilling, se for eksempel henholdsvis Buvik (2019) og Kawakami (2019).
5. I sin nærlesning av Freud utdyper Caruth (2016) tenkningen om traumets temporalitet. Hun skriver om hvordan Freuds (1939/2015) tematisering av en togulykke og dens forsinkede reaksjon (...) «becomes the exemplary scene of trauma par excellence, not only because it depicts what we can know about traumatic events, but also, and more profound because it tells of what it is, in traumatic events, that is not precisely grasped.» (Caruth, 2016, s. 6)
6. Traume er definert på ulike måter – også innenfor den psykoanalytiske litteraturen. I denne artikkelen tar jeg utgangspunkt i den vide forståelsen av fenomenet traume slik det for eksempel beskrives hos Freud (1920, 1939/2015) og Caruth (1995/2016).
7. For en nærlesning av Freuds (1907) fortolkning av *Gradiva* og Derridas (1995) fortolkning av Freud i et traumeoperspektiv se Caruth (2013).
8. Grunnleggende i humanvitenskapelig forskning er den kontinuerlige dialogen mellom tekst og teori, mellom deler og helhet og hvor forskerens forforståelse forstås som uløselig knyttet til forskningsprosessen (f.eks. Gadamer, 1960/1998).
9. I en artikkel om relasjonen mellom skjønnlitteratur og psykoanalyse drøfter jeg mer inngående hvordan de to feltene kan berike og belyse hverandre. Her drøftes også metodiske utfordringer, som reduksjonisme og forskjellen mellom det litterære og kliniske (Sandbæk, 2022).
10. Å presentere resultat og diskusjonsdel samlet er blitt mer vanlig på tvers av ulike kvalitative metoder (Levitt et al., 2018). Ved å tydeliggjøre subjektivitet og praktisere refleksivitet om sammenhenger mellom data, teori og tolkning kan troverdigheten til en kvalitativ studie styrkes (Lazard & McAvoy, 2020).
11. For refleksjoner om bruken av fotografi og historiske dokumenter som utgangspunkt for erindring hos Ernaux se Kawakami (2014).
12. Med mangelpatologi menes tilstander hvor kontaktevne og selvfølelsesregulering er skadet, noe som kan føre til opplevelsestilstander som angst for fragmentering og kronisk tomhetsfølelse. Dette som tillegg til tanken om intrapsykisk konflikt hvor individets ønsker og impulser er på kollisjonskurs med moralske standarder. Vanligvis vil mangel inngå i senere konflikter og prege deres utforming (Gullestad & Killingmo, 2013).
13. Aborten er tema i *Hendelsen (L'événement)* (Ernaux, 2020a).
14. Samtidig som Ernaux skildrer en positiv endring for egen del, problematiserer hun mer generelt gapet mellom smerte og skrift, for eksempel i avslutningen av romanen, hvor hun skriver: «Allerede nå utviskes minnene om det jeg har skrevet. Jeg vet ikke hva denne teksten er. Selv det jeg søkte mens jeg skrev boken, har løst seg opp. I papirene mine har jeg funnet et slags intensjonsnotat: Utforske avgrunnen mellom den skremmende virkeligheten i det som skjer i det øyeblikket det skjer, og den merkelige uvitenheten som etter noen år preger det som skjedde.» (s. 136–137)
15. Romanen er ikke oversatt til norsk. Den handler om opplevelsen av sjalusi i forholdet til en langt yngre mann. Ernaux skriver igjen om denne relasjonen i *Den unge mannen (Le jeune homme)* fra 2022.
16. Billie Holliday og Violette Leduc.
17. Hennes kollegaer har rappet et av hennes private brev, som de leser høyt fra og henger opp på oppslagstavlen i kantinen.
18. En utvidet opplevelse av seg selv og andre, hvor personen tar innover seg egen og andres sårbarhet, kan også oppleves smertefull, som et narsissistisk tap (Gullestad & Killingmo, 2013).
19. Freud (1920) skriver: «Now dreams occurring in traumatic neuroses have the characteristic of repeatedly bringing the patient back into the situation of his accident, a situation which he wakes up in another fright. This astonishes people far too little (...) Anyone who accepts it as something self-evident that their dreams should put them back at night into the situation that caused them to fall ill has misunderstood the nature of dreams.» (s. 12)
20. I andrepersonsfortellinger henvender fortelleren seg direkte til den handlende personen i teksten, noe som gjerne gir teksten et innlevende og innforstått preg (Lothe, 2003).
21. Annie, hva sier kroppen din? Uttalen av corps dit er identisk med uttalen av Cordy.
22. Fransk ordspill som henspiller på Jeanne d'Arc, også kjent som Jomfruen av Orléans.

**TAKKSIGELSE** En stor takk til mine veiledere – Kjell Ivar Skjerdingsstad og Siri Erika Gullestad. Deres innspill fra henholdsvis litteraturvitenskap og psykoanalyse har vært viktige i utviklingen av manus.

## Referanser

- Amir, D. (2019). *Bearing Witness to the Witness*. Routledge.
- Bowlby, B. (1969). *Attachment*. Basic Books.
- Buvik, P. (2016). *Sjalusi uten grenser. Litterære dybdeboringer fra Evripides til Vigdis Hjort*. Pax Forlag.
- Buvik, P. (2019). Etterord. I A. Ernaux, *Sommeren 58* (s. 138–148). Mime forlag.
- Caruth, C. (red.). (1995). *Trauma: Explorations in Memory*. Johns Hopkins University Press.
- Caruth, C. (2013). *Literature in the Ashes of History*. Johns Hopkins University Press.
- Caruth, C. (2016). *Unclaimed experience: trauma, narrative, and history*. Johns Hopkins University Press.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shaerer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence for a community sample. *Child abuse and neglect*, 31(3), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Derrida, J. (1995). *Archive Fever: A Freudian Impression*. The Johns Hopkins University Press.
- Duras, M. (1985). *Elskeren* (A. Riis, overs.). Gyldendal.
- Ernaux, A. (2002). *L'occupation*. Gallimard.
- Ernaux, A. (2019). *Sommeren 58* (P. Buvik, overs.). Mime forlag.
- Ernaux, A. (2020a). *Hendelsen* (H. M. Solberg, overs.). Gyldendal.
- Ernaux, A. (2020b). *Årene* (H. M. Solberg, overs.) Gyldendal.
- Ernaux, A. (2022). *Den unge mannen* (H. M. Solberg, overs.). Gyldendal.
- Felman, S. & Laub, D. (1992). *Testimony: Crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history*. Routledge.
- Freud, S. (1907). Jensen's Gradiva and other works. I J. Strachey (red. & overs.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, 9 (s. 7–94). Hogarth Press.
- Freud, S. (1920) Beyond the Pleasure Principle. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (s. 1–64). Hogarth Press.
- Freud, S. (2015). *Mannen Moses og den monoteistiske religionen* (K. Uecker, overs.). Vidarforlaget. (Opprinnelig utgitt 1939)
- Gadamer, H. G. (1998). *Truth and Method* (J. Weinsheimer & D. G. Marshall, overs.). Continuum. (Opprinnelig utgitt 1960)
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Jensen, W. (1918). *Gradiva: A Pompeian Fancy* (H. Downey, overs.). Literary Licensing. (Opprinnelig utgitt 1903)
- Kawakami, A. (2014). Annie Ernaux, 1989: Diaries, photographic writing and self-vivisection. *Nottingham French Studies*, 53(2), 232–246. <https://doi.org/10.3366/nfs.2014.0088>
- Kawakami, A. (2019). Time travelling in Ernaux's *Mémoire de fille*. *French Studies*, 73(2), 253–265. <https://doi.org/10.1093/fs/knz012>
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Kristeva, J. (1994). *Svart Sol – depresjon og melankoli* (A. Øye, overs.). Pax Forlag.
- Lazard, L. & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, 17(2), 159–177. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144>
- Lehmann, R. (1951). *Svevende svar* (T. F. Findahl, overs.). Gyldendal.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Lothe, J. (2003). *Fiksjon og film. Narrativ teori og analyse*. Universitetsforlaget.
- Masson, J. M. (red.). (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904*. Harvard University Press.
- Moser, J.S., Dougherty, A., Mattson, W. I., Katz, B., Moran, T. P., Guevarra, D., Shablack, H., Ayduk, O., Jonides, J., Berman, M. G., & Kross, E. (2017). Third-person self-talk facilitates emotion regulation without engaging cognitive control: Converging evidence from ERP and fMRI. *Scientific Reports*, 7(1), 4519–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-04047-3>
- Sandbæk, L. (2022). The relationship between literature and psychoanalysis: reflections on object relations theory, researcher's subjectivity, and transference in psychoanalytic literary criticism. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. <https://doi.org/10.1080/01062301.2022.2047490>
- Van der Kolk, B. (2020). *Kroppen holder regnskap. Hjerne, kropp og sinn i behandlingen av traumer*. Flux Forlag.
- Varvin, S. (2019). Det kliniske møtet med overlevere etter menneskerettighetsovergrep. I E. Stånicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Indrevoll Stånicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 141–164). Gyldendal Akademisk.
- Wright, E. (1999). *Speaking desires can be dangerous. The poetics of the unconscious*. Polity Press.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.



**HELBREDEREN ASKLEPIOS** Fra myten om Asklepios får vi to vesentlige budskap: faren for hybris, en risiko hos alle hjelpere, og ideen om «den sårede hjelper», skriver artikkelffatterne. Foto: Netelo/Wikimedia

## Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi?

Ydmykhet og responsivitet overfor klientens signaler er essensielle kvaliteter for psykologer som vil være virksomme terapeuter.

**UNDER ET BESØK** i Pompeii i sommer var førsteforfatter inne i det herskapelige Menander-huset i byen. Huset er fullt av intakte fresker som kan leses som små tegneserier, fortalte guiden, med motiver fra gresk mytologi som bar bud om de kultiverte huseiernes dyder og verdissyn. På en av veggene i Menander-huset ble helten i historien straffet av gudene fordi han hadde vist *hybris* (*overmot*).

I gresk mytologi ble *hybris* betraktet som en farlig, om enn svært menneskelig, begrensning. Når mennesket så på seg selv som gudeliknende, altså med egenskaper forbeholdt gudene, viste de en arroganse som frembragte gudenes forargelse og straff. Et sentralt eksempel er den begavete helbrederen og halvguden Asklepios,

sønnen til guden Apollo og kvinnen Koronis, som provoserte Zeus da han forsøkte å vekke de døde til live – noe bare gudene kunne gjøre. Zeus straffet Asklepios sin omnipotens med et dødelig lynnedslag. Asklepios' far Apollo ble rasende over drapet på sønnen og fikk ham sendt som udødelig til Olympos, der skadene fra lynnedslaget gjorde Asklepios i stand til å helbrede andre (Kerenyi, 1968). Fra myten om Asklepios får vi altså to vesentlige budskap: faren for *hybris*, en risiko hos alle hjelpere, og ideen om «den sårede hjelper» (*the wounded healer*).

Freskene i Pompeii ble en påminnelse om debatten i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 2021 og 2022, en debatt som etter vårt

### TEKST

Helene Amundsen  
Nissen-Lie og Erik  
Stänicke

### KONTAKT

h.a.nissen-lie@  
psykologi.uio.no

»



skjønn handlet mye om de mulige farene og fristelsene ved nettopp *hybris*, eller det å innta enn omnipotent rolle, i vårt yrke. Den første til å bruke begrepet i denne sammenhengen var Ingeborg Lishaugen (2021): «Som ISTDP-terapeut følte jeg på en stor grad av omnipotens.» Diskusjonen startet med Camilla B. Flaaten's bekymringsmelding etter ett år i intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP), der hun forteller om et sterkt ubehag ved å få trødd forståelser ned over hodet av en nokså insisterende, men også «kjøl og rigid» terapeut (Flaaten, 2021). Alan Abbas (2021), som lærer opp hundrevis av terapeuter i metoden, peker i et tilsvarende på at det ikke er metoden som foreskriver en slik væremåte. Praksisen som beskrives, må bero på terapeutens misforståtte bruk og manglende sensitivitet for både den bevisste og ubevisste alliansen med klienten, men også at metoden er så «aktiv at det kanskje innebærer en viss risiko for negative effekter». Han legger til: «Når pasientens forsvar ikke er klarlagt før man utfordrer det, kan pasienten selv føle seg angrepet» (Abbas, 2021).

Her oppsummerer vi debatten som kom i kjølvannet av Flaaten's bekymringsmelding. Vi er fullt klar over at vi ikke vet hva som faktisk skjedde i terapien, og at det er hennes erfaring som beskrives. Vi tar likevel utgangspunkt i Flaaten's beskrivelse fordi den er en viktig påminnelse om å ta klientens opplevelse på alvor. Vi ønsker dessuten å kommentere Flaaten's innlegg fordi det skriver seg inn i helt sentrale debatter i terapiforskningsfeltet (se Fors, 2021; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Nissen-Lie & Rønnestad, 2015). Hun peker indirekte på hvor vanskelig det er å skille *metoden fra terapeuten*. Vi vet at metodisk tilhørighet har stor betydning for terapeutenes identitet, men samtidig er det også kjent at terapeuteffekten er mange ganger større enn metodeeffekten (Wampold & Owen, 2021). Derfor er det relevant å trekke frem den empiriske forskningen på gunstige og ugunstige terapeutegenskaper for å sette Flaaten's innlegg og debatten som fulgte, inn i denne sammenhengen. Vi følger Ole Magnus Vik (Vik, 2022a og b), Henrik Berg (Berg, 2020) og sist Kaja Betin (Betin, 2022); ISTDP-debatten reiser en større diskusjon om terapiens grunnlagsproblemer og vitenskapssyn – og til syvende og siste berører den store spørsmål i vårt fag, for eksempel hvordan vi lar oss

informere av teori og empiri, hvordan vi ser på vår rolle i klientens endringsarbeid – og spørsmålet om menneskesyn.

### OPPSUMMERING AV DEBATTEN

Flaaten reiser mange sentrale spørsmål om betydningen av utredning, presisjonspsykiatri og medikamentell behandling. Disse lar vi ligge nå. Det er særlig de følgende momentene vi er opptatt av her: klientens manglende gjenkjenning av terapeutens tolkning eller forklaringer; at det ble lagt sterke føringer på hva hun egentlig følte, og at insisteringen på en gitt følelse (f.eks. *morderisk raseri*) kan bidra til å skape nettopp et raseri overfor terapeuten, der det er terapeutens intervensjoner, og ikke den underliggende ubevisste dynamikken, som skaper følelsen. Med andre ord snakker vi om risikoen for iatrogene følger av insisterende intervensjoner (se også Gjerde, 2021). Ifølge Flaaten gir klienter etter for trykket og later som de kjenner seg igjen i den følelsen terapeuten mener klienten har uten å vedkjenne seg den.

Dette er en påstand som mangler empirisk dekning, men vi vet at makt-asymmetrien i den terapeutiske relasjonen kan gjøre at pasienten går altfor langt i å tilpasse seg terapien (Fors, 2021). Insisterende intervensjoner kan dekke et behov i klienten også, og det kan oppstå en *suggestiv dynamikk*: Terapeuten bruker suggestjon, og klienten lar seg suggerere. Det er trolig en del av terapiens effekt, og er godt kjent i fellet. Men den kan føre oss på ville veier.

Flaaten's signaler om manglende hjelp av terapien ble heller ikke tatt på alvor. Selv om utfall er et komplekst fenomen, tror vi dette er en unnlattelse som begås av mange terapeuter. Det blir en slags «selvtjenende, illusorisk bias» som hjelper terapeuten med skammen når man ikke klarer å hjelpe. Til slutt mener Flaaten at ISTDP inviterer til en altfor konfronterende, rigid og avmålt stil: «Samlet er det altså flere spesifikke aspekter ved metoden som legger opp til et røft forløp», skriver hun.

I sitt tilsvarende redegjør Abbas grundig for modellen, inkludert dens hypoteser om patologi og endringsmekanismer og evidensbasen til ISTDP (Abbas, 2021). Han innrømmer at metoden krever mye opplæring og veiledning ved bruk av video, og at den har et iboende potensial for brudd i alliansen og misbruk av visse intervensjoner som utfordrer forsvarssystemet til pasienten.



Lishaugens bekjennelse som «omnipotent terapeut» gir et sjeldent innenfraperspektiv på problemet sett fra terapeutens side, og gir kredibilitet til Flaaten's beskrivelse. Lishaugen kunne godt forstå Flaaten's opplevelse og hadde selv følt på en etterlengtet trygghet som bikket over i skråsikkerhet gjennom sin tilegnelse og bruk av ISTDP som verktøy i behandling av pasienter: «Jeg ble ekspert, og det ga meg følelsen av å ha kontroll. Jeg kjente på skråsikkerheten terapimetoden ga meg. Jeg følte meg høyt oppe, og det kjentes så bra å ha oversikt og en viten jeg lenge hadde lengtet etter» (Lishaugen, 2021). Det kjentes besnærende å kunne kode ethvert utsagn fra pasienten og intervensjoner deretter, og dersom pasienten protesterte, var det et svar på dette i «manualen». Alt gikk opp! Men det gav Lishaugen en snikende følelse av ubehag, muligens fordi suggesjonens dynamikk har en bismak.

Annette Wolf El-Agroudi, også opplært i metoden, er ikke enig med Lishaugen: «Jeg tolker ikke engasjementet til en ISTDP-terapeut som omnipotens [...], men som spisskompetanse [...] på å lese kropp og en forståelse for betydningen av følelser, angst og forsvar» (El-Agroudi, 2021). El-Agroudi peker på pasientens bidrag i å gjøre terapeuten til ekspert, og mener det kan være skremmende for pasienten når terapeuten blir *ikke-vitende*. Hennes poeng er, etter vår mening, helt sentralt: Det er mange krefter i pasienten som driver terapeuten inn i en ekspertrolle. Vi drøfter noen av disse kreftene under. Spørsmålet, slik vi ser det, er hvordan vi svarer på dette behovet i pasienten. Er det mulig å utstråle trygghet og autoritet uten å bli autoritær, konfronterende eller skråsikker?

El-Agroudi fortsetter med å sammenlikne det å gå til psykolog med å trekke en tann: «På samme måte som det kan være smertefullt å trekke en tann, kan det gjøre vondt [å endre] relasjoner og kommunikasjon med andre [...]. Da trenger vi en behandler som nettopp presser litt på.» Hun understreker at dette arbeidet gjøres sammen med pasienten, «pakket inn i følelsmessig ømhet, i rammene og strukturen som vi har i spesialisthelsetjenesten». Det er godt mulig at El-Agroudi, og mange ISTDP-terapeuter, makter denne delikate balansegangen, da mange undersøkelser viser til at ISTDP kan ha god effekt (Abbas, 2021). Vi vet samtidig at uansett behandlingsmetode får ikke alle klienter hjelp, og at det er mange klienter som har liknende erfaringer som Flaaten. Om det er misforstått bruk av metoden, bør man være klar over det i veiledningen av metoden. Med andre ord bør fallgruver ved en behandlingsmetode, og ikke bare dens styrker, være et tema i kurs, manualer, veiledning og forskning.

Fra sentralt hold svarer også Filip Myhre ved Norsk institutt for ISTDP på Flaaten's bekymringsmelding (Myhre, 2021). Han fremholder at vi trenger studier av prosesser i terapi som leder til negative utfall, at terapeuten har stor definisjonsmakt i terapirommet, og at det kreves en «særlig sensitivitet og vektlegging av pasientens beskrivelser og forståelse av de aktuelle problemene som blir presentert. En for rigid holdning til en terapimodell kan lede til at terrenget tilpasses kartet med de alvorlige kostnader dette kan medføre for pasienten». Dessuten trekker han frem, og vi er helt enige, at ideen om at «en kjølig og avmålt psykologrolle fremskynder terapiprosesser, er dårlig fundert i psykoterapiforskningen». Dette er betraktninger hvor Myhre lener seg på oppdatert kunnskap om terapeutiske prosesser, herunder både klientens og terapeutens bidrag.

I en serie artikler i Psykologtidsskriftet anmoder filosof og psykolog Vik (f.eks Vik 2022a) om at representanter for en terapimetode bør ta imot tilbakemeldinger fra klienter, slike som Flaaten's, som en gavepakke. »



Det er mange krefter i pasienten som driver terapeuten inn i en ekspertrolle



Vi tenker oss at ydmykhet også er en forutsetning for å bli en *bedre* terapeut

Han skriver videre at ISTDP må «eie» de innbakte konfliktene mellom «deres epistemologiske idealer og deres ydmykhetsidealene». Han bruker den kjente talent-overslagsmodellen: «'Talentet' til ISTDP er et 'overslag' som gjør at risikoen for noen typer 'feil' er høyere enn i andre tradisjoner. Og det er helt greit. For sånn er det for alle som jobber ut fra en metode. Å redusere risikoen for omnipotens ytterligere enn det miljøet allerede gjør, vil derfor sannsynligvis være ensbetydende med å gi opp en del av metodens iboende ethos.»

Vi tenker at Vik har et godt poeng, og spør oss samtidig: Hva er talentet til andre modeller og deres unike overslag? Er det i det hele tatt mulig å anvende en slik tenkning her, all den tid vi snakker om mennesker som tilbyr psykologisk hjelp, inspirert av en metode? Det er jo ikke selve metoden som har talentet og dermed overslaget. Like fullt – hvilke mulige talent-overslag ligger i utøvelsen av de ulike metodene? Kan det være at psykodynamiske terapeuter har en tendens til å overdrive det relasjonelle båndets betydning, mens kognitive terapeuter har en tendens til å fokusere for mye på mål og oppgaver i terapi – for å spekulere innenfor allianseperspektivet? Kanskje har terapeuter innenfor eksistensialistisk-humanistisk terapi en tendens til å overdrive betydningen av å være i og kjenne på følelser. Integrative terapeuter har kanskje en vel stor tro på betydningen av perspektivering. Vi vet ikke, men det er ikke utenkelig at de ulike metodenes styrke i neste sving er deres akilleshæl.

#### BETYDNINGEN AV TERAPEUTENS EGENSKAPER

Fra terapiforskningen har vi grunn til å hevde at *hvem* terapeuten er, har større betydning for prosess og utfall av psykoterapi enn hvilken metode han eller hun benytter i behandlingen (Wampold & Owen, 2021). Men som Castonguay et al. (2015) hevder; en bør ikke sette terapeuten opp mot terapien som om de var separate enheter. «Terapien er terapeuten, og terapeuten er terapien. Det innebærer at det som teller, ikke er 'merkevaren', men den terapeutiske tilnærmingen slik den praktiseres av en gitt terapeut, enten det er en psykodynamisk terapeut eller en kognitiv atferdsterapeut (eller en annen), på en helt [unik] måte» (se Castonguay et al., 2015, s. 11, vår oversettelse).

Terapeutens profesjonelle karakteristika, slik som type utdanning, profesjonelle erfaring og teoretiske orientering, har begrenset verdi når det gjelder å differensiere gode fra mindre gode terapeuter (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Det er terapeutens interpersonlige kvaliteter som har størst betydning, for eksempel deres relasjonelle ferdigheter, tilknytningsmønster og interpersonlige stil. I en gjennomgang av forskning på terapeutegenskaper som ble publisert mellom 2000 og 2018, så vi at terapeutens intrapsykiske egenskaper, som tilknytningsmønster, har betydning for klientens endring, gjerne i interaksjon med klientens patologi eller andre forhold. Sterkest sammenheng mellom terapeutkarakteristika og bedring hos klienten ser vi når terapeutens interpersonlige ferdigheter er målt ved hjelp av *utføringsbaserte oppgaver*, altså der terapeutens ferdigheter og egenskaper måles direkte gjennom konkrete, kliniske oppgaver, slik som i Timothy Andersons studier ved hjelp av Facilitative Interpersonal Skills-paradigmet (Anderson et al., 2016). Ferdighetene blir fremprovosert i interpersonlig krevende situasjoner, der skuespillere spiller utagerende, kritiske eller passive klienter. Vi kan tenke oss at det er nødvendig med en krevende situasjon for å sette terapeutenes evne til selvkontroll på prøve, noe som innebærer evnen til å romme klienten

emosjonelt og «avgifte» pasientens utagerende kommunikasjon (Nissen-Lie, 2019; Stormoen, 2021). Videre viser studier at klienters bedring også kan relateres til terapeutens holdninger til terapeutisk arbeid, vanskeligheter, mestringsstrategier og relasjonell stil, men ikke alltid i forventet retning. Dette så vi eksempel på når terapeutens selvvalgte relasjonelle ferdigheter påvirket utfall negativt, mens profesjonell selvtvil og nevrotisme påvirket utfall positivt (se Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

Oppsummert kan vi si at det som kjennetegner dyktige terapeuter, er «deres *profesjonelle interpersonlige ferdigheter*, som trolig har røtter i deres relasjonshistorie (...) men som også formes og videreutvikles gjennom opplæring, livserfaringer, egenerapi, veiledning, klinisk praksis og selvrefleksjon» (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Det er med andre ord mange faktorer som virker sammen i en terapi, som den Flaaten beskriver.

## YDMYKHET

Én kvalitet ved terapeuten som man har viet mer oppmerksomhet de siste årene, er terapeutens *ydmykhet*, noe vi forstår som motsatt av omnipotens. Den engelske filosofen Bertrand Russell skal ha sagt: «problemet i verden er at fanatikere og tåper alltid er så selvsikre, mens kloke mennesker er så fulle av tvil.» Dette vil alltid være innsiktens paradoks: De som i realiteten er mer innsiktsfulle, er mer klar over hvor uendelig stort kunnskapsfeltet er, og blir ydmyke av den erkjennelsen. De som i realiteten har *mindre* kunnskap, kan tro at de har bedre oversikt enn de har, og ser ikke begrensningene i egen forståelse. Dette fenomenet trer frem i mange ulike fag og har fått navnet Dunning-Kruger-effekten, etter forskerne Dunning og Krüger som viste at de som hadde de svakest prestasjonene innen et fag (f.eks. matematikk, økonomi og andre akademiske fag), overvurderer sin egen prestasjon, mens de som presterer best, undervurderer prestasjonen sin. Nylig har denne tendensen også vist seg innen psykoterapi. Generelt har terapeuter en tendens til å overvurdere sine prestasjoner (McManus et al., 2012) og er ofte lite treffsikre når det gjelder å predikere hvem det går bra og mindre bra med. Videre er overdreven selvtillit mer typisk hos de terapeutene som uavhengige eksperter har vurdert til å være *mindre* kompetente (Brosan et al., 2008). I en relativt fersk

studie fra Tyskland (Ziem & Hoyer, 2020) sammenliknet forskere terapeuters vurdering av fremgangen til klientene sine i terapi med klientenes faktiske fremgang, målt av klientene selv, på ulike utfallsmål. Funnene deres gir til dags dato kanskje den mest overbevisende evidens for betydningen av terapeutens ydmykhet: Desto mer beskjeden eller konservativ vurdering fra terapeutene, jo mer hadde klientene faktisk endret seg (mindre symptomtrykk og bedret livskvalitet).

Slike funn kaster lys over våre egne studier i Norge, som har vist at høyere skårer på profesjonell selvtvil hos terapeuten er forbundet med sterkere pasient-vurdert allianse og større nedgang i interpersonlige vansker hos pasienter som ble behandlet på DPS og ulike poliklinikker (Nissen-Lie et al., 2017). I tillegg kommer studier av kulturell ydmykhet, blant annet i USA. Pasienter med ulike minoritetsbakgrunner som gikk til terapeuter de opplevde som mer *kulturelt ydmyke*, fikk større bedring i psykoterapi (Owen et al., 2016). Å være kulturelt ydmyk innebærer å innta en nysgjerrig, ikke-dømmende og sensitiv holdning til hva klientens kulturelle tilhørighet (seksuell, etnisk, religiøs og andre) betyr for dem. Dette er sannsynligvis ikke begrenset til kulturelle fenomener, men til alle klientens erfaringer. Vi tenker oss at ydmykhet også er en forutsetning for å bli en *bedre* terapeut, gjennom en holdning der man er villig til å korrigere seg selv eller å bli korrigert, og at man åpner for videre læring og utvikling, kort sagt er villig til å engasjere seg i det som for tiden kalles *målrettet trening (deliberate practice)* (se Husby & Vaz, 2021). Men ydmykhet handler ikke om å ikke vite hva man holder på med. Snarere handler det om at man er åpen for å ta feil og i stand til å møte kritiske tilbakemeldinger på en ikke-defensiv måte. Ydmykhet er heller ikke angst. I våre studier i Norge så vi blant annet at terapeutens selvrappporterte angst i timene var forbundet med svakere pasient-vurdert allianse (Nissen-Lie et al., 2015). Man kan med andre ord godt være trygg i møte med klienten samtidig som man har en ydmyk holdning til arbeidet man gjør.

## FRISTET TIL OMNIPOTENS

I psykologien brukes omnipotens som «en betegnelse for en persons urealistiske opplevelse av egen styrke og tro på at man kan beherske (mestre) alle situasjoner» (Malt, 2019).

»

Vi ser i alle fall tre feller som kan lokke oss inn i omnipotens. De er knyttet til vår sårbarhet, men kan også skapes av presset fra både pasienten og fra samfunnet, inkludert helsemyndighetene. Man kan tenke seg at terapeuter som har strevd med egne problemer, kan være mer sensitive og medfølende overfor klienter. Det ligger i begrepet «the wounded healer» (Nissen-Lie, 2014). På den annen side kan det også gi oss «blinde flekker», slik at vi ubevisst tar kontroll over situasjoner der vi tidligere har følt oss maktesløse. Terapeuter som har vokst opp i emosjonelt krevende eller forstyrrete familier, kan utvikle en *sensitivitet* som kan bli til en viktig ressurs i deres arbeid. Men på et mer ubevisst plan kan en slik oppvekst også ha gitt personen en følelse av utilstrekkelighet som kan bidra til skyldfølelse og angst. Følelsen av utilstrekkelighet kan eksistere ved siden av en opplevelse av å ha vært til nytte som hjelper og «forhandler» i familien, en dynamikk som kan inngå i motivasjonsgrunnlaget for å bli terapeut (Nissen-Lie, 2014). Nettopp i arbeidet som terapeut gis muligheten til å få bekreftet at man er «et godt menneske».

Hybris hos terapeuten kan altså fungere kompensatorisk, men vil særlig ramme de mer narsissistiske blant oss. En slik narsissistisk sårbarhet kan igjen medføre en ikke ubetydelig risiko for at vi takler motstand eller kritikk dårlig, eller får et behov for å bli beundret og elsket, av alle, inklusive våre pasienter – om enn på en mer subtil måte.

Pasientens behov for en ekspert er også forståelig. At pasienter ønsker på ett nivå at vi er nærmest allvitende, kanskje slik vi en gang forestilte oss at våre foreldre var, og at vi raskt kan avlaste dem for deres smerte, er ikke rart. Som El-Agroudi (2021) er inne på, er det utrygt for pasienten, særlig i starten av et forløp, å møte en altfor ikke-vitende, endog vaklende terapeut som ikke klarer å peke ut en mulig retning i kaoset, men snarere fremstår like utrygg og i villrede som pasienten føler seg. Dette mer eller mindre subtile presset kan virke på oss: Vi kan bli fristet til å bli mer av en ekspert enn det er grunn til å være, fordi vi ikke tåler pasientens skuffelse.

Samfunnet utøver også et press på terapeuten om å tilby rask og kostnadseffektiv endring til hele befolkningen, men gir sjelden gode nok rammebetingelser for å bevirke mer varige endringer. Vi får nye rutiner og prose-

dyrer (Raskere tilbake, pakkeforløp mv.) og et økende krav om effektivitet, som bidrar til at terapeuten må ta sats for raskt å løse til dels komplekse livsutfordringer. En oppjustering av terapeutens betydning og status i samfunnet har også skapt en terapeutrolle som blir opphøyd til noe annet enn et medmenneske med faglig kunnskap om psykiske helseplager og behandling (Madsen, 2017), ja, det er fristende å si – til et slags overmenneske. Til og med innen psykoterapiforskningen har det vært et påfallende press på å designe studier som viser at en metode er overlegen en annen eller fører til hurtigst mulig bedring. Det er et gode at psykoterapiforskningen bidrar til å utvikle nye og effektive behandlingsmetoder, men i en lang periode har dette foregått på en karikert måte. Akademikere har strebet etter effektivitet i terapi i en slik utstrekning at det har blitt kalt «therapy wars». Vi tror dermed at presset terapeuten kan kjenne på, kommer innenfra, fra pasienten og fra både samfunnet og akademien.

### RESPONSIVITET

Flaaten beskrev en terapeut som hun oppfattet ikke lyttet til henne, og som ikke brukte hennes respons som signal for videre intervensjoner, slik vi forstod det. Det overordnede temaet for årets konferanse i Society for Psychotherapy Research, som nylig gikk av stabelen i Roma, var *terapeutens responsivitet*. Begrepet ble satt på kartet av Bill Stiles allerede på slutten av 90-tallet, men først 25 år senere synes det å ha fått plass helt i sentrum av vår tenkning om hva som virker i terapi. Ideen til Stiles og medarbeidere (f.eks. Hatcher, 2015; Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009) er at det avgjørende for ethvert terapiforløp og enhver intervensjon er at terapeuten utviser en særegen form for lydhørhet eller responsivitet overfor klientens behov i situasjonen og klientens motakelighet for en gitt intervensjon. Begrepet responsivitet innebærer å gjøre 'det rette' i enhver situasjon, vel vitende om at 'det rette' hele tiden er i forandring. Med andre ord, det er ikke *intervensjonen* eller *metoden* (f.eks. ISTDP) som virker eller ikke virker, og heller ikke en terapeut, eller for den saks skyld terapeuten stabile egenskaper. Om noe er det *en terapeuts adekvate sensitivitet for pasientens til enhver tid skiftende behov og signaler* som er avgjørende. Hvis en ikke måler responsivitet på en eller annen måte, er det fånyttet å forsøke å koble ulike sider ved terapeuten til terapiutfall. Vi vil ikke fange inn det som faktisk virker (se Heinonen & Nissen-Lie, 2020). I responsivitet-begrepet ligger sensitivitet og fleksibilitet, det å tilpasse metoden og ens stil til klientens behov og at vi ikke blir rigide i intervensjonsbruken – og for all del ikke blir overkjørende eller insisterende når klienten rygger. Vi vet ikke preist hva som skjedde i terapien som Flaaten beskrev, men vi får en idé om at terapeuten ikke ville fått høye skårer når det gjelder lydhørhet og sensitivitet, som i sin tur sannsynligvis har stor betydning for klientens utbytte av terapi.

### VIRKELIGHETSOPPFATNINGER OG MENNESKESYN

ISTDP-debatten reiser også en større diskusjon om terapienes grunnlagsproblemer. Et grunnlagsspørsmål, som sjelden drøftes blant terapeuter eller psykoterapiforskere, er hvilket verdigrunnlag en behandlingsmetode er forankret i. Det foreligger enkelte viktige diskusjoner om verdigrunnlaget i psykoterapi (Berg, 2020; Madsen, 2017; Vik, 2022b), og vi vil nå rette søkelyset mot betydningen av ulike verdibaserte menneskesyn



når en utøver terapi. Dessverre er det ikke skrevet så mye om dette. Litteraturen som vi kjenner til, er primært psykoanalytiske perspektiver på menneskesyn. Roy Schafer (1970) skrev en klassisk artikkel om ulike virkelighetsoppfatninger i forståelsen av pasienten, lidelsen og veien til bedring. Disse virkelighetsoppfatningene kan representere ulike menneskesyn. Inspirert av sjangerteori deler Schafer det inn i fire virkelighetsoppfatninger: den komiske, den romantiske, den tragiske og den ironiske. Andre har drøftet dette videre (f.eks. Messer & Winokur, 1984; Messer, 2000; Strenger, 1989), men vi holder oss til Schafers opprinnelige inndeling.

*Den komiske realitetsoppfatningen* fokuserer selektivt på eksterne, kontrollerbare og forutsigbare aspekter ved situasjoner og personer. Oppfatningen hyller kraften i positiv tenkning – og sosial enighet, i motsetning til konflikter, oppfattes som et gode. *Den romantiske realitetsoppfatningen* ser på livet som en reise. Reisen er farlig, heroisk og utgjør en utfordring for alle individer. Målet med reisen er å oppnå noe stort og hellig – det vakre eller det gode. *Den tragiske realitetsoppfatningen* uttrykkes i en sterk interesse for dilemmaer, paradokser, tveetydigheter og skjørheten i vår menneskelighet og subjektive erfaring. Med en slik grunnholdning gjenkjenner en at enhver seier innebærer et tap, at det er smerte i tilfredsstillelse, at også berettigete handlinger innebærer en skyldfølelse, at lidenskap og plikt aldri kan forenes, og at det er tap av muligheter i ethvert valg (Schafer, 1970). *Den ironiske holdningen* til realitetene har i likhet med den tragiske en interesse for konflikter, tveetydigheter og paradokser, men den ser det hele på avstand, den tar ingenting for gitt. Denne oppfatningen tilstreber en begrensnings av menneskelig engasjement i vanskelige situasjoner samtidig som den konstaterer at livet er vanskelig. Det er en realitetsoppfatning som streber mot å gjøre subjektive erfaringer små og ubetydelige. Selv om det er en negativ klang ved den ironiske holdningen, maner den på sitt beste, ifølge Schafer, til en form for nøkternhet og balansert svar til de andre holdningene.

Poenget med å gjengi de fire virkelighetsoppfatningene til Schafer (1970) er ikke å vise at de er uttømmende og relevante for alle terapimetoder. Tvert imot bør de fire posisjonene være noe alle psykoanalytikere innehar. Schafer drøfter ikke andre terapimetoder. Han mener at enkelte analytikere har en slagside den ene eller den andre veien, gjerne mot det tragiske eller romantiske, og at vi trenger en fleksibilitet i å se pasienten fra ulike synsvinkler (se også Strenger, 1989). Etter vårt skjønn mangler vi en formulering av de grunnleggende verdiforankrede før-forståelsene, i hermeneutisk betydning, som preger hvordan vi møter pasienten, og hvordan vi tenker at pasientens problemer skal avhjelpes.

Virkelighetsoppfatninger og menneskesyn i terapimetoder er nærmest et uutforsket område, men det er nærliggende å tenke at terapeut velger fordypning i metoder ikke bare på grunnlag av metodens effekt, men også fordi teorigrunnlaget i terapimetoden resonnerer med personlige verdier. I forlengelsen av dette kan vi også se for oss at pasienter vil føle seg mer sensitivt, og responsivt, møtt av en terapeut som har et konvergerende verdisyn. Spørsmålet om *hva som virker for hvem*, er altså ikke bare et empirisk spørsmål om hvilken metode som virker best overfor en spesifikk diagnose. Det er kanskje like mye et spørsmål om pasienten ønsker en terapeut som er raskt ute med løsninger og råd (i tråd med en



Vi kan bli fristet til å bli mer av en ekspert enn det er grunn til å være, fordi vi ikke tåler pasientens skuffelse





Uavhengig av vår foretrukne terapeutiske modell og menneskesyn bør vi alle forsøke å bli bevisste på kreftene som kan dytte oss i en usunn, omnipotent retning

komisk virkelighetsoppfatning), eller om pasienten vil føle seg mer forstått av en terapeut som rommer, validerer og perspektiverer smerten, på tragisk vis i Schafers betydning.

#### AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Uavhengig av vår foretrukne terapeutiske modell og menneskesyn bør vi alle forsøke å bli bevisste på kreftene som kan dytte oss i en usunn, omnipotent retning. Vi har all grunn til å forholde oss ydmykt til hva som virker i psykoterapi, og til de komplekse samspillene vi kommer inn i. Det vil alltid være forskjell på kart og terreng, og når de divergerer mye, bør terrenget få forrang.

Fra de gamle greske myter kjenner vi Orakelet i Delfi – Apollons prestinne – som kom med spådommer om fremtiden til folk som oppsøkte henne. Over inngangen til tempelet stod følgende ord på gresk: Γνώθι Σεαυτόν (eller: «Gnothi seauton»). Ordene er oftest blitt oversatt til «Kjenn deg selv» og er referert av mange tenkere innen psykoterapi for å understreke betydningen av selverkjennelse.

En mer presis oversettelse av hva som ligger i dette utsagnet, skal imidlertid være: «Husk at du er menneske, ikke gud.» Det er en advarsel vi alle kan trenge. ✕

---

#### REFERANSER

- Abbas, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 874–879.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk: Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* Fagbokforlaget.
- Betin, K. A. (2022). Psykoterapiens tragedie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), 838–839.
- Brosan, L., Reynolds, S. & Moore, R. (2008). Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581–587. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004438>
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. G., Muran, J. M. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>

- El-Agroudi, A. W. (2021). Spisskompetanse, ikke omnipotens. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(11), 972–973.
- Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 2021, 510–512.
- Fors, M. (2021). Power Dynamics in the Clinical Situation: A Confluence of Perspectives. *Contemporary Psychoanalysis*, 57(2), 242–269. <https://doi.org/10.1080/0107530.2021.1935191>
- Gjerde, H. (2021). Faren ved tolkende intervensjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8).
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Heinonen, E. & Nissen-Lie, H. A. (2020). What are the characteristics of effective psychotherapists? A systematic literature review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Husby, V. M. & Vaz, A. M. (2021). Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 594–601.
- Kerenyi, K. (1968). *Asklepios, archetypal image of the physician's existence*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Lishaugen, I. (2021). Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 782–786.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Malt, U. (2019, 9. oktober). Omnipotens. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/omnipotent>
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M. & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- Messer, S. B. (2000). Applying the visions of reality to a case of brief therapy. *Journal of psychotherapy integration*, 10(1), 55–70. <https://doi.org/10.1023/A:1009470427889>
- Messer, S. B. & Winokur, M. (1984). Ways of Knowing and Visions of Reality in Psychoanalytic Therapy And Behavior Therapy. I H. Arkowitz & S. B. Messer (red.), *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy*. Boston, MA: Springer.
- Myhre, F. (2021). Bekymringsmelding om ISTDP mottatt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 619.
- Nissen-Lie, H. A. (2014). Hvorfor velger noen å bli psykoterapeut? I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Nissen-Lie, H. A. (2019). Klinisk tenkning og terapeutens personlige bidrag. I E. Stånicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Indrevoll Stånicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse*. Gyldendal Forlag.
- Nissen-Lie, H. A., Høglend, P. A., Havik, O. E., Rønnestad, M. H. & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapist practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.1891>
- Nissen-Lie, H. A. & Rønnestad, M. H. (2015). The empirical evidence of psychotherapist humility as a foundation for psychotherapist expertise. *Psychotherapy Bulletin*, 51, 7–9.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Stiles, T. C., Solbakken, O. A. & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E. & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 30–37. <https://doi.org/10.1037/pro0000046>
- Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 51(3), 279–297.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stormoen, H. R. (2021). *Evnen til å avgifte betent klinisk materiale som nøkkelressurs hos terapeuten* [Mastergradsoppgave]. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Strenger, C. (1989). The Classic and the Romantic Visions in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 593–610.
- Vik, O. M. (2022a). Djevelen frister oss der vi er sterkest. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(2), 138–140.
- Vik, O. M. (2022b). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656–663.
- Wampold, B. E. & Owen, J. (2021). Therapist Effects: History, methods, magnitude, and characteristic of effective therapists. I L. G. Castonguay, M. Barkham & W. Lutz (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7. utg., s. 301–330). New York City: Wiley.
- Ziem, M. & Hoyer, J. (2020). Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients. *Psychotherapy Research*, 30(4), 433–446. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1631502>

# Etterlattes møte med hjelpeapparatet etter selvmord

Forskningslitteraturen de siste 20 årene tegner opp viktige føringer for hjelp og oppfølging, men fortsatt vet vi for lite.

**TEKST** Silje L. Kaspersen, Jorid Kalseth, Kim Stene-Larsen, Anne Reneflot

**KONTAKT**  
silje.l.kaspersen@sintef.no

**MERKNAD**  
En kronikk basert på samme materiale ble publisert i Adresseavisen 14. september 2022

**D**ødsårsaksregisteret gir den vondeste og mørkeste av statistikkene: Hvert år de siste fem årene har rundt 650 personer, over 70 % menn, tatt sitt eget liv. Bare i perioden 2017 til 2021 mistet Norge 3222 liv i selvmord (Folkehelseinstituttet, 2022). Hvis vi antar, slik forskningslitteraturen ofte gjør, at det bak hvert selvmord er minst seks nære familiemedlemmer som må leve resten av sine liv som etterlatte, betyr det at bortimot 20 000 personer har opplevd et slikt traume bare de siste fem årene. Inkluderer vi kollegaer, medelever og venner i etterlatt-definisjonen blir tallet fryktelig høyt, og de aller fleste voksne vil ha kjent noen som tok livet sitt. I august 2022 publiserte forskere i SINTEF og ved Folkehelseinstituttet en kunnskapsoppsumming av forskningslitteratur på engelsk om bruk av helsetjenester og andre hjelperessurser blant etterlatte ved selvmord i nær familie (Kaspersen et al., 2022). I det følgende oppsummerer vi noen av hovedfunnene i artikkelen.

## ETTERLATTE ER SELV I RISIKO

At noen som står oss nær tar sitt eget liv, er for de fleste etterlatte et voldsomt traume de må leve med resten av livet. Mange risikerer å utvikle komplisert sorg, som kjennetegnes ved at sorgen varer med uforminsket styrke over lang tid og går ut over den etterlattes funksjon i hverdagen. I forskningslitteraturen finner vi at nære etterlatte ved selvmord har to til tre ganger høyere risiko for selv å forsøke å ta sitt eget liv, sammenliknet med folk som ikke har opplevd selvmord i nær familie (de Groot et al., 2006; A. L. Pitman et al., 2016), og flere enn normalbefolkningen har selvmordstanker (Molina et al., 2019).

Dermed kan det å hjelpe etterlatte til å håndtere sorgen være et selvmordsforebyggende tiltak i seg selv. Den etterlatte gjennomgår forskjellige sorgfaser, med varierende behov for støtte. I første fase kan sjokket være så stort og hverdagen så mørk, at det ikke er lett å vite eller sette ord på hvilken hjelp man trenger. I senere faser kan etterlatte oppleve at det er vanskelig, nærmest skamfullt, å be om hjelp. Resten av verden synes å ha gått fort videre, og den etterlatte kan oppleve en forventning fra omverdenen om at vedkommende også bør ha kommet seg videre. Både vi som medmennesker, og det profesjonelle hjelpeapparatet, må anerkjenne at det å oppleve selvmord i nær familie eller nær vennkrets, byr på noen ekstra sorgdimensjoner.

## EKSTRA SORGDIMENSJONER

Selv om forskningen på etterlatte bare utgjør en liten del av selvmordsforskningen, vet vi en god del om hvordan det oppleves å bli etterlatt ved selvmord, og hvordan det kan skille seg fra å være etterlatt ved andre typer død. Sterk skyldfølelse knyttet til selvmordet, og det å stadig stille seg selv spørsmålet «Hva skulle jeg ha gjort annerledes for å forhindre at det skjedde?», er betegnende for mange etterlatte ved selvmord. Skamfølelse knyttet til en opplevelse av ikke å ha gjort nok, og tanker om hva andre tenker om dette, er også vanlig. I enkelte kulturer kan skammen knyttes til en følelse av at den avdøde har gjort noe ulovlig ved å ta sitt eget liv. At selvmord betraktes forskjellig i ulike kulturer og minoritetsgrupper, er viktig å være oppmerksom på både i helsetjenestene og øvrig hjelpeapparat. Sosialt stigma og en opplevelse av unngåelse og avvisning fra omverden er rap-





**EN VEI Å GÅ** Forskningen på etterlatte etter selvmord antyder at hjelpeapparatet enda har en vei å gå. Illustrasjon: Jorm S/Shutterstock/NTB Scanpix

portert i flere studier av etterlatte ved selvmord – og i større omfang enn for etterlatte ved andre dødsårsaker. Mange etterlatte opplever sinne og frustrasjon mot den avdøde som del av den naturlige sorgreaksjonen, noe som kan gi ytterligere skyldfølelse og dårlig samvittighet. Mistillit til helsetjenestene som følge av at de ikke har klart å hjelpe en del selvmordsofre i tide er heller ikke uvanlig, og kan påvirke hvilken hjelp den etterlatte selv ønsker fra helsetjenestene.

I forskningslitteraturen fant vi også en skjevhet i hvilke stemmer som har bidratt til forskningen på feltet. Kvinner er overrepresentert, både fordi det er flere kvinner som blir etterlatte ettersom menn tar livet sitt, men også fordi kvinner i større grad melder seg til å delta som informanter i forskning. Vi trenger mer forskningsbasert kunnskap om etterlatte av andre kjønn enn kvinner, fra minoritetsgrupper i det norske samfunnet, og fra barn og unge.

#### **FORSKNING PÅ HJELP TIL ETTERLATTE**

En av Norges mest erfarne forskere på etterlatte ved selvmord, Kari Dyregrov, har tidligere vist at 70–80 % av etterlatte foreldre og etterlatte ungdommer i Norge hadde behov for medisinsk eller psykologisk behandling av sorgen. Etterlatte barn etter foreldres selvmord er spesielt utsatt, med økt risiko for depresjon, dårlige resultater

på skolen og selvmord (Dyregrov, 2002; Dyregrov, 2009a, 2009b; Dyregrov et al., 2014). I Danmark har man funnet at rundt en tredjedel av de etterlatte oppsøkte hjelp fra en frivillig hjelpeorganisasjon innen seks måneder (Erlangsen et al., 2021), mens en fersk studie av italienske etterlatte ved selvmord fant at 57 % av deltakerne i studien søkte profesjonell hjelp etter selvmordet (Entilli et al., 2021). Vi trenger mer kunnskap fra Norge om hvor mange etterlatte som får hjelp fra helsetjenestene og andre støttetilbud etter selvmord, og hvordan det går med dem på lang sikt.

Da vi ønsket å oppsummere den internasjonale forskningslitteraturen om oppfølging av etterlatte ved selvmord fra 2010 og fram til mars 2022, hadde vi i utgangspunktet tenkt å konsentrere oss om oppfølging i helsetjenestene. Vi skjønnte fort at det ble for smalt. I oppfølging av etterlatte ved selvmord viser forskningen at støtte- og sorggrupper, likepersonsarbeid og internettressurser er viktige supplement til de ordinære tjenestene (Adshead & Runacres, 2022; Ali & Lucock, 2020; B. Feigelman & Feigelman, 2011; Lestienne et al., 2021; Shields et al., 2017). Kanskje nettopp på grunn av de ekstra sorgdimensjonene opplever mange, men ikke alle, etterlatte ved selvmord det som nyttig å dele sine erfaringer med andre som har opplevd det samme. Flere av studiene vi fant, pekte på at sorggrupper og likepersonsarbeid kan motvirke sosial isolasjon og stigma og normalisere sorgprosessen på en måte som ikke nødvendigvis oppleves i de ordinære helsetjenestene (Lester, 2012; McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Pitman et al., 2014). Samtidig pekes det på viktigheten av at de som skal lede gruppene eller likepersonsarbeidet, er godt kurset og utdannet, og at de er bevisste på at de ikke må dominere gruppen for mye selv. Flere av artiklene nevnt over peker på negative konsekvenser av å delta i sorggrupper og likepersonsarbeid; å høre andres historier og å dele egne erfaringer kan oppleves tungt og potensielt retraumatiserende, ubalanserte grupper der noen få dominerer oppleves ikke bra, »

## Ressurser om selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte ved selvmord

Ved å øke egen kunnskap om hvordan vi møter mennesker i selvmordsfare og etterlatte ved selvmord, kan vi kanskje senke terskelen for å tørre å spørre om hvordan det går, og bli tryggere på at vi tåler et ærlig svar. For de som har lyst til å lære mer om hva man kan si og hvordan man kan møte mennesker i selvmordsfare, anbefaler vi å besøke Vivat selvmordsforebygging sine hjemmesider, <https://vivatselvmordsforebygging.net/>, og ta en titt på brosjyrer, videosnutter og kurs.

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) har egne fylkeslag og arrangerer jevnlig møter, aktiviteter og treff for etterlatte. Det er en egen ungdomsavdeling for unge etterlatte og berørte ved selvmord, hovedsakelig for de mellom 16–35 år (Unge LEVE). LEVE organiserer også likepersonsarbeid hvor man som etterlatt kan få oppfølging og tid sammen med en annen etterlatt (se [www.leve.no](http://www.leve.no)).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har informasjon, utdanning og kurs i selvmordsforebygging, særlig rettet mot helsepersonell. NSSFs krisehjelpside [www.nssfinfo.no](http://www.nssfinfo.no) gir tilpasset informasjon om hvor man skal henvende seg ved selvmordsfare.

Senter for krisepsykologi i Bergen har utviklet nettsiden [www.kriser.no](http://www.kriser.no) med rutiner og anbefalinger for psykososial oppfølging etter ulike traumatiske hendelser, herunder selvmord, for fagfolk i kommunene. De driver også nettstedet [sorggrupper.no](http://sorggrupper.no).

Landsforeningen uventet barnedød og Sorgstøttealliansen arrangerer og deltar på fagkonferanser både nasjonalt og internasjonalt (<https://lub.no/vart-tilbud/kurs-og-arrangementer/>).

Folkehelseinstituttet presenterer tall på selvmord over tid i Dødsårsaksregisteret (se <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/>), og har i likhet med NSSF flere store forskningsprosjekter gående om selvmord og selvmordsforebygging. Mye av det vi vet om selvmord og selvmordsforebygging i Norge, framgår også av regjeringens *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025*, som finnes på Regjeringens hjemmesider.

Det finnes flere lærebøker på norsk om selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte ved selvmord, for eksempel:

- Lars Mehlum (red.) (1999). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i praksis*. Høyskoleforlaget.
- Kari Dyregrov, Einar Plyhn, Gudrun Dieserud. (2010): *Etter selvmordet – veien videre*. Abstrakt.
- Atle Dyregrov & Kari Dyregrov. (2017). *Mestring av sorg. Håndbok for etterlatte og hjelpere*. Forlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øivind Ekeberg & Erlend Hem. (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Gyldendal Akademisk.
- Kari Dyregrov & Vigdis Songe-Møller (red.) (2021). *Nye perspektiver på selvmord. Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. Cappelen Damm.
- Heidi Hjelmeland. (2022). *Selvmordsforebygging – for å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm akademisk.

og klikkdannelser i gruppa kan virke ekskluderende. Det er viktig at etterlatte ved selvmord får anerkjent sine ulike behov for hjelp, og at «hjelpemenyen» tilpasses dette. Det meste av den forskningsbaserte kunnskapen vi har om støttegrupper og likepersonsarbeid, er basert på kvalitative studier, og det hadde vært nyttig å se større kvantitative effektstudier på dette feltet.

Det er en generell mangel på kunnskap om etterlattes egne pasientforløp i helsetjenestene etter selvmordet, og om sammenhengen mellom helsetjenestebehov og helsetjenestetilbud for denne gruppen – både i Norge og internasjonalt (Maple et al., 2018). Det meste av forskningen er gjort på psykologisk behandling av komplisert sorg, og vi savner mer kunnskap om behandling av andre psykiske lidelser (noen studier peker f.eks. på at posttraumatisk stresslidelse kan være underdiagnostisert blant etterlatte), somatiske diagnoser og komorbiditet. Vi savner også studier av oppfølging av etterlatte i ulike faser av sorgen, ettersom behovene i akuttfasen rett etter selvmord vil være annerledes enn et halvt år, ett år og ti år etterpå.

I Danmark har forskere funnet at for hver ekstra 10 km kjøreavstand til tjenester som er skreddersydd for etterlatte ved selvmord, går bruken av tjenestene ned med 15 % (Erlangsen et al., 2021). I Norge har de færreste etterlatte som ikke bor i de store byene et spesialtilbud i umiddelbar nærhet, og må bruke de generelle helsetjenestene som fastlege eller psykisk helseenheten i kommunen. Dette er et argument for å øke den generelle kunnskapen om selvmordsoppfølging i hele primærhelsetjenesten, andre etater (f.eks. NAV, barnevern, PPT, politi) og i befolkningen generelt. Forskningen viser også at vi kan ha positive forventninger til nye internettbaserte selvmordsoppfølgingstjenester, som for mange vil kunne fungere uavhengig av geografi og reisebudsjett (Lestienne et al., 2021). Digitale verktøy vil også gi større muligheter til å sette sammen mer målrettede grupper nasjonalt, der de etterlatte kan møte andre som har mistet noen de hadde en tilsvarende relasjon til (f.eks. en far, en bror eller en datter), noe som har vist seg viktig for mange (Pitman et al., 2014).

### Fastlegens rolle

Mange av forskningsartiklene vi inkluderte i vår oppsummering, pekte på at fastlegen kan ha en helt sentral rolle i oppfølgingen av etterlatte, men at det er noen svakheter i systemet

som gjør at fastlegene ikke alltid kommer i posisjon til å hjelpe (An Fhaili et al., 2016; W. Feigelman et al., 2020; Wainwright et al., 2020). Ei heller er det alle fastleger som føler at de har kompetanse og tid nok til å hjelpe pasientene med kompliserte sorgprosesser. Det er som regel pasienten selv som må ta den første kontakten for å ytre behov for hjelp, og det er ikke automatikk i at pasienten settes opp på faste timeavtaler fram i tid. I flere studier fra utlandet har etterlatte rapportert at de ikke alltid møter en genuin forståelse for sitt tap hos fastlegen, mens en studie av fastlegers møte med foreldre som hadde mistet et barn i selvmord, viste at fastlegene opplevde at de ikke hadde nok kompetanse på feltet og følte seg uforberedt i møte med foreldrene. Noen fastleger hadde også skyldfølelse knyttet til å ikke å ha fått hjulpet barnet som hadde tatt livet sitt, og unngikk dermed kontakt med foreldrene (Wainwright et al., 2020). For en del etterlatte har fastlegen vært den aller viktigste hjelperen, men vi ser et behov for mer kunnskap om hvordan etterlatte ved selvmord får gode pasientforløp hos fastlegen, og hvordan vi kan sikre at oppfølgingen skjer systematisk over tid.

### De første som kommer til

Forskningslitteraturen viser videre at de første som kommer til etter et selvmord, det være seg for eksempel politi, ambulanspersonell, frivillig letemannskap, begravelseskonsulenter eller prest, spiller en viktig rolle i møtet med de pårørende og hvordan deres videre sorgforløp blir (Andriessen et al., 2021; Hofmann et al., 2021; A. Pitman et al., 2016). Slike såkalte *first responders* bør være trent i å møte de ekstra sorgdimensjonene etterlatte ved selvmord står i. Det også viktig at de sørger for å informere godt om hva som skal skje videre, og bidrar til å skape kontinuitet i tjenesteforløpet, for eksempel ved at de aldri forlater de etterlatte før en annen tjeneste har tatt over oppfølgingen. Flere studier fra utlandet pekte på dårlig oppfølging, mangel på empati og lite informasjon fra politiet, som ifølge de etterlatte ofte selv kunne virke ukomfortable og overveldet av situasjonen. I noen tilfeller kan også etterlatte få en rolle som mistenkt i saker som ikke umiddelbart klarer å skille mellom mistenkelig dødsfall og selvmord, og under slike omstendigheter er politiets håndtering av møtet med de etterlatte svært sensitivt. Det er en generell utfordring



... å hjelpe etterlatte til å håndtere sorgen [kan] være et selvmordsforebyggende tiltak i seg selv





Vi trenger mer kunnskap fra Norge om hvor mange etterlatte som får hjelp fra helsetjenestene og andre støttetilbud

at det kan være mange etater inne i akuttfasen, der de gir stafettspinnen fort videre til andre tjenester i en fase preget av sjokk og avmakt for de etterlatte, og der det ikke nødvendigvis er et system som fanger opp den etterlatte på sikt, hvis den etterlatte ikke selv ber om det.

#### HVA BLIR VIKTIG I FORTSETTELSEN?

Det var en stor økning i publikasjoner med tema oppfølging av etterlatte ved selvmord fra 2019 og utover; 40 % av studiene mellom januar 2010 og mars 2022 ble publisert i 2019 eller senere. Det er sannsynlig at ekstra søkelys på psykisk helse og risikoen for selvmord under COVID-19-pandemien har bidratt til den kraftige økningen i publikasjoner. Høsten 2020 la regjeringen fram en ny handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Med den ble det innført en nullvisjon for selvmord i Norge, ment som en forpliktelse om å jobbe ut ifra at vi ikke har noen å miste. Det presiseres at nullvisjonen skal gjelde hele samfunnet, fordi arbeidet med å forebygge selvmord hører hjemme i alle sektorer, og angår oss alle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Vår kunnskapsoppsummering (Kaspersen et al., 2022) har vist at man har en del erfaringer med og kunnskap om behovet for helsetjenester og andre støtteressurser til personer som er etterlatt ved selvmord, men at vi mangler kunnskap om deres hjelpsøkeratferd, pasientforløp og koordinering av tjenestene. Vi vet heller ikke nok om hvordan det går med etterlatte på lang sikt, i hvilken grad de havner utenfor skole og arbeidsliv som følge av den traumatiske livshendelsen det er å oppleve et selvmord på nært hold, og ikke minst hvordan vi effektivt kan forhindre negative utfall for de etterlatte. Mulige negative konsekvenser av hjelpetiltak og støttetilbud er det også forsket lite på. Vi ser et behov for å øke den generelle kompetansen, både i befolkningen og i tjenestene, om hvordan man møter og støtter etterlatte ved selvmord. Helsetjenester, etater som møter etterlatte i akuttfasen og andre støtteressurser som sorggrupper, likepersonsarbeid og internettbaserte ressurser må tilpasses den enkeltes behov, og det må være god opplæring av de som skal fasilitere slike tjenester. Man kommer langt med å utvise empati og inngående forståelse av de etterlattes situasjon, og ved å huske at behovet for hjelp kan endre seg underveis, noe som taler for en proaktiv tilnærming fra tjenester og støtteressurser. ✕

---

#### REFERANSER

Adshead, C. & Runacres, J. (2022). Sharing is Caring: A Realist Evaluation of a Social Support Group for Individuals Who Have Been Bereaved by Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. <https://doi.org/10.1177/00302228211070152>

Ali, F. & Lucock, M. (2020). 'It's like getting a group hug and you can cry there and be yourself and they understand'. Family members' experiences of using a suicide bereavement peer support group. *Bereavement Care*, 39(2), 51-58. <https://doi.org/10.1080/02682621.2020.1771951>



- An Fhaili, M. N., Flynn, N. & Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: A qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice*, 66(643), e92-e98. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683413>Andriessen, K., Krysinska, K., Pirkis, J. & Rickwood, D. (2021). "Finding a safe space": A qualitative study of what makes help helpful for adolescents bereaved by suicide. *Death Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1970049>
- de Groot, M. H., de Keijser, J. & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.418>
- Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26(8), 647-668. <https://doi.org/10.1080/07481180290088356>
- Dyregrov, K. (2009a). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 59(3), 221-238. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.c>
- Dyregrov, K. (2009b). The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 59(2), 147-161. <https://doi.org/10.2190/OM.59.2.d>
- Dyregrov, K., Berntsen, G. & Silvikken, A. (2014). The need for and barriers to professional help - a qualitative study of the bereaved in Sámi areas. *Suicidology Online*, 5(1), 47-58.
- Entilli, L., Leo, D. D., Aiolli, F., Polato, M., Gaggi, O., & Cipolletta, S. (2021). Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228211024112>Erlangsen, A., Fleischer, E., Gunnell, D. & Nordentoft, M. (2021). Characteristics of Survivors of Suicide Seeking Counseling From an NGO in Denmark: Analyses of a National Database. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1362-1377. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1903636>
- Feigelman, B. & Feigelman, W. (2011). Suicide Survivor Support Groups: Comings and Goings, Part II. *Illness, Crisis & Loss*, 19(2), 165-185. <https://doi.org/10.2190/IL.19.2.e>
- Feigelman, W., Sanford, R. L., & Cerel, J. (2020). Do Primary Care Physicians Help the Bereaved With Their Suicide Losses: Loss Survivor Perceptions of Helpfulness From Physicians. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(3), 476-489. <https://doi.org/10.1177/0030222817742822>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 9. juni). *Dødsårsaksregisteret- statistikkbank. D1: Dødsfall etter kjønn, alder og dødsårsak*. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/>
- Hofmann, L., Glaesmer, H., Przyrembel, M. & Wagner, B. (2021). The Impact of Police Behavior During Death Notifications on Mental Health of the Bereaved: A Cross-Sectional Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211019202>
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2022). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>
- Lester, D. (2012). Bereavement after Suicide: A Study of Memorials on the Internet. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 65(3), 189-194. <https://doi.org/10.2190/OM.65.3.b>
- Lestienne, L., Leaute, E., Haesebaert, J., Poulet, E. & Andriessen, K. (2021). An integrative systematic review of online resources and interventions for people bereaved by suicide. *Preventive Medicine*, 152, 106583. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106583>
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A. & Andriessen, K. (2018). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed strategic research agenda. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 275-282. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498>
- McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the formal supports used by people bereaved through suicide: A qualitative study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231-248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>
- Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H. & Priger-son, H. G. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 418-425. <https://doi.org/10.1111/inm.12224>
- Pitman, A., Khrisna, A., Kennedy, N., De Souza, T., King, M. & Osborn, D. (2016). Priorities for the development and evaluation of support after suicide bereavement in the UK: results of a discussion group. *Bereavement Care*, 35(3), 109-116. <https://doi.org/10.1080/02682621.2016.1254457>
- Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. <https://doi.org/10.1016/S2215-0366%2814%2970224-X>
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K. & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6(1), e009948. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948>
- Shields, C., Kavanagh, M. & Russo, K. (2017). A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(4), 426-454. <https://doi.org/10.1177/0030222815612281>
- Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B. & McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(691), e102-e110. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849>

# Psykoterapiens etiske dimensjon

De etiske retningslinjene for nordiske psykologer gir et magert grunnlag for god etisk praksis.

## TEKST

Ole Magnus Vik

## KONTAKT

ole@privatpsyk.no

**ETIKKENS Plass** i psykoterapi er et sentralt grunnlagsproblem vi reflekterer lite rundt, og derfor kan dens kliniske betydning lett bli undervurdert. Dette er en spekulasjon siden det ikke fins forskning på hvordan norske psykologer forstår etikkens kliniske posisjon. Det faktum at ingen har tatt seg bryet med å forske på spørsmålet, sier noe om hvor marginal plass etikkdimensjonen har. I dette fagessayet problematiserer jeg det jeg oppfatter er den rådende etikkforståelsen i psykoterapi. Samtidig håper jeg å starte en diskusjon om hvilke etiske forforståelser som bør ligge til grunn for psykoterapeutisk praksis.

Det er en rekke problematiske etiske forforståelser og kunstige begrensninger av etikkens utslagsfelt i fagetikken vår. For eksempel vektlegger de fagetiske retningslinjene gjennomgående verdien av *faglig, teknisk godhet*, mens *moralsk godhet* ikke nevnes med et ord. Dette står i kontrast til etikken i mange andre helseprofesjoner, som vektlegger både det faglig og det moralsk gode (se f.eks. Nortvedt, 2016). I fagetikken til mange andre helseprofesjoner drøftes også overførings- og motoverføringsprosesser som en del av de naturlige og alltid tilstedeværende etiske aspektene i arbeidet med mennesker (Henriksen & Vetlesen,

2006). Klinisk psykologi forstår heller dette som et terapiteknisk fenomen og dermed som noe som ligger utenfor fagetikken. Siste eksempel: Både sykepleieres og legers etiske retningslinjer har flere tydelige *dydsetiske* vektlegginger som understreker at god behandling også handler om å fremme livsmot, mestring og håp hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.2), og at behandlere er forpliktet til å kommunisere med åpenhet og tillit (Den norske legeforening, 2021, del II, § 7). En tilsvarende tydelig dydsetisk vektlegging fins ikke i de etiske retningslinjene til psykologer. Disse kjennetegnes heller av en *rettighetsvektlegging* som formaner til å ivareta og respektere rettigheter i tråd med lovverket (Norsk psykologforening, 1998 punkt II.I). En kan derfor argumentere for at både legeetikken og sykepleieetikken stiller større krav til etisk praksis enn psykologetikken fordi de, foruten å vektlegge ivaretagelsen og respekten for pasientenes rettigheter i henhold til loven, søker å fremme en rekke holdninger og verdier i pasientene og i seg selv.

Disse eksemplene, som bare representerer et utvalg av forskjellene mellom psykologers og andre helseprofesjoners etikkforståelse, følger ikke logisk fra forskjellene i arbeidsoppgaver eller mandater. Moralsk godhet er ikke mindre

relevant for psykologer. Heller enn faglige grunner skyldes forskjellene simpelthen ulike etikkforståelser. Våre forforståelser fremstår som mindre egnet til psykoterapeutisk arbeid. Det er derfor på tide at vi begynner å problematisere de etiske grunnantakelsene i faget vårt, om ikke annet fordi de fagetiske retningslinjene oppfordrer oss til å gjøre det. Å ukritisk akseptere status quo er rett og slett et brudd på de fagetiske retningslinjene. Strengt tatt bør vi derfor alle klage oss selv inn til Fagetisk råd.

#### VI KOMMER ALDRI UTENOM ETIKKEN

Det meste i psykoterapi har en etisk dimensjon. Hvorfor skal vi for eksempel møte pasienter med verdighet og respekt? Bør vi slutte å være verdighetsbekreftende og respektfulle hvis det mot formodning skulle vise seg å gjøre behandling mindre virksom, eller er disse prinsippene relevante uavhengig av hensynet til effektivitet? Etikkdimensjonen omfatter også kliniske hverdagsvurderinger som å ta stilling til de moralske sidene ved å bekrefte heller enn å utfordre en pasient preget av håpløshet, og å reflektere rundt implikasjonene av å være, eller ikke være, selvavslørende i en gitt situasjon. Å prøve å forstå problemstillingene som etiske og ikke bare psykologfaglige representerer en sentral del av god psykoterapeutisk praksis. Men perspektivene som ligger til grunn for fagetikken vår, åpner i liten grad for dette. I møte med bredden og mangfoldet i psykoterapiens etiske problemstillinger kan det derfor bli fristende å hoppe bukk over etikken og heller lene seg på vitenskap, juss og psykoterapiteknikk. Men å gripe an et etisk problem med henvisning til forskning, terapimetodikk eller lovverk er som å slå inn en spiker med et skrujern: Det er feil verktøy til jobben. Vi kommer rett og slett aldri helt utenom etikken.

#### MORALSK KYNDIGHET SOM FORUTSETNING FOR GOD HELSEHJELP

God helsehjelp er ikke bare betinget av at den er virksom. For at helsehjelp skal være god, må den også være moralsk god (Ruyter et al., 2016). På samme måte er ikke en behandling god hvis den bare er moralsk *forsvarlig*. Da er behandlingen – logisk nok – bare forsvarlig. Som jeg vil vise senere, legger de fagetiske retningslinjene ikke opp til noe mer enn moralsk forsvarlig behandling. God behandling dreier seg selvfølgelig også om å være faglig sterk, men en praktiker som ikke anerkjenner de moralske holdningene som alltid er innvevd i helsearbeid, vil ikke klare å være en dyktig praktiker.

#### PSYKOTERAPI STILLER STØRRE KRAV TIL MORALSK KYNDIGHET

Noen hevder at psykisk helsearbeid har et større etisk utslagsfelt enn somatisk helsearbeid (se f.eks. Radden & Sadler, 2009). En skal være forsiktig med å overdrive forskjellene mellom behandling av psyke og soma, men man kan se for seg at risikoen for å fornærme, krenke og såre er høyere i psykoterapi, om ikke annet fordi psykisk uhelse fortsatt er forbundet med mer stigma enn somatisk uhelse. I så tilfelle vil kravet til vår etiske *omhu* og moralske kyndighet være høyere enn i mange områder av somatikken.

Det er en lite omtalt, men veldokumentert kjensgjerning at *psykoterapi påvirker pasienters moral* (se f.eks. Tjeltveit, 1999, for en oversikt). Bare ved å gå i psykoterapi kan pasientens meninger om hva som er et godt liv, og hva som er mer eller mindre verdifullt, bli likere terapeutens meninger. At vi som en utilsiktet del av behandlingen vår kan endre



Å gripe an et etisk problem med henvisning til forskning, terapimetodikk eller lovverk er som å slå inn en spiker med et skrujern

*Moral* er et sett med regler og normer for god og riktig atferd. God moral handler om å gjøre det rette.

*Etikk* er en reflekterende prosess rundt moralsk praksis. Etikk er *grunnene* vi gir for å kalle en handling moralsk god eller dårlig. God etikk handler om kvaliteten på refleksjonsprosessen rundt moralske spørsmål.





Profesjonsetikken kjennetegnes av å ha en rekke hensyn som ikke er ment å gjøre praksisen moralsk god, men heller å beskytte profesjoners anseelse

pasientenes moralske holdninger, stiller åpenbart ytterligere krav til vår etiske kompetanse og forståelse.

Med andre ord er moralsk kyndighet avgjørende for god psykoterapi, og det er derfor ekstra slående at de fagetiske retningslinjene overhodet ikke benevner moralsk eller etisk godhet.

#### **ETISKE PRINSIPPER FOR NORDISKE PSYKOLOGER (EPNP)**

Etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) må sies å være vår fremste retningsgiver for moralsk praksis og generelle kliniske etikkforståelse, og ligger tilsynelatende i stor grad til grunn for etikkundervisningen ved profesjonsstudiene. Etikkteoretisk står EPNP i det *profesjonsetiske, rammeetiske og prinsippetiske* landskapet, noe som er typisk for fagprofesjoners etiske styringsdokumenter (Tjeltveit, 1999).

#### **BEGRENSNINGER I EPNP**

##### **Prinsippetiske begrensninger**

EPNP utleder retningslinjene fra fire etiske prinsipper: *integritet, ansvar, kompetanse og respekt*. Prinsippene er i og for seg gode, men så generiske og allmenngyldige at de risikerer å miste sin intuitive kliniske relevans. Å praktisere psykoterapi uten hensyn til disse prinsippene fremstår nærmest som absurd.

##### **Profesjonsetiske begrensninger**

Ellers er det profesjonsetiske sterkt vektlagt i EPNP, som har mye å si om psykologens roller, kompetansekrav, forsvarlig metodebruk og ansvar overfor andre aktører i og utenfor helsevesenet. Profesjonsetikken kjennetegnes av å ha en rekke hensyn som ikke er ment å gjøre praksisen moralsk god, men heller å beskytte profesjoners anseelse (Tjeltveit, 1999). Disse hensynene kan fint overlappes med god moralsk praksis, men intensjonen er ulik: Det gode blir da et middel heller enn et mål i seg selv.

Gitt den sterke profesjonsetiske vinklingen må EPNP primært leses som et *reguleringsverktøy* for å sikre psykologenes profesjonalitet. Men som sagt, å bare være profesjonell er ikke nok. I Norge er dessuten flere av de profesjonsetiske hensynene som EPNP omtaler, allerede regulert gjennom lovverket, noe som stiller ytterligere spørsmål ved hvor klinisk matnyttig EPNP er.

Profesjonsetiske styringsdokument blir som oftest utarbeidet gjennom lange fagforeningspolitiske prosesser, der alle fløyer skal høres. Dette kan føre til at de mer partikulære, komplekse eller kontroversielle områdene av etikken, der det er vanskelig å nå fagforeningspolitisk konsensus, blir mindre vektlagt (Tjeltveit, 1999). Slik er det nok også i EPNP, kanskje til og med i større grad enn i de etiske retningslinjene til andre profesjoner. Det er for eksempel ingen henvisning til, eller problematisering av, mulighetene som psykologer har for reservasjonsrett, i motsetning til slik det er i legeetikken (Den norske legeförening, 2021, del I, § 6). At EPNP er såpass strømlinjeformet, er uheldig fordi det ofte er nettopp partikulære, komplekse og kontroversielle etiske livsproblemer som dukker opp i psykoterapeutisk arbeid (Joranger, 2019).

##### **Rammeetiske begrensninger**

Ifølge EPNP er en psykoterapiprosess god når psykologen avstår fra å bryte taushetsplikten, passer på å ta et kurs en gang iblant, avstår fra å omgås pasienten i selskapslivet, behandler pasienter med verdighet og avstår fra å torturere dem (sistnevnte hensyn er grunnen til at jeg aldri setter opp



pasienter før klokken ni). God moralsk praksis forstås med andre ord som fravær av dårlig moralsk praksis. Dette, foruten å være en åpenbar logisk feilslutning, viser hvordan EPNP gjennomsyres av en *rammeetisk* forforståelse. Altså en antakelse om at etikken først og fremst er relevant med tanke på å etablere og opprettholde forsvarlige rammer for behandling. Selv om gode rammer er viktig, representerer en slik ensidig vektlegging i realiteten en innsnevring av psykoterapiens etiske horisonter, og gir inntrykk av at etisk refleksjon bare er nødvendig innimellom. Denne holdningen dukker blant annet opp i EPNPs forord, der det står: «Gjennom sitt arbeid kommer psykologer *iblant* opp i spesielle situasjoner som krever vanskelige etiske vurderinger» (forordet, min utheving). Etikkkunnskap forstås altså som noe som kun *tidvis* gjør seg gjeldende i klinisk arbeid, og først og fremst da ved rammeutfordringer. Dessuten antydes det at etiske forhold i stor grad kan avklares *før* behandlingen har startet (del III.1.1). Med andre ord anlegger dokumentet et unaturlig og arbitrært skille mellom etisk tenkning og klinisk hverdagspraksis, noe som på ingen måte gjenspeiler det faktum at i *god* helsehjelp er disse to størrelsene uløselig sammenvevd.

Etisk refleksjonsevne forstås i EPNP i stor grad bare som en slags årvåkenhet, hvis hensikt er å identifisere etiske problemstillinger som raskest mulig skal «løses» før den *egentlige* jobben kan fortsette (del III.1.1). Når det – ifølge EPNP helt unntaksvis – oppstår etiske problemer som ikke kan avklares på forhånd, skal disse først identifiseres før man følger en sjupunktprosedyre for å «løse» dem (del III.1.3: *Den etiske refleksjonsprosessen*). Hvis problemet ikke er håndtert, gjentar man bare prosedyren helt til ønsket resultat er oppnådd. Etikken er i EPNP nærmest forstått som et plagsomt hinder som må forseres raskest mulig, og ikke som en integrert del av, og nødvendig forutsetning for, god psykoterapi.

EPNP er dessuten eksplisitt på at retningslinjene er ment å dekke *alle relevante etiske problemstillinger i klinisk arbeid* (forordet, min utheving). På den måten legger dokumentet opp til å bli misbrukt som et fullt ut dekkende etikkdokument heller enn et snevert profesjonsetisk reguleringsdokument. Jeg er derfor redd for at EPNP er en moralsk hvilepute som gir psykologen et uriktig inntrykk av at så lenge rammene er på plass, er en genuin og kontinu-

erlig etisk refleksjon underordnet, eller til og med irrelevant.

## ETIKKUNDERVISNING OG ETIKKPENSUM

Vinklingen på psykologers etikkundervisning synes å ha en stor overlapp med perspektivene i EPNP. Blant annet drøfter de mest brukte kliniske etikkbøkene for norske psykologer (Øvereide, 2012, og Dalen & Dalen, 2019) nærmest utelukkende rammeetiske utfordringer i tematikk og i kliniske kasuistikker. I kontrast rommer etikkbøker for andre helseprofesjoner en langt større bredde av etiske dimensjoner (se f.eks. Ruyter et al., 2014, og Pedersen & Nortvedt, 2017).

EPNP fremstår også som en sentral premissleverandør for de kliniske etikkfagene ved profesjonsstudiene. De fleste vektlegger læringsmål av typen «identifisere og formulere etiske problemstillinger og drøfte korleis desse kan handterast ut frå fagetiske retningslinjer» (*Vitskapsteoretiske perspektiv og etikk i klinisk praksis*, UiB). Det er for øvrig interessant å merke seg i hvor liten grad de kliniske etikkfagene vektlegger evnen til å lese etiske retningslinjer *kritisk*, i og med at kritisk tenkning generelt må sies å være en akademisk basal ferdighet.

I realiteten løfter nok den faktiske etikkundervisningen frem langt flere etiske hensyn og dimensjoner. For eksempel antyder pensumlistene både ved UiO og UiB et mangfold i perspektiver som forhåpentligvis bidrar til å fremme mer helhetlige etikkforståelser hos psykologer.

## MANGELFULLE RÅDENE PERSPEKTIV

Til tross for at det er tendenser til å tenke bredere om etikk, både i EPNP og undervisning, er hovedinntrykket likevel at etikkforståelsen i norsk klinisk psykologi domineres av profesjonsetiske og rammeetiske perspektiver, som dessverre fremmer et reduksjonistisk og binært syn på det etiske arbeidet, der man heller skal «løse» problemer heller enn å utforske, forstå og akseptere dem.

Den rådende kliniske etikkforståelsen er utviklet for å forebygge moralske overtramp og er derfor et viktig grunnfundament for vår praksis. Men å bare nøye seg med det fundamentale er ikke nok med tanke på den etiske kompleksiteten i psykoterapi. Dessuten er heller ikke det fundamentale tilstrekkelig for å



forebygge overtramp (Radden & Sadler, 2009). Dette krever en etikkforståelse som søker å kultivere psykologens etiske dømmekraft i tillegg til å ivareta forsvarlige rammer (Radden & Sadler, 2009). Å aspirere mot *det gode* (kultivering av dømmekraft) og ikke bare *det obligatoriske* (forebygge overtramp) vil hjelpe oss til å forebygge mulige negative effekter av at psykoterapeuter påvirker pasienters moral.

Det ensidige rammeetiske hensynet antyder at man kan bygge så gode moralske forsvarslinjer at man ikke trenger å gjøre noe mer. Dette står i motsetning til forskning som antyder at psykoterapeuter kan bli mindre «etisk kompetente» av å anvende prinsippbaserte etiske retningslinjer (Keith-Spiegel & Kocher, 1985).

Jeg vil derfor slå et slag for å videreutvikle psykoterapiens etikkforståelse, slik at den både kan fremme det gode, kultivere vår moralske dømmekraft og bedre motvirke uønsket «moralisk smitte» i terapirommet. En start kan være å trekke inn flere teoretiske perspektiver i den kliniske etikkforståelsen. Både dydsetikken og den eksistensielle autentisitetsetikken tror jeg kan være gode teoretiske supplement.

### EN SKISSE TIL EN NY PSYKOTERAPIETIKK Dydsetikk

Dydsetikkens mål er å fremme et liv der man realiserer sin iboende menneskelighet ved å handle i tråd med *dydene* (Darwall, 1998). Når dydene er integrert i oss, vil vi bli mer kyndige mennesker (Darwall, 1998). I dydsetikken blir derfor det sentrale spørsmålet «hva slags type person vil jeg være?» heller enn «hva er det rette?» Dydsetikken er mindre «ytrestyrt» enn de etiske perspektivene i EPNP og sånn sett bedre egnet for vår praksis, som i hovedsak går ut på at den individuelle psykologen arbeider alene, med et selvstendig ansvar for sin egen praksis. Dydsetikken gir oss muligheten til å trekke det etiske ned fra arbitrære regler og generiske *bløttakeord* og inn i de levende, aktualiserte selvrepresentasjonene vi møter i oss selv som behandlere. Det er derfor ikke overraskende at mange fremhever dydsetikken som en velegnet etisk grunnlagsteori for psykoterapi (se f.eks. Radden & Sadler, 2009) Tjeltveit, 1999; Waring, 2016).

Dydsetikken er likevel begrenset fordi den ikke er så god til å romme *tragiske* problemstillinger, altså etiske problemer der det ikke fins åpenbare riktige eller gale svar, eller der man

må velge mellom to onder. For mange dydsetikere er en påstand som «jeg både vil og vil ikke det gode» kun et uttrykk for ufornuft (Hursthuse, 2010). Dydsetikken underkjenner dermed at det ofte er *legitime* konflikter mellom forskjellige moralske størrelser. Da kan fort normal og sunn intrapsykisk konflikt bli avskrevet som en binær kamp mellom rasjonell, god moral og irrasjonell, dårlig moral.

En slik forståelse av indre mental stridighet passer dårlig på en psykoterapeutisk arena, der de tragiske problemstillingene heller er regelen enn unntaket. Skal man for eksempel velge å handle i tråd med dyden *oppriktighet* og nyanse det morsbildet pasienten presenterer, eller i tråd med dyden *sympati* og vise medfølelse for pasientens smerte? Til tross for all sin fleksibilitet fremstår dydsetikken derfor som i overkant rigid i møte med kompleksiteten i levde menneskeliv, fylt av indre stridighet og ambivalens. I psykoterapietikk er det ofte viktigere å utforske, bearbeide og akseptere etiske problemer enn å løse dem. Å bare supplere de rådende etiske perspektivene i psykoterapi med dydsetikk er derfor ikke tilstrekkelig.

### Eksistensiell autentisitetsetikk

Den eksistensielle autentisitetsetikken håndterer de tragiske elementene i psykoterapi bedre. Selv om den eksistensielle tradisjonen ikke har en helhetlig og gjennomarbeidet etikk, har flere pekt på at man kan forstå eksistensialisme som en moralsk normativ streben mot autentisitet (Khawaja, 2016; Webber, 2018).

I eksistensialismen blir autentisk livsførsel et slags svar på tilværelsens iboende grunnvilkår: angst, fragmenterthet, meningsløshet, dødsbevissthet og fremmedgjorthet. Gitt dette utgangspunktet kan ikke det moralske gode være individuell vekst, «selvrealisering» eller harmonisk lykke. Det å leve godt blir heller å forsøke å leve mest mulig sant og på egne premisser. Vi kan derfor forstå begrepet *autentisk* som noe todelt: å leve med vissheten om værens grunnvilkår og å skape sin egen livsførsel ut fra disse (Begoffen & Burke, 2020; Reynolds & Renaudie, 2022).

En eksistensiell autentisitetsetikk vil også kunne forstås som en slags form for dydsetikk, både ved at autentisitet kan sees som en dyd man skal strebe mot å kultivere og internalisere, og ved at man tar utgangspunkt i spørsmålet «hvem vil jeg være?» heller enn «hva er riktig?»

Jeg vil derfor slå et slag for en ny psykoterapeutisk etikkforståelse tuftet på en syntese av dydsetikk og eksistensiell etikk, en slags *autentisitetsdydsetikk*.

### Psykoterapeutisk autentisitetsdydsetikk

Å møte de etiske dimensjonene i psykoterapi med en autentisitetsdydsetikk der man formanens til å spørre seg hvilken type terapeut – og hvor autentisk – man vil være, er hensiktsmessig av flere grunner. En autentisitetsdydsetikk vil håndtere verdippluralisme godt fordi den ikke først og fremst vektlegger det ene eller andre moralske gode per se. Heller vil autentisitetsidealet vektlegge hvorvidt psykologen har tatt eierskap til prinsippet eller verdien og gjort den til sin egen eller ei, og ikke så mye om verdien *i seg selv* er god eller dårlig.

Det åpenbare ankepunktet mot en slik etikk er at psykoterapeuten kan slippe unna med grov umoral, for eksempel at en psykolog innleder et «autentisk» seksuelt forhold til en pasient. Men det er vanskelig å se for seg at risikoen for grove moralske overtramp blir høyere av å innføre en supplerende autentisitetsdydsetisk horisont i psykoterapi. Min gjetning er at de ytterst få psykoterapeutene som bryter slike åpenbare tabu, først og fremst kjennetegnes av en manglende *vilje eller evne* til god etisk refleksjon heller enn en distinkt *type* etisk refleksjon. Om noe vil en autentisitetsdydsetikk like gjerne kunne være forebyggende, simpelthen fordi vi er mer tilbøyelige til å handle i tråd med prinsipper som vi har et eierskap til, enn til de som er tredd ned over hodet på oss.

Å løfte frem dyden autentisitet gjør oss bedre rustet til å møte og gyldiggjøre det uendelige mangfoldet av livsstiler og livsaspirasjoner hos våre pasienter. En autentisitetsdydsetikk vil derfor kunne være et godt bolverk mot at psykoterapien ender opp som en moralsk compliance-prosess, der pasienten bare kopierer psykoterapeutens personlige eller profesjonelle moral.

Vanskelige etiske problemer kan være overveldende å gå inn i. Man kan bli fristet til å forenkle kompleksiteten, eller til og med fornekte de etiske sidene ved en klinisk situasjon. EPNP kan fungere som en *etikkteoretisk sirenesang* som lokker oss for nære land, der «etikkskipet» risikerer å grunnstøte fordi den etiske deliberasjonsprosessen trumfes av jakten på moralsk pseudotrygghet. Enten ved at vi fatter forhastede beslutninger fordi vi blir usikre av å stå i kompleksiteten, eller ved at vi blir handlingslammet og avstår fra å fatte noen beslutning i det hele tatt i et selvbedragerisk forsøk på å «få alle fakta på bordet», så man kan fatte den «riktige beslutningen». Søken etter pseudotrygghet kan til og med føre til at vi ikke orker å se de etiske aspektene ved problemstillingen i det hele tatt.

En autentisitetsdydsetikk gir større rom for vanskeligheten og kompleksiteten i psykoterapiens etiske landskap, fordi den legitimerer opplevelsen av å være forvirret og usikker i møte med det store moralske ansvaret vi ofte stilles overfor som psykologer. Når angsten og usikkerheten blir gyldiggjort, søker kanskje ikke psykoterapeuten for fort mot land, men tåler å seile videre på det tidvis stormfulle etikkhavet. Sånn sett kan en autentisitetsdydsetikk bidra til at flere psykologer tør å dele vanskelige etiske problemer med kolleger så vel som med Fagetisk råd.

### VI KOMMER IKKE UTENOM ETIKKEN

Etikken er ikke en livsfjern lek med hypotetiske dilemma der man må velge om man skal drepe en person for å redde fem personer. Etikken er



I psykoterapietikk er det ofte viktigere å utforske, bearbeide og akseptere etiske problemer enn å løse dem





Å kultivere etisk dømmekraft er derfor å trene på livskunst

i hovedsak en filosofisk tradisjon der man forsøker å møte og håndtere tilværelsens utfordringer med et mål om å *leve bedre*. Å kultivere etisk dømmekraft er derfor å trene på livskunst. Etske problemer, akkurat som livsproblemer, kan dessverre ikke bestandig løses. Hvis ligningen alltid hadde gått opp, hadde vi hverken trengt psykoterapi eller fagetikk.

Å hevde at en psykoterapeut bør være årvåken overfor etisk relevante prosesser som *kan forekomme*, er litt som å hevde at en dykker bør være årvåken for at det kan forekomme vann i havet. Etikken er ikke bare noe som dukker opp fra tid til annen, den gjennomstrømmer det meste av det vi gjør i terapirommet.

God psykoterapi krever en genuin og kontinuerlig etisk deliberasjon, der målet like mye er refleksjonsprosessen i seg selv som løsningene. En klinisk etikkforståelse tuftet på supplerende autentisitetsetiske perspektiver kan derfor styrke evnen til å ha gode, kontinuerlige etiske deliberasjonsprosesser i vår kliniske hverdagspraksis. ✘

## REFERANSER

- Bergoffen, D. & Burke, M. (2021). "Simone de Beauvoir" i *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Hentet fra: <https://plato.stanford.edu/entries/beauvoir/>
- Dalen, N. & Dalen, K. (2019). *Profesjonsetikk for psykologar*. Samlaget
- Darwall, S. (1998). *Philosophical Ethics*. Westview Press
- Den norske legeforening. (2021). *Etiske regler for leger*. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hursthouse, R. (2010). *On Virtue Ethics*. Oxford University Press
- Joranger, L. (2019). *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind: Subjectivity, Science and Experiences in Change*. Routledge
- Keith-Spiegel, P. & Koocher, G. (1985). *Ethics in psychology: Professional standards and cases*. Random House.
- Khawaja, N. (2016). *The Religion of Existence: Asceticism in Philosophy from Kierkegaard to Sartre*. Chicago: University of Chicago Press.
- Norsk psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal akademisk
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal akademisk
- Radden, J. & Sadler, J. (2009). *The Virtuous Psychiatrist: Character Ethics in Psychiatric Practice*. Oxford University Press.
- Reynolds, J. & Renaudie, P. (2022). "Jean-Paul Sartre" i *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, hentet fra: <https://plato.stanford.edu/entries/sartre/>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2016) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal akademisk.
- Tjeltveit, A. (1999) *Ethics and values in psychotherapy*. Routledge
- Waring, D. R. (2016). *The Healing Virtues: Character Ethics in Psychotherapy*. Oxford University Press.
- Webber, J. (2018). *Rethinking Existentialism*. Oxford University Press.
- Øvereide, H. (2012) *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm akademisk



## Intervjuet fødselsstreikere for miljøet

Når noen velger bort barn av hensyn til miljøet, kan det være et uttrykk for tap av tro på de politiske systemenes evne til å håndtere miljøkrisene.

Det mener Erik Nakkerud, som har sett nærmere på hvorfor noen mennesker velger å «fødselsstreike» for miljøet.

21. oktober forsvarte han avhandlingen *Living environmentally child-free: Examining personal meaning-making, theoretical conceptualisation, and ideological dilemmas* ved Psykologisk institutt (PSI), Universitetet i Oslo.

Miljøbegrunnet barnefri blir i avhandlingen definert som det å ikke få barn eller bare få ett barn, helt eller delvis av hensyn til miljøet.

Nakkerud mener miljøbegrunnet barnefri kan forstås på minst fire måter:

- som det mest effektive miljøtiltaket i form av miljøavtrykk
- som et uttrykk for resignasjon fra mennesker som har mistet troen på de politiske systemenes evne til å håndtere miljøkrisene
- som en destabilisering av et gjeldende paradigme for forskning på miljøatferd
- som en idé eller praksis som knytter an til andre diskurser om bærekraft

Nakkerud har tatt utgangspunkt i utregninger som viser hvordan det å få ett barn mindre, sparer langt større utslipp enn andre private miljø- og klimatiltak.

«At valget om å få barn eller ikke har et miljøaspekt, synes altså å være like åpenbart som at det samme valget berører langt flere spørsmål enn bare direkte utslippsutregninger», heter det i omtalen av doktorgraden på PSIs hjemmesider.

Basert på intervjuer med personer som har valgt miljøbegrunnet barnefri og analyser av den offentlige samtalen, forsøker Nakkerud å bygge videre på forskningen om temaet gjennom følgende spørsmål:

- Hva er de psykologiske og sosiale prosessene rundt valget om miljøbegrunnet barnefri?
- Hva slags type miljøatferd utgjør miljøbegrunnet barnefri?
- Hvilke ideologiske dilemmaer er representert i den norske medie-dekningen av miljøbegrunnet barnefri, og hvordan påvirker disse dilemmaene hvorvidt miljøbegrunnet barnefri blir oppfattet som et relevant miljøtiltak?

Kilde: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo



FOTO: PEROLAV SOLBERG/  
PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

## Dårligere prognose for personer med selvforstyrrelser

Psykolog Tor Gunnar Værnes forsvarte nylig sin doktorgradsavhandling om anomale selvpplevelser hos personer med økt risiko for å utvikle psykose ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Anomale selvpoplevelser refererer til en grunnleggende forstyrrelse i individets spontane og implisitte følelse av eierskap til egne opplevelser og handlinger. Slike anomalier er karakteristiske trekk hos personer med en schizofrenilidelse, men forskning tyder også på at forstyrrelsene av selvet er til stede før man utvikler selve lidelsen.

Forskningen som er gjort, ser gjerne retrospektivt tilbake på symptomer som var til stede før personen ble syk, men få studier har fulgt opp en gruppe med forhøyet risiko for å utvikle en psykoselidelse og undersøkt hvordan anomale selvpoplevelser henger prospektivt sammen med kliniske utfall, herunder symptomer, diagnose og funksjonsnivå.

38 unge deltagere mellom 15 og 29 år var med i studien, og totalt sett viser arbeidet til Værnes at anomale selvpoplevelser kan være viktige kliniske markører for sentrale kliniske utfall. Individer som rapporterte mer anomale selvpoplevelser, rapporterte også at de hadde mer alvorlige negative symptomer ved baseline. Ved ett års oppfølging av deltagerne fant Værnes at selvforstyrrelser ved baseline var assosiert med en mer alvorlig symptomprofil og dårligere funksjonsnivå.

Å kartlegge selvpoplevelser hos personer med forhøyet risiko for utvikling av psykose vil følgelig kunne være et viktig verktøy for å kunne si noe om deres prognose. I tillegg vil en slik kartlegging også ha kliniske implikasjoner i form av økt forståelse og innsikt på et fenomenologisk nivå.

Kilde: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



REBECKA MIKKELSEN, psykolog

## Grensen for hva vi må tåle

Når kan jeg som psykolog sette foten ned og si «nei – denne pasienten kan jeg ikke lenger ha i behandling»?

**S**om helsepersonell er vi forpliktet av lovverk som fastsetter helsepersonells plikter og pasienters rettigheter – alt i alt et vern for pasienter. I tillegg må vi ha i mente de fire etiske grunnprinsippene for medisinsk og helsefaglig profesjonsetikk (Ursin, 2021):

- å gjøre godt
- å respektere selvbestemmelse
- å ikke skade
- å være rettferdig

**Som psykologer er** vi også forpliktet til å følge de etiske prinsippene for nordiske psykologer (Norsk psykologforening, 1998). Dette er både nødvendig og bra. Maktbalansen mellom pasient og behandler er ujevn. Den som er i maktposisjon, må være sin makt bevisst og forvalte den varsomt.

**Etter flere år** som psykolog på et fastlegekontor har jeg møtt en blandet pasientgruppe. Det

har både vært givende og utfordrende. Det er en posisjon der man kan komme til å gjøre skade, eller i hvert fall *ikke gjøre godt*. At psykoterapi kan være skadelig, ble vi minnet om da psykologene Jørgen Flor og Leif Edward Ottesen Kennair i 2019 ga ut boka *Skadelige samtaler*. Det kan være forskjellige og sammensatte grunner til at terapi kan være skadelig. Én grunn er behandlerens manglende kontakt med og erkjennelse av hvor krevende visse typer pasientkontakter kan være.

**Hva skjer i** tilfeller der pasientkontakten utgjør en såpass stor utfordring for helsepersonellet at det blir vanskelig, og til og med uforsvarlig, å fortsette behandlingsforløpet?

### MIN HISTORIE

**Med tiden har** jeg undret meg over hvorfor det ikke snakkes mer om hvordan vi som helsepersonell kan bli berørt av kontakten med visse pasientgrupper. Dette gjelder spesielt pasienter med personlighetsforstyrrelse klynge B. Her er en konstruert historie med bakgrunn i egne erfaringer:

Klienten var en mann i 30-årene. Han hadde en lang historikk med hyppige fastlegebytter, men ingen historikk innen psykisk helsevern.



Sykemeldingshistorikken var dog like lang som et vondt år. I dag var han sykemeldt på grunn av konflikter med ledelsen og utmattelse. Hans opplevelse var at ingen hadde forstått ham så langt, og han hadde bestemt seg for å gjøre et siste forsøk her. Ikke sjelden kom det frem hvor kyniske og kalde han syntes de tidligere fastlegene hadde vært. Han kunne lattermildt fortelle om hvordan han hadde truet fastlegen sin til å skrive ut de reseptbelagte legemidlene han ønsket seg. Det var imidlertid ikke bare fastlegene som var kalde og lite empatiske mot ham, men også arbeidsgiver, kolleger og familie syntes ikke å ha noe varme, ifølge klienten.

**Den første delen** av behandlingen gikk med til å gradvis få bygget opp en allianse. Etter hvert som klienten fikk tillit, utviklet det seg en utfordrende dynamikk. Klienten begynte å få vansker med å overholde rammene rundt behandler-pasient-relasjonen. Han sluttet blant annet å forholde seg til avtalte tidspunkter for time, og krevde kontakt utenfor disse tidene. Når rammene ble tydeliggjort og begrunnet, ble responsen aggressiv og etterfulgt av trusler. Aggresjonen kunne gå over i uttrykk for lidelse og håpløshet. Innsikten i egen atferd var lav, og det var krevende å fremme denne innsikten. Klientens kontaktsøkende atferd eskalerte i form av brudd på privatlivet ved personforfølgelse, men også i form av elektronisk kommunikasjon som hyppige SMS-er, og lange, tidvis sinte »

”

Når behandleren blir vedvarende overveldet og utrygg i relasjonen, blir det vanskelig å yte god helsehjelp



Det er viktig at det ikke går prestisje i å måtte tåle mest mulig

og truende e-poster. Dette atferdsmønsteret ble mat for terapitimene, men det hadde en pris. Bruddene på rammene ble til slutt såpass omfattende at til tross for et solid kollegialt fellesskap, gode fagfeller og en dyktig veileder så jeg meg nødt til å avslutte behandlingsrelasjonen og henvise videre. Jeg mener det ville ha vært både uforsvarlig og uetisk å fortsette.

## BRUDD PÅ RAMMER

**Etter behandlingsslutt reflekterte** jeg mye. Burde jeg ha stanset behandlingskontakten tidligere og henvist vedkommende videre? Tålte jeg for lite?

**Det som næret** den utfordrende atferden hos klienten, var et aspekt ved selve diagnosen vedkommende hadde. Og det var jo tross alt min jobb å bistå ham med å endre det. Samtidig gjorde ikke denne innsikten min tålmodighet for atferden uendelig. Immun mot motoverføringer var jeg heller ikke. Gjentatte brudd på rammene rundt pasient-behandler-relasjonen og brudd på retten til privatliv førte til et sinne hos meg. Jeg kjente behov for selvivaretagelse og skjerming.

**Et innbitt forsøk** på ikke å gi opp fellesprosjektet med pasienten, og et noe urimelig syn på hva helsepersonell skal tåle, bidro til at jeg ikke erkjente dette behovet godt nok.

## HVOR GÅR GRENSEN?

**Når er en** atferd hos pasienten *for* krevende for behandleren? Det tror jeg er avhengig av flere forhold. Både helsepersonellens personlighet og kontekstuelle faktorer spiller inn. Vi må derfor ta med i betraktning helsepersonellens subjektive opplevelse av hva en krevende pasientkontakt gjør med behandler. Når behandleren blir vedvarende overveldet og utrygg i relasjonen, blir det vanskelig å yte god helsehjelp. Da blir det vanskelig å følge det etiske grunnprinsippet om å gjøre godt.

**Under uheldige omstendigheter** kan det også påføre pasienten skade i form av at helsepersonell bukker under for motoverføringsreaksjoner som kommer til uttrykk gjennom fiendt-



lighet og etter hvert en antiterapeutisk holdning (Larsen, 2017). Da er ytterligere et etisk grunnprinsipp brutt.

**Poenget er at** det kan være vanskelig å se når man beveger seg over grensen fra å gjøre godt til å faktisk ikke gjøre det. I etterpåklokskapens lys har jeg erfart at mer introspeksjon og større følsomhet for hvordan pasientkontakten påvirker behandleren, kan gjøre den grensen mer synlig.

## HVA KAN VI GJØRE?

**Vi må snakke** om hvordan vi som helsepersonell, og som helt alminnelige mennesker, blir påvirket av krevende pasientrelasjoner. Vi må ta opp et faktum som egentlig er opplagt: at helsepersonell har grenser for hva de tåler før de blir overveldet og utrygge. Hvor disse grensene går, er forskjellig fra person til person. Det er viktig at det ikke går prestisje i å måtte tåle mest mulig, men at man heller har som mål om å skape et miljø der det faller seg naturlig å snakke om hvordan en pasientkontakt berører en.

**Å få spørsmål** fra veiledere og kollegaer om hvordan en krevende behandlingsrelasjon påvirker en, kan være en fin påminnelse til introspeksjon og refleksjon. Et miljø som inviterer til introspeksjon og påfølgende ivaretakelse, anser jeg å være grunnleggende for at vi nettopp skal kunne opptre etisk riktig overfor pasienter. ✕

---

## REFERANSER

- Flor, J. A. & Kennair, L.E.O. (2019). *Skadelige samtaler*. Tiden Norsk Forlag.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5)
- Larsen, K. B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*, 105(1), 62–66. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>
- Norsk psykologforening (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet: 9. august 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientskadeloven (2001). *Lov om erstatning ved pasientskader* (LOV-2001-06-15-53). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- Ursin, L. (2021, 30. november). De fire prinsipper. *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/de\\_fire\\_prinsipper](https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper)

# Meninger

## DEBATT

### En spiseforstyrrelse kommer sjelden alene

Når pasienter blir henvist med mistanke om spiseforstyrrelse, bør basisutredningen ikke bare inkludere screening, men også en grundig differensialdiagnostisk vurdering.



#### TEKST

Ingrid Adriansen  
Jakobsen, konstituert  
overlege ved enhet  
for spiseforstyrrelser,  
Nordlandssykehuset

#### SPISE- FORSTYRRELSE

**JEG STØTTER DET** Varting og Pedersen skriver i oktoberutgaven om at utredning av personlighetspatologi er viktig, men vil gjerne ta det et steg videre. Det være seg om det dreier seg om personlighetspatologi, utviklingsforstyrrelser, ADD/ADHD eller psykoselidelse. Riktig diagnostikk av underliggende psykopatologi er en forutsetning for å sikre pasientene helhetlig og tilpasset behandling.

Varting og Pedersen foreslår screening i førstelinjetjenesten, og jeg er enig i at utredning bør begynne der. Men når man blir henvist til spesialisthelsetjenesten med mistanke om spiseforstyrrelse, bør basisutredningen ikke bare inkludere en strukturert screening. Den bør også inneholde en grundig differensialdiagnostisk vurdering basert på klinisk skjønn fra behandlere. Behandlerne bør ha god kunnskap om lidelser som personlighetsforstyrrelser, nevroutviklingsforstyrrelser, psykoselidelser m.m. og kjennskap til det diagnostiske hierarkiet som er innebygd i eksklusjons- og inklusjonskriteriene for de enkelte sykdomsenhetene i ICD-10 (Henriksen et al., 2022). Et prinsipp som innebærer at diagnoser høyere i hierarkiet, som organiske, psykose- og stemningslidelser, vil kunne favne alle symptomer

på psykiske lidelser lavere i hierarkiet, inkludert spiseforstyrrelser.

#### UNDERDIAGNOSTISERTE KVINNER

Retningslinjene bør inneholde mer om kunnskapsgrunnlaget vårt om prevalens av samsykelighet ved spiseforstyrrelser. De bør også gi litt informasjon om hvordan en spiseforstyrrelse kan arte seg ved de forskjellige lidelsene.

Kvinner utgjør størsteparten pasienter med spiseforstyrrelse, og det har de senere år vært flere saker fremme om at kvinner med ADD/ADHD (Biederman & Faraone, 2005), autismespekterlidelser og nevropsykiatriske lidelser generelt blir underdiagnostisert eller får diagnosen sent (Posserud et al., 2021; Høye, 2012). Grunnen til det er nok multifaktoriell. Men som i flere andre områder innenfor medisin, har nok mesteparten av forskningen på feltet foregått på menn. Det bidrar til at symptomer hos kvinner ikke er typiske nok. De overses, eller man tenker ikke på å spørre om dem.

De fleste pasientene screenes med standardiserte utredningsverktøy som MINI, BDI, EDE-Q m.m., og da finner vi depresjonene, angstlidelsene og spiseforstyrrelser. Men når vi vet at personlighetsforstyrrelser og nevro-

psykiatriske lidelser både er overrepresentert og underdiagnostisert i denne pasientgruppen, hvorfor er ikke screening og utredning av personlighetspatologi og nevropsykiatriske lidelser en obligatorisk del ved behandling av spiseforstyrrelser?

## KOMPLEKST ARBEID

Arbeid med spiseforstyrrelser er komplekst. Spiseforstyrrelsens oppgave, sagt veldig enkelt, er å regulere eller kamuflere underliggende kjerneproblematikk, og den gjør ofte en formidabel jobb. Det kan være vanskelig å få tak på underliggende problematikk når spiseforstyrrelsen kommer i veien. Når vekten raser nedover og samtaler handler om kalorier og kilo, blir det lite rom for nysgjerrighet og diagnostisk detektivarbeid. Dessverre kan det resultere i at pasientene kun mottar symptomatisk behandling for sin spiseforstyrrelse, som ikke adresserer kjerneproblematikken og de opprettholdende faktorene. Når behandlingen ikke ser ut til å fungere, kjenner nok både pasientene og behandler på avmakt og håpløshet.

Rett diagnose til riktig tid kan gi pasientene en forklaringsmodell for sine vansker og behandlerne et utgangspunkt for mer tilpasset behandling. Det tror jeg kan redde liv.

Bortsett fra endring av retningslinjene bør vi som jobber med denne gruppen pasienter, tilstrebe å øke vår kompetanse i differensialdiagnostikk. Vi må også bli flinkere til å snakke og samarbeide med hverandre, utveksle kunnskap, jobbe tverrfaglig og på tvers av avdelinger og fagområder innad i psykiatrien, og møte hverandres pasienter der det er mulig. Dette vil kunne fremme god diagnostikk.

Behandlingen vil da, som Varting og Pedersen poengterer, ikke bare kunne rettes mot spiseforstyrrelsessymptomene, men mot kjerneproblematikken som bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen. ✕

## KILDER:

- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser>
- Høye, A. (2012). *Schizophrenia: gender differences in diagnosis and mortality in admitted patients* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.
- Henriksen, M. G., Jansson, L. B. & Nordgaard, J. (2022). A cookbook recipe for the clinical and phenomenologically informed, semi-structured diagnostic interview. I M. Biondi, A. Picardi, M. Pallagrosi & L. Fonzi (red.), *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process* (s. 37–50). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_3)
- Posserud, M-B, Skretting Solberg, B., Engeland, A., Haavik, J. & Klungsøyr, K. (2021). Male to female ratios in autism spectrum disorders by age, intellectual disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144, 635–646. <https://doi.org/10.1111/acps.13368>
- Varting, G. & Pedersen, L. B. (2022). Retningslinjer om spiseforstyrrelser bør oppdateres. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(10), 958–959.



Faksimile av oktoberutgaven



Det kan være vanskelig å få tak på underliggende problematikk når spiseforstyrrelsen kommer i veien

## DEBATT OM SPISEFORSTYRRELSE

Tidligere innlegg:

**Nr. 10 - 2022** Retningslinjer om spiseforstyrrelser bør oppdateres (Grunde Varting & Linn Beate Pedersen)







# Ikke-spesialistene trenger et løft

Halvparten av ikke-spesialistene er usikre på om de vil stå i psykologyrket. Det er på høy tid at Psykologforeningen prioriterer denne gruppens lønn og arbeidsvilkår.



**DE SISTE ÅRENE** har forholdene psykologer og psykologspesialister jobber under, blitt mer utfordrende. På psykologstudiet går ryktene om den tøffe spesialisthelsetjenesten, der de fleste begynner sin karriere. I Yngre psykologers utvalg (YPU) får vi stadig tilbakemeldinger fra unge, slitne psykologer i spesialisering. Noen av oss har også personlig opplevd «praksissjokket» og er bekymra for hvordan dette påvirker behandlere og pasienter. Men er det grunn til bekymring? Hvordan står det egentlig til med de yngre psykologene som ikke er spesialister? For å svare på dette sendte YPU ut en spørreundersøkelse våren 2022 til alle foreningens ikke-spesialister, utdannet i 2017 eller senere. Her ble det spurt om arbeidsforhold, lønn og trivsel. Gitt resultatene opplever vi at deler av vår bekymring ble bekreftet og forsterket.

## STOR ARBEIDSBELASTNING

I overkant av 700 respondenter svarte på undersøkelsen, hvorav 73 prosent jobbet i spesialisthelsetjenesten og 96 prosent jobbet helt eller delvis klinisk. Vi vil først trekke

frem to hovedfunn som bør få alarmklokkene til å ringe:

Spørreundersøkelsen vår viste at 47 prosent av respondentene var negative til eller usikre på om de ønsker å jobbe som psykolog hele sitt aktive yrkesliv. Dette overrasket oss. Psykologstudiet har i mange år vært et av studiene det er aller vanskeligst å komme inn på. Psykologyrket har høy status, mange karrieremuligheter, og på sikt er lønna god. Våre tall viser at det er svært vanlig for psykologer å få jobb rett etter studiet, gjerne også før autorisasjonen er på plass. Likevel er mange usikre på om de vil fortsette. Det kan bety at de ser på psykologutdanningen som en generalistutdanning, som man kan bruke til mer enn klinisk psykologi. Men det kan også si noe om arbeidsforholdene i yrket.

108 av respondentene fylte ut en åpen svar del for å begrunne hvorfor de var usikre på fremtiden som klinisk psykolog. Det overveldende flertall svarte at årsaken var høy arbeidsbelastning i psykisk helsevern som medfører dårlige rammer for å gjøre en god jobb for pasientene, samt lite mestring, utbrenthet og van-

**TEKST** Helén Ingrid Andreassen, Håkon Coucheron Fredhammer, Kristoffer Wilhelmsen, Rikke Pauline Sandvik, Astrid Brænden, Oda Nissen, samtlige ikke-spesialister

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**LØNN OG ARBEIDSVILKÅR**





For mange er det unektelig en tøff overgang fra studiet til praksis

sker med å kombinere jobb og familieliv. Ofte ble det nevnt at lønna ikke står i forhold til arbeidsbelastning, ansvar og utdanningsnivå.

#### HØYT SYKEFRAVÆR

Hele 22 prosent av våre respondenter har hatt sykemeldinger der arbeidssituasjonen har vært medvirkende faktor til sykefraværet. Dette er et høyt tall, som dessverre stemmer overens med tilbakemeldingene vi får fra medlemmene vi representerer. Det er høyt tempo, mange pasienter og mye nytt å forstå. Funnet i undersøkelsen kan problematiseres ytterligere når man legger til grunn at 54 prosent av respondentene ble ansatt i vikariat i sin første stilling. Det er ikke urimelig å se for seg at vikariater høyner terskelen for fravær og sykemelding. Selv med dette bakteppet er det høyt sykefravær knyttet til arbeidssituasjonen. Dersom disse funnene er representative for psykologstanden, er vi bekymret for at flere kan bli syke.

#### TØFF OVERGANG

For mange er det unektelig en tøff overgang fra studiet til praksis. På fellesprogrammet blir nye psykologer fortalt om at terapi fungerer best for mennesker med moderate vansker når de får samtale hver uke, eller sjeldnest annenhver uke. Vi snakker ofte med unge psykologer som kan se langt etter en slik hyppighet i sine behandlingsforløp. De telles og måles på hvor mange pasienter de kan ta inn i behandling, og hvor mange timer man har om dagen. Videre må pasienter skrives ut før lista blir for lang. Drømmen om å hjelpe andre mennesker mister sin glød når rammene for å tilby hjelp ikke er gode nok. De tøffe forholdene rammer til slutt pasientene, som fortjener den beste behandlingen og behandlere som ikke blir syke av jobben. Det er ironisk at rammene for å drive behandling i psykisk helsevern ikke ser ut til å fremme god psykisk helse hos egne ansatte

Når vi senere i undersøkelsen spurte om hva respondentene ønsket at YPU skulle jobbe med fremover, var det ikke overraskende et overveldende flertall som vil at vi skal jobbe med ikke-spesialistenes arbeidsforhold og lønnsvilkår. Det var også mange som nevnte reglementet rundt spesialisering som et viktig tema.

Hvordan står det så til med lønn? Kan lønn kompensere for en tøff start på arbeidslivet som psykolog?

#### LITEN LØNNSØKNING

I septemberutgaven av Tidsskrift for Norsk psykologforening redegjorde visepresident Rune Frøyland for foreningens prioriteringer i årets lønnsforhandlinger. Spesialistene prioriteres, og argumentasjonen for dette er logisk nok. De fleste psykologer blir spesialister relativt raskt, og i et livsløpsperspektiv vil alle tjene på at spesialistlønna er høy. Det er vi enige i. Samtidig ser vi prioriteringen av ikke-spesialistene i kontekst av vår undersøkelse og de mange tilbakemeldingene vi får. Gjennomsnittlig lønnsforskjell mellom spesialist og ikke-spesialist er nå om lag 225 000, og enda høyere i spesialisthelsetjenesten. Ikke-spesialistene og særlig nyutdannede er som regel i en livsfase der man kjøper sin første bolig, får barn og etablerer seg. Og selv om vi i utgangspunktet ikke har like mye ansvar som psykologspesialistene, må vi foreta suicidvurderinger, voldsrisikovurderinger og behandle svært komplekse lidelser. Det tar minst fem år før man kan bli spesialist, som regel tar det lengre tid. Særlig i en tid med økende priser, renter og høy gjeldsgrad for unge

i etableringsfasen frykter vi at (minst) fem år uten reell lønnsøkning blir for lenge å vente før man får en god lønnsøkning. Kan dette, kombinert med høy arbeidsbelastning, være en forklaring på hvorfor stadig flere velger å jobbe i privatpraksis?

Kun en tredel av respondentene forhandlet om lønn i sin første stilling. Litt under halvparten av disse forhandlingene førte til høyere lønn. Dette til tross for at vi er en attraktiv yrkesgruppe hvor de fleste er raskt i jobb etter studiet. I lønnsforhandlinger blir en stor del av lønnsputten forhandlet lokalt. Da er det naturlig å prioritere den erfarne spesialisten fremfor unge psykologer som jobber i vikariat. Det ender med at det blir vanskelig for mange å få noen god lønnsøkning før de er ferdige spesialister.

### ØKT OPPMERKSOMHET

Våre funn vil nok ikke overraske psykologene som ikke er spesialister. Vi håper at funnene kan støtte opp om psykologenes opplevelse av sin arbeidshverdag. Det handler ikke om at du som enkeltperson ikke jobber hardt nok. Det handler om at man som behandler blir sittende med et ansvar for å dekke over manglene til et helsevesen som er underdimensjonert og underfinansiert.

Det nærmer seg Psykologforeningens landsmøte. Gjennom den siste landsmøteperioden har foreningen rettet oppmerksomhet mot en rekke viktige temaer, som helse og arbeid og den økende spesialistflukten fra helseforetakene over til det private. Samtidig mener vi i YPU at det er på tide at Psykologforeningens fremste tillitsvalgte gir arbeidsvilkårene til ikke-spesialistene oppmerksomhet. Ikke-spesialister utgjør en betydelig del av foreningens medlemsmasse. Det bør også reflekteres i de politiske prioriteringene.

Vi vil utfordre det påtroppende sentralstyret i Psykologforeningen: Hvordan vil dere ivareta ikke-spesialistene i foreningens politikk og virke? Hva står i veien for å rette oppmerksomhet mot ikke-spesialistenes arbeidsvilkår og prioritere ikke-spesialister i lønnsoppgjør? ✕

## Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 10. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

# Snever psykologetikk

Hedvig Montgomerys refleksjoner over egen praksis i septemberutgavens Etikkpanelet er symptomatisk for psykologprofesjonens hjelpeløse holdning i møte med menneskefiendtlige samfunnstrender.



**TEKST** Reidar Schei Jessen, psykolog og postdoktor, Universitetet i Oslo

## ETIKK

**MED UTGANGSPUNKT** I sitt arbeid med reality-TV skriver Montgomery om de negative omkostningene ved å delta i slike programmer. Ifølge Store norske leksikon skyldes utbredelsen av reality-TV først og fremst at sjangeren er billig å produsere sammenlignet med mer ambisiøse dramaproduksjoner (Enli, 2022). Den industrien som Montgomery har gjort det til en del av sitt levebrød å jobbe for, er altså ikke produktet av en tilfeldig samfunnsutvikling, men resultatet av beinhard konkurranse blant TV-selskaper om økt profitt. Dessverre reflekterer hun ikke på noe tidspunkt over sin egen rolle i dette.

Montgomery forteller at hun i sin tid lot seg fascinere av muligheten til å «skape forståelse i et stort system om psykisk helse». Systemet hun viser til, er den internasjonale TV-industrien, hvis fremste mål er å skape profitt. Men hvis de menneskelige konsekvensene av å delta i reality-TV er så negative som Montgomery beskriver i Etikkpanelet, så fremstår det underlig at hun selv har fortsatt å jobbe for denne industrien.

Montgomerys refleksjoner over egen yrkespraksis gir inntrykk av at hun bare er en nøytral tilbyder av psykologisk kunnskap. Denne argumentasjonen minner om det vi hører fra pengesterke tilbydere av private psykologtjenester som Dr. Dropin og Institutt for psykologisk rådgivning, som markedsfører behovet for psykoterapi i stor skala, samtidig som de tapper det offentlige helsevesenet for arbeidskraft. Det som imidlertid mangler i slike yrkesetiske betraktninger, er kritiske refleksjoner over hvordan psykologer er med på å støtte

opp om menneskefiendtlige samfunnstrender, i Montgomerys tilfelle at hun bidrar til å legitimere en profittdrevet industri som ifølge henne selv har store menneskelige omkostninger.

Montgomery skriver videre at oppdragene for reality-TV ble «tvunget» på henne «av en venninne». Med mindre Montgomerys venninne er oppsiktsvekkende dominerende, vitner denne refleksjonen om en særdeles passiv holdning når det kommer til valg av arbeidsoppgaver som psykolog. Hvis innlegget er representativt for psykologprofesjonens etiske bevissthet, er vi nødt til å utvide vår forståelse av hva yrkesetikk for psykologer innebærer. Vi må utvikle analyser som gjør det mulig å se hvilken rolle våre ulike arbeidsoppgaver spiller i samfunnsutviklingen.

Det er ikke gitt at psykologisk kunnskap alltid er oppskriften på å reparere ethvert problem i samfunnet (Madsen, 2017). Montgomerys selvgransking vitner om at psykologer med gode intensjoner kan mislykkes i sine forsøk på å endre menneskefiendtlige systemer. Når dette skjer, bør vi bruke vår makt som yrkesgruppe til å kritisere systemet. Vi bør i alle fall ikke først legitimere det, for deretter å tjene penger på å reparere ofrene for det. ✕

## REFERANSER

- Enli, G. (2022, 11. august). Reality-TV. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/reality-TV>
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.



... gir inntrykk av at hun bare er en nøytral tilbyder av psykologisk kunnskap





Faksimile av septemberutgaven

# Å se med virkelighetens briller

For meg er det fundamentalt at enhver som møter meg som profesjonell, kjenner seg ivaretatt og ikke dømt.

**BUDSKAPET I MITT** innlegg var at en ny tid med mulighet for eksponering av enkeltmennesker gjennom sosiale og redigerte medier, fører til en sårbarhet. Historier blir fastlåst og til tider også brukt av andre, og fører ikke til den psykologiske vekst vi vet at et menneske trenger selv om intensjonen er god, både hos den som deler og den som eventuelt formidler. Dette er det viktig å være klar over, både i terapirommet og i det offentlige rom.

Jeg oppfatter at Reidar Schei Jessen leser meg med helt andre briller – og vurderer mitt innlegg ut fra sitt politiske syn. Jessen mener (åpenbart) at alle psykologer skal være offentlig ansatte, i kraft av vår utdanning. For meg er det ren politikk som bør diskuteres som det – uten forkledning. Jeg ser dog ingen grunn til å gå inn i denne debatten, og har heller aldri tidligere gjort det. Jeg forholder meg til virkeligheten slik den er, ikke slik Jessen skulle ønske at den var.

Det er dog ett poeng jeg vil påpeke: å bruke vanlige menneskers mer eller mindre sanne historie, enten i dokumentarer, egen markedsføring, litteratur, nyhetsreportasjer eller i reality-produksjoner, er vår tids kulturelle grep. Jeg tror vi som hjelpere har nytte av å kjenne så mange av disse arenaene som mulig fra innsi-

den. Vi må være forsiktige med å dømme fra vår profesjons ståsted, og dermed også fordømme mange menneskers liv og valg. Vi kan like eller ikke like våre klienters bruk av TV og sosiale medier, men vi må også gjøre oss tilgjengelige for å forstå deres valg. Skal du møte klienter i dag og være en del av et hjelpeapparat, må du forstå hva det store flertallet av mennesker ser på, blir grepet av og drømmer om.

Som psykolog har jeg forsøkt å hjelpe mennesker som deltar i reality, dokumentar og fiksjon, mennesker som har begått omsorgssvikt mot sine barn, mennesker som har vært utsatt for omsorgssvikt, mennesker som har brukt illegale rusmidler, mennesker som har begått alvorlig kriminalitet og mennesker som jobber for private selskaper. Og enda flere som ikke har gjort noen av delene. Det er min erfaring at hva jeg er med og legitimerer og ikke-legitimerer gjennom mitt virke som psykolog, er komplisert vurderinger fra klient til klient. Vår faglighet baserer seg på at vi har inngående kjennskap og konkret grunnlag for vår vurdering.

For meg er det fundamentalt at enhver som møter meg som profesjonell, kjenner seg ivaretatt og ikke dømt, hverken for det de oppsøker meg for eller de valg de tar i livet. ✕

**TEKST**  
Hedvig Montgomery,  
psykolog

**ETIKK**

Jeg forholder meg til virkeligheten slik den er, ikke slik Jessen skulle ønske at den var

# Delfinansiering av psykologer uten avtale

Jeg utfordrer Psykologforeningen: Vi trenger flere avtalespesialister og delfinansiering av psykologer uten avtale for at utviklingstraumatiserte skal få hjelpen verken kommune eller sykehus har kapasitet til å gi.



**TEKST** Kristin Lyse, avtalespesialist

**AVTALE-  
SPESIALISTER**

**SMÅ BARN I** voksne kropp er ofte på mitt kontor. Noen har erfaringer med at voksne har forlangt at barnekroppene skulle brukes til «voksne ting», for eksempel å skjule rusmisbruk eller å være en jevnlig kilde til seksuell tilfredsstillelse. Kanskje ble barnet utsatt for gjentatte slag. Kanskje det ikke så noen annen utvei enn å gi den voksne rett: «Slik må det sikkert være – jeg er jo bare en drittunge – ingenting verdt, så jeg behandler meg selv likedan.» En selvforakt har begynt å ta form, som det senere i livet kan komme til å måtte betale dyrt for.

## FARE FOR AVVISNING

Som avtalespesialist får jeg stadig slike saker henvist fra andre deler av spesialisthelsetjenesten eller fra fastlegen. Mange av sakene kjenntegnes av stadige skifter av behandlere i poliklinikkene; hvis pasientene i det hele tatt har vært så heldige å få et tilbud der. Kanskje har de hatt noen runder med kortvarige innleggelser, gjerne med en studieevne og arbeidsevne balanserende på en knivsegg.

Vi snakker om traumer påført under utvikling, eller relasjonsskader som har satt spor i kropp og sjel. Sporene kan arte seg som selvut-

slettende væremåter, som har en tendens til å repeteres i nye forhold. Også i de terapeutiske. Barnet i den voksne kroppen har alle slags bakgrunner og kan ytre sett fremstå som ressurssterke eller ressurssvake – alt ettersom. Felles er at mange er i sterk tvil om de fortjener å få hjelp med problemene sine.

Noen betegner slike pasienter som for dårlige for førstelinjen eller for komplekse for andrelinjens tid til å behandle dem. De er derfor ofte utsatt for å bli avvist i døren inn til helsetjenesten, om ikke én, så flere ganger! Vårt svar på pasientens spørsmål om rett til behandling innebærer derfor en stor risiko for at vi bekrefte barnet i den voksne kroppens antakelse om «å ikke være verdt å hjelpe».

## SORTERINGSARBEID

Kanskje er ikke pasientene «motiverte» eller «i allianse med» poliklinikkens krav om «rask bedring» (eller rettere sagt prioriteringsveilederens diktat som sier noe om at nytten skal stå i forhold til ressursbruken). Kanskje er realiteten heller at grad av nytte av behandling også fordrer ressurser i form av tid, og at vi bør akseptere at pasientene over en periode til en





**SVINGDØRSPASIENTER** Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, ennå en gang svinges i dørene inn til helsevesenet, skriver artikkelforfatteren. Foto: Halytskyi Olexandr/Shutterstock/NTB

viss grad blir avhengige av oss som behandler. Noe som kan være gunstig for at utviklingstraumatiserte pasienter skal kunne utvikle god tilknytning i andre relasjoner.

Med dette som bakteppe er det uklart hva Psykologforeningen ønsker å oppnå når den foreslår å delfinansiere psykologstillinger i kommunen, «med diagnostisk kompetanse som kan skille mellom hvem som kan behandles i kommunen, og hvem som skal behandles i sykehusene», slik foreningens president Håkon Skard tok til orde for i Dagsnytt 18, 11. august i år. I samme sending fortalte Skard om psykologer som «dras over i det private fordi de faglige vilkårene i spesialisthelsetjenesten ikke er gode nok».

Skal de delfinansierte stillingene brukes til å sile hvem som skal ha lavterskeltilbud i kommunen, og til mer høyspesialiserte tilbud i spesialisthelsetjenesten i tillegg til silingen i inntaksteamene?

Vil sorteringen være basert på en forståelse av at psykiske lidelser er relativt standardiserte størrelser, slik som diagnose og symptomer som kan angis på et (digitalt) papir? Eller skal psykiske lidelser også forstås som pågående patologiske prosesser, som for noen kan gå riktig galt –

om det ikke gis behandling over tid? For det skal vel ikke psykologer i kommunen tilby?

#### **DELFINANSIERT BEHANDLING**

Dersom pasienter skal henvises videre, må det også finnes gode nok vilkår for å gi «vekstfremmende» behandling hos henvisningsmottaker. For pasienter som ikke nyttiggjør seg behandling på kort sikt, har det hittil blitt anbefalt behandling hos avtalespesialist. Denne anbefalingen er trolig basert på at poliklinikkene er kjent med at vi kan tilby stabile behandlingsrelasjoner. Vi skifter sjelden jobb, har lang erfaring gjerne fra den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten og kompetanse i å behandle bl.a. utviklingstraumer, som DPS eller sykehus sjelden har kapasitet til å behandle selv.

Veksten i antall avtalespesialister har over år uteblitt. Det er derfor ikke uten grunn at pasienter klager over at de må vente altfor lenge, hvis de i det hele tatt får et tilbud. I min region har foretaket dessuten valgt å konkurranseutsette polikliniske tjenester istedenfor å lyse ut flere avtalespesialister. Aktuell forskning på privatisering via konkurranseutsetting av offentlige helsetjenester viser at det er assosiert med en



Med dette som bakteppe er det uklart hva Psykologforeningen ønsker å oppnå





Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, ennå en gang svinges i dørene inn til helsevesenet

viss økning i antall dødsfall som kunne vært unngått med bedre behandling (Goodair & Reeves, 2022). Det er langt fra sikkert at tilbud på behandling blir en god «deal» for pasienter med behov for omfattende behandling. Slike pasienter gir som kjent «lav gjennomstrømming» og potensielt mindre inntekt for dem som behandler dem.

Samtidig skal også avtalespesialistordningen revideres gjennom et felles henvisningsmottak, kanskje med utsikt til effektivisering eller avlastning for poliklinikkenes ventelister. Riktignok blir pasientene, gjennom en formalisering av vurdering av rett til helsehjelp, lovet kortere ventetid. Hva mener Psykologforeningen om innholdet i denne rettigheten dersom tilgangen på slik behandling svekkes?

### SVINGDØRSPASIENTER

Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, ennå en gang svinges i dørene inn til helsevesenet, når kortere ventetider krever ytterligere (bort)prioritering. Og om de faglige vilkårene svekkes også hos avtalespesialistene, blir det vel et spørsmål om tid før også vi «flykter» ut av hjemlene. Vi vil få et større klaseskille på hvem som har råd til behandling over tid, og prisen for samfunnet kan bli svært høy.

Spesialisthelsetjenesten har lenge påpekt ressursmangel, mens uførestatistikken for psykiske lidelser øker. Det fremstår derfor litt merkelig at Psykologforeningen verken understreker behovet for flere avtalespesialister eller for eksempel foreslår å delfinansiere behandling for voksne pasienter som må søke seg til helprivate, men vil ha statlig delfinansiering av nye stillinger for psykologer i kommunene. Som det allerede er vanskelig å rekruttere til, om vi skal tro rapporten fra Oslo Economics fra 2022.

En delfinansiering kunne ha bidratt til å redusere det såkalte klaseskillet, ved for eksempel å gjeninnføre rett til Helfo-refusjon for behandling hos det stadig økende antallet hel-private psykologer, som svært mange pasienter allerede må betale fra egen lomme for å kunne gå til. Det er også forskning som viser at innbyggernes tilfredshet med helsevesenet er assosiert med høy grad av offentlig dekning (Martinussen & Rydland, 2022). Som forskerne i denne studien påpeker, bør nettopp innbyggernes meninger om hvordan helsevesenet utformes, ha betydning for politikernes valg. Kanskje ville nettopp en rett til refusjon av utgifter som fulgte pasientene, ha betydning, dersom en spurte dem. Kanskje er dette særlig relevant når det er behov for behandling over tid, som ingen forsikring, student- eller bedriftshelsetjeneste meg bekjent dekker.

De utviklingstraumatiserte barna i voksne kroppar trenger tid og individuelt tilpasset behandling. Om verken spesialisthelsetjenesten eller kommunene har kapasitet til å gi dem slik behandling, hvem mener Norsk psykologforening at et offentlig finansiert psykisk helsevern skal være til for?\*

### REFERANSER:

- Goodair, B. & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: An observational study of NHS privatisation. *The Lancet Public Health*, 7(7), e638–e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)
- Martinussen, P. E. & Rydland, H. T. (2022). (I can't get no) Satisfaction: A comparative study of healthcare recommodification in Europe, 2010–18. *Social Science & Medicine*, 305, 115083. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115083>
- Oslo Economics (2022). Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge.



# Hvorfor Folkeopplysningens konklusjon er misvisende

Folkeopplysningens siste episode presenterte en rekke problematiske påstander om effekten av psykoterapi.



**HELDIGVIS ER PÅSTANDENE** allerede blitt imøtegått av en rekke fagpersoner, forfatterne av denne kommentaren inkludert, på flere arenaer i ettertid.

Med dette innlegget ønsker vi å redegjøre mer detaljert for hvorfor konklusjonen fra Folkeopplysningen (Folkeopplysningen – Psyk – NRK TV) om svak effekt av psykologisk behandling ble så misvisende. Vi vil hevde at forskningen det vises til i programmet, er mangelfull – og dermed uegnet som basis for formidling av effekten av psykologisk behandling ut til befolkningen.

Folkeopplysningens påstander lener seg åpenbart tungt på en metaanalyse av Pim Cuijpers et al. (2019) om behandling av depresjon. Denne studien lider etter vårt skjønn av flere vitenskapelige problemer, og gir derfor ikke et godt svar når det gjelder effekten av psykoterapi for depresjon. Av samme grunn er studien blitt sterkt kritisert, dataene den bygger på, ble reanalysert og republisert av autoritative psykoterapiforskere, inklusive Allan Abbass og Bruce Wampold, med funn som gir adskillig mer opplytende resultater (Munder et al., 2019).

Hovedproblemene med den opprinnelige studien til Cuijpers og medarbeidere (basert både på Munder et al. og vår egen gjennomgang) er følgende:

1. Forfatterne inkluderte en rekke studier av behandlinger som ikke formelt sett kan defineres som psykoterapi, og de oppga heller ikke meningsfulle inklusjons- og eksklusjonskriterier for hva de regnet som psykoterapi. I gjennomgangen til Munder et al. fremkommer det at minst 61 av effektene som er inkludert i Cuijpers' metaanalyse, baserer seg på intervensjoner som ikke møter tradisjonelle definisjoner av hva psykoterapi faktisk er. Eksempler som feilaktig kodes som psykoterapi, er en studie der

man gir pasientene en selvhjelpsbok i kognitiv terapi med instruks om å gjøre hjemmeoppgaver, i en annen gis kun tilgang til en hjemmeside med leksjoner om depresjon og diabetes, og i en tredje leveres en minimal psykologisk intervensjon av sykepleiere uten noen spesifikk kompetanse innen mental helse. Dette vil medføre at effekten av «psykoterapi» fremstår svakere enn den egentlig er.

2. Cuijpers ekskluderte alle studier med ventelistekontroll ( $k = 159$ ) og slo sammen resterende studier som en samlet kontrast til psykoterapi: Normal oppfølging i helse-tjenesten ( $k = 144$ ) og andre kontroller ( $k = 66$ ), dvs. kjente virksomme kontrollbetingelser, primært pilleplacebo eller psykologiske placebo-behandlinger. Dermed blir studien en test av effekten av psykoterapi sammenliknet med en sammenblanding av standard behandling slik den gis i helsetjenesten (inkludert virksomme behandlinger som tradisjonell støtteterapi og psykofarmaka administrert av erfarne psykiatere), og virksomme kontrollbetingelser, snarere enn med ingen behandling. Dette vil kunstig svekke effekten man finner for den aktive betingelsen, psykoterapi. Rasjonalt for å definere venteliste som en nocebo-betingelse (som altså forverrer tilstanden) er dessuten i seg selv tvilsomt (Munder et al., 2019), da flere studier viser at pasienter som er plassert på venteliste i påvente av behandling, bedrer seg betydelig, trolig som et ledd i en form for remoraliseringsprosess (Minami et al., 2007, for en lengre diskusjon av dette, se Munder et al., 2019).
3. Cuijpers et al. ekskluderte ikke-vestlige studier basert på at man fant større effekter i ikke-vestlige land (f.eks. fra Afrika, Asia og Latin Amerika). Det er et underlig valg. Dessuten definerte de aldri kriteriene for at noe

**TEKST** Ole André Solbakken, Helene A. Nissen-Lie, Hanne Weie Oddli, Marit Råbu, Erik Stånicke, Margrethe Seeger Halvorsen, Roger Hagen og Hanne Strømme

## TERAPI





Folkeopp-  
lysningen  
fokuserer  
ensidig på  
forskning  
som er vist  
å ha grunn-  
leggende  
svakheter

ble regnet som «ikke-vestlig». Forskjellen mellom vestlige og ikke-vestlige land i studien kommer for en stor del av utelligere i data (dvs. studier med avvikende effekter). Det er studiene med avvikende effekter, og ikke alle studier fra ikke-vestlige land, som burde vært ekskludert.

4. Cuijpers et al. ekskluderte videre en rekke studier med det som de kalte «possible systematic errors or deviations from true or actual outcome». Studier ble ekskludert hvis de ikke tilfredstilte fire strategisk utvalgte kriterier fra verktøyet *Cochrane risk of bias for randomized trials*. Dette verktøyet egner seg godt til legemiddelstudier, men er dårlig tilpasset psykologisk behandlingsforskning. Eksempelvis førte denne prosedyren til at det kjente *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program* (Elkin et al., 1989) ble ekskludert, mens en rekke studier med bare en, to eller tre terapeuter – eller studier som ikke hadde noen kontroll for etterlevelse av terapimodellen, ble inkludert.
5. Det er videre alvorlige problemer i metaanalysen til Cuijpers et al. med tanke på kodingsprosedyrer og reliabiliteten til disse prosedyrene. Det er for eksempel ikke rapportert noen prosedyre for kodingen av såkalt *risk*

*for bias*, ei heller foreligger det noen reliabilitetsberegning for denne kodingen. På samme måte mangler studien en demonstrasjon av akseptabel reliabilitet for inklusjonen og eksklusjonen av studier, kodingen av hva som defineres som psykoterapi, kodingen av ulike kontrollbetingelser, samt det helt grunnleggende uttrekket av data fra hver enkelt studie som inngår i metaanalysen. Som kjent fører manglende reliabilitet i seg selv til sviktende validitet.

Når man tar høyde for en del av disse problemene i reanalysen av dataene i Cuijpers metaanalyse, konkluderer Munder et al. med en effektstørrelse for psykoterapi mot venteliste på 0.75, på 0.43 mot virksomme kontrollbetingelser, og på 0.31 mot standard behandling slik den gis i helsetjenesten. Disse tallene er til forveksling lik dem vi har operert med i en årrekke, og demonstrerer en betydelig effekt av psykoterapi. Dette er det viktig at befolkningen er kjent med.

Konklusjonen må være at når Folkeopp-lysningen fokuserer ensidig på forskning som er vist å ha grunnleggende svakheter, uten å invitere til motstemmer, blir programmet villedende snarere enn opplysende. ✖

## REFERANSER

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Ebert, D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 21–30. [10.1017/S2045796018000057](https://doi.org/10.1017/S2045796018000057)
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C. & Brown, G. S. J. (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 232–243. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.232>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C. & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Wahl, A. (2022, 28. september) Psyk (Sesong 5, Episode 7) Folkeopplysningen, NRK. <https://tv.nrk.no/serie/folkeopplysningen/2022/KMTE31009621/avspiller>



**OPPTRAPPING** Hovedmål for en ny opptrappingsplan må bli styrket psykisk helse og lavere forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, skriver artikkelforfatteren. Foto: John Vachon/Library of Congress

# Mer behandling er ikke det viktigste

Den nye opptrappingsplanen for psykisk helse kan ikke ha som hovedmål å bygge ut enda mer behandling.\*

**PSYKISKE LIDELSER KOSTER** Norge 280–290 milliarder kroner i året (Helsedirektoratet 2019). Det er fire ganger mer enn det koster å drive Forsvaret, eller halvparten av det eldrebølgen vil koste oss i økte alderstrygder helt frem til 2060.

Helsetapet fra psykiske lidelser i arbeidsdyktig alder er større enn helsetapet fra alle hjertekarlidelser, kreft, diabetes og kols til sammen. Flere dør av selvmord enn av brystkreft. Det er mer enn seks ganger flere selvmord i Norge enn dødsfall i veitrafikken. Nasjonal Transportplan har lagt inn 68,5 milliarder kroner årlig i ti år for å hindre skader og død på veiene. Tenk om vi brukte like mye på å forebygge selvmord!

I arbeidet med ny opptrappingsplan for psykisk helse må vi lære av feilene fra tidligere satsinger. Her er noen læringspunkter:

## VOLUM OG KVALITET

De siste 30 år har volum, tilgang og kvalitet i behandling av psykiske lidelser økt kraftig. Men forekomsten i befolkningen er uendret. Tretti års utbygging av behandling har ikke hatt noen virkning på forekomsten. Klart vi skal ha god behandling når vi er syke. Men en ny opptrappingsplan kan ikke ha som hovedmål å bygge ut enda mer behandling. Det er for dyrt, har for liten effekt, gir høye tilbakefallsrater og treffer sosialt skjevt.



**TEKST** Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, UiO, tidligere assisterende direktør ved Folkehelseinstituttet

## FOREBYGGING

.....

\* Dette innlegget er en forkortet versjon av foredraget Arne Holte holdt på Promentakonferansen 29. september 2022.



Hovedmål for en ny opptrappingsplan må bli styrket psykiske helse og lavere forekomst av psykiske lidelser i befolkningen.

I tidligere opptrappingsplaner og i gjeldende strategi for god psykisk helse, er vitenskapelig forebyggingskunnskap neglisjert. Dagens strategi er en samling politisk innspilte enkelttiltak som er tatt opp av skuffen og samlet i ett felles dokument: «Mestre hele livet».

Fremfor vitenskapelig fundering har man i årevis ukritisk lyttet til brukerorganisasjoner som Forandringsfabrikken, som til nå har mottatt 100 millioner kroner i offentlig støtte. *Vi må få en ny strategi. Den må bli kunnskapsbasert og mindre politiker- og såkalt brukerinformert.*

#### FOREBYGGINGSREGNSKAP

*Prioriter arenaer utenfor fremfor innenfor helsetjenestene.* Prioriter brede befolkningsrettete tiltak foran tiltak for høyrisikogrupper. Prioriter landets dyreste psykiske helseproblemer – angst og depresjon – som kan forebygges, foran sjeldnere, ofte alvorligere som vi ikke vet hvordan vi skal forebygge. Prioriter barn og unge foran voksne og eldre. Prioriter de aller minste foran alle andre.

*Etabler et forebyggingsregnskap.* Statistisk Sentralbyrås (SSB) helseregnskap «jukser». Av de 418 milliardene Helse- og omsorgsdepartementet, rår over, hevder SSB at 2–3 prosent går til forebygging. Det meste av dette har ikke noe med aktiv forebygging å gjøre. Fjerner vi det, er det rundt én prosent igjen til helsestasjon, skolehelsetjeneste og liknende.

*Sørg for å evaluere.* Under opptrappingsplanen for psykisk helse for perioden 1999–2008, brukte vi rundt 47 milliarder friske 2021-kroner over 10 år uten å ane om behandlingen ble bedre, om det ble færre psykiske lidelser, eller om vi fikk et psykisk friskere folk. Noe sånt må ikke få gjenta seg.

*Den nye opptrappingsplanen må ha kvantitative mål.* En suksess ved den forrige planen var et stort antall kvantitative mål. Verken «Mestre hele livet», den gjeldende planen for barn og unge eller planen for rusfeltet har kvantitative mål. Selvmordsforebyggingsplanen har nullvisjon, men tidsrammen er uendelig. Uten kvantitative mål vet vi ikke om vi er på rett vei eller når målene. Slik kan regjeringer vise til massive tiltak og samtidig dekke over manglende resultater.

Andre suksessfaktorer i den forrige planen var øremerking av midler finansiert over planen og godkjente planer med faglige kvalitetssnormer for å få utløst midler. Her har den nye planen mye å lære.

#### SPEDBARNSTID, BARNEHAGE OG SKOLE

De siste 15 årene har vi fått god kunnskap om hvordan vi kan styrke befolkningens psykiske helse, hva som virker hvor og hva som lønner seg økonomisk. Tre arenaer er viktigere enn andre; spedbarnstiden, barnehagen og skolen. Hvorfor? Fordi halvparten av de psykiske lidelsene debuterer før midt i tenårene, og fordi jo tidligere vi investerer, desto mer får vi igjen for pengene.

Rundt hver åttende spedbarnsmor vil få en periode med mye depressive plager innen to år etter fødsel (Holte & Eberhard-Gran, 2022). Blir det langvarig, kan det gi en rekke uheldige konsekvenser for barnet. Det er bare underlig at gravides kroppslige helse følges nøye (blodtrykk, vektoppgang, sukker i urinen m.m.) mens spørsmål om kvinnens psykiske helse overlates til tilfeldigheter.

Nylig anmodet Verdens helseorganisasjon Norge om å innføre screening for psykiske helseproblemer hos mødre i spedbarnstiden. Men Helsedirektoratet stritter imot. Stadig uten faglig grunnlag. *Politikerne må nå overkjøre Helsedirektoratet og få på plass screening av psykiske helseplager hos spedbarnsmødre, med oppfølging av trenet helsesykepleier der det er aktuelt. Det må inn i den nye opptrappingsplanen for psykisk helse.*

Ingen arena passer bedre til å gjennomføre universelle psykisk helsefremmende tiltak enn barnehagene. Forskjeller mellom barnehager i barns psykiske helse kan i stor grad knyttes til forskjeller i relasjonene mellom barn og voksne. Når barna har fylt åtte og går i tredje klasse, kan barns psykiske helse fortsatt knyttes til god voksen-barn-relasjon i barnehagen.

Psykologer, leger og sykepleiere får det meste av sin praktiske kompetanse gjennom veiledning. I den nye opptrappingsplanen for psykisk helse må vi innføre en obligatorisk personlig veiledningsordning for alle nye barnehagelærere.

En statsminister, en helseminister og tre kunnskapsministere lovet oss psykisk helse i skolen. Men de nye læreplanene inneholder ingen kompetansemål på psykisk helse, ikke i



noe fag, ikke på noe klassetrinn, verken på følelser, tanker, atferd, kunnskaper, holdninger eller ferdigheter. Psykisk helse skulle være et tverrfaglig tema. Men ikke engang i naturfag er det snurten av psykisk helse. Har de ikke hørt om hjernen?

### DE STORE DETERMINANTENE

De færreste lærerutdanningene gir lærerne opptrening i psykisk helse. Skolene mangler gode, kvalitetssikrede læremidler om psykisk helse. Lærerne må selv finne ut hvorfor, hva og hvordan elevene skal få slik undervisning.

Slik undergraves tilliten til myndighetene. Slik åpnes skolene for kommersielle interesser uten vitenskapelig fundament. Støre, Kjerkol og Brenna må rette opp dette. *Den nye opptrappingsplanen må sikre at psykisk helse blir et eget fag i skolen. Elevene må få lære om sine egne følelser, tanker, atferd og sosiale relasjoner etter som de vokser til.*

Forebygging av psykiske helseutfordringer vil bare lykkes i større målestokk når det er dypt integrert i samfunnsstrukturene og retter seg mot de store determinantene. De store determinantene er sosial ulikhet, fattigdom, økonomiske problemer, arbeidsledighet, segregering, sosial utstøting og psykisk helseskadelige organisasjoner. ✕



Fremfor vitenskapelig fundering har man i årevis ukritisk lyttet til brukerorganisasjoner

### REFERANSER

- Helsedirektoratet (2019). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>.
- Holte, A. & Eberhard-Gran, M. (2022, 8. april) Innfør nasjonal screening for depresjon i svangerskap og spedbarnstid nå. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2022/04/innfor-nasjonal-sceening-for-depresjon-i-svangerskap-og-spedbarnstid-na/>
- Meld. St. 20 (2020–2021) Nasjonal transportplan 2022–2033. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-20-20202021/id2839503/>

**ANMELDT:** BOK

## Integrativ personlighetsterapi

*Personlighetsfokusert terapi* tilbyr en god introduksjon til integrativ behandling av personlighetsproblemer, men blir for entydig og lemfeldig i sin omgang med psykoanalytiske begreper og teori.



**BOK** *Personlighetsfokusert terapi*

**FORFATTER**

Sigmund Karterud

**ÅR** 2022

**FORLAG** Gyldendal

**SIDER** 204

**ANMELDT AV**

Henrik Kamphus

**UNDER LESINGEN AV** Sigmund Karteruds nyeste bok ble jeg minnet på en episode fra tidlig i psykologkarrieren da jeg jobbet på et DPS. Jeg holdt på å drøfte en pasient da det smalt fra lederen: «Jobber du med trekk eller symptom nå, Henrik?» Jeg oppfattet kommentaren som kritikk. At jeg tok meg frihet til å jobbe med personlighetstrekk hos pasienten, til tross for at vedkommende ikke hadde blitt diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse. I ettertid kan jeg le av det, mens der og da ble jeg rystet av denne mekaniske og oppdelte måten å se pasienten på. Det er jo åpenbart at symptomene henger sammen med personen som er plaget. Symptomene henger ikke i løse luften, så å si. Denne sammenhengen blir grundig drøftet i boken til Karterud, der fokuset er pasienter med lette til moderate personlighetsproblemer.

**INTEGRATIVT BLIKK PÅ PERSONLIGHETEN**

Målgruppen for *Personlighetsfokusert terapi* er terapeuter fra ulike skoleretninger samt

studenter i relevante fag. Dette reflekterer det nokså lettfattelige innholdet ganske godt, og boken fungerer som en introduksjon til Karteruds oppdaterte tenkning rundt personlighet og hvordan forståelsen av personligheten bidrar til at en kan «skreddersy» den psyko-terapeutiske behandlingen til den enkelte pasient.

Forfatteren er en sentral skikkelse innen norsk psykiatri. I tillegg til å ha opprettet flere utdanningsinstitutter (blant andre Institutt for gruppeanalyse og Institutt for mentalisering) har han vært en av de fremste eksponentene for mentaliseringsbasert terapi (MBT) i Norge. Denne boken springer delvis ut fra det han anser som begrensninger i MBT-modellen, spesielt i møte med pasienter som ikke har emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, som var den gruppen terapimodellen opprinnelig ble utformet for. Karterud mener at det trengs en mer omfattende teori om selvet som i større grad gjør rede for primære emosjoner, det



ubevisste og forsvarsmekanismer. Målet med boken er å presentere en slik overordnet teori.

Karterud lar seg ellers påvirke av både psykoanalyse, emosjonsfokustertapi, ISTDP og kognitiv atferdsterapi, og inkorporerer nyere forskning innen emosjoner, nevrovitenskap, tilknytningspsykologi og generell personlighetsteori. Han har ikke ønsket å utforme en terapimanual, men hevder at Personlighetsfokustertapi (PFT) tilbyr et eget «overordnet system for forståelse og dialog» (s. 7). Forfatteren er uttalt dynamisk i sin terapeutiske holdning, og anerkjenner at (de irrasjonelle) følelsene – fremfor fornuften og tankene – er det viktigste og grunnleggende å jobbe med i psykoterapi. Han ønsker dessuten å slippe til mer av det han kaller ubevisste prosesser i arbeidet.

De samtlige begrepene for hans integrative teori, og som er sentrale og viktige å forstå med hensyn til de pasientmøtene vi har som terapeuter, er: 1) temperament og primære emosjoner, 2) tilknytning og 3) mentalisering. Han beskriver selvet som «aktør» i sin personlighet, og skriver at «psykiske lidelser oppstår når det selvreflekterende selvet overveldes av livssituasjonen, med sine komplekse krav og utfordringer, som vekker for sterke emosjoner, truer selvfølelsen og selvorganisering, og røkter ved viktige relasjoner» (s. 186–187). Med unntak av beskrivelsen av selvet i starten av boken – der beskrivel-

sen blir så intrikat og innviklet at jeg faller av – synes jeg teksten er klar, ryddig og pedagogisk.

Boken er på sitt beste når forfatteren demonstrerer sin evne til å holde mange baller og perspektiver i luften på en gang. Han viser bred teoretisk og historisk kunnskap om flere fagfelt som har relevans for de samtalene vi fører med pasientene og oss selv. Språket er gjennomgående godt, levende og variert, og boken er fylt med tallrike kliniske vignetter som gir praksisnære eksempler på hvordan PFT kan se ut. Karterud har dessuten en tydelig, autoritativ og viktig stemme når han taler den økende tendensen til medikalisering og kommersialisering av psyken midt imot. Han understreker at det å gripe og forstå ulikheten hos pasienter er helt avgjørende for å lykkes med behandlingen: Tristhet og selvforakt vil fremstå ulikt hos den mannlige alkoholikeren i 50-årene og en ung, kvinnelig jusstudent i 20-årene.

#### DEN PROBLEMATISKE PSYKOANALYSEN

Forfatteren har sterke meninger om mangt. Karteruds temperament og stil kommer også til uttrykk ved hans store engasjement i faglige debatter og kontroverser innen psykoterapien. I denne boken demonstreres dette tydeligst i hans mildt sagt ambivalente holdninger til psykoanalysen. Han beskriver sin opplevelse av det å selv gå i analyse som «... et skandaløst »



Som psykoanalytiker undrer jeg meg over Karteruds nesten uforpliktende bruk av enkelte psykoanalytiske begreper

og fremmedgjørende prosjekt. Moderne psykoterapi skal være en frigjørende dialog. Partene skal møtes ansikt til ansikt» (s. 140). Det kan være underholdende å lese, samtidig mister forfatteren fatningen i generaliserte uttalelser som dette. Og flere steder i teksten skinner det gjennom at han opphøyer sin egen måte å arbeide på og devaluerer andres.

Som psykoanalytiker undrer jeg meg over Karteruds nesten uforpliktende bruk av enkelte psykoanalytiske begreper. Han benytter begreper som det ubevisste, ubevisst allianse, forsvarsmekanismer, overføring og motoverføring, men for leseren, som ikke nødvendigvis er skolert innen psykodynamisk terapi, synes jeg teksten er overfladisk i presentasjonen av de ulike faguttrykkene.

#### Å RAMME INN PSYKOTERAPI

En annen innsigelse jeg har til boken fra mitt ståsted som psykoanalytiker, er presentasjonen av rammer for PFT. Vi får vite at terapiformen vil kunne være nyttig for lette til moderate personlighetsproblemer, men vi får vite svært lite om den terapeutiske rammen utover varighet av behandling. I psykoanalytisk behandling er derimot rammen av største betydning. Den er som grunnsteinene og fundamentet i et bygg; rammen tilrettelegger og avgrenser hva slags behandling som tilbys pasienten. Dette kan være alt fra at pasienten ligger på benk til faste tider, fire til fem ganger ukentlig og med et åpent tidsperspektiv, at et barn tilbys lekemateriale og to timers faste møtepunkter i uken over flere år, til en avgrenset korttidsterapi på 20 timer. Den tilknytningsrelasjonen og de infantile prosessene en enten åpner opp eller stenger igjen for i den ene enden – antall timer per uke, liggende eller ikke, arbeid med ubevisste prosesser og psykisk forsvar eller ikke – må fanges opp i den andre enden i form av et tilpasset behandlingstilbud, der terapeuten har evaluert pasientens motivasjon, egnethet og egofunksjoner, livssituasjon, fare for psykosefrembrudd og risiko for alvorlig regresjon med mer. Jeg opplever at flere nyere terapiretninger – inkludert PFT – har en mer lemfeldig omgang med rammer, og dermed tar for lett på de prosessene som en terapeutisk dialog potensielt åpner opp eller stenger av for av mer infantil karakter, bakenfor det psykiske forsvaret.

Men når det er sagt, synes jeg allikevel at boken er et interessant bidrag som en introduksjon til en integrativ form for dynamisk terapi. Karterud får virkelig frem perspektivet om det åpenbare, som vi allikevel ofte kan glemme i terapier; at folk er forskjellige, med helt ulike personligheter og behov. Dikotomien mellom symptom og trekk blir dermed visket ut, noe jeg vil tro er til stor hjelp, særlig for den mer uerfarne terapeut. ✘

## Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi hører gjerne fra deg hvis du vet om en bok eller nylig har lest en fagbok du ønsker å dele med psykologkolleger.

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplar.

En anmeldelse skal være en kort tekst (3000–6000 tegn med mellomrom).

Kontakt oss for mer informasjon [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

Skriv for oss/anmeldelser:





## MINNEORD

**HARALD NILS STOCKMAN**

(1937–2022)



**VÅRT ÆRESMEDLEM** ved Institutt for psykoterapi, Harald Nils Stockman, døde 85 år gammel 28. august, etter alvorlig sykdom siden jul.

Som psykologistudent på 1960-tallet var han Oslo-gutten fra St. Hanshaugen, en vi svermet for og rundt, vennlig, lyttende, interessert og fiolinspillende, med sosialpsykologi og klinisk psykologi som fag.

En tid var han i Bergen og dyrket sin forskningsinteresse. Noen av oss var vervet til UiB og ble sendt på feltarbeid for å finne forskjeller på vest- og østlendinger. Tilhørigheten til faget fant han nok heller på Mentalhygienisk Rådgivningskontor på Skillebekk og i psykoanalytisk utdanning.

Han flyttet inn på Institutt for psykoterapi som en av gjengen på 1980-tallet, der det drives utdanning i psykoanalytisk psykoterapi i hele landet. De som leier kontor, forutsettes å delta i administrativt arbeid og i undervisningen. Han fikk et nytt verv som styreleder på 1990-tallet, da instituttet flyttet til Nydalen. Her brukte han sin sosialpsykologi til å finne administrative løsninger der kolleger kunne bruke sitt engasjement til beste for driften. Han var en verdig representant i både europeiske og internasjonale sammenhenger, deriblant som leder for en internasjonal kongress arrangert i Oslo i 2002.

Da Norsk psykologforening ville nedlegge spesialiteten i psykoterapi, engasjerte han seg.

I sitt arbeid med pasienter kunne han bruke sin dype forståelse for de påkjenninger vi alle utsettes for. Som veileder, lærebehandler og seminarlærer reiste han til Tromsø og til sitt kjære Sørland, en blid og integrerende miljøskaper.

I voksen alder fant Grete Harang og Harald hverandre. De tidligere medstudentene og kollegene ble nå også partnere i livet. De fikk Marie, og ungkarleiligheten i Vallegate ble for liten. «Det som før var nært, er nå trangt», sa Grete. Gleden var stor da Nils ble født. Lykken ble til tragedie da Grete ble uhelbredelig syk.

I voksen alder fant Grete Harang og Harald hverandre. De tidligere medstudentene og kollegene ble nå også partnere i livet. De fikk Marie, og ungkarleiligheten i Vallegate ble for liten. «Det som før var nært, er nå trangt», sa Grete. Gleden var stor da Nils ble født. Lykken ble til tragedie da Grete ble uhelbredelig syk.

Som alenefar snakket ikke Harald om sin travle hverdag. I forbifarten nevnte han at han fikk mer hjelp og støtte av barnehagepersonalet enn det alenemødre fikk. I 1982 flyttet han og barna til Else Michelet i Bærum. Det ble «a new beginning» for den nye familien på fire, som alle hadde tap og oppbrudd bak seg. Vi, venner av både Else og Harald, så hvordan de trivdes. Harald fant den arbeidsroen han trengte, så han kunne påta seg de administrative verv han trivdes så godt med på et institutt han kjente fra innsiden.

Nå har familien mistet både Else og Harald, og vi har mistet et kjært æresmedlem.

*Institutt for psykoterapi  
Gjermund Tveito  
Kari K. Holm*

## Velkommen til landsmøte – velkommen til deltagelse i foreningen!

*Nå er det november, og hvert tredje år betyr det landsmøtemåned. Landsmøtet er foreningens viktigste demokratiske organ, og på landsmøtet legges mye av føringene for foreningens videre arbeid de neste tre årene.*

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



### TEKST

Arnhild Lauveng,  
Visepresident med  
ansvar for fag- og  
profesjonspolitikk

Det er mange viktige saker på agendaen til landsmøtet i år. Organisasjonsgjennomgangen er en av de største, og en av sakene som det har vært arbeidet mest med. Samtidig er det også mange andre viktige saker. Det er foreslått store og grunnleggende endringer av arbeidet til Fagetisk råd (FER), det er flere saker knyttet til gjennomføring av spesialistutdanningen, og det er forslag til endring i og presisering av lovene til foreningen. Blant annet.

Landsmøtepapirene ble oversendt lokalavdelingene i slutten av september, og de fleste lokalavdelinger vil være godt i gang med forberedelsene til landsmøtet når denne teksten kommer på trykk. Noen lokallag vil allerede ha gjennomført medlemsmøter hvor alle medlemmer kan diskutere og komme med innspill til hvordan delegatene fra deres lokallag bør stemme i de ulike sakene, andre foreninger avholder slike møter i disse dager. Vi oppfordrer alle medlemmer som har mulighet, til å delta i disse diskusjonene, slik at delegatene har best mulig forankring lokalt for det arbeidet vi skal gjøre sammen på landsmøtet.

For dem som ikke har, eller hadde, mulighet til å delta på de lokale møtene, er det alltid en mulighet for å kontakte lokalavdelingen, be om å få tilsendt sakene og å gi innspill til styret på saker som opptar deg særlig.

Etter landsmøtet begynner en ny treårsperiode for foreningen. Da skal et nytt sentralstyre gå i gang med å gjennomføre det landsmøtet har besluttet, i tillegg til å fortsette arbeidet med alle løpende oppgaver i foreningen, og med å håndtere nye saker som kommer opp. Heldigvis gjør ikke sentralstyret dette alene.

Vi har et stort nettverk av tillitsvalgte, både i lokalavdelingene, etter avtaleverkene og i ulike utvalg, som året rundt gjør helt avgjørende arbeid for foreningen. Disse utgjør grunnfjellet i foreningen og er våre viktigste ressurser.

I februar 2023 blir en av de første oppgavene til det nye sentralstyret å utnevne over 200 medlemmer til foreningens ulike utvalg. Noen av disse vil være personer som allerede sitter i utvalgene i dag, men det trengs også nye utvalgsmedlem-

mer. Lokalavdelingene oppfordres til å melde inn forslag til egnede kandidater, og alle medlemmer oppfordres til å delta i lokalavdelingens arbeid med dette. Vi trenger gode innspill og aktiv deltagelse i dette arbeidet.

For demokrati er ikke bare et honnørord som skal tas frem i festtaler og ved store anledninger. Demokrati er grunnleggende i alt vi gjør i hverdagen, i alle valg og alt arbeid. Og demokrati handler mye om kultur og arbeidspraksis.

Denne landsmøteperioden har vi derfor forsøkt å gjøre noen endringer for å øke den demokratiske praksisen i foreningen. Sentralstyrets arbeidsutvalg, AU, har (så godt det lot seg gjøre i en pandemi!) besøkt alle lokallagene og helseforetakene. Vi har avholdt årlige digitale medlemsmøter for alle medlemmer, lansert et nytt format for Lederkonferansen, basert på tilbakemeldinger fra deltagerne, og gjennomført to ledersamlinger for lokalavdelingslederne per år (mot en tidligere). I tillegg har vi utvidet mandatet til fagutvalgene så de kan ha større mulighet til å delta i det fagpolitiske arbeidet, og vi har systematisk innhentet innspill fra de tillitsvalgte i utviklingen av fagpolitikk. Vi har økt hyppigheten på møtene i AU, og endret på samarbeidsrutinene internt. Det er også blitt opprettet aktive studentlag under Studentpolitisk utvalg ved alle universitetene, for å sikre økt medvirkning og involvering også av studentmedlemmene.

Alt dette er viktige tiltak. Samtidig er de, og skal de være, bare en begynnelse. Vi må kontinuerlig arbeide for å legge til rette for økt medvirkning og økt deltagelse. Vi er i en vanskelig og krevende tid for mange enkeltpersoner, og for samfunnet som helhet. Som psykologer er vi ikke uberørt av endringene, samtidig som vi har et særlig samfunnsansvar for dem som blir sterkest berørt av vanskelige tider. For å kunne levere godt i en slik situasjon er det helt nødvendig at vi står sammen.

Jeg ønsker alle delegatene hjertelig velkommen til Sandefjord, og alle medlemmer hjertelig velkommen til å delta i foreningens arbeid på ulike nivå!

Sidene merket  
Medlemsnytt  
er produsert av  
Psykologforeningen  
og redaksjonelt  
uavhengig av  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening.

## Faglig pålegg til helsepersonell

*Era 1. juli 2022 trådte flere endringer i helse- og omsorgslovgivningen i kraft som skal bidra til et mer formålstjenlig og effektivt tilsyn med helse- og omsorgstjenestene. I denne artikkelen skal vi se nærmere på endringen i helsepersonelloven § 56 om innføring av den nye reaksjonsformen faglig pålegg som erstatter reaksjonen advarsel.*

Tilsynsmyndighetene består av Statens helse-tilsyn som overordnet organ og statsforvalteren som regionalt organ. De skal kontrollere at helsepersonell og virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, følger kravene som stilles i lov eller forskrifter. Tilsynet har ulike metoder i dette arbeidet, og psykologer kan – på nærmere vilkår i bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 11 – ilegges de administrative reaksjonene faglig pålegg, begrenset autorisasjon, hel eller begrenset suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon/lisens.

Både Statens helsetilsyn og statsforvalteren har myndighet til å fatte vedtak om faglig pålegg. Dette i motsetning til de øvrige administrative reaksjonene, som bare Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge. Formålet med endringen i reaksjonssystemet er å bidra til at pliktbrudd kan følges raskere opp, og at reaksjonene er mer treffende og hensiktsmessige for den aktuelle hendelsen.

Reaksjonsformen advarsel er altså opphevet og erstattet med faglig pålegg. Vilkårene for å ilegge faglig pålegg er de samme som for advarsel. Reaksjonen innebærer ingen begrensning i autorisasjonen.

Faglig pålegg går ut på at tilsynsmyndighetene kan pålegge helsepersonell å få veiledning, ta et kurs eller gjennomføre andre kompetansehevede tiltak slik at den uønskede hendelsen ikke gjentar seg.

Et faglig pålegg kan ilegges helsepersonell uavhengig av ansettelsesforhold. Utformingen og oppfølgingen av pålegget må tilpasses arbeidssituasjonen til helsepersonellet. Er man for eksempel selvstendig næringsdrivende, kan man bruke ekstern veileder og følges tettere opp fra tilsynsmyndighetenes side.

I de tilfeller der helsepersonell er ansatt i en virksomhet, vil arbeidsgiver være forpliktet til å tilrettelegge for at det kompetansehevede tiltaket kan gjennomføres. Dette følger av virksomhetenes plikt til å sørge for forsvarlige tjenester, herunder at de ansatte har den nødvendige kompetansen. Arbeidsgiver kan for eksempel være forpliktet til å tilrettelegge for at helsepersonellet får tatt et kurs i arbeidstiden, og dekke kostnadene ved kurset. Dersom arbeidsgivere ikke følger opp det faglige pålegget, kan tilsynsmyndighetene pålegge arbeidsgiver å følge opp.

Bestemmelsen om faglig pålegg er en kanbestemmelse. Dette innebærer at tilsynsmyndighetene i hver enkelt sak må utøve skjønn ved vurderingen av om bruk av faglig pålegg er en egnet reaksjon for å fremme sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tilliten til denne. Faglig pålegg kan være relevant i saker med alvorlig pliktbrudd som dreier seg om faglig svikt, og der påpekning av pliktbrudd og veiledning sannsynligvis ikke vil føre til nødvendig endring hos helsepersonellet, samtidig som en begrensning av autorisasjonen vil være for inngripende. Der det er åpenbart at helsepersonellet allerede har lært av hendelsen, slik at lignende pliktbrudd ikke vil gjenta seg, vil ikke pålegget være nødvendig.

Faglig pålegg er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer blant annet at helsepersonellet det gjelder, skal få innsyn i sakens dokumenter, få uttale seg før vedtak fattes, at vedtaket skal begrunnes, og at vedtaket kan påklages. Statens helsepersonellnemnd er klageinstans for vedtak om faglig pålegg uavhengig av hvilket organ som har fattet det.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

**TEKST** Rikke Solbakke,  
spesialrådgiver



## Valgfritt program i **Parterapi**

*Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide med par. Kursene skal tematisere ferdigheter som må utvikles også gjennom praksis og veiledning.*

### **Målgruppe**

Målgruppen for det valgfrie programmet er psykologer som skal bli spesialister og som ønsker mer kunnskap om parterapi. Det er krav til at psykologene som skal ta dette valgfrie programmet har gjennomført obligatorisk program til egen spesialitet.

Psykologspesialister kan søke opptak på hele programmet som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

### **Psykologene vil få økte kunnskaper om**

- Når parterapi er relevant og nødvendig metode
- Forståelse av parrelasjonen og hvordan parrelasjonen påvirker individet og andre relasjoner
- Ulike faktorer som påvirker parrelasjonen som psykisk sykdom, somatisk sykdom, traumer, vold, rus etc.
- Strukturelle faktorerets betydning for parforhold (arbeid, arbeidsfordeling, økonomi)
- Parrelasjonen i et flergenerasjonsperspektiv
- Konfliktåndtering
- Sexologi
- Ulike former for parterapi

### **Kursledere**

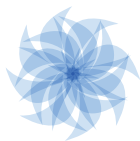
- Line Lise Helledal og Suzanne Walther (kurs 1)
- Frode Thuen (kurs 2 og 3)
- Atle Austad og Sidsel Schaller (kurs 4)

**Sted og dato:** Oslo, 9.-10. februar 2023 (kurs 1)

**Påmeldingsfrist:** 5. januar 2023

**Medlemspris:** kr 7 600 per kurs

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning>



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30



## Mindfulness MBSR kurs

med psykologspesialister

Et 8 ukers forskningsbasert mindfulness kurs for deg som vil lære om stressmestring, finne større indre ro, tilstedeværelse, selvaksept, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde

**Kursstart 1. februar 2023**

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 24 timers vedlikeholdskurs



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson, psykologspesialister og MBSR lærer

Påmelding og kursinformasjon:  
**[www.mindfulnesskurs.org](http://www.mindfulnesskurs.org)**

Utdanning  
2023

## Forlenget sorg-terapi (FST)

**Arbeider du jevnlig med komplisert sorgproblematikk? Da kan vår utdanning i Forlenget sorg-terapi (FST) være noe for deg!**

Omtrent 7% av alle som opplever tap av en nærstående utvikler forlenget sorgforstyrrelse. FST er en evidensbasert psykoterapiform med god behandlingseffekt for voksne.

Utdanningen går over fem dager fordelt på to samlinger, med veiledning mellom samlingene. Oppstart 25. januar 2023

**Søknadsfrist 9. desember 2022**

**[www.uio.no/fst](http://www.uio.no/fst)**



**Galta testkompetanse**  
Kurs i evnetesting

## Kurs i administrering og tolkning av evnetesten WISC-V

Kurset går over to dager og gir kursdeltakeren innføring i:

Administrering av WISC-V, manuelt og digitalt  
Tolkning av WISC-V

Metodiske, statistiske og psykometriske egenskaper ved WISC-V  
Intelligensteori og tolkningsteori  
Kognitiv fungering i ulike diagnosegrupper  
Rapportskriving og tiltak

Kursholder Helge Galta driver **Galta testkompetanse** og har undervist i testpsykologi ved flere norske universiteter. Han har arbeidet i PP-tjenesten siden 2004. Høsten 2014 ga Helge Galta ut boken *Tolkning av WISC-IV*. Teori og praksis på Universitetsforlaget.

Kurset er beregnet for psykologer og pedagoger som bruker WISC-V i sitt daglige virke, og både erfarne og uerfarne testbrukere kan dra nytte av undervisningen.

Kurset er godkjent som fritt spesialistkurs og vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister av Norsk psykologforening.

**Tid:** 18. og 19. januar 2023 fra kl. 09.00 til 15.00 begge dager. Kurset arrangeres som webinar dersom det ikke kan gjennomføres med fysisk oppmøte

**Påmeldingsfrist:** Snarest og senest innen 16.12.2022

**Sted:** Felix konferansesenter på Aker Brygge, Bryggetorget 3, 0250 Oslo

**Pris:** kr 5 700 inkludert formiddagsbuffet, lunsjbuffet, ettermiddagsbuffet, kaffe og te.

Kursdeltakerne får utdelt kursbevis. Lysark, administreringsstøtte og klargjøringshefte som forenkler tolkning av WISC-V, blir tilsendt på e-post

**Anbefalt litteratur:**  
*Tolkning av WISC-IV, Teori og praksis*. Universitetsforlaget

**Påmelding:** Påmeldingsskjema på nettsiden foretrekkes. Eventuelt kan man sende e-post til [helge@galtatest.no](mailto:helge@galtatest.no)

For mer informasjon, se nettside: <http://www.galtatest.no>

## Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

12 dagers kursrekke (4x3 dager) med Arne Blindheim og Marianne Straume (psyk. spes.)

Oslo, mai 2023 – februar 2024

Informasjon og påmelding:

[www.krisepsykologi.no](http://www.krisepsykologi.no)

### Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Min medlemside

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

### Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 8 900 mottakere og  
sendes ut to ganger per måned

#### Annonseformat

Full bredde:  
564 x høyde 120 piksler for kr 7 000

1/2 bredde:  
264 x høyde 120 piksler for kr 4 000

For mer informasjon om annonsering,  
kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33

### Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. desember**, frist for å bestille annonse til desember-utgaven er **18. november**

Kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook



Tidsskrift for Norsk psykologforening

@psykologtidsskriftet · ★ 5 11 anmeldelser · Medier

## Psykologspesialist ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

### Klinikk for psykisk helse og rus

Allmennpsykiatrisk poliklinikk, Voksenpsykiatrisk avdeling søker psykologspesialist til nyopprettet 100 % fast stilling.

Kontaktpersoner: Enhetsleder Harald Aulie, tlf. 470 95 614 og psykologspesialist Ida Stubberud, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på:

[www.diakonhjemmetsykehus.no](http://www.diakonhjemmetsykehus.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: **18.11.22**



## 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](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)



PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonsene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonsene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) og meld din interesse.

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

#### ABONNEMENT:

Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

#### ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for bestilling av annonser:** 18.11 , 15.12, 18.01, 15.02, 20.03, 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11





UNIVERSITETET  
I OSLO

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

### Stipendiatstilling i "Prosjekt dobbelkompetanse i psykologi" tilknyttet Modum Bad

Ønsker du å studere hvordan ulike psykiske lidelser; angst, depresjon, spiseforstyrrelser og traumer utvikles over tid og forstå nøkkelmekanismer for endring?

**Søknadsfrist:** 1. desember 2022

**Velkommen som søker!**

For fullstendige utlysingsstekst, se [www.uio.no/om/jobb](http://www.uio.no/om/jobb)



UNIVERSITETET  
I OSLO

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

### Stipendiatstilling i "Prosjekt dobbelkompetanse i psykologi" tilknyttet Lovisenberg sykehus

Stilling som medfører forskningskompetanse og spesialitet i barne- og ungdomspsykologi, med fokus på behandling av eksekutive vansker hos ungdom med ADHD.

**Søknadsfrist:** 1. desember 2022

**Velkommen som søker!**

For fullstendige utlysingsstekst, se [www.uio.no/om/jobb](http://www.uio.no/om/jobb)



## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

### SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

**Få ekstra oppmerksomhet** til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) under boksen for «ledige stillinger».

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12	18.11	01.12
01	15.12	02.01
02	18.01	01.02
03	15.02	01.03

### ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Liggende	Stående
170x234	170x115	82,5x115

### PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.



**NORSK  
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30

hakon@psykologforeningen.  
no**Visepresidenter****Rune Frøyland**

rfroey@online.no

450 30 522

**Arnhild Lauveng**

913 17 162

post@arnhildlauveng.com

**Medlemmer****Siri Næs**

902 68 699

siri.naes@gmail.com

**Hanne Indregard Lind**

948 05 153

h\_indregard@hotmail.com

**Bjarte Bønes Bruntveit**

909 98 052

bjartebruntveit@yahoo.no

**Britt Randi Hjartnes****Schjødt**

922 99 371

bibihj@gmail.com

**Ingvild Gregersen**

957 27 801

ingvildg@gmail.com

**Eldrid Robberstad**

475 00 308

eldrid.robberstad@sola.

kommune.no

**Jakob Støre-Valen**

984 23 805

jakob@valen.cc

**Studentrepresentanter****Julie Bjerkvik**

938 93 002

juliebjerkvik@gmail.com

**Tora Hotvedt Sundby**

0045 4940 9331

torasundby@gmail.com

**Varamedlem****Alf Martin Eriksen**

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

**LOKALAVDELINGER****Akershus****Maria Nylund**

maria\_nylund@hotmail.com

997 98 973

**Aust-Agder****Lars Petter Lopez-Røed**

larpro82@gmail.com

408 72 505

**Buskerud****Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com

997 22 725

**Finnmark****Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@

finnmarkssykehuset.no

971 95 996

**Hedmark****Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com

924 53 116

**Hordaland****Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com

938 63 918

**Møre og Romsdal****Ragnhild Ese**

ragnhild.es@gmail.com

920 11 528

**Nord-Trøndelag****Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

**Nordland****Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

**Oppland****Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com

916 35 382

**Oslo****Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

**Rogaland****Marie Tonette Solhaug****Hansen**

marietsh@yahoo.no

977 34 812

**Sogn og Fjordane****Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg\_89@hotmail.com

902 95 676

**Sør-Trøndelag****Elin Bjøru**

elinbjoru@bufetat.no

957 35 974

**Telemark****Birgitte Lindø**

libi@siv.no

473 83 123

**Troms****Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@

hotmail.com

404 61 116

**Vest-Agder****Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com

971 29 052

**Vestfold****Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@

gmail.com

907 55 410

**Østfold****FAGETISK RÅD****Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@

gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

**Hanne Indregard Lind,**

nesteleder/KTV Helse Sør-

øst tlf. 948 05 153

**Martin Øien Jenssen, KTV**

Helse Nord, tlf. 909 96 159

**Bjarte Bønes Bruntveit,**

Spekter- helse, tlf. 909 98 052

**Birgit Aanderaa, Spekter-**

helse, tlf. 917 12 983

**Kristin Haugholt, KS,**

tlf. 951 72 032

**Bjørn Arne Øvrebø, Stat,**

tlf. 982 49 732

**Henrik Riekeles Vik,**

Privatpraksis, tlf. 408 45 848

**Ingrid Grov Mannsverk,**

Oslo kommune,

tlf. 959 90 503

**Christina Holmen, Virke,**

tlf. 414 68 428

**Helén Ingrid Adreassen,**

YPU, tlf. 402 89 796

**Noah L. Skullestad, SPU,**

tlf. 452 78 102

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,

tlf. 67 92 20 40

**SPECIALITETSRADET****Arnhild Lauveng, leder,**

e-post post@

arnhildlauveng.com

tlf. 913 17 162

**KVALITETSUTVALGET**

**Arnhild Lauveng**, leder,  
e-post post@  
arnhildlauveng.com  
tlf. 913 17 162

**FAGUTVALGENE****Felleselementene**

**Geir Skauli**, leder, e-post  
geir.skauli@skien.kommune.  
no, tlf. 907 90 513

**Barne- og ungdomspsykologi**

**Lars Ravn Øhlckers**, leder,  
e-post larsravnohlckers@  
gmail.com, tlf. 908 81 250

**Familiepsykologi**

**Trine Eikrem**, leder, e-post  
trine.eikrem@bufetat.no,  
tlf. 466 16 566

**Rus- og avhengighetspsykologi**

**Eva Karin Løvaas**, leder,  
e-post evakarinfoevaas@  
gmail.com, tlf. 916 64 076

**Eldrepsykologi**

**Jørgen Wagle**, leder,  
e-post jorgen.wagle@  
aldringoghelse.no,  
tlf. 950 74 358

**Psykoterapi**

**Ingunn Aanderaa**  
**Opsahl**, leder, e-post  
ingunnaanderaa@hotmail.  
com, tlf. 971 50 507

**Voksenpsykologi**

**Ivar Elvik**, leder,  
e-post ivarelvik@gmail.com,  
tlf. 454 74 400

**Nevropsykologi**

**Rune Raudeberg**, leder,  
e-post rune.raudeberg@  
gmail.com, tlf. 952 47 487

**Habiliteringspsykologi**

**Tonje Elgsås**, e-post  
tonjeped@gmail.com,  
tlf. 922 33 224

**Arbeidspsykologi**

**Anette Høy Dye**, leder,  
e-post anette.hoy.dye@  
moment.consulting,  
tlf. 928 24 338

**Samfunn- og allmennpsykologi**

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post khi@lorenskog.  
kommune.no, tlf. 907 85 288

**Organisasjonspsykologi**

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
rudi.myrvang@gmail.com,  
tlf. 906 03 355

**Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder,  
e-post borrik.schjodt@helse-  
bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

**Ole André Solbakken**,  
leder, e-post o.a.solbakken@  
psykologi.uio.no  
tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Annika Melinder**, leder,  
e-post a.m.d.melinder@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Julie Solheim Bjerkvik**,  
leder, e-post juliebjerkvik@  
gmail.com, tlf. 938 93 002

**KLIMAUTVALGET**

**Bjørn Z. Ekelund**, leder,  
e-post bze@human-factors.no,  
tlf. 908 75 547

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post  
roger.hagen@svt.ntnu.no,  
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET**

**Reidar Hjermann**, leder,  
e-post rh@hjermann.no,  
tlf. 994 47 291

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Tanya Ryder**, leder, e-post  
tanya.ryder@hotmail.com,  
tlf. 918 41 109

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Rikke Pauline Sandvik**,  
leder, e-post ypu@  
psykologforeningen.no

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

**Ane Johnsen**, leder,  
e-post ane@millimtr.no,  
tlf. 414 02 259

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Kristina Høyer**,  
kommunikasjonssjef,  
e-post kristina@  
psykologforeningen.no

**Administrasjonsavdeling**

**Linda T. Grønås**,  
administrasjonssjef,  
e-post linda@  
psykologforeningen.no  
**Toril Dyrhovd**,  
nestleder, e-post toril@  
psykologforeningen.no

**Forhandlingsavdeling**

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef  
**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt  
forhandlingsavdelingen@  
psykologforeningen.no

**Fagpolitisk avdeling**

**Kim Edgar Karlsen**,  
fagsjef, e-post kim@  
psykologforeningen.no  
**Lars Jørgen Berglund**,  
nestleder og spesialrådgiver  
e-post lars@  
psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

**Bjørnhild Stokvik**,  
utdanningssjef,  
e-post bjornhild@  
psykologforeningen.no  
**Eva Danielsen**,  
nestleder, e-post eva@  
psykologforeningen.no  
Kontakt kurs@  
psykologforeningen.no

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
E-post post@  
psykologforeningen.no  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

Skog  
Motor  
Finansfokus  
Journalen  
Arkitektnytt  
Utdanning  
Tekstilforum  
Posthornet  
Plan  
Parc Fermé  
Jostimar  
Pensjonisten  
Aperitif  
Gamer.no  
Uemiljø  
Uforum  
Selsagt  
Fri Flyt  
Flynytt  
Yrkesrafikk  
Byggfakta  
KOM24  
Nettverk  
Parat  
Horeca  
GAFFA  
Fontene  
Girke  
Erluk

Norsk læreren  
Lymfeposten  
Helsefagarbeideren  
Framtiden i våre hender  
Kjøkkensjefen  
NFF-magasinet  
Vin&Supperen  
RIS Magasinet  
WVS aktuelt  
Spin  
Fisar  
Vinforum  
Kjemi  
Fritagbevegelse.no  
Optikeren  
Byggeindustrien  
Bondebladet  
Kjøkkenskrivere  
NBS-nytt  
Energi24.no  
ProBeer  
Uteliv  
Moderne Transport  
Natur & miljø  
Kampagne  
Fri-tanke  
Reiseliv1  
Transit magasin  
Biolog  
HealthTalk  
Terrengsykkel  
Magasinet  
Forskningsetikk  
Hageguiden  
Vergopleieren i Delta  
Sikkerhet  
Samferdsel  
Natur&Foto  
Appell  
Cupido  
Advokatbladet  
Hjem og Skole  
Diabetesfag  
Apollon  
Baker og Konditor  
Religioner.no  
seksualitet24.no  
Mestrung  
Arvfallsbransjen.no  
Tenner & Helse  
Bedre Gardsdrift  
Negotia magasin  
I skolen  
Fagbladet  
NATI.no  
Arbeidsliv i Norden  
Økologisk Landbruk  
Tidsskrift for Norsk psykologforening  
HMS Magasinet  
Magasinet STREX  
Rett24  
Tannstikka  
Den norske tannlegeforening  
Tidende  
Glass & Fasade  
Samora Forum  
Tidsskrift for Den norske legeforening  
Farmasliv  
Parat Luftfart  
Frlifstliv  
Bok og bibliotek  
Norsk Farmaceutisk Tidsskrift  
Første steg  
Arkitektur N  
Marka  
Budbrøveren  
Naturpress  
Fysioterapeuten  
Kystmagasinet  
Agenda Magasin  
UTE  
Norsk Landbruk  
Gravblassen  
Forsvarets forum  
deQi  
ParatStat  
barnehageno  
Ergoterapeuten  
Fjell og Valde  
NFFF  
WVGmagasin  
Bedriftsretten Oslo  
Jakt & Fiske  
Gatemagasinet  
Sorgenfri  
Psykisk helse  
Tidsskrift for jordmødre  
Agenda 316  
NNN-arbeideren  
Journalisten  
Fuglehunden  
Bonde og Småbruker  
AquaVIT  
Gatemagasinet  
ASFALT  
Ren Mat  
Hundeavis  
Energiteknikk  
VANN  
Synkron magasin  
Hold Pusten  
Gatemagasinet  
Dagligvarehandelen  
BobilVerden.no  
Shifter.no  
Diabetes park & anlegg  
AsthmaAllergi  
hivnorge.no  
Hestesport  
Dronemagasinet  
Klatring  
Tannhelsesekretæren  
Audiografen  
Museumsnytt  
Bedre Skole  
Brannmannen  
Gartneryrket  
ProBeer  
DaglyvareSpesial  
Michael Magma  
Bioingeniøren  
Gatemagasinet  
Virkelig Salong  
Hud & Vellære  
Musikkultur  
Elektronikk  
CP-bladet  
Offisersbladet  
Ambulanseforum  
Norsk Skogbruk  
Forskningpolitikk  
Magasinet for fagorganiserte  
forskning.no  
Brennaktuelt.no  
KYSTEN  
Blikkenslageren  
Billedkunst  
Folkehøgskolen  
Hus & Bolig  
Trav og Galopp-nytt  
mur-beiong  
Energ og Klima  
Norsk Golf  
Trav365.no  
KUNST.PLUSS  
Sykepleien  
HX-nytt  
Båtmagasinet  
Kjøttbransjen  
Folkemusikk  
Sko  
Specialpedagogikk  
Kommunal Rapport  
Norsk Fiskerieraring  
Skolelederen  
Veteran  
Panorama  
Norsk Veterinærtidsskrift  
Forskerforum  
Anlegg & Transport  
LO-Aktuelt  
Byggmesteren  
Sunnheitsbladet  
Bobil og Caravan  
Magasinet  
Medier24.no  
Tekna Magasinet  
NFF-magasinet  
Kjøttmagasinet  
Norsk Tidsskrift for Sjøvesen  
Bistandsaktuelt  
NTL-magasinet  
psykisk kommuner.no  
Kilden kjenningsforskning.no  
SETL-magasinet

# Godt innhold til kaffen

Nyheter, perspektiver og innsikt  
innen faget eller interessefeltet du brenner for.  
Se utvalget på [fagpressen.no/utvalg](http://fagpressen.no/utvalg)





