

Behandling: fra essenser til nettverk

Asle Hoffart & Sverre Urnes Johnson

Veiskille for fag og kunnskap

Katharine Cecilia Williams

Sigmund Freud om selvmord

Kim Larsen & Anders Zachrisson



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
16.12.2024

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
Katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgever Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser psykologi@hsmmedia.no
Bestillingsfrist 17.01, 17.02, 17.03

Opplag 10 900

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen
Journalist Matt Oxman
Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan
Teknisk redaktør Christian von Schack
Redaktører Daniel Willumstad Gunstveit,
Heidi Wittrup Djup, Ida Sund Morken
Markedsansvarlig Unni Sandland

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

Form Maria Astrup & Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Bjørn Brochmann
Trykk Aksell AS

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

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



INNHold

NR 1 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

68 MINNEORD
72 ANNONSER

OMSLAG

Framtidens psykolog

Omslaget er tegnet av Bjørn Brochmann, som sier om illustrasjonen: Jeg spurte svogeren min (som er psykolog) om hva framtidens psykologi kommer til å handle om. Svaret kom uten mye betenkning: «Kontakt mellom mennesker». Føler at dette motivet setter stemningen i en måned preget av mørke dager og nyttårs-blues.



Veiskille for fag og kunnskap REDAKSJONEN KOMMENTERER Katharine Cecilia Williams	2
Fem saker vi følger i 2025 NYHETER Matt Oxman	4
Sigmund Freud om selvmord FAGARTIKKEL Kim Larsen og Anders Zachrisson	7
Reparasjonsarbeid rundt barn i barnevernet FRA PRAKSIS Lars Christian Drivdal Vold og Jon Hynne Auby	15
Nettverkspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner TEORETISK ARTIKKEL Asle Hoffart og Sverre Urnes Johnson	21
Motgiften til maktasymmetri ligger utenfor teorien KOMMENTAR Jan Reidar Stiegler	34
ISTDP og MKT: essensialistisk teori og nettverksbasert praksis KOMMENTAR Ole André Solbakken, Filip Myhre og Roger Sandvik Hansen ...	36
Arbeid med følelser i terapi – mer virkningsfullt enn vi har trodd FORSKNINGSNOTIS Katharine Cecilia Williams	38
Når psykologen blir influenser REDAKSJONEN KOMMENTERER Daniel Willumstad Gunstveit	40
Psykologer mangler vurderingsferdigheter KRONIKK Ivar Elvik	44
Etikk og KI i terapirommet – en håndskrevet tekst ETIKKPANELET Gaute Godager	48
Døden og elefanten i terapirommet NYE STEMME Elisabeth Evje	52
Skjønnlitteraturens kraft BOOKINTERVJU Daniel Willumstad Gunstveit	54
Klinikknær følelshåndbok ANMELDT Fredrik Dreyer Moe	60
Refleksjoner om psykoterapi og Jon Fosses forfatterskap BOOKESSAY Sigmund Karterud	62

TEKST Katharine Cecilia Williams
Sjefredaktør

Veiskille for fag og kunnskap

Tidsskrift for Norsk psykologforening – Psykologtidsskriftet – har fått ny drakt. I 2019 vedtok Sentralstyret i Psykologforeningen en ny formålsparagraf for Psykologtidsskriftet, som inkluderer ordlyden *De fagfelleverderte vitenskapelige artiklene skal utgjøre ryggraden i Psykologtidsskriftet*. Designet er utviklet på grunnlag av denne endringen. Føringene om at Psykologtidsskriftet må holde vitenskapelig standard, kan vise seg å bli enda viktigere enn hva man kunne forutse for fem år siden.

Vitenskapelige tidsskrift skal svare ut en rekke bransjestandarder for sin publiseringsvirksomhet, som omfatter grafisk layout. Artiklene må settes opp slik at bibliotek og arkiv kan høste artiklene i sine systemer. Oppsettet må vise tydelig hvilken type bidrag forfatteren har publisert. Forfatterinformasjon, lisens for kopirettigheter og referanseinformasjon må plasseres i overensstemmelse med en fastsatt mal. Definerte formateringsmal for overskriftsnivåer, tabellutforminger og referansesystemer må følges. Samtidig er publisering av vitenskapelige artikler anno 2025 først og fremst en digital affære. Psykologtidsskriftet trenger en produksjon som gjør det mulig å synkronisere papirutgavene med vår digitale publiseringsprosess. Hit har vi nå kommet.

Til nå har arbeidsprosessene i redaksjonen vært forankret i de månedlige utgivelsene av papirutgaven. Samtidig har avstanden mellom funksjonaliteten i nettgaven og bransjekravene som stilles for vitenskapelige utgivere, vokst seg stor. Arbeidet med å få opp nettsider som svarer ut de kontinuerlig skjerpede kravene til digital publisering av vitenskapelige artikler, har vært tidkrevende.

Men nå har vi satt et design inn i en ny produksjonslinje som gjør det mulig for redaksjonen å gå over til en

mer digitalisert drift, og som gjør oss rustet for fremtiden. Psykologtidsskriftets nye nettsider vil snart være på plass. Vi vil i månedene fremover gradvis gå fra å publisere på papir først, til fortløpende publisering på nett med månedlige utgivelser av kuraterede papirutgaver.

Vitenskapelige artikler utgjør ryggraden i Psykologtidsskriftets nye, grafiske design, som er utviklet etter evidensbaserte prinsipper. I tillegg til formalkrav som nevnt over er fonter og farger valgt ut med hensyn til universell utforming og god lesbarhet. De grafiske designerne Maria Astrup og Kristin Bø har lang erfaring med tidsskrift, og vi er svært takknemlige for å ha dem på laget.

Papirutgaven vil fortsatt inneholde stoff fra en bredde av redaksjonelle sjangere. I det nye designet vil vi også fortsette å bruke levende illustratører. Når Psykologtidsskriftet nå har fått tilbake et design som svarer ut behovene for fagtidsskrift som vårt, viderefører vi en

lang tradisjon. Psykologtidsskriftet skal være en kilde for psykologenes faglige oppdatering og være arena for erfaringsutveksling kolleger imellom. For å sitere Ellen Hartmann, som var sjefredaktør første gang psykologenes medlemsblad gjennomførte et hamskifte, skal vi være *et middel mot faglig isolasjon*. Behovet er trolig minst like stort i dag som det var for 50 år siden.

— *et middel
mot faglig
isolasjon*

Hva kan du stole på?

Psykologer er opptatt av kompetanse og av erfaringsdeling. I Psykologtidsskriftets tidlige år fantes ikke det enorme velt av psykologfaglige publiseringer som vi har i dag. Slik sett fungerte nok bladet den gangen som et middel mot faglig isolasjon ved å være et av svært få bindeledd mellom fag og praktiserende psykologer rundt om i landet.

I dag er situasjonen ganske annerledes. Aldri før har



— *Føringene om at Psykologtidsskriftet må holde vitenskapelig standard, kan vise seg å bli enda viktigere enn hva man kunne forutse for fem år siden*

så mange psykologer formidlet så mye fag i et så stort mangfold av publiseringsplattformer.

Mange deler fagrelaterte erfaringer, spørsmål og lenker på Facebook, som nylig har endret sine algoritmer. For Mark Zuckerbergs forretningsmodell er det ikke gunstig at folk klikker seg ut av Facebook, han vil at brukerne skal holde seg på Metas plattformer. Noen redaksjoner melder at de har sett seg nødt til å endre hva og hvordan de publiserer på Facebook. Algoritmene påvirker både direkte og indirekte hvilken informasjon du får tilgang til på Facebook.

Inntil nylig ville du finne koblinger til artikler når du la inn fagrelaterte søk på Google. Nå har Google satt kunstig intelligens på saken, og i stedet for lenker svarer Google på spørsmålene dine. Jo bedre systemet blir, dess vanskeligere vil det bli å avsløre feil eller vurdere kvaliteten i svarene du får fra Google.

Noen vil innvende at Facebook og Google ikke er deres kilde til faglig kunnskap. Men hvis man ikke er forsker og tilknyttet en institusjon som inngår ulike abonnementsordninger med vitenskapelige forlagshus, er det vanskelig å få tilgang til forskningslitteratur. Idealet om åpen tilgang er ikke oppnådd, og realiteten er at minoriteten av det som publiseres, ligger åpent tilgjengelig (Directorate-General for Research and Innovation, 2019). Flere tiltak kommer til å bli satt inn for å bedre situasjonen, men det er svært sterke pengeinteresser som står på spill. Få forretningsvirksomheter er mer lukrative enn vitenskapelig publisering (Fyfe et al., 2017). Ved Universitetet i Tromsø er DORA-erklæringen iverksatt, og det blir spennende å se om de andre universitetene vil følge etter.

Selv om du har fri tilgang til forskningsartikler, vil manglende tilgjengelighet fortsatt utgjøre en utfordring. *Tilgjengelighet* i vitenskapelig publisering handler om at de som kan ha interesse av forskningen, får vite om den.

Feltet i dag er uoversiktlig, og banebrytende forskningsfunn kan lett havne under radaren.

Industrien vitenskapelig publisering står overfor store omveltninger, hvor noen stikkord er kvalitetsevaluering, kunstig intelligens og innovasjon. Publiseringsindustrien går for mange under radaren, men Psykologtidsskriftet kommer til å følge utviklingen tett i året som kommer.

Jeg tror vi i 2025 kommer til å bli stilt overfor veiskiller når det gjelder formidling av fag og kunnskap. Pr. 2024 viser målinger utført av Reuters Institute (Newman et al., 2023) at den oppvoksende generasjonen henvender seg mer til influensere enn til fagpersoner for kunnskap. Manglende tilgjengelighet til forskning bør bekymre oss, og spørsmålet er hva vi som fagmiljø kommer til å gjøre for å beholde fotfeste som faglig autoritativt. Faglig isolasjon er i dag resultatet av et ekstremt mangfold av informasjon. Et godt fagtidsskrift skal bistå leserne sine i å skape et kosmos av dette kaoset. Arbeid for å bedre både tilgang og tilgjengelighet til forskning er en klar målsetting for Psykologtidsskriftet.

Redaksjonen tar herfra entusiastisk på oss oppgaven med å gjøre relevant kunnskap tilgjengelig for psykologer. Vi har lagt grunnlaget for å opprettholde og videreutvikle driften som en pålitelig, kvalitetssikret kilde for faglig oppdatering for psykologer i Norge.

REFERANSER

- Directorate-General for Research and Innovation (2019). *Future of scholarly publishing and scholarly communication*. European Commission <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/464477b3-2559-11e9-8d04-01aa75ed71a1>
- Fyfe, A., Coate, K., Curry, S., Lawson, S., Moxham, N. & Røstvik, C. M. (2017). *Untangling Academic Publishing: A history of the relationship between commercial interests, academic prestige and the circulation of research*. <https://zenodo.org/records/546100#WhSeiWMW38t>
- Newman, N., Fletcher, R., Eddy, K., Robertson, C. T. & Nielsen, R. K. (2023). *Digital News Report 2023*. Reuters institute. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news-report/2023>

TEKST Matt Oxman
Journalist

**Psykologstanden styrer mot
veiskiller i fagpolitikken,
profesjonsutdanningen og
forskningsfeltet.**

Fem saker vi følger i 2025

Psykologforeningen kan miste spesialistutdanning

1

I år skal Helsedirektoratet utrede en offentlig spesialistgodkjenning av psykologer, etter modell fra legenes spesialistutdanning. Oppdraget kom i opptrappingsplan for psykisk helse, som regjeringen la frem i 2023 (se faktaboks).

Ikke overraskende har Psykologforeningen stilt seg kritisk fra start. Visepresident for fag- og profesjonspolitikk Arnhild Lauveng påpekte i et debattinnlegg at foreningen utviklet og har alltid eid spesialistutdanningen for psykologer, til forskjell fra spesialistutdanninger for andre profesjoner (Lauveng, 2023).

«Det er heller ikke kommet noen offentlige innvendinger til hvordan vi forvalter vår utdanning, eller på at utdanningen på noen måte er til hinder for utvikling og drift av gode helsetjenester», skrev Lauveng.

I oppdraget står det at regjeringen vil utrede en offentlig godkjenning av «utvalgte grupper av kliniske psykologer». Det er uklart hvilke grupper det er snakk om, og hva som vil skje med spesialistutdanningene som ikke tilhører de gruppene.

OPPDRAK TIL HELSEDIREKTORATET

«Spesialistutdanningen for psykologer ivaretas i dag av Norsk psykologforening, og psykologspesialister oppnår ikke offentlig spesialistgodkjenning siden læringsmålene i spesialiseringen ikke er myndighetsfastsatte. Regjeringen vil utrede en offentlig spesialistgodkjenningsordning for utvalgte grupper av kliniske psykologer. Bedre tilrettelagt utdanning for psykologspesialister kan gi bedre rekruttering og karriereutvikling. Det er særlig viktig for rekruttering i distriktene å kunne tilby spesialisering lokalt. Utredningen av en ordning må skje i samarbeid med relevante aktører, herunder Psykologforeningen og de psykologiske fagmiljøene. Departementet mener utredningen bør ta utgangspunkt i legenes spesialistutdanning, men i en tilpasset og enklere form.»

Hvem skal ut i psykisk helsevern?

2

Prioritering er på dagsorden på tvers av helsetjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet har lovet ny prioriteringsmelding i 2025, og ny prioriteringsveileder for kommunehelsetjenesten er ute til høring. I psykisk helsevern er kapasiteten sprengt, og det kan være duket for tøffe valg.

Ivar Elvik sier psykologer må komme på banen. I en kronikk i denne utgaven skriver han at psykologer som faggruppe mangler evne til å prioritere (se side 45). Elvik er leder for fagutvalget i voksenpsykologi og enhetsleder på sengepost ved Søndre Oslo DPS.

– Med standardbehandling får mange som trenger behandlingen, for lite, mens mange som ikke trenger behandlingen, får for mye. Det blir en smalhansvariant av terapi.

Både Elvik og fagsjef i Norsk psykologforening, Kim Edgar Karlsen, advarer mot at psykiatere eller andre yrkesgrupper får dominere diskusjonen om prioritering – en diskusjon som må komme når den økonomiske situasjonen i tjenestene har blitt prekær.

– Det er fare for at vi får overforenklede, skjematisk tilnærminger basert på diagnoser. Psykologer er viktige for å gjøre nyanserte vurderinger av individ, kontekst og hensiktsmessig behandling, sier Karlsen.

– Såkalt «lettere» lidelser kan få alvorlige konsekvenser, og pasienter burde ikke skjæres over en kam.

— **Det er fare for at vi får overforenklede, skjematisk tilnærminger basert på diagnoser**

Kim Edgar Karlsen

Omveltninger for profesjonsutdanningen

3

Regjeringen har plassert profesjonsutdanningen i psykologi i en ny, lavere finansieringskategori (Skram, 2024). Samtidig vil flere universiteter opprette nye program eller studieplasser. Ved Universitetet i Bergen er det budsjettkrise. Endringer over hele kartet reiser spørsmål om hvor ressurser skal komme fra, og hva som blir ringvirkningene for profesjonens kvalitet.

I fjor søkte flere norske universitet om å opprette nye profesjonsprogram i psykologi. Universitetet i Stavanger fikk godkjent søknaden, men studieplassene som var planlagt opprettet, ble strøket i budsjettforliket (Larsen, 2024). Rektor Klaus Mohn indikerer at de vil prøve igjen i 2025 (Larsen, 2024).

Ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen er det vedtatt nedbemanning med ansettelsesstopp frem til 2027. I tillegg blir det slutt på bruk av eksterne forelesere og veiledere og kutt i undervisning i sentrale temaområder, blant annet selvmord. Kuttene har fått studenter til å rope varsko om mulige konsekvenser for pasientsikkerhet og tillit til profesjonen (Leivestad et al., 2024). Fakultetsledelsen anerkjenner at situasjonen er krevende, men sier at utfordringene er mulige å løse (Anderssen & Harlap, 2024).

Til våren er det valg av ny dekan. Valget kan komme til å stå mellom om å slå ring om profesjonsutdanningen eller satse på breddeutdanningene.

Usikkerhet rundt lisensordningen

4 Antall psykologer utdannet i utlandet vil trolig gå forbi norskutdannede i løpet av kort tid, står det i et saksnotat fra Norsk psykologforenings lederkonferanse. Psykologer utdannet i utlandet må gjennom en lisensperiode før de kan få autorisasjon, for å gjøre opp for forskjeller mellom utdanningen i Norge og utlandet.

Lisensordningen får nå kritikk. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å lage en egnethetstest som alternativ til lisensperiode. I 2024 ga Helsedirektoratet lisens til 264 psykologer utdannet i utlandet, sammenliknet med 288 norskutdannede psykologer som fikk autorisasjon.

Ovennevnte saksnotat presenterer en undersøkelse blant tillitsvalgte i foretakene. Flertallet svarer at Helsedirektoratet ikke har gjort en detaljert vurdering av mangler i kompetansen til psykologene utdannet i utlandet, at arbeidsgiver ikke er oppmerksom på sitt ansvar i lisensordningen, og at det ikke er konkrete tiltak for å utlikne forskjellene mellom den norske og de utenlandske utdanningene.

5

Forskning på ny «long covid»-behandling

Frem til i fjor prøvde enkelte pasienter med «long covid» å stoppe en randomisert studie av en ny behandling for lidelsen, uten å lykkes. Forskerne bak Mind-Body ReprogrammeringsTerapi (MBRT) sier de forventer å publisere resultatene i 2025.

Silje Endresen Reme og Henrik Børsting Jacobsen leder forskningsgruppen The Mind-Body Lab ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, som har utviklet og testet behandlingen. Reme og Jacobsen beskrev MBRT i et fagessay i temanummeret om helsepsykologi (Jacobsen & Reme, 2024).

Fagessayet har allerede skapt debatt om behandlingen i sosiale medier, der enkelte har sammenliknet MBRT med den omstridte Lightning process-terapien for kronisk utmattelsessyndrom (ME).

REFERANSER

- Anderssen, N. & Harlap, Y. (2024). Psykologutdanningen i Bergen har fortsatt høy kvalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Jacobsen, H. B. & Reme, S. E. (2024). Mind-Body ReprogrammeringsTerapi (MBRT): ny behandling for long covid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 907–914.
- Larsen, H. (2024, 3. desember). Ingen penger til psykologi ved Universitetet i Stavanger. *Khrono*. <https://www.khrono.no/notice/924271>
- Lauveng, A. (2023, 14. juni). Spesialistutdanningen er vår. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2023/06/spesialistutdanningen-er-var>
- Leivestad, S., Haanæs, I. V., Nilssen, P. T., Edland, J. S. & Grov, H. J. (2024, 28. november). Psykologutdanningen i Bergen er i fare. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/11/psykologutdanningen-i-bergen-er-i-fare>
- Skram, N. (2024). Utvanning av profesjonsstudiet i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11), 734–739.

TIPS OSS!

Har du tips om en relevant sak for våre lesere? Kontakt redaksjonens nye journalist, Matt Oxman, via e-post, telefon eller Signal.

matt@psykologtidsskriftet.no
986 36 788



TEKST Kim Larsen og
Anders Zachrisson

Mangfold preger Freuds analyser av selvmord, men aggresjon som primær motivasjon er et konstant element.

Sigmund Freud om selvmord

Freud laget aldri noen samlende teori om selvmord, men resonnementer og analyser av selvmord er spredt utover i hans tekster, både i sykehistoriene og i de teoretiske verkene. Her ser forfatterne nærmere på Freuds omtaler av selvmord. Først presenteres Freuds biografi når det gjelder enkelte av hans personlige opplevelser av selvmord og hans reaksjoner på dem, og deretter en del av sykehistoriene og referatene fra Wiens psykoanalytiske samfunn. Omstendighetene rundt Freuds egen død ved eutanasi blir også skissert.

KONTAKT Kim.Larsen@so-hf.no

MERKNAD Teksten er en forkortet, oversatt og bearbeidet versjon av Larsen og Zachrisson (2023) «Sigmund Freud and Suicide – In His Life and in His Writings» publisert i *American Imago*, 80(2), 247–277.

Ingen oppgitte interessekonflikter.
Zachrisson døde 29.3.2024.

<https://doi.org/10.1353/aim.2023.a901545>

Selvmord i Freuds liv

Freud opplevde tidlig selvmord. Det var ellers skjellsettende dødsfall i familien; broren hans Julius døde åtte måneder gammel, da Freud selv var nitten måneder. Freud hadde følt sjalusi og fiendtlighet overfor Julius, og det at han døde, gav Freud vedvarende dårlig samvittighet (Jones, 1961, s. 7). Det dødsfallet som påvirket Freud mest, var imidlertid farens død i 1896. Det dannede opptakten til Freuds selvanalyse og derved til psykoanalysen. Freud skriver at farens død hadde gjenoppvekt alle gamle følelser, og han følte seg nokså rotløs (Jones, 1961, s. 213).

Den uunngåelige katastrofen Weiss

Det første selvmordet Freud opplevde, var den unge nevrologen Nathan Weiss (1851–1883), som hengte seg ti dager etter at han kom hjem fra bryllupsreise. Weiss' død åpnet en karrieremulighet for Freud ved Allgemeine Krankenhaus i Wien. På grunn av brevene Freud skrev til sin forlovede Martha Bernays, som da bodde i Wandsbek i Nord-Tyskland, har vi tilgang på Freuds refleksjoner over selvmordet. I et langt brev datert 16. september 1883 skriver han til Martha om Weiss, at hans død ikke var tilfeldig, men en konsekvens av hans temperament som gjorde katastrofen uunngåelig (E. L. Freud, 1960, s. 74).

En del av miljøet i Wien og Weiss' familie gav bruden skylden for selvmordet. Freud var ikke enig. Han mente årsaken lå i Weiss' personlighet og pekte på en rekke omstendigheter i Weiss' aktuelle situasjon, som til sammen brakte denne svært forfengelige mannen til utålelig desperasjon (E. L. Freud, 1960, s. 79–80).

Freud forklarte for Martha at Weiss' død var som hans liv: skåret etter et mønster som skriker etter en romanforfatter som kan bevare det for ettertiden (E. L. Freud, 1960, s. 80). Disse bemerkningene kan slå en som ganske kalde og lite innfølelse. Freud ser det altså slik at selvmordet, selv om situasjonen var så spesiell og traumatisk, var en logisk følge av Weiss' personlighet. Freud overtok også rommet til Weiss på Allgemeine Krankenhaus etter hans død, noe som heller ikke plaget Freud.

Den unevnelige Pauline Silberstein

Det andre tidlige selvmordet Freud opplevde, var Pauline Theiler Silberstein (1871–1891), konen til hans nære ungdomsvenn Eduard Silberstein. Freuds brev til Eduard fra årene 1871–1881 (Boehlich, 1990) er den første av Freuds korrespondanser som er bevart. De to vennene lærte seg spansk sammen og dannet et akademi, Akademia Castellana, med et eget segl og med kun dem som medlemmer. Akademiets oppgave var å utveksle betraktninger om livet og kvinner, samt lese litteratur, særlig Cervantes. Etter studietiden i Wien flyttet Eduard tilbake til Braila i Romania og giftet seg med Pauline Theiler. Hun fikk kort tid etter en alvorlig depresjon og ble sendt til behandling hos Freud. Hun kastet seg ut fra tredje etasje fra trappen opp til Freuds kontor i Maria-Theresien-Strasse – før hun i det hele tatt traff Freud (Boehlich, 1990, s. xv; Hamilton, 2002).

Det finnes *intet* spor av Pauline Silbersteins selvmord i noen av Freuds skrifter eller korrespondanse. Det virker heller ikke som Freud har nevnt det for noen, med unntak av datteren Anna, som bare måneder før sin død i 1982 snakket om selvmordet med Eduard Silbersteins barnebarn Rosita Vieyra (1990) i sitt hjem i London. Den fullstendige tausheten er som Hamilton (2002) påpeker, svært påfallende i lys av at Freud cirka ti år senere publiserte flere arbeider hvor tematikken er egnet til å vekke forestillinger om nettopp Pauline Silberstein. Freud nevner egne selvmordstanker til Eduard Silberstein, som en følge av sin egen ungdomsførelse i Gisela Fluss. Freud ble forelsket i Gisela under et opphold i sin fødeby Freiberg (nå Příbor i Tsjekkia) sammen med nettopp



Den unge nevrologen Nathan Weiss (1851–1883).

Eduard Silberstein i 1871 (Boehlich, 1990, s. 187–188). Freuds selvmordstrussel er ganske sikkert ikke alvorlig ment, den føyer seg inn i den melodramatiske og spøkefulle tonen som preger korrespondansen mellom de to ungdomsvennene. Freud glemte ikke Gisela Fluss; hun er omtalt nesten tyve år senere i *Screen memories* (1899/1981). Koblingen til Silberstein i artikkelen her er en av flere faktorer som gjør det uforståelig at Freud ikke nevner selvmordet til Pauline Silberstein. Til tross for et antall påminnere som er til stede i flere verk, nevnes ikke hennes tilfelle med ett ord. Fullstendig taushet! Et moment kan være at Freud etablerte privatpraksis i 1886 og derfor var ganske fersk som terapeut. Selvmord hos pasienter tidlig i karrieren er kjent for å være den aller største påkjenningen for terapeuter (Bierman, 2003; Brown, 1987a, 1987b).

Truslene Tausk og Silberer

Senere opplevde Freud at to kolleger døde ved selvmord, som han også delvis ble holdt ansvarlig for. Et av dem var Victor Tausks (1879–1919) selvmord. Tausk hadde vært medlem i kretsen rundt Freud siden 1908 og begynte i analyse hos Helene Deutsch i januar 1919. Deutsch selv gikk i analyse hos Freud. Tausk benyttet mye av sin analyse hos Deutsch til å omtale Freud. På denne måten oppnådde Tausk på et vis å gå i analyse hos Freud, via Deutsch. Freud ser over tid det problemfylte i dette opplegget og forklarer Deutsch at hennes egen analyse ødelegges av denne konstellasjonen. Freud gir henne valget mellom å avslutte analysen av Tausk eller selv slutte hos Freud. Karrieremessig var det jo ikke tvil om



Ekteparet Eduard og Pauline Silberstein, fra rundt 1890.

hva som var mest gunstig for henne å velge, og Deutsch avsluttet brått Tausks analyse. Tausk var en utagerende person med utallige kvinnehistorier bak seg, mange av dem avsluttet han brått og uten forklaring. Tausk hadde nå forført en ung pasient, Hilde Loewi, under hennes første time hos ham. Hun ble gravid, og de hadde planlagt bryllup 3. juni 1919. Denne dagen bestemte Tausk seg for å ta sitt liv. Han skrev testamente og to selvmordsbrev, ett til Hilde og ett til Freud. Deretter knyttet han et gardintau rundt halsen og skjøt seg med en pistol. I brevet til Freud takker han ham for å ha gitt mening til livet hans de siste årene, og han roser Freuds tenkning og psykoanalysens betydning for menneskeheten. Deretter kaller han selvmordet sitt det sunneste han har foretatt seg i sitt mislykkede liv (gjengitt i Roazen, 1969, s. 127–128).

Vi vet ganske mye om Freuds reaksjon på selvmordet til Tausk. For det første skrev Freud nekrologen over Tausk i *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. I et brev til Lou Andreas Salomé skriver Freud ganske kaldt og avslørende (for personligheten hans) at han ikke savner Tausk, som han oppfattet som ubrukkelig, som en trussel for fremtiden. Freud ser evnene hans, men de lot seg ikke omsette i verdifulle bidrag (Roazen, 1969, s. 140). Kun en uke etter at det hadde skjedd, forteller Freud om Tausks selvmord omtrent på samme måte i et brev til Sándor Ferenczi (Falzeder & Brabant, 1996, s. 363).

Tausks selvmord og begivenhetene som ledet opp til det, ble voldsomt diskutert da samfunnsviteren Paul Roazen skrev boken *Brother animal. The story of Freud and Tausk* (1969). Roazen gikk langt i å gi Freud skylden

for Tausks selvmord. Det førte til at Kurt Eissler skrev boken *Talent and genius. The fictitious case of Tausk contra Freud* (1971), hvor han imøtegår Roazens resonnementer. En omfattende og opphetet debatt fulgte, og Eissler utgav senere enda en bok, *Victor Tausk's suicide* (1983) (for en oppsummering av debatten og en evaluering av Tausks stilling i psykoanalysen, se Larsen, 1994).

Psykoanalytikerens Herbert Silberer (1882–1923) hengte seg i januar 1923. Noe av grunnen til Silberers selvmord ble oppfattet å være Freuds skeptiske reaksjon på Silberers arbeider, hvor han forsøkte å knytte psykoanalysen til religiøs symbolikk og mystisisme, et tema som også spilte en rolle i Freuds brudd med Carl Gustav Jung. I et brev til Silberer i april 1922 skriver Freud at han ikke ønsker besøk av ham og heller ikke videre kontakt (Roazen, 1975, s. 339). Det påfallende med Freuds reaksjon her er at han kort tid etter selvmordet skriver et brev til Sándor Ferenczi, den 25. januar, uten å nevne Silberers selvmord, selv om Freud i det samme brevet forteller om andre hendelser den siste tiden. Her nevner han sønnen Olivers forlovelse og bryllupsplanene til en av sine nieser, men han nevner ikke Silberers selvmord med et ord (Falzeder & Brabant, 2000, s. 93–94).

Selvmord i Freuds teoretiske verker

To av verkene som stadig blir nevnt i innledninger om suicidologiens historie, er Emilie Durkheims *Suicide* (1897/1951) og Sigmund Freuds *Mourning and melancholia* (1917b/1981). Freuds artikkel blir alltid gjengitt som at selvmord skyldes aggresjon vendt innover, mot ego, eller mer presist, mot et internalisert objekt (introjekt) som er blitt en del av ego. Så hva med tittelen? Den er dekkende; artikkelen handler om sorg og melankoli, kun ett avsnitt dreier seg om selvmord.

Freud er en god stilist og kan fremstille komplisert intrapsykisk dynamikk på en pedagogisk og forståelig måte (Larsen, 1997). Det gjelder for så vidt også her, men resonnementet er fortettet og derved noe vanskelig å følge. Vi gjengir her avsnittets sentrale tanker.

Melankolien kjennetegnes av en dobbel regresjon: til en identifikasjon med det tapte objektet og til en sadistisk aggresjon mot dette objektet, som har sviktet ved å bli borte. På grunn av identifikasjonen blir aggresjonen rettet innover. Derfor blir melankolien så farlig. Den grunnleggende selvkjærligheten som mobiliseres ved livstruende farer, gjør det nærmest ubegripelig at jeget skulle bidra til sin egen ødeleggelse. Vi er klar over at ingen nevrotiker bærer på tanker om selvmord som ikke først handler om morderiske impulser mot andre, for så å bli rettet innover. Imidlertid har vi ikke forstått hvilke krefter som spiller sammen når tanken blir til handling. Nå viser analyser av melankoli at det bare kan skje hvis jeget oppfatter seg selv som et objekt, og vender mot seg selv den fiendtligheten som opprinnelig var rettet mot den personen som objektet representerer. Ved regresjonen til narsissisme prøver jeget å bli kvitt objektet, men objektet viser seg å være sterkere enn jeget. Ved de to motsatte situasjonene, akutt forelskelse og selvmord, blir jeget overveldet av objektet, om enn på helt forskjellige måter (Freud, 1917/1981, s. 252).

I innledningen til *Mourning and melancholia* er Freud ydmyk og advarer mot å generalisere for mye når det gjelder de virkningsmekanismer han beskriver. Varianter av resonnementet finnes i andre tekster fra samme tid, for eksempel i *On transience* (1915a/1981) og *Introductory lectures* (1917a/1981, s. 427).

Thanatos og overjeget

The ego and the id (1923/1981) er verket hvor Freud lanserer sin strukturelle modell om de tre instansene. Noen år tidligere (1920a/1981) hadde han innført dødsdriften (thanatos), som han tenker seg streber mot destruksjon og mot å konvertere det levende til det uorganiske. Dødsdriften gjør det enklere å forklare selvmord, samtidig som overjeget gir muligheter for å forstå selvforakt og selvbebreidelser på en ny måte.

I melankolien, skriver Freud, finner vi et meget strengt overjeg som retter nådeløse og sadistiske anklager mot jeget. Det er dødsinstinktet som preger overjeget, og som faktisk er i stand til å drive personen til selvmord, hvis ikke trusselen avverges ved en omdreining til mani (1923/1981, s. 53).

Freud fremholder en forskjell mellom tvangsnevrotikeren, som virker immort mot selvmord, og pasienter med hysteri og melankoli, hvor risikoen er langt større (1923, s. 395). Freud benyttet i liten grad den muligheten som idéen om dødsinstinktet gir til å forstå selvmord, bortsett fra i passasjen som det refereres til ovenfor, i en artikkel om masokisme (1924/1981) og i et avsnitt i det siste verket, *An outline of psychoanalysis* (1940/1981).

Freuds bemerkninger om selvmord er få og strekker seg over en lang karriere, og preges derved av at den teoretiske konteksten utvikler seg. Noen ganger kan hans kommentarer virke endimensjonale, monokausale og absolutistiske, andre ganger mer ydmyke og forsiktige. I sitt siste verk, *An outline of psychoanalysis* (1940/1981), som han ikke rakk å fullføre før han døde, er han beskjeden. Han skriver at hos enkelte nevrotikere er selvpopholdelsesinstinktet reversert. De driver med selvskading og selvødeleggelse. Det kan være at de som dør ved selvmord, hører til denne gruppen. Det ser ut som om det her har funnet sted en spredning av instinktene, som resulterer i en frigjørelse av destruktiv energi som så rettes innover. Disse pasientene tåler ikke å bli bedre av behandlingen og motarbeider den av alle krefter. Freud avslutter avsnittet med en reservasjon: «Vi må innrømme at dette er tilfeller vi ennå ikke har greid å fullt ut forklare» (Freud, 1940/1981, s. 180, vår oversettelse).

Selvmord i sykehistoriene

Suicidalitet er nevnt i alle Freuds sykehistorier unntatt barnekasuset «Lille Hans» (1909/1981). I sykehistoriene til Anna O., Rottemannen og Ulvemannen behandler Freud temaet bare overfladisk, og det er mest til stede i bakgrunnen.

Dora

Dora er Freuds første lange sykehistorie og er interessant ut fra mange hensyn (Decker, 1990; Larsen, 2011; Larsen & Karlsen, 2011). Analysen av «Dora» (Ida Bauer, 1882–1945) ble utført høsten 1900, men først publisert fem år etter (Freud, 1905/1981). Dette er den sykehistorien som er rikest på suicidal tematikk. Den 18 år gamle Dora ble brakt til Freud av faren etter at hun hadde skrevet et selvmordsbrev til foreldrene. Hun hadde en rekke symptomer: åndenød, nervøs hoste, periodisk mutisme, migrene, depresjon og hysteri, men det var selvmordsbrevet som utløste henvendelsen til Freud. Farens oppdrag til Freud var enkelt og greit: «Forsøk å bringe henne til fornuft.» Doras foreldre hadde et vennepar, herr og fru K. Det viser seg at Doras far har et kjærlighetsforhold til fru K, og at herr K ved flere anledninger, to tilfeller er nevnt i historien, har gjort seksuelle tilnærmelser til Dora. Dette seksuelle dobbeltspillet fører til at hendelser i dagliglivet enten må benektes (slik som herr Ks tilnærmelser overfor Dora) eller bortforklares (slik som at Doras far og fru K plutselig blir sett sammen i skogen). Doras mor fortalte at faren var så ulykkelig at han hadde gått ut i skogen for å ta livet av seg, og at fru K, som mistenkte dette, gikk etter og overtalte ham til å la være. Dora trodde ikke på det og antok at faren hadde funnet på historien for å forklare stevнемøtet med fru K (Freud, 1905/1981, s. 33).

Det er ikke overraskende at Freud med sin utøvelse av det Ricoeur (1970) kaller «mistankens hermeneutikk», regner med kommunikative aspekter ved suicidale ytringer. I Doras tilfelle er denne tendensen særlig tydelig. Suicidalitet sammen med somatiske sykdommer og spesielle personlighetstrekk hos aktørene i historien er faktorer som blir fortolket i lys av intrapsykisk og interpersonlig dynamikk som noe helt annet enn det de ser ut som ved første øyekast – få oppmerksomhet, rop om hjelp, ønske om hevn (Litman, 1970).

Margarethe Csonka

I *The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman* (Freud, 1920b/1981) hadde pasienten innledet et forhold til en annen kvinne, noe hennes familie mislikte sterkt. En dag kvinnen og kjæresten var ute og gikk tur, støtte de på pasientens far, som passerte dem med et angivelig illsint blick. Pasienten diskuterte med kjæresten, løp deretter vekk fra henne og kastet seg utfor en høyde og ned på jernbanelinjen til forstadstoget som gikk like ved. Pasienten forklarte senere at da kjæresten hadde oppdaget rekkevidden av farens misbilligelse, hadde hun avsluttet forholdet med umiddelbar og ugjenkallelig virkning. Pasienten kunne like gjerne ha dødd av fallet, og Freud vurderer det utvilsomt som et alvorlig selvmordsforsøk. Men pasienten er heldig og blir helt frisk igjen etter noen ukers sykeleie. Freud beskriver effektene av selvmordsforsøket på de nære relasjonene hennes. Foreldrene turte ikke å protestere like sterkt, og kjæresten ble rørt av det sterke beviset på hennes følelser (Freud, 1920b/1981, s. 148).

Det åpenbare motivet for handlingen var at kjæresten øyeblikkelig brøt forholdet etter at hun ble klar over familiens misbilligelse. Men Freud fremholder også

to andre motiver: behovet for selvavstraffelse og en ønskeoppfyllelse. Begrunnelsen for disse elementene ved pasientens suicidalitet virker vilt spekulative og søkte; et ønske om å få barn med far ble realisert ved at hun på grunn av far «nedkom» (niederkommen), som på tysk betyr både falle og føde. Selvanklagene gjaldt dødsønsker rettet mot en av foreldrene, kanskje mot mor, da hun var gravid med lillebror.

Freud gjentar etter dette sin forklaring på selvmord, som han fremfører med større absolutisme enn andre steder; det er drapet på et objekt som personen har identifisert seg med, og det er vendingen mot eget selv av dødsønsker rettet mot en annen (1920b/1981, s. 162). Dødsønsker og at de knyttes til selvmord, er ifølge Freud ikke overraskende siden slike dødsønsker er så vanlige; selv nære relasjoner basert på kjærlighet er ambivalente og inneholder også aggressive elementer (s. 162).

Wiens Psykoanalytiske Samfunn

Den såkalte Onsdagsklubben møttes hjemme hos Freud fra 1902. Den ble noen år senere formalisert som Wiens Psykoanalytiske Samfunn, og hadde ukentlige møter i perioden 1906–1918. Det eksisterer referater fra de fleste av møtene (Nunberg & Federn, 1962–1975.) Den første gangen Freud nevner selvmord, er i møtet 13. februar 1907, hvor gruppen diskuterer et verk av Frank Wedekind (1864–1918). I diskusjonen omtaler Freud selvmord som klimaks av negativ autoerotisme og videre som en negativ selvgratifikasjon (Nunberg & Federn, 1962, s. 114). I et møte 8. mai samme år diskuteres selvmordet til den unge poeten Walter Cale (1881–1904). Mange av diktene er skrevet til hans søster og formidler en dyp kjærlighet til henne. Deltakerne diskuterer hvorvidt forholdet var incestuøst eller ikke. Alfred Adler mener at dersom incest hadde vært tilfellet, ville ikke diktene ha eksistert. Freud husker en mann som skjøt seg da hans søster ble gravid med en annen enn ham (Nunberg & Federn, 1962, s. 193).

På et møte i mars 1909 kommenterer Freud kjønnsforskjellene når det gjelder selvmordsmetoder og metodenes symbolfunksjon og motivasjonskilde på en måte som i dag virker ubegrunnet og latterlig, nærmest som en karikatur på psykoanalytiske resonnementer. Menn skyter seg med en revolver, det vil si leker med sin penis, eller henger seg, det vil si henger ned som en penis (pedere) (Nunberg & Federn, 1967, s. 183).

Deretter kommer en liste over mer «kvinnelige» selvmordsmetoder. Freud mener at forgiftning betyr (ønske om) graviditet. Barnet forbinder mors kvalme under graviditeten med at hun er forgiftet, eller at man blir gravid ved å spise spesiell mat (forgiftet mat). Å drukne seg betyr å bære frem et barn, og, som vi har sett, å hoppe fra en høyde betyr å føde (nedkomme med) et barn. Kvinnen oppfyller altså sin seksuelle funksjon også i døden (Nunberg & Federn, 1967, s. 183).

Gruppen rundt Freud har fått æren av å avholde den første faglige kongressen med selvmord som tema. De hadde to møter om selvmord i april 1910 (Friedman, 1967; Nunberg & Federn, 1967, s. 479–506). Temaet var

selvmord blant skoleelever, noe som ble mye debattert i pressen på den tiden. Hadde skolen noe av skylden fordi de presset elevene for mye? Var lærerne for autoritære? Det som er overraskende når en leser referatene fra disse møtene, er at Freud er svært tilbakeholdende i diskusjonen, noe som er litt rart siden han på denne tiden hadde opplevd flere selvmord og hadde skrevet om selvmord i sine verker (f.eks. 1901/1981, 1905/1981). Denne tilbakeholdenheten kommenteres også av Friedman (1967), som senere redigerte en bok med referatene fra akkurat disse møtene. Om selvmord blant skoleelever står det at Freud var enig i at det ikke var mulig å trekke slutninger bare ut fra statistikken; vi trenger en nøye undersøkelse av enkelttilfeller for å nærme oss en forståelse (Friedman, 1967, s. 493).

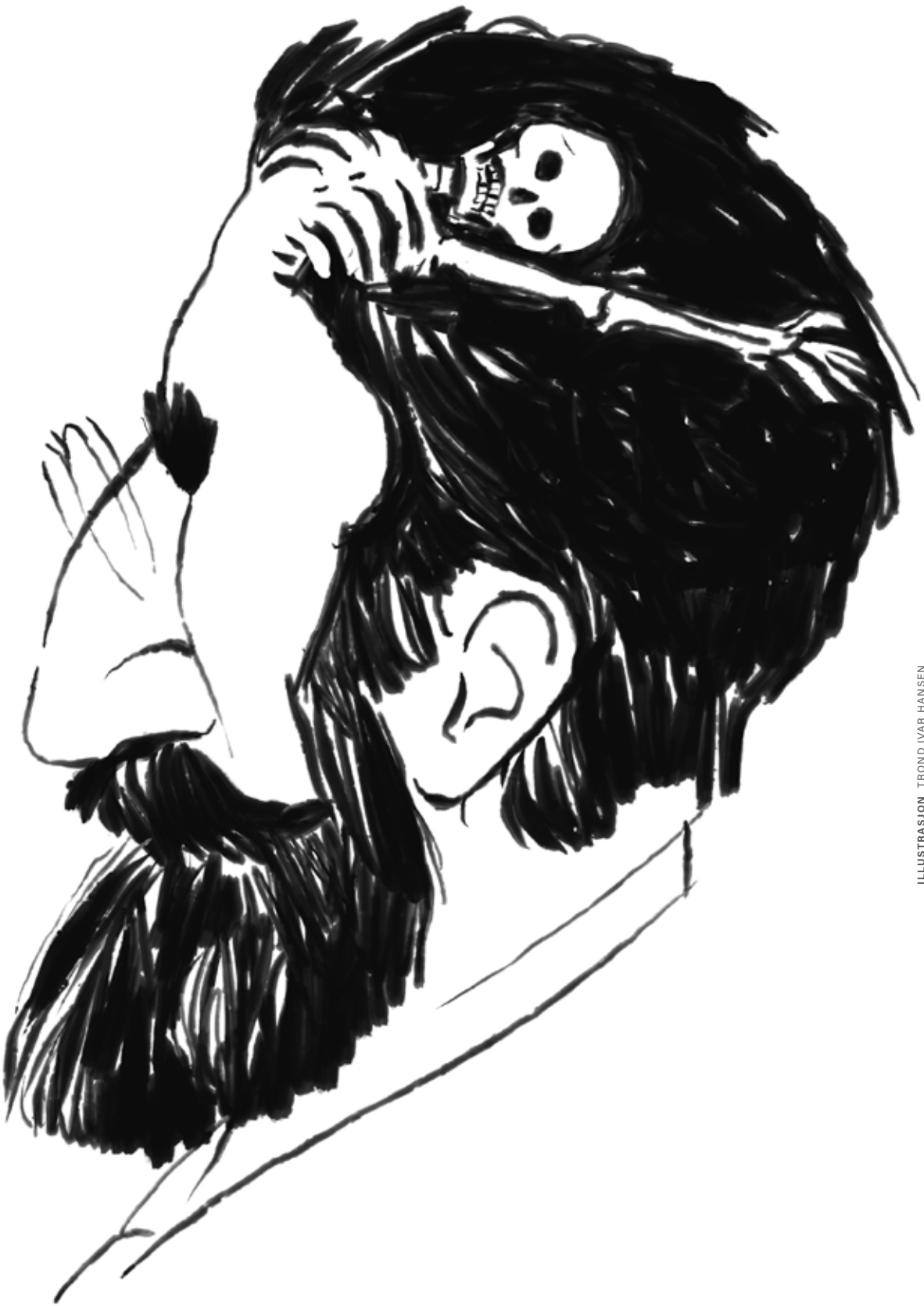
Deretter følger en del luftige spekulasjoner om selvmord blant barn og unge, skolens rolle og om homoseksualitet blant lærere, som i likhet med påstandene om symbolfunksjoner ved forskjellige selvmordsmetoder fremstår som karikerte og ubegrunnede. På det andre av disse møtene bemerker Wilhelm Stekel at selvmordet handler om dyp skyld; ingen dreper seg selv uten å ha ønsket å drepe noen andre (Nunberg & Federn, 1967, s. 500). Denne tolkningen gjentas nærmest ordrett av Freud uten kilde i *Totem & taboo* (1913/1981, s. 154) og i *Mourning and melancholia* (1917b/1981, s. 261).

Freuds egen død

Freud tenkte ofte på døden, noe en kan se både ut fra verkene, særlig *Thoughts for the times of war and death* (1915/1981) og *On transience* (1915/1981) og fra korrespondansen, særlig med Wilhelm Fliess i årene 1887–1904 (Masson, 1985). Freud hadde betydelige hjerteproblemer i 1890-årene som sannsynligvis skyldtes et stort tobakksforbruk. Men det er ikke noe suicidalt over disse betraktningene og heller ingen frykt for døden (se von Unwerth, 2006). Freud påpeker hvor lite vi forstår av døden, og hvor vanskelig det er å forestille seg den. Prøver vi, kan vi se at vi fortsatt bare er tilskuere. Kanskje ingen egentlig tror på sin egen død. I det ubevisste er vi alle overbevist om vår egen udødelighet (1915b/1981, s. 77).

I den omfattende korrespondansen med Freuds forlovede Martha Bernays finner vi pasjonerte kjærlighetserklæringer fra den ellers så sindige Freud. Blant disse er det også en indirekte selvmordstrussel om hva han ville gjøre hvis han skulle miste henne (Jones, 1961, s. 87).

Temaet suicidalitet spiller også en rolle i Freuds liv da legen hans, Felix Deutsch, oppdager ondartet kreft i kjeven til Freud i april 1923. Deutsch velger å skjule den alvorlige diagnosen for Freud i frykt for at sannheten om diagnosen skulle få ham til å utføre selvmord. Freud hadde tidligere bedt Deutsch om hjelp til å «forsvinne fra jorden med verdighet» dersom han skulle bli rammet av en uheldelig sykdom med langvarige smerter (Gay, 1988, s. 421). I tillegg var Freud på denne tiden tynget av sorg etter å ha mistet sitt yndlingsbarnebarn Henerle (Heinz Rudolf, 1919–1923) i tuberkulose. Freud blir imidlertid rasende da han høsten 1923 oppdaget at



ILLUSTRASJON TROND IVAR HANSEN

Deutsch hadde holdt diagnosen skjult, og avskjediger ham som livlege. Freud erstatte ham i 1929 med Max Schur, og allerede i innledningen av behandlingskontrakten med ham er nettopp spørsmålet om å «forsvinne fra jorden med verdighet» sentralt. Schur lover å assistere ved Freuds død når han måtte bestemme det i lys av kreftens utvikling. Freud ble operert i kjeven over tredivetvange og hadde i året 1927 hele 76 konsultasjoner med kjevekirurgen Hans Pichler (Romm, 1983). Etter hvert ble så mye av kjeven fjernet at Freud måtte bruke protese, som ofte var vanskelig å sette inn, og som krevde omfattende vedlikehold og justeringer. Talen hans blir snøvlete og nasal på grunn av protesen. Måltider blir logistiske mareritt, og Freud spiser ikke lenger i nærvær av andre. Freud skriver om protesen i 1926 at 70 år har lært ham å godta livet med munter ydmykhet. Han avskyr protesen fordi alt styret med den stjeler så mye av de kreftene han har igjen. Allikevel – heller en mekanisk kjeve enn ingen kjeve i det hele tatt; eksistens er å foretrekke fremfor utslettelse (referert i Romm, 1983, s. 90).

Etter som sykdommen skrider frem, utvikler det seg koldbrann og nekroser, og han får et hull i kinnene (Schur, 1972, s. 526). Som en følge av at situasjonen forverrer seg, begynner Freud å lengte etter døden. I et brev til Stefan Zweig i forbindelse med gratulasjoner på sin 80-årsdag skriver Freud at han er svært fornøyd med livet sitt og familien, men at han ikke kan forsones seg med elendigheten og hjelpeløsheten ved å bli gammel, og at han ser frem til overgangen til ikke-væren med en viss lengsel (Edmundson, 2007, s. 112). I et brev til Marie Bonaparte gir han en hjerteskjærende beskrivelse av livet sitt som gammel og syk – som en liten øy av smerte i et hav av likegyldighet (Edmundson, 2007, s. 214).

Den 21. september 1939 kaller Freud til seg Schur og minner ham på den avtalen de hadde inngått for mange år siden. Så sier han at nå er det bare tortur, og livet har ingen mening lenger. Han ber Schur høre med Anna, og hvis hun er enig, skal Schur gjøre slutt på livet hans (Edmundson, 2007, s. 225). Samme dag gir Schur ham en injeksjon med tre centigram morfin, vesentlig mer enn en smertestillende dose, deretter ytterligere én og en tredje dagen etter. Freud havner i koma, og den 23. september 1939 dør han av kreften og av Schurs injeksjoner (Edmundson, 2007, s. 225–226). Dagen er jom kippur, den helligste dagen i den jødiske kalenderen, som dette året også sammenfalt med sabbaten (lørdag). Noen har sett på dette som en symbolmettet handling av Freud (Rosenzweig, 1970; Stanley & Berke, 2011).

Måten Freud døde på, blir noen ganger fremstilt feilaktig, særlig i kortere biografiske tekster (Lacoursiere, 2008; Lester, 2000). Freud benyttet muligheten til å avslutte livet da det passet ham selv og ikke sykdommen.

Konklusjon

Freuds tanker om selvmord er som vi har sett, mangslungne. De ble til over en lang periode hvor psykoanalysen var i utvikling, slik at den teoretiske konteksten forandret seg. Særlig viktige endringer er innføringen av dødsdriften thanatos (1920a) og strukturteorien (1923), som gir helt nye muligheter for å konseptualisere selvmord. Uavhengig av teoretiske kontekster betrakter Freud aggresjon som den primære motivasjonen for selvmord, noe som jo ligger innbakt i begrepet (selvmord). Konstant er også Freuds analyser av hvordan det ubevisste «samarbeider» med en ytre situasjon for å frembringe selvstraffende og selvskadende handlinger gjennom tilsynelatende ulykkeshendelser eller «tilfeldigheter». En annen type mangfold ligger i det store spennet av teoretiske elaboreringer som karakteriserer Freuds kommentarer og analyser av selvmord. Noen ganger er det elegante og avanserte resonnementer, som i *Mourning and melancholia* (1917b/1981) og *The psychopathology of everyday life* (1901/1981), mens det andre ganger er platte, søkte og ubegrunnede påstander, som i gjennomgangen av den seksuelle symbolikken til forskjellige selvmordsmetoder i *The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman* (1920b/1981) og på møtet i Wiens Psykoanalytiske Samfunn i mars 1909 (Nunberg & Federn, 1967, s. 183). Noen ganger er Freud dogmatisk og forenkler, mens han andre ganger er undrende og mangefasettert, som i *An outline of psychoanalysis* (1940/1981). Briggs har kanskje et poeng når han konstaterer at deler av Freuds tenkning om selvmord var enten nokså påståelig eller ikke tiltrekkelig diskutert (2006, s. 561).

Freuds reaksjoner på selvmord som angikk ham personlig, slår en som usentimentale og «kalde». De viser en tendens til å tillegge den som har utført selvmordet, uheldige og til dels umoralske personlighetsegenskaper (Nathan Weiss / Victor Tausk) eller til å ikke nevne det i det hele tatt (Pauline Silberstein / Herbert Silberer)). Vi har pekt på den fullstendige tausheten rundt Pauline Silbersteins selvmord. Det blir ikke nevnt med et ord selv om Freud gjentatte ganger arbeidet med temaer som på en nesten overtydelig måte kan vekke assosiasjoner til selvmordet hennes. Samtidig må selvmordet antas å ha hatt stor betydning for Freud, siden hun var konen til en nær ungdomsvenn, utførte selvmordet på en dramatisk måte i tilknytning til Freuds bolig og skulle til å innlede en behandlingskontakt med ham.

Freuds eget sykdomsforløp, hvor han levde med kjevekraft fra 1923, bar preg av at han utholdt sykdommen og de problemer den skapte, med en kombinasjon av stor motstandskraft og en moden aksept. Freud bestemte seg for å dø ved eutanasi da livskvaliteten var sterkt forringet («Das hat keinen Sinn mehr») og han var i terminalfasen. Ⓧ

- Bierman, B. (2003). When depression becomes terminal: The impact of patient suicide during residency. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 443–457.
- Boehlich, W. (Red.). (1990). *The letters of Sigmund Freud to Eduard Silberstein 1871–1881*. Harvard University Press.
- Briggs, S. (2006). «Consenting to its own destruction»: A reassessment of Freud's development of a theory of suicide. *Psychoanalytic Review*, 93, 541–564.
- Brown, N. (1987a). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 101–112.
- Brown, N. (1987b). Patient suicide during residency training: Incidence, implications and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11, 201–216.
- Decker, H. (1990). *Freud, Dora, and Vienna 1900*. Free Press.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide. A study in sociology*. Free Press. (Opprinnelig utgitt 1897). (Norsk forkortet utgave: *Selvmordet. En sosiologisk undersøkelse* (1978). Gyldendal.)
- Edmundson, M. (2007). *The death of Sigmund Freud. Fascism, psychoanalysis and the rise of fundamentalism*. Bloomsbury.
- Eissler, K. R. (1971). *Talent and genius. The fictitious case of Tausk contra Freud*. Quadrangle Books.
- Eissler, K. R. (1983). *Victor Tausk's suicide*. International Universities Press.
- Falzeder, E. & Brabant, E. (Red.). (1996). *The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi. Volume 2, 1914–1919*. Harvard University Press.
- Falzeder, E. & Brabant, E. (Red.). (2000). *The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi. Volume 3, 1920–1933*. Harvard University Press.
- Freud, E. L. (Red.). (1960). *Letters of Sigmund Freud 1873–1939* (T. & J. Stern, Overs.). Hogarth Press.
- Freud, S. (1899/1981). Screen memories. I J. Strachey (Red. & Overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Bd. 3, s. 299–322). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1899)
- Freud, S. (1901/1981). The psychopathology of everyday life. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 6). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1901)
- Freud, S. (1905/1981). Fragment of an analysis of a case of hysteria (Dora). I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 7, s. 3–242). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1905)
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year old boy. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 10, s. 5–149). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1913)
- Freud, S. (1913). Totem and taboo. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 13, s. 1–162). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1913)
- Freud, S. (1915a/1981). On transience. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 14, s. 303–308). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1915)
- Freud, S. (1915b/1981). Thoughts for the times on war and death. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 14, s. 273–300). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1915)
- Freud, S. (1917a/1981). Introductory lectures on psychoanalysis. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 15 & 16). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1917)
- Freud, S. (1917b/1981). Mourning and melancholia. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 14, s. 239–258). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1917)
- Freud, S. (1920a/1981). Beyond the pleasure principle. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 18, s. 1–64). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1920)
- Freud, S. (1920b/1981). The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 18, s. 145–172). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1920)
- Freud, S. (1923/1981). The ego and the id. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 19, s. 1–62). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1923)
- Freud, S. (1924/1981). The economic problem of masochism. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 19, s. 155–172). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1924)
- Freud, S. (1940/1981). An outline of psychoanalysis. I J. Strachey (Red. & Overs.), *Standard Edition* (Bd. 23, s. 139–208). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1940)
- Friedman, P. (Red.). (1967). *On suicide. With particular reference to suicide among young students. Discussions of The Vienna Psychoanalytic Society - 1910*. International Universities Press.
- Gay, P. (1988). *Freud. A life for our time*. J.M. Dent.
- Hamilton, J. (2002). Freud and the suicide of Pauline Silberstein. *Psychoanalytic Review*, 89, 889–909.
- Jones, E. (1961). *The life and work of Sigmund Freud*. Forkortet og utgitt i ett bind av L. Trilling & S. Marcus (Red.). Basic Books.
- Lacoursiere, R. B. (2008). Freud's death. *American Imago*, 65, 107–128.
- Larsen, K. (1994). Victor Tausks (1879–1919) stilling i psykoanalysens historie: En evaluering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 31, 695–704.
- Larsen, K. (1997). Freud på engelsk: Versjon eller perversjon? *Nordisk Psykologi*, 49(4), 270–286.
- Larsen, K. (2011). Doras bror. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*. 64, 46–52.
- Larsen, K. & Karlsen, K. (2011). Doras hjelpere og dramaet dem imellom. En kontekstuell analyse av Felix Deutschs «A footnote to Freud's 'Fragment of an analysis of a case of hysteria'». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 138–143.
- Lester, D. (2000). Freud's death from bone cancer!!!! *Contemporary Psychology*, 45(2), 233. <https://doi.org/10.1037/005125>
- Litman, R. E. (1970). Sigmund Freud on suicide. *Bulletin of suicidology*, 6, 11–23.
- Masson, J. M. (Red.). (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887–1904*. Harvard University Press.
- Nunberg, H. & Federn, P. (1962–1975). *Minutes of The Vienna Psychoanalytic Society, 1906–1918* (Bd. 1–4). International Universities Press.
- Nunberg, H. & Federn, P. (1962). *Minutes of The Vienna Psychoanalytic Society, 1906–1918* (Bd. 1). International Universities Press.
- Nunberg, H. & Federn, P. (1967). *Minutes of The Vienna Psychoanalytic Society, 1906–1918* (Bd. 2). International Universities Press.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and philosophy. An essay on interpretation* (Denis Savage, Overs.). Yale University Press.
- Roazen, P. (1969). *Brother animal. The story of Freud and Tausk*. Transaction Publishers.
- Roazen, P. (1975). *Freud and his followers*. Da Capo Press.
- Romm, S. (1983). *The unwelcome intruder. Freud's struggle with cancer*. Prager Scientific.
- Rosenzweig, S. (1970). The day of Freud's death: A thirtieth anniversary note. *Journal of Psychology*, 74, 101–103.
- Schur, M. (1972). *Freud. Living and dying*. International Universities Press.
- Stanley, S. & Berke, J. H. (2011). Freud's atonement. *Mental health, Religion & Culture*, 14, 531–541.
- Vieyra, R. B. (1990). Biographical notes on dr. Eduard Silberstein. I W. Boehlich (Red.), *The letters of Sigmund Freud to Eduard Silberstein 1871–1881* (s. 190–194). Harvard University Press.
- von Unwerth, M. (2006). *Freud's requiem. Mourning, memory and the invisible history of a summer walk*. Continuum.

Når muligheten byr seg, bør vi strekke oss langt for å bidra til gjenoppretting av kontakt med omsorgspersonene.

Reparasjonsarbeid rundt barn i barnevernet

TEKST Lars Christian Drivdal Vold
Jon Hynne Auby

KONTAKT
larschristiandrivdal.vold@bufetat.no

MERKNAD Teksten er basert på forfatterens spesialistoppgave. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Barn som bor på barnevernsinstitusjon i Norge er en særdeles sårbar gruppe. Mange er preget av omsorgssvikt, og ubearbeidede konflikter og relasjonsbrudd med familie tar ofte mye plass i ungdommenes liv og sinn inn i voksenlivet. Samtidig vet vi at mange ungdommer har det vanskelig på institusjon fordi de blir stående i lojalitetskonflikter mellom biologisk familie, barnevern og ansatte på institusjon. Lojalitetskonfliktene kan komme i ulike former. «Hvis jeg trives for godt / klarer meg for bra på denne institusjonen, så skuffer jeg, og svikter mamma og pappa som vil at jeg skal flytte hjem.» «De voksne rundt meg sier at det ikke er bra for meg å ha mye kontakt med mamma, men jeg er redd for at hun er lei seg og ruser seg siden jeg ikke bor hjemme. Jeg må sjekke at hun har det bra, og vise at hun er viktig for meg.» Uavhengig av kvaliteten på lojalitetskonflikten barna står i, vet vi at de utgjør en betydelig risiko for barnets evne til å etablere trygghet og trivsel på institusjonen, og det stjeler sårt tiltrengt kapasitet til å ivareta andre sentrale utviklingsoppgaver. I tillegg vet vi av erfaring at de fleste barn som bor på institusjon, holder kontakt med familien sin under oppholdet, og søker tilbake til familien den dagen de flytter ut av institusjonen igjen. For å hjelpe barna med lojalitetskonflikter og relasjonelle sår må vi som jobber i barnevern, få økt fokus og kompetanse på familiearbeid. Sentralt i dette ligger evnen til å hjelpe barna og foreldrene å reparere ubearbeidede sår i sine relasjoner.



ILLUSTRASJON ÅSHILD IRGENS

Hvorfor jobbe med reparasjon?

Foreldre og familie vil alltid ha en betydelig innvirkning på barns liv, både positiv og negativ. Problemene blir ofte større når kontakten begrenses, og mange barn forlater barnevernet som tenåringer uten å ha en familie å støtte seg til. Derfor er det avgjørende å jobbe med familierelasjonene før barna flytter ut. Mange foreldre i barnevernet har selv erfaringer med relasjonsbrudd i oppveksten og trenger veiledning og trening for å møte barnas behov på en reparerende måte. Ofte oppstår det også relasjonelle brudd mellom hjelpeapparatet og foreldrene. Derfor må vi kontinuerlig evaluere vår egen rolle. Er vi til god støtte? Fremmer vi god kontakt med familien, eller står vi i veien for det?

Selv om vi ikke vil gå nærmere inn på det her, er det tilfeller der det ikke er hensiktsmessig å reparere. Det er imidlertid unntakene, så vi håper å kunne bidra til å senke terskelen for reparasjonsarbeid der det er hensiktsmessig.

Når vi går oss vill

I reparasjonsarbeid kan vi fort blande skyld med ansvar, og da er det flere fallgruver. Vi kan skylde på foreldrene, vi kan skylde på barnet, eller vi kan skylde på en diagnose.

Som hjelpere kan vi se behovet for en reparasjon, men vi ser det hovedsakelig ut fra barnets ståsted. «Barnet trenger at foreldrene sier unnskyld for det vonde som har vært, og han trenger det nå!» Dette er sårbart i settinger der barnet alene blir sett på som behandlingstrengende snarere enn systemet som helhet. Akkurat som barnet har foreldrene mye å bearbeide, og de kan kjenne på skam over at hjelpeapparatet betrakter dem som dårlige foreldre. Med det følger et behov for å forklare sin side av saken snarere enn å validere barnets virkelighetsoppfatning. De trenger hjelp til å finne sin måte å reparere på, akkurat som barnet trenger hjelp til å ta imot en reparasjon. Dersom foreldrene ikke har gått gjennom de samme forberedelsene som barnet, må vi som hjelpere



være bevisst på å ikke forvente en reparasjon før familien er klar til å håndtere det. I verste fall får barnet enda en bekreftelse på å ikke bli forstått og foreldrene enda en erfaring med å ikke få det til.

En annen fallgrube er «blame the kid». Dette skjer ofte når vi som omsorgsgivere, både foreldre og profesjonelle, opplever å ha prøvd alt, vi er maktesløse og redde, vi står i sterk avvisning og aggresjon, og vi mister evnen til å mentalisere. Vi sier ting som «han manipulerer» eller «hun unndrar seg omsorg». Vi bygger altså en forventning om at barnet må endre seg før vi kan ha noen påvirkning, og det blir en negativ spiral.

Den tredje fallgruben er å se diagnosen på bekostning av barnet. Det kan naturligvis være fint å trekke inn en diagnose som er med på å forklare hvorfor det har blitt vanskelig, og hvilken hjelp som trengs. Det har likevel en stor slagside fordi diagnosen blir det som skal forklare alt.

Selv om personen som har satt diagnosen sjelden mener at det er tilfellet, ser vi ofte at diagnosen blir brukt på denne måten. Når vi kjenner på maktesløshet, er ansvarsfraskrivelse nærliggende. «Han utagerer fordi han har ADHD.» Forklaringen tar fokuset bort fra de omstendighetenesom får fram de ulike atferdene hos barnet, og kan føre til stigmatisering og en uheldig identitetsdannelse. «Jeg har en opposisjonell atferdsforstyrrelse, derfor kan jeg ikke gjøre noe for at jeg slår når jeg blir sint.» Derfor er den systemiske forståelsen, nemlig at atferd blir til i en kontekst, så viktig å holde høyt. Diagnoser har også potensial til å være mediatorer eller katalysatorer for reparasjonsarbeid, noe vi vil illustrere senere.

Fellesnevneren for disse fallgruvene kan sies å være en maktpåvirket skyldfordeling som bidrar til å sementere rollene.

Innstilling i reparasjonsarbeid

For å forebygge disse fallgruvene vil vi gå nærmere inn på det vi kaller *innstilling i reparasjonsarbeidet*, inspirert av Karl Tomms artikkelserie «Interventive interviewing» (1988), narrativ terapi og Milano-gruppas sirkulære spørsmålsstilling. Leo Tolstoj åpner romanen *Anna Karenina* med: «Alle lykkelige familier ligner hverandre, hver ulykkelige familie er ulykkelig på sin egen måte.» Oversatt til dette temaet kan vi si at *alle lykkelige familier er gode på reparasjon, hver ulykkelige familie trenger sin egen form for reparasjon*. Det krever en fleksibilitet som best lar seg styre gjennom vår innstilling. Av hensyn til artikkelens omfang nøyer vi oss med å skille mellom nøytral innstilling og ledende innstilling som gjensidig påvirker hvilke hypoteser vi følger, og hvilke spørsmål vi stiller.

HVORDAN JOBBE MED REPARASJON?

Vi følger ofte oppskriften fra *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre* (Hagen et al., 2019), men noen ganger er relasjonshistorikken så komplisert at vi må ha en mer fleksibel innstilling.

1. Si hva du sier unnskyld for
2. Valider
3. Si unnskyld, formidle autentisk anger
 - Ikke be om tilgivelse
4. Hva kunne vært gjort annerledes tidligere, og hva ønsker du å gjøre annerledes fremover
 - Jeg må øve. Håper du kan hjelpe meg på rett vei når jeg bommer.
5. Vent på følelsesutbruddet og repeter 1–4
 - Vær forberedt på sinne og anklager
6. Forsterk båndet ved å formidle varme følelser

Trine

Trine er ei typisk jente vi jobber med i vårt arbeid, og kasuset er basert på et konglomerat av mange forskjellige saker over flere år. Hun er 14 år gammel og ble flyttet på institusjon etter at beredskapshjemmet hun hadde vært i, ikke lenger orket mer. Hun hadde bodd vekselvis hos far og mor fram til hun ble 13, da barnevernet vurderte at foreldrene ikke lenger var i stand til å ta vare på Trine på en god måte. Hun hadde vært mye hos tante i oppveksten, og både Trine og tante hadde ved flere anledninger snakket om at Trine kunne bo hos henne. Det hadde imidlertid vært noen episoder som hadde gjort både Trine og tante usikre på dette, så nå bodde Trine på institusjon.

Vi arbeider i et psykologteam som i hovedsak veileder ansatte på barneverninstitusjoner og ble koblet på med en bestilling fra institusjonen om veiledning om hvordan de kunne forstå diagnosen hennes, tilknytningsforstyrrelse, og hvordan sette grenser overfor Trine for å unngå rusbruk, rømming og aggresjon. Personalet og Trine hadde begynt å tolke hverandre ut fra atferd, og det var mye uttrykte følelser i kommunikasjonen fra begge parter. Trine opplevde personalet på institusjonen som kalde og kontrollerende, samtidig som personalet opplevde Trine som opposisjonell og farlig. I første del av reparasjonsarbeidet validerte vi personalgruppas frustrasjon og frykt, som åpnet for at vi sammen kunne omformulere forståelser som la skyld og uhensiktsmessig mye ansvar på Trine, eller som opprettholdt en fastlåst oppfattelse av situasjonen og jenta.

Vi fikk raskt inntrykk av at personalet brukte diagnosen som unnskyldning for å unngå kontakt. «Hun unndrar seg omsorg fordi hun har tilknytningsforstyrrelse.» Inspirert av narrativ tenkning eksternaliserte vi problemet ved å fokusere på hvordan tilknytningsforstyrrelsen påvirket Trine, jenta som hadde gjemt seg bak atferden og diagnosen. Vi stilte spørsmål som «hvordan ser tilknytningsforstyrrelsen ut hos denne jenta?» og «hvordan gjør diagnosen til Trine det vanskelig for henne å ta imot omsorg fra dere?». Ut fra hva de visste om opplevelsen hennes av institusjonen og relasjonshistorikken, kom de fram til en mentaliseringsfremmende hypotese: Tilknytningsforstyrrelsen fører til at hun blir engstelig for at voksne skal gjøre vondt verre, og hun beskytter seg ved å sette opp en avvisende fasade overfor personalet. Deretter kunne vi utforske hva angsten og fasaden gjør med jenta, og når det er mer og mindre angst og fasade, og hvordan de kunne hjelpe jenta med å dempe angsten og gradvis bygge ned fasaden. Da vi oversatte tilknytningsforstyrrelse til angst og fasade, kunne vi også snakke om det universelle ved jentas mestringsstrategier, og personalet kunne snakke om sin egen angst og fasade i møte med henne, og utfordre hverandre på hvordan de kunne overvinne dette (som ofte var unngåelser av jenta og unnskyldninger for å nedprioritere henne). De klarte å gjenopprette kontakt, og jenta ble mer og mer tolerant overfor kontakten hun fikk, som hun egentlig ønsket.

Med forståelsen av Trine som engstelig med en tryggende fasade ble det lettere å formidle omsorgen i de grensene som ble satt. For eksempel: «Du får ikke dra ut

nå, jeg er redd for at du ikke skal være trygg.» Personalgruppa omtalte jenta med stadig mer omsorg og sympati. Selv om aggresjonen var tøff å stå i, beskrev de hvordan atferden ga mening i lys av Trines erfaringer og situasjon. De beskrev også mer humor og spøk i samspillet, i tillegg til at de nådde fram med omsorgen som ble formidlet når de forklarte grensene. Trine holdt ikke alle grenser som ble satt, men når hun brøt dem eller reagerte med sinne, fant personalet og Trine fort tilbake til kontakten seg imellom, hvor også humor og delt glede fikk en naturlig plass.

Dette er et eksempel på hvordan man gjennom eksternalisering, sirkulære spørsmål og hypotesedannelse kan gå fra en diagnose til noe universelt. Det tar bort stigmaet, slik at man ikke mister mennesket av syne når man snakker om problemet. Det fremhever også nyansene i problemet på bakgrunn av konteksten de oppstår i, og det blir ikke lenger altoverskyggende og uløselig. Det illustrerer starten på et nytt narrativ, der barnet kan overvinne angsten som oppstår ved kontakt, istedenfor å «unndra seg omsorg». Ved å eksternalisere diagnosen fra Trine fikk personalet hjelp til å gjenfinne jenta bak diagnosen, slik at de ble i stand til å gjenopprette kontakten med henne, altså reparere relasjonen.

En nøytral innstilling og en ikke-vitende posisjon var innledningsvis avgjørende for å gradvis komme fram til et nytt perspektiv (angst og fasade i eksempelet) som ga mening for personalgruppa.

Helt nøytrale kan og skal vi imidlertid ikke være, noe vi heller ikke var i det foregående eksempelet. Vi trenger å danne hypoteser for å skape retning. De behøver ikke nødvendigvis å være sanne, for det kan vi sjelden vite med sikkerhet, men de må skape empati og handlekraft. Med andre ord er hypotesen god hvis den er nyttig for veien videre. Vi trenger altså en holdning som tilsvare det Barry Mason (1993) kaller «safe uncertain», altså at vi er trygge i oss selv, men spørrende til forståelsen og fremgangsmåten. Vi kan eksempelvis bevege oss fra en hypotese om at barnet trenger en uforbeholden unnskyldning, til en hypotese om at skammen overskygger mulighet til innsikt, og aksept for situasjonen slik den er. Da må vi først jobbe med alliansen og skamreduisering før vi kan snakke om reparasjon.

Noen ganger opplever vi at omsorgsgiver er rådvill og har behov for konkret veiledning for å gjenopprette mestringsstro. Da kan det være hensiktsmessig med en mer ledende innstilling. Avhengig av hypotese tilpasser vi altså innstillingen vår mellom påvirkning og utforskning.

Fremgangsmåte i reparasjonsarbeid

Selv om innstilling og en systemisk tilnærming forebygger en del fallgruver, kan det være vanskelig å få til en god start. Derfor kan følgende erfaringsbaserte tilnærming, inspirert av *Allianser* (Tjersland et al., 2021), være til god hjelp når reparasjonen krever litt ekstra.

Vi starter alltid med å tydeliggjøre våre roller. Dette inkluderer å avklare for oss selv eventuelle hypoteser vi har om familiens fungering, og hvordan de påvirker vår evne til å være nøytrale og utforskende. Vi er åpne om

vår tidligere kontakt med partene og hva vi ser for oss i arbeidet fremover. Vi er varsomme med å dele hypotesene våre med familien for å unngå å påvirke dynamikken. Dersom hypoteser styrkes i møtet, vurderer vi om de skal deles med familien og utvikles videre sammen med dem.

Ofte møter vi partene individuelt før vi samles som familie. Målet er å forstå hver parts historie, opplevelser, emosjonelle reaksjoner og behov for hjelp til å regulere følelser. Dette krever tid og ressurser, og noen ganger involverer vi flere terapeuter for å gi individuell støtte. Det er helt sentralt å gi rom i prosessen til å forstå, akseptere og validere hver parts historie før vi kan forvente at de tar inn andres perspektiv. Dette gjelder enten det er mellom institusjon og barn, barn og foreldre, foreldre og institusjonen, eller barneverntjenesten og foreldre. Vi jobber også med å styrke håpet og troen på endring, spesielt hos foreldre. Vi forbereder dem på det kommende fellesmøtet, ofte gjennom konkrete rollespill rundt hvordan de kan ta imot barnas frustrasjon på en validerende måte.

Før vi samler familien i et møte, fordeler vi tydelig rollene: hvem som ivaretar barnet, og hvem som ivaretar omsorgspersonen og styrer rommet. Vi sørger for fri

tilgang til døren, og planlegger for brudd i relasjonen eller behov for tid alene.

I tidlige faser av samtalene er vi særlig oppmerksomme på å belønne ungdommen for deltakelse, gjerne med en liten konkret gave. Vi fokuserer på å skape trygghet for alle involverte, ofte ved hjelp av en humoristisk og leken start på samtalen, som vi kan komme tilbake til ved behov for avledning senere i samtalen. Vi etablerer enkle kjøregregler, som frihet til å forlate rommet og en høy terskel for å korrigere atferd. Målet med det første møtet er å skape en positiv opplevelse og et felles mål for videre arbeid.

Vi jobber aktivt med fokusering og defokusering på den mest sårbare parten i rommet, som ofte er ungdommen. Målet er å involvere ungdommen uten å kreve noe fra ungdommen. Dersom samtalen berører den mest sårbare parten for ofte, er det høy risiko for at den blir uregulert og forlater rommet. Dersom vi ikke sjekker inn med den mest sårbare parten, risikerer vi at det ikke oppleves relevant, eller i verste fall en opplevelse av å bli pratet om og ikke til. Vi starter ofte samtalene med å tematisere ufarlige temaer,

PRINSIPPER FOR REPARASJONSARBEID

Dette er kompasset vårt, mens kartet lages spesifikt og interpersonlig for hver enkelt sak:

1. Ydmykhet for egen rolle og praksis: Vi må være bevisst på hvilken makt vi har som profesjonelle, og hvordan vi bruker den overfor de vi skal hjelpe. Hvilken innstilling vi har i vår rolle, er derfor avgjørende.
2. Aksept for den andres opplevelse: Alle trenger ikke å være enige eller ha samme opplevelse, men alle må kunne akseptere den andres opplevelse.
3. Validering i alle ledd: Alle trenger å oppleve at de blir lyttet til og forstått for å kunne videreføre det til andre. Hvis ikke vi som hjelpere føler oss forstått av våre veiledere/kolleger, er det vanskelig å vise forståelse for klientene våre. Hvis pasientene ikke føler seg lyttet til og forstått av oss, er det vanskelig å vise forståelse for sine pårørende, osv.
4. Gjennomsiktighet i hypoteser og prosjektet vårt: Vi må samtidig tenke gjennom når gjennomsiktighet er til hjelp for å føre prosessen videre, og når gjennomsiktighet kan skape konflikt og rollelås.
5. Det er hele systemet som er klienten, ikke barnet alene: Problemer eksisterer i et system og en kontekst, og vi må ha en sirkulær tilnærming til problemet.
6. Ansvarliggjøring: Plassere ansvaret hos de som kan bære det, i samråd med disse, og gjøre dem i stand til å bære det. Ansvarsfraskrivelse skaper stigma. Vi vil bevege oss fra «noen må fikse ungdommen» til «vi er nødvendige for å hjelpe dette barnet».
7. Skape mestringstro: Hva har pasienten lyst til å få til? Hva er det sannsynlig at pasienten kan få til? Hvordan kan vi sette pasienten i stand til å få det til? En håndterlig mengde ansvar kombinert med overkommelig eksponering skaper mestringstro. Påføring av skyld er det motsatte av mestringstro.

eller fremheve gode og viktige kontaktpunkt mellom ungdom og foreldrene.

Ved å følge disse retningslinjene kan vi etablere en god allianse og forpliktelse til reparasjonsprosessen. Dette gir oss mulighet til å reparere eventuelle brudd fortløpende, uten å gi opp hverandre eller prosjektet.

Trine – fortsettelse

Vi vurderte at reparasjon mellom institusjonen og ungdommen var et nødvendig første steg for å gjenopprette kontakten med familien (i dette tilfellet tante).

I det følgende arbeidet hadde Lars samtaler med Trine, mens Jon hadde samtaler med tante for å avklare ønsker og forventninger rundt relasjonen deres. Det kom fram at begge ønsket at Trine skulle bo hos tante, men ingen av dem skjønnte hvordan det skulle være mulig. For Trines del handlet det omw at «tante aldri klarer å høre på hva jeg sier», for tante sin del handlet det om «jeg vet ikke hva jeg skal gjøre når Trine blir sint», noe vi etter hvert hjalp til med å reformulere til «jeg blir redd når Trine blir sint». Målet for samtalen ble dermed at tante skulle lære seg å lytte til Trine, slik at tante og Trine kunne føle seg trygge på hverandre.

De første timene var Lars spesielt oppmerksom på Trine for å bidra til riktig fokusering og defokusering. Noen ganger innebar det å ta en pause sammen, noen ganger var det å skifte tema til noe humoristisk og ufarlig, mens andre ganger var det å synliggjøre når Trine ikke følte seg hørt. «Nå prøvde Trine å si noe som var viktig for henne, men jeg tror ikke at hun opplevde at det nådde helt fram.» Jon styrte samtalen og var spesielt oppmerksom på tantes perspektiv. Vi hadde med en fyrstekake til hver time, noe alle, inkludert Trine, syntes var veldig gøy at en 14 år gammel jente likte. Vi lot også, til tantes fortvilelse, Trine sitte med hetta på i timene, for at Trine skulle ha kontroll over hvor mye fokus hun skulle ha. Hvorvidt hetta var på eller av, ble etter hvert et tydelig tegn til oss på balansen mellom fokusering og defokusering.

Etter hvert fikk vi formidlet følgende til tante: «Du har så mye å gi, og Trine ønsker å komme nærmere deg.» Når Trine sier «du bryr deg faen ikke om meg», er det egentlig et rop om å komme nær deg. Dette synliggjorde vi ved å ta tak i det konkrete: «Førrige time så jeg hvor mye varme du utstrålte da du snakket om de fine tingene du og Trine har gjort sammen. Akkurat nå syns jeg at du snakker med Trine på en mer klandrende måte. Det kan ikke være lett for henne å koble seg på deg nå. Både du og Trine har sagt at dere ønsker bedre kontakt, så det som skjer nå, er neppe det du egentlig ønsker.» (inspirert av Yalom & Leszcz, 2020, s. 228)

Noen ganger gikk vi for langt i å utfordre både tante og Trine, men da var alliansen såpass sterk at vi fikk mulighet til å reparere. «Jeg er redd jeg ikke forstod deg helt i førrige time da jeg påpekte at du ikke var kobla på Trine, mens du i realiteten snakket om noe dere begge var svært opptatt av. Der bomma jeg, og det beklager jeg.»

Etter et år flyttet Trine inn hos tante, med hjelp fra MST i overgangen.

Avslutning

Vi har sett på hvorfor og hvordan man kan arbeide med reparasjonsarbeid i barnevernet, basert på vår overbevisning om at det er et forbedringspotensial på området. I tilfeller der vi, som ansatte i statlig barnevern, har muligheten til å bidra til å gjenopprette kontakten mellom ungdom og omsorgspersoner, bør vi strekke oss langt for å få det til. 📌

REFERANSER

- Hagen, A. H., Austbø, B., Hjelmseth, V. & Dolhanty, J. (2019). *Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre*. Gyldendal.
- Mason, B. (1993). Towards positions of safe uncertainty. *Human Systems*, 4, 189–200.
- Tjersland, O. A., Engen, G., Jansen, U. & Todd-Kvam, M. (2021). *Allianser: Verdier, metoder og teori i behandlings- og miljøorientert arbeid* (3. utg.). Gyldendal.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6. utg.) Basic Books.

Nettverksperspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner

Asle Hoffart

Modum Bad

Sverre Urnes Johnson

Universitetet i Oslo

Modum Bad

Sammendrag

Psykoterapimetoder har ulike teoretiske grunnlag, og de kan plasseres ulikt med hensyn til teoretisk forklaringstype. Mange psykoterapier bygger på essensteoretiske forklaringer der en antar at det ligger en felles rot-årsak til grunn for de fleste psykiske symptomer og lidelser. I nettverksforståelsen av psykiske lidelser antas det derimot at de observerbare trekkene, det vil si symptomene, samvirker gjennom kausale mekanismer. Målet med artikkelen er å sammenligne kliniske konsekvenser av terapi som bygger på forklaringstypene essens- og nettverksteori, i behandling av emosjonelle lidelser. Vi beskriver nettverksperspektivet, og illustrerer forskjellene mellom nettverksperspektivet og essensperspektivet i utredning og terapiforløp for et tenkt kasus (Live). Deretter drøfter vi kliniske konsekvenser for problemarbeidet og samarbeidet. Vår drøfting og analyse synliggjør at nettverksperspektivet, og ikke essensmodeller, fungerer induktivt og eksplorerende i valget av terapiteori. Dermed unngår en at terapeutens teori blir gjort til autoritet over pasientens opplevelse. Nettverksperspektivet medfører at klinikerne har et vedvarende søkelys på symptomene og pasientens egen opplevelse av tilstanden. Intervensjonene vil da være mer i samsvar med pasientens egne forklaringer, noe som vil fremme alliansen. Gjennom et eksempel viser vi at essens teorier kan omformuleres til nettverksteorier uten at teoriinnholdet forringes. På bakgrunn av vår analyse anbefaler vi at psykoterapifeltet samler seg om å utvikle nettverksperspektivet.

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

KONTAKT

asle.hoffart@modum-bad.no

FAGFELLEVDERT

Nøkkelord: psykoterapi, essenser, nettverk, kliniske konsekvenser

Psykologtidsskriftets temanummer *Veier til endring* (Schanche & Hagen, 2023) presenterer ti ulike terapimetoder og deres tilnærming til kasuset Nadine, som sliter med depressive plager. Her blir bredden av terapimetoder som er tilgjengelig i Norge i dag, synliggjort. Redaktørene fremhever at mangfoldet er et gode. Fagfeltet har ikke utviklet én behandlingsmetode som virker for alle pasienter, og terapiforskningen gir ikke entydige svar. Schanche og Hagen vektlegger at tilnærmingene kan plasseres ulikt på en del sentrale dimensjoner, som for eksempel søkelys på kognitive eller emosjonelle prosesser, graden av struktur og vektlegging av bevisste eller ubevisste prosesser.

Vi vil løfte fram at terapimetoder også kan plasseres ulikt med hensyn til teoretisk forklaringstype. Psykoterapier er forankret i forklaringstyper som har til dels motsetningsfylte antagelser om hva som forårsaker og vedlikeholder psykisk lidelse. Formålet med artikkelen er å gå inn i dette problemområdet og utforske mulige kliniske konsekvenser av to typer teori – essensteori og nettverksteori.

Essensteori

Tradisjonelt blir psykiske plager og lidelser betraktet som overflatetrek ved en underliggende essens, en ultimatt årsak (root cause) (Kendler et al., 2011). Det antas at en underliggende årsak – for eksempel en kjemisk ubalanse i hjernen – fører til depressive symptomer som nedtrykthet, søvnvansker og energiløshet. Mange psykoterapier bygger på essensteori, altså modeller som antar at plagene har en felles underliggende årsak. Et eksempel er emosjonsfokustert terapi (EFT), hvor opplevde psykiske symptomer betraktes som resultatet av maladaptive emosjonelle skjemaer dannet i barndommen (Stiegler, 2021; Stiegler & Vassbø Hagen, 2023). Psykodynamiske terapier kan også sies å vektlegge en slik forklaringsstruktur (Cohen et al., 2018; Hoffart & Johnson, 2017). Det gjelder for eksempel intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP;

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), hvor en ubevisst tilknytningskonflikt ses som årsaken til de fleste psykiske symptomer og lidelser (Hansen & Myhre, 2021, s. 344; Myhre & Hansen, 2023).

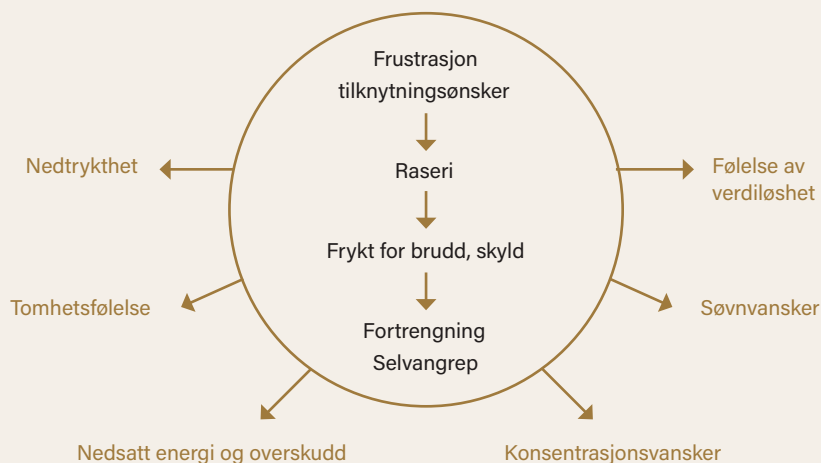
ISTDP har vist effekt på sammensatte lidelser, og det har vært stor optimisme rundt metoden (Solbakken & Abbass, 2015). Tross optimisme og gode resultater tenker vi at nettopp ISTDP kan illustrere det problematiske ved essensteoretiske psykoterapiteorier. For å presentere noen anekdotiske eksempler viser vi til ISTDP-debatten i Psykologtidsskriftet i 2021, hvor psykolog Camilla Bärthel Flaaten (2021) kritiserte metoden i kronikken «Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding». Som pasient opplevde hun at skepsis ble karakterisert som motstand (s. 512), at terapeuten var rigid i tilnærmingen (s. 511), og at manglende effekt på symptomer ble bagatellisert og bortforklart (s. 512). Psykolog Ingeborg S. Lishaugen (2021) beskriver at hun i starten av ISTDP-utdanningen følte en stor grad av omnipotens som terapeut (s. 783). Etter hvert gikk hun gjennom en prosess der hun begynte å tvile på metoden og oppdaget at hun hadde vært mer opptatt av terapeuten teorier enn pasientens opplevelser, følelser og tanker (s. 785).

Slike individuelle erfaringer reflekterer ikke nødvendigvis trekk ved ISTDP når metoden blir praktisert i samsvar med teorien. Det er likevel vår hypotese at problemene som Flaaten og Lishaugen pekte på, slik som sterk vektlegging av terapeuten forklaringsmodell og mindre fleksibilitet i intervensjoner, kommer av at det teoretiske innholdet er formulert og blir anvendt som en essensteori. Ideen om at en ubevisst tilknytningskonflikt kan bidra til psykiske lidelser, virker i seg selv rimelig. Det er snarere forklaringsstrukturen, altså at observerbare psykiske symptomer er gjensidig uavhengige virkninger av en underliggende essens, det vil si tilknytningskonflikten i dette tilfellet, som har uheldige konsekvenser. ISTDP-forklaringen av depresjon hos et tenkt kasus Live, et kasus som vi stadig vil komme tilbake til, er framstilt i figur 1.

FIGUR 1

Forklaring av pasient Lives depresjon som resultat av en ubevisst tilknytningskonflikt ifølge Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy-modellen

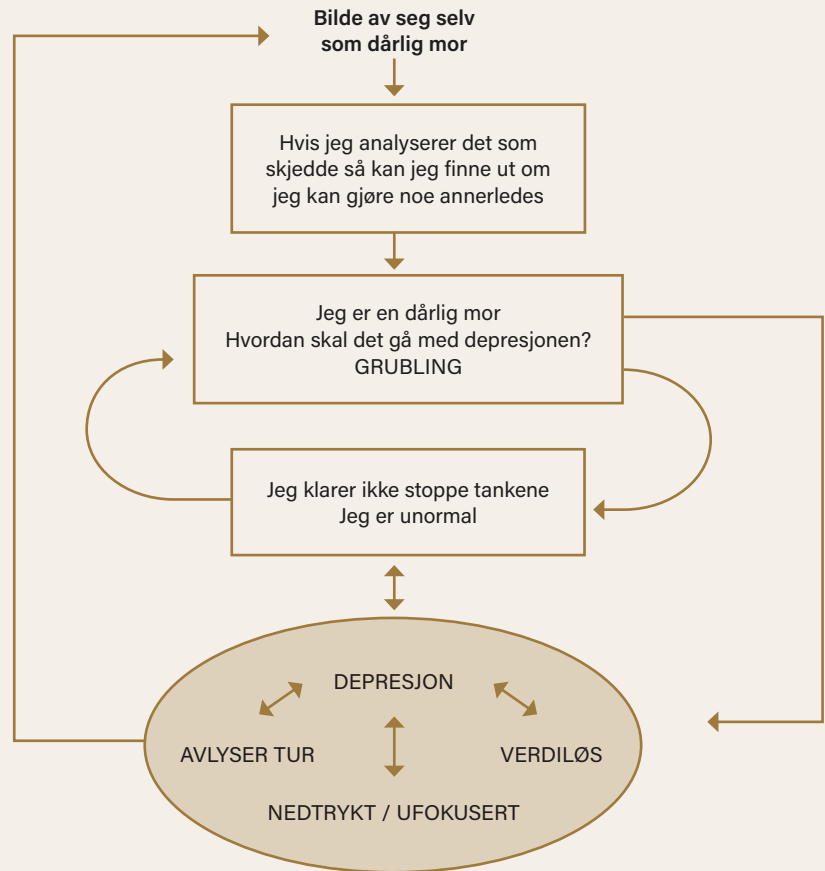
Merknad. Symptomene (nedtrykthet, søvnvansker, nedsatt energi etc.) er observerbare, gjensidig uavhengige resultater av en underliggende tilknytningskonflikt.



FIGUR 2

Den metakognitive modellen for depresjon med pasient Lives reaksjoner som eksempler

Merknad. Hovedtrekk ved den metakognitive modellen er (1) metakognitive antagelser om behovet for å gruble for å komme over depressive følelser og finne svar på problemer, (2) negative metakognitive antagelser om ukontrollerbarheten av grubling, (3) et kognitivt oppmerksomhetsyndrom som (a) består av grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige atferder for å mestre negative følelser og tanker, (b) interagerer med de depressive symptomene og (c) drives av de metakognitive antagelsene. Modellen har tilnærmet nettverksstruktur ved at observerbare prosesser som grubling interagerer med symptomer, men til forskjell fra i nettverksmodeller sammenfattes symptomene til en enhet, og fluktuerende prosesser som grubling og mer stabile størrelser som antagelser betraktes som årsaker og virkninger på samme nivå. Se figur 3 for en konsistent nettverksformulering av den metakognitive modellen.



Nettverksforståelsen

Nettverksforståelsen av psykiske plager og lidelser har en alternativt forklaringsstruktur (Borsboom, 2017). De fleste forklaringsmodeller under paraplybegrepet kognitiv atferdsterapi har nettverksstruktur (Hoffart & Johnson, 2017). I nettverksforståelsen skiller det ikke mellom en observerbar overflate og en underliggende årsak. De observerbare trekkene – symptomene – antas å være årsak til hverandre gjennom kausale mekanismer. Symptomer og mekanistiske variabler utgjør et nettverk av gjensidige påvirkninger. De mekanistiske variablene er fluktuerende prosesser som terapien søker å påvirke, og som kan observeres i terapirommet (Hoffart & Johnson, 2020). Mer stabile forhold ved personen (person-variabler) som mål, ønsker og oppfatninger eller antagelser («beliefs») betraktes som moderatører av relasjonene mellom delene (komponenter) i nettverket (Lunansky et al., 2020; se figur 3). Et personlig mål kan forstås som disposisjoner til å reagere på visse måter for å redusere diskrepanser mellom det persiperte og en mål-verdi (Kalis, 2019). Personens mål-verdi modererer relasjonen mellom persepsjon og handling. Eksempelvis omfatter en forelders mål om å gi best mulig omsorg til barnet sitt visse disposisjoner: Når barnet er i dårlig humør, vil forelderen søke å endre humøret; når barnet trenger hjelp med skolearbeidet, vil forelderen prioritere å hjelpe; og

når barnet savner kontakt med venner, vil forelderen legge til rette for kontakt. Å ha en oppfatning eller antagelse kan ses som å reagere i samsvar med en disposisjonell stereotype, det vil si i samsvar med en koordinert klynge av forventninger om hva slags utfall som kommer av visse atferder og følger av visse stimuli (Schwitzgebel, 2001). Disse stabile forventningene modererer de momentane relasjonene mellom persepsjon og handling.

Et tidlig eksempel på nettverksteori er den at emosjonelle reaksjoner består av et samspill mellom «stimuli, responses, and meanings of stimuli and responses» (Foa et al., 2007). Metakognitiv terapi (MKT; Nordahl et al., 2023; Wells, 2009) er et eksempel på en innholdsmodell for emosjonelle lidelser som har tilnærmet nettverksstruktur. Lidelsene forklares som et nettverk av observerbare symptomer og mekanistiske variabler som grubling, trussel rettet oppmerksomhet og uhensiktsmessige atferder (for eksempel unnvikelse av situasjoner) for å mestre negative tanker og følelser. Disse aktivitetene tenkes regulert av metakognitive antagelser, både positive (f.eks. «grubling hjelper meg å finne svar») og negative (f.eks. «jeg har ikke kontroll over tankene mine»). I Figur 2 er MKT-modellen for depresjon framstilt gjennom eksempelet med Live og hennes reaksjoner fra en episode av depressiv stemning (se episode 3 nedenfor).

Integrasjon

Det må sies at nettverks- og essensperspektivet kan kombineres. Cohen et al. (2018) refererer flere psykodynamiske modeller som både innbefatter årsakssammenhenger mellom symptomer og vektlegger underliggende rot-årsaker. Likeledes diskuterer Fried og Cramer (2017) det de kaller hybridmodeller for psykiske lidelser, som omfatter både felles årsaker og en nettverksstruktur mellom symptomer.

For den interesserte leser kan det også nevnes at de to forklaringstypene er plassert i samme vitenskapsteoretiske rammeverk, det vil si i tenkningen om naturlige typer («natural kinds»), som dreier seg om antagelsen om at verden faktisk består av grupper av fenomener, uavhengig av om disse oppfattes eller ikke. En spør der om hva slags årsaksstrukturer som kan gi opphav til naturlige typer. Hacking (1991) argumenterer for at disse strukturene må være underliggende essenser. Boyd (1991) åpner for at homeostatiske (mekanistiske) egenskapsklynger utgjør naturlige typer som oppstår på grunn av at egenskapene forårsaker hverandre, det vil si gjennom kausale nettverk. Se for eksempel Kendler et al. (2011), som bygger videre på denne diskursen når de stiller spørsmålet «What kinds of things are psychiatric disorders?»

Formål

Vårt formål er å presentere og sammenligne det vi vurderer er sentrale kliniske konsekvenser av essensteorier og nettverksteorier. Mer spesifikt ønsker vi å trekke fram og undersøke mulige forståelses- og handlingsrom og mulige begrensninger som ligger i teoriens forklaringsstrukturer, når teoriene blir anvendt i klinisk praksis. Vi bruker bestemte kliniske innholdsteorier for å illustrere disse konsekvensene.

Vi er selv klinikere og forskere med ekspertise og bakgrunn i et nettverksteoretisk perspektiv (se f.eks. Hoffart & Johnson, 2020), og drøftingen bærer preg av det. Vi har forsøkt å presentere den kontrasterende essensteoretiske forståelsen så adekvat som mulig gitt vår kliniske bakgrunn. I presentasjonen av kasus har vi tatt utgangspunkt i en gjengivelse av terapiplassspill i ISTDP fra Hansen et al. (2013).

Vi har lagt opp til en spisset og fokusert drøfting, som kan gi en viss slagside. Vi understreker at vi i teksten videre har som forutsetning at teoriene blir anvendt som intendert av velmenende terapeuter med gode interpersonlige ferdigheter, og at vi har sett bort fra terapeuteffekter (Del Re et al., 2021) og andre sentrale terapeutiske faktorer. Videre har vi søkelys på strukturen av plageforklaringene og sett det som for omfattende å adressere opprettholdende faktorer i det kliniske arbeidet (angst, unnvikelse, motstand, alliansebrudd i den terapeutiske prosessen). Vår gjennomgående vurdering og argument i artikkelen er at essensteorier har en svakere realistisk og praktisk verdi i behandling av emosjonelle lidelser. Implikasjonen er anbefaling om at fagfeltet samler seg

om å prøve ut og utvikle nettverksperspektivet som en integrerende forklaringsstruktur. Vi avgrensner drøftingene til de emosjonelle lidelsene, angst- og depresjonslidelser, som er av de mest utbredte (Kringlen et al., 2001). Vi tror imidlertid at resonnementene vil være gyldige for de fleste psykiske lidelser.

Hva er emosjonelle plager og lidelser?

For å vurdere typene teorier – essensteorier og nettverksteorier – i forhold til hva emosjonelle plager og lidelser «er», det vil si hvordan de oppleves fra den lidendes perspektiv – førsteperson-fenomenologien – og hvordan disse fenomenene manifesterer seg i dagligspråket, tar vi utgangspunkt i den emosjonelle lidelsen depresjon. Et tenkt eksempel er passende, da vi ønsker å illustrere begge forklaringstypene. En fare ved å konstruere et eksempel er at vi kan vinkle det slik at det støtter vår argumentasjon, og vi ber leseren være oppmerksom på det. Imidlertid har vi forsøkt å lage eksempelet så teoriløst som mulig og basert det på en kombinasjon av typiske kliniske scenarier fra klinisk praksis.

Live er 33 år, gift, har to barn, jente på 7 og gutt på 5 år. Hun har fast stilling som avdelingssykepleier på et sykehjem. Mannen har lang reisevei til jobben og er lenge borte i ukedagene. Depresjonen ble utløst av stort arbeidspress i forbindelse med covid-19-pandemien. Selv om arbeidssituasjonen har normalisert seg, har depresjonen vedvart, og hun er fullt sykmeldt. Hun er plaget av vedvarende nedtrykthet, tomhetsfølelse, nedsatt energi og overskudd, konsentrasjonsvansker, følelse av verdiløshet og søvnproblemer.

La oss tenke oss at en terapi-naiv forsker gjør et kvalitativt intervju av henne for å få en mest mulig forutsetningsløs og teori-fri beskrivelse av hva som skjer ved depressive reaksjoner. Av plagene synes hun at tomhetsfølelsen og nedtryktheten er verst, og hun forteller om tre nylige episoder der plagene ble forsterket.

EPISODE 1. Den første episoden fant sted sist lørdag da hun og mannen tidligere i uken hadde snakket om at de skulle gjøre lørdagshandelen sammen, men mannen hadde avtalt med venner å gå på «old boys» fotballtrening i stedet. Da hun innvendte at de hadde jo snakket om å handle sammen, svarte han at han handler på veien hjem, og slik ble det. Hun forteller: «Da han sa at han kunne handle, ble jeg helt stum. Kjente en tomhetsfølelse. Følte meg helt tappet for energi. Etter at han hadde dratt, ryddet jeg av frokostbordet og gikk og la meg. Tomheten fortsatte, hadde verken tanker eller følelser. Jo, forresten, jeg hadde tanken at dette er forferdelig, jeg kommer aldri til å bli bedre.»

EPISODE 2. Den andre episoden skjedde dagen før da hun fulgte minstebarnet til barnehagen og oppdaget at hun hadde glemt ekstra matpakke til skogsturen barna skulle ha den dagen. Dette så hun som at «jeg følger ikke opp barna, jeg er en dårlig mor». Denne persepsjonen utløste en forsterket følelse av nedtrykthet, fornemmelse

av treghet i kroppen og en følelse av handlingslammelse. Hun fikk også spontane tanker om at nå ser alle hvor dårlig hun fungerer, og hun kjente en følelse av skam. Disse tankene førte til en impuls til å komme seg vekk.

EPISODE 3. På hjemveien fikk hun påtrengende tanker om hendelsen. Disse ble fulgt av grubling over hvordan hun kunne sviakte så totalt. Denne grublingen gjorde henne mer nedtrykt, noe hun merket og som utvidet og forsterket grublingen med negative tanker om hvordan det skulle gå med henne og depresjonen i framtida. Hun glemte å handle noen småting hun hadde gledet seg til å skaffe, og da hun oppdaget hvor ukonsentrert hun hadde vært, satte det i gang grubling over grublingen som kom i veien for kontakten hennes med omgivelsene og fokus på hva hun skulle gjøre. Hun endte i en tilstand av nedtrykthet, slitenhet og følelse av verdiløshet. I denne tilstanden avlyste hun i en SMS en avtalt gåtur med en venninne, hun orket ikke å vise seg slik, tung og trist, og dermed være en belastning for venninnen.

For å forstå hverandre og få til en vellykket kommunikasjon må Live og forskeren bruke dagligspråkets begreper. Disse begrepene foreligger implisitt i Lives beskrivelse og forklaring av sine tilstander. I dagligspråket skiller en mellom spesifikke tilstander (f.eks. sint, redd) som psykologer (f.eks. Jeronimus, 2019) klassifiserer som emosjoner, og spesifikke relaterte tilstander (f.eks. irritabel, engstelig) som klassifiseres som stemninger. Emosjoner spenner over minutter til dager, mens stemninger typisk varer fra dager til uker. Emosjonen depresjon utløses av en spesifikk hendelse, slik som forglemmelsen av matpakka i episode 2 er forbundet med en brå økning av negativ affekt og har en viss varighet. En depressiv stemning er ikke umiddelbart knyttet til en hendelse, har jevnere affektøkninger, varer lenger og har en mindre tydelig start og slutt enn emosjonen. I episode 3 kommer Live inn i en depressiv stemning med vidt innhold og økende nedtrykthet. Ifølge dagligspråkets begrep om tilstander («states») så består de av en naturlig klynge av reaksjoner (Fridhandler, 1986). Disse reaksjonene – persepsjoner, subjektive følelser, kroppsfornemmelser, automatiske og kontrollerte tanker, forestillingsbilder og atferd – er tilsynekomster («occurrences»), det vil si at de er konkrete, viser seg kontinuerlig over tid, varer i et visst tidsrom og har en slutt. Følgelig kan de observeres, enten gjennom introspeksjon eller atferdsobservasjon. Forglemmelsen i episode 2 utløser eller forsterker emosjonen depresjon med alle sine komponenter: persepsjonen av å være dårlig mor, økt nedtrykthet, treghet i kroppen, tanker om å framstå negativt, og både handlingslammelse og trang til å komme seg bort. I episode 3 leder inntrengende tanker om hendelsen til en forsterket depressiv stemning, og denne stemningen innbefatter komponentene grubling og bekymring med vidt innhold, innadvendt oppmerksomhet med lite engasjement i omgivelsene og egne gjøremål, og økende nedtrykthet og verdiløshet.

Episodene illustrerer at begrepet depresjon omfatter både en emosjon og en stemning (Jeronimus, 2019). Man ser at depressive plager eller symptomer er komponenter i den depressive emosjonen eller i den depressive stemningen. Emosjonen i episode 2 omfatter DSM-5-symptomene «feelings of worthlessness», «sadness, emptiness» og «psychomotor retardation». Stemningen i episode 3 omfatter DSM-5-symptomene «sadness, emptiness», «concentration difficulties», «loss of energy» og «anhedonia» (American Psychiatric Association [APA], 2013, s. 160–161).

Eksemplene viser at de enkelte depresjonssymptomene ikke opptrer alene. Symptomene er komponenter blant andre komponenter i tilstander, slik at den naturlige enheten i emosjonelle lidelser er symptomer innvevd i emosjonelle tilstander – ikke enkeltstående symptomer eller syndromer av symptomer (se også Hoffart et al., 2024). En emosjonell lidelse foreligger når episodene av de omfattede depresjons- eller angsttilstandene blir langvarige og hyppige (APA, 2013).

I tilstandene framtrer effektive kausale og intensjonale forbindelser mellom komponentene. Effektiv kausalitet betyr at en hendelse eller reaksjon fører til en annen, og at den andre reaksjonen ikke ville skjedd eller bli forandret uten den første. Lives følelse av treghet i kroppen etter persepsjonen av å være en dårlig mor er et eksempel. Mens effektiv kausalitet dreier seg om det som kalles åpne sløyfer (forutgående hendelse leder til etterfølgende konsekvens), så dreier intensjonalitet seg om lukkede sløyfer mellom persepsjon og handling (Marken, 2009). Det vil si at en oppfattet diskrepans mellom et mål og nåværende persepsjon fører til handlinger som påvirker persepsjonen inntil den er brakt mest mulig i samsvar med målet. Et eksempel er Lives trang til å komme seg bort for å dempe skamfølelsen over å vise seg som en dårlig mor. Det stabile målet om ikke å vise seg som en dårlig mor og føle skam modererer sammenhengen mellom persepsjonen av andres blikk og hennes handlinger i episoden.

I den foregående redegjørelsen har emosjonelle tilstander nettverksstruktur og forstås som tilblivende («emergent»; Robinaugh et al., 2019). En emosjonell tilstand oppstår på nytt i hvert enkelt tilfelle ut fra samspillet mellom komponentene. Den er ikke identisk med noen av sine konstituerende komponenter. Tilstanden i seg selv har ingen konkret referanse, den er ingen ting.

Bruk av modellene i praksis

Utredning ut fra essensteorier

Når behandlingsmetoden har forankring i essensteori, vil symptomene i større grad betraktes og behandles som om det er en bestemt felles årsak til dem. Når for eksempel en ubevisst tilknytningskonflikt antas å være den primære årsaken til emosjonelle lidelser, så bør den gjelde for alle

som har slike lidelser. Videre bør den gjelde for samme person over tid og situasjoner. Så snart tilknytningskonflikten aktiveres, så aktiveres også symptomene og tilstandene. Når et tilfelle av emosjonell lidelse er identifisert, vil den essensdrevne terapeuten ha en forhåndsantagelse om årsaken til lidelsen. Ut fra teorien vurderer ISTDP-terapeuten at Lives depressive reaksjon kommer av at nære personer frustrerer Lives tilknytningsønsker, hun reagerer med raseri, og raseriet oppfattes å true båndet og utløser dermed skyld og angst. Disse følelsene er smertefulle og fortrenge, og fortrenghingen etterlater depressive symptomer (Hansen & Myhre, 2021, s. 343).

I utredningen av Lives depresjon tar ISTDP-terapeuten initiativ til å undersøke episode 1, da den dreier seg om en nær relasjon. Live forteller at hun ble skuffet, hun hadde sett for seg at handlingen ville bli overkommelig når de gjorde den sammen, og hun hadde faktisk gledet seg til at de skulle gå på kafé etterpå. Terapeuten (T) fortsetter (det følgende er sitater fra et terapi-samspill i Hansen et al., 2013, s. 843, bortsett fra en omskriving av noen detaljer for å tilpasse det til Lives episode):

T: Så hva er følelsen din overfor ham for å ha skuffet deg? (press mot følelse)

Live: «Sukk» (tverrstripet muskulær angstkanalising). Jeg føler meg dum (forsvar: vender sinne innover). Jeg burde ha protestert.

T: Legger du merke til at du begynner å kritisere deg selv så snart vi undersøker hva du føler overfor mannen din for å ha sviktet deg? (identifiserer forsvaret)

Live: Jeg føler meg dum når jeg tenker på alle de gangene jeg kunne sagt fra, men lot være.

T: Så du blir sint på deg selv? Du vender aggressive følelser innover i stedet for utover mot mannen din? (klargjør forsvarets funksjon)

Live: Ja ... det kan du for så vidt si. Men det føles slik!

T: Er det en følelse eller en konsekvens av at du vender aggressive følelser innover? Tror du det er med på å gjøre deg deprimert når du vender aggressive følelser innover mot deg selv i stedet for utover mot den som har sviktet deg? (peker på prisen på forsvaret)

Live: Ja ... når du sier det slik.

T: Så hvis du ikke skulle gå til angrep på deg selv, hva er følelsen overfor mannen din for å ha sviktet deg? (inviterer til å gi slipp på forsvaret og nytt press mot følelse)

I ISTDP går utredning og behandling sammen og består i å hjelpe pasienten til å overvinne motstanden og forsvaret, og kunne tåle å kjenne alle tilknytningsfølelser som tidligere ble unngått eller ledet til overveldelse (Myhre & Hansen, 2023). For å nærme seg de fortrenge følelsene fokuserer man på Lives subjektive følelse overfor mannen framfor andre komponenter ved Lives tilstand. Videre søker terapeuten å vise «... i hvilken grad ulike

typer angst med tilhørende motstandssystemer kommer i veien for pasienten, med det resultat at pasienten sitter igjen med de samme symptomene eller plagene pasienten søkte hjelp for» (Hansen & Myhre, 2021, s. 351). Følelsen overfor mannen fokuseres slik den er aktivert her-og-nå i timen og ikke der-og-da i den aktuelle episoden. Dermed kan terapeuten følge med på Lives angsts signaler for å bestemme den videre handlemåten: press mot følelse eller innsikt.

Utredning ut fra nettverksperspektivet

Nettverksperspektivet postulerer at det er årsakssammenhenger mellom symptomer og andre komponenter i emosjonelle tilstander, men har ingen antagelse om hvordan sammenhengene er strukturert. Perspektivet tillater derfor variasjon, med hensyn til variabler og sammenhenger i depressive tilstander mellom individer, og mellom situasjoner og over tid innen individer. Det er et empirisk spørsmål om og hvordan individer med bestemte lidelser varierer seg imellom. Studier tyder på at variasjonen mellom individer er stor (Fisher, 2015; Fisher et al., 2018).

Som enhver teori er også nettverksstrukturerte teorier om bestemte lidelser eller problemer begrensede ved at de postulerer bestemte sammenhenger og bare kan omfatte et begrenset antall forhold. På grunn av den forventede heterogeniteten i lidelser søker nettverksterapeuten, i likhet med den kvalitative forskeren, først en teori-løs undersøkelse av fenomenologien i Lives depressive tilstander. På grunnlag av fenomenologien utreder nettverksterapeuten nettverkene som symptomene er komponenter i.

Etter at Live har fortalt om reaksjonene sine i episode 1, kommenterer terapeuten:

T: Det som skjedde i denne episoden, gjorde deg ikke bare tom, men førte til at du mistet noe du gledet deg til. Positive følelser er noe vi virkelig skal ta vare på for at du skal komme over depresjonen. En tomhetsfølelse kommer gjerne av at noen reaksjoner, tanker og følelser er skjøvet bort. Disse er viktig å finne for å komme over tomheten. Jeg foreslår at vi går gjennom situasjonen en gang til, men denne gangen i fantasien, som om det skjer her-og-nå. Det kan hjelpe oss til å få tak i mer av dine reaksjoner.

Live samtykker, og T gir instruksjonene som Foa et al. (2007) bruker ved visualisering av traumeminner.

T: Lukk øynene, kjenn at stolen bærer deg, at du sitter godt, legg handa på magen og kjenn om du puster med den. Se det for deg som om det skjer nå. Se for deg begynnelsen. La bildene komme av seg selv. Si fra når du ser noe, og fortell meg hva som skjer.

Live: Vi sitter ved kjøkkenbordet, han reiser seg og forteller at han må dra på treninga.

T: Hvordan reagerer du på det?

Live: Jeg skvetter, jeg kjenner en lammende følelse. Men jeg får sagt at vi skulle jo handle sammen i dag. Han svarer så lett at han kan handle.

T: Når han sier det så lett, hvordan reagerer du?

Live: Nå kjenner jeg faktisk at jeg blir sint. Klør i hendene.

T: Når du blir sint og klør i hendene, er det noe du får lyst til å si eller gjøre?

Live: Jeg får lyst til å banke i kjøkkenbordet og rope: Nå skal du høre på meg!

T: Ser du for deg at du gjør det?

Live: Det er noe som stopper meg, nå kjenner jeg en ilende følelse i magen, en slags angst.

T: Tillat deg å kjenne det som stopper deg, den ilende følelsen, angsten. Forblir den ilende følelsen den samme eller forandrer den seg?

Live: Den blir sterkere, nå ser jeg for meg at ...?

Her følger noen av flere mulige forestillingsbilder:

Live 1: ... han blir sur og innesluttet hele dagen, det orker jeg ikke.

Live 2: ... jeg sitter sammen med han på kafeen med dårlig samvittighet over at jeg har ødelagt dagen hans.

Live 3: ... vi krangler uten ende slik vi gjorde før.

Live 4: ... han blir oppbrakt over reaksjonen min og reiser for godt.

Live 5: ... faren min går bort fra mor og meg, han blir mindre og mindre.

I motsetning til essensteori og ISTDP-terapeuten som tar utgangspunkt i en forutbestemt teori om innholdet i Lives reaksjoner, brukes her ikke noen forutbestemt antagelse om innholdet. I stedet anvendes en visualiseringsmetode for å utforske Lives reaksjoner mest mulig forutsetningsløst. Metoden bygger på den nevnte teorien om at stimuli, responser og meningen av stimuli og responser ved emosjonelle reaksjoner henger sammen i et nettverk (Foa et al., 2007). Denne teorien passer med vår dagligspråksanalyse av tilstander som en klynge av reaksjoner. Videre anvendes de generelle psykologiske prinsippene om at visualisert gjenopplevelse fremmer episodisk hukommelse, at oppmerksomhet forsterker opplevelsen, og at forsterket angstopplevelse utløser bilder av det fryktede. Vi ser også hvordan terapeuten adresserer sammenhengen mellom reaksjonene i tråd med dagligspråksanalysen. Slik gir pasientens rapporterte oppfatning av avvik fra ønsket persepsjon («han svarer så lett at han kan handle ...»), som avviker fra hennes ønske om å bli tatt på alvor) grunnlag for spørsmålet om det er noe hun får lyst til å gjøre. Likeledes rettes søkelyset mot kausalitet ved å etterspørre hvordan denne persepsjonen virker på følelser og kroppsfornemmelser. En sokratiske metode (Overholser, 2018) anvendes, ikke noe bestemt om innholdet i episoden forutsettes i terapeuten spørsmål og kommentarer.

Mens en i ISTDP fokuserer på Lives følelse for mannen i episoden slik følelsen blir aktivert i den verbale samtalen, så fokuserer nettverksterapeuten heller på det som skjedde der-og-da, ved å gjenoppleve det som om det skjer her-og-nå. Alle elementene i den tilblivende tilstanden der-og-da og sammenhengene mellom dem fokuseres og ikke bare den subjektive følelsen, som i ISTDP. Endelig brukes en opplevelsesorientert metode i stedet for konfrontasjon.

I eksemplene ser vi at mange ulike frykter kan hemme uttrykket av sinne. Bare en av dem (Live 4) innebærer frykten for at båndet skal ødelegges, i tråd med ISTDP sitt teoretiske grunnlag.

I eksempel Live 5 utløses påtrengende minner fra en historisk situasjon. Det tyder på at den historiske situasjonen er med på å bestemme Lives reaksjoner, slik en ville anta i emosjonsfokuseret terapi (EFT), som også kan sorteres som en essensterapi. Til forskjell fra i EFT blir denne sammenhengen i nettverksperspektivet utviklet gjennom erfaringen i øvelsen og er ikke antatt på forhånd. Videre vil nettverksterapeuten drøfte med pasienten om hvor mye en vil sette søkelys på hver av situasjonene, og ikke utelukkende velge den historiske som i EFT.

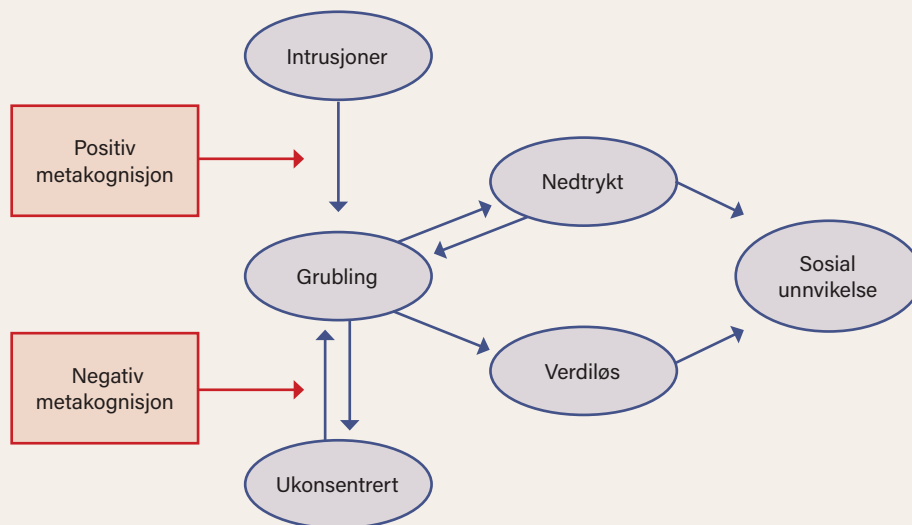
I beskrivelsen av episode 3 synes Live å ha umiddelbar tilgang til reaksjonene sine, og nettverksterapeuten gjør et verbalt sokratiske intervju lik den kvalitative forskeren. Ut fra Lives fortelling tegner han nettverket framstilt i figur 3 (de blå delene) og sjekker med Live om framstillingen stemmer med det som skjedde i episoden.

Terapeuten etterspør også hvor utbredte sammenhengene i denne episoden er, hvor ofte det ene fører til det andre. Vedvarende grubling viser seg altså sentralt i nettverket for Lives depressive stemning. I nettverksterminologi har grublingen høy utstyrke (Opsahl et al., 2010), det vil si at den i stor grad predikerer andre reaksjoner på neste tidspunkt. Først når sammenhenger og sentralitet er avklart, trekker nettverksterapeuten inn teori for å utdype forståelsen av årsaker, virkninger og moderatorer med hensyn til de(n) sentrale variabelen(e). Blant teorier med nettverksstruktur synes metakognitiv terapi (MKT) å passe best i Lives tilfelle. MKT-modellen har nettverksstruktur, og depressive tilstander forklares som et samspill mellom symptomer og andre komponenter i tilstandene. Både i MKT-modellen og i Lives tilfelle antas grubling å være en sentral aktivitet, og man postulerer positive tilbakekopplingsløyper mellom grubling og symptomer som nedtrykthet og manglende konsentrasjon. Valget av MKT gir mulighet til å utvide nettverket med forhold som denne modellen postulerer (de røde delene i figur 3). Terapeuten påpeker at grublingen synes å forsterke nedtryktheten, og spør om hun kan stoppe den. Derved framkommer det at hun har en negativ metakognitiv antagelse: «Jeg har ikke kontroll over grublingen.» Denne antagelsen gjør at hun grubler mer intenst over konsentrasjonsproblemene (moderatoreffekt). Når terapeuten

FIGUR 3

Forklaring av pasient Lives depressive stemning som et nettverk av reaksjoner ut fra en metakognitiv terapimodell

Merknad. Den positive metakognitive antagelsen «Hvis jeg analyserer det som skjedde, vil jeg finne ut om jeg kan gjøre noe annerledes» modererer sammenhengen mellom symptomet intrusjoner og den mekanistiske prosessen grubling. Den negative metakognitive antagelsen «Jeg har ikke kontroll over grublingen» modererer (forsterker) forholdet mellom symptomet manglende konsentrasjon og den mekanistiske prosessen grubling over grubling. De blå delene framkom gjennom en innledende teoriløs kartlegging. De røde delene kom til da den metakognitive modellen for depresjon ble anvendt.



spør om mulige fordeler ved grubling, framkommer det at forholdet mellom intrusjoner og grubling drives av den metakognitive antagelsen: «Hvis jeg analyserer det som skjedde, vil jeg finne ut om jeg kan gjøre noe annerledes.» Det utvidete nettverket gir tilgang til MKT-intervensjoner for sentrale variabler som grubling, innadvendt oppmerksomhet og de metakognitive antagelsene, og man kan utforme en behandlingsplan.

Sammenligning av kliniske konsekvenser

Konsekvenser for problemarbeidet

Underliggende årsak eller samspill mellom symptomer

Ut fra essensteoriens struktur vil emosjonelle lidelser behandles som om den underliggende årsaken – en ubevisst tilknytningskonflikt i tilfellet ISTDP – forklarer symptomene. Dermed gjenstår det lite variasjon å forklare og antagelsen om lokal uavhengighet impliseres: Det er ingen påvirkning mellom symptomene (Lange et al., 2020). Symptomene er kun virkninger som ikke kan virke som årsaker på noe annet. I utredningen og behandlingen fokuserer man derfor på den underliggende årsaken – essensen. Det jobbes ikke direkte med symptomene (Hansen & Myhre, 2021). Konsekvensen er at en utelukker muligheten for at det kan være en rekke kausale og intensjonale sammenhenger mellom utløsende hendelser, symptom-komponentene og andre komponenter i de levde tilstandene. Dette kan føre til at sammenhengene forsvinner som mulige mål for intervensjon. En sterkt essensteoretisk tilnærming står i fare for å gå på tvers av Lives førsteperson-beskrivelse av de depressive tilstandene og dagligspråkets begreper om tilstander, der sammenhengene er sentrale. Et slikt gap kan skape usikkerhet i pasienten om terapeuten har rett i sine antagelser om den underliggende årsaken.

Gjennom søkelyset på sammenhenger mellom observerbare komponenter i emosjonelle tilstander samsvarer nettverksforståelsen med Lives redegjørelse for sine depressive tilstander og de begrepene fra dagligspråket som ligger implisitt i hennes redegjørelse. Nettverksstrukturerte modeller for bestemte lidelser – eksempelvis MKT for depresjon – bygger på og utvider pasientens egne beskrivelser. For pasienten kan dette gi trygghet om at de identifiserte sammenhengene er riktige. I nettverksperspektivet forklares tilstandene i emosjonelle lidelser innenfra, og nettverksformuleringen av pasientens tilstander gir et større mangfold av punkter for intervensjon. Det er ikke behov for å finne underliggende årsaker for å hjelpe pasienten.

Muligheter for korreksjon i terapien

Essensens (tilknytningskonfliktens) antatte produksjon av overflatetrekkene (symptomene) sammenfører trekkene til en og samme enhet (den emosjonelle lidelsen). Essensteoriene begrepssetter dermed psykopatologi som globale størrelser som lidelser (f.eks. depresjon) eller samlinger av symptomer («symptomene»). Antagelsen om lidelsen som et grunnleggende nivå kombinert med antagelsen om lokal uavhengighet fører til begrensede muligheter for korreksjoner underveis i det enkelte terapiforløp. Det kan gi større fare for begrensninger i terapeutenes læring, gitt at en tenker at korrigerende erfaringer og læring innebærer at forventninger brytes. Essensteorier impliserer at endring av den essensielle årsaken (f.eks. tilknytningskonflikten) fører til endring av lidelsen. Hendelsen som forventes etter endring av årsaken, er at den emosjonelle lidelsen – målt ved summen av symptomene – reduseres. En reduksjon av sumskåren kan først avklares etter at de utløsende kontekstene for alle symptomene har oppstått, og dette vil som regel ta minst en uke. Denne tilbakemeldingen er verken umiddelbar eller tydelig og gir et vagt grunnlag for korreksjon.

I nettverksteoriene antas lokal avhengighet mellom symptomer og symptomer innvevd i tilstander antas å utgjøre det grunnleggende nivået. Det er nettopp påvirkningen mellom symptomer og andre komponenter innen tilstander man setter søkelys på. Nettverksteoriene impliserer at bestemte endringer av komponenter i tilstander – persepsjoner, indre aktiviteter (oppmerksomhet mot trusler, grubling, bekymring, tankeundertrykkelse) eller atferd – fører til umiddelbar endring av hele tilstanden. I MKT kan eksempelvis pasienten utføre en hjemmeoppgave der de forsterker grublingen den ene dagen, mens de en annen dag lar være å gruble som respons på et symptom eller en tanke (Wells, 2009, s. 218). Virkningen på depressiv stemning observeres og sammenlignes, og antagelser om manglende kontroll over grubling testes ut. I den kognitive modellen for sosial angstlidelse betraktes selvfokus og bruk av trygghetsatferd – det vil si atferd som søker å avverge tenkte sosiale katastrofer – som opprettholdende faktorer (Clark & Wells, 1995). Ved å variere selvfokus og trygghetsatferd erfarer pasientene nesten alltid at angstemosjonen reduseres når fokus vendes utover og trygghetsatferden legges bort (Davik, 2005). Dermed kan terapeut og pasient få umiddelbar og observerbar tilbakemelding om virkningen av intervensjonen, og eventuelle avvik fra det forventede blir tydeligere. Årsaker til avviket kan undersøkes umiddelbart, og man kan vurdere korrigeringer av tilnærming.

Forhåndsteorier versus bakhåndsteorier

Postulering av en enkelt, felles årsak til symptomene impliserer antagelsen om lokal homogenitet (Borsboom et al., 2003; Lange et al., 2020; Molenaar & Campbell, 2009). Det innebærer at den ene årsaken – for eksempel den ubevisste tilknytningskonflikten – har en virkning på symptomene som er ensartet hos alle individer og innen individer over tid og situasjoner. I terapi fungerer essensteorier følgelig som forhåndsteorier. Terapeutens essensforståelse kan lede til forhåndsvurderinger av typen: «Dine opplevde problemer er overflaten av et egentlig skjult problem, nemlig tilknytningsproblemet (i ISTDP) eller det maladaptive emosjonelle skjemaet (i EFT).» Oppgaven for ISTDP- eller EFT-terapeuten blir derfor å hjelpe personer med emosjonelle lidelser fram til en forutbestemt innsikt og til å endre den underliggende årsaken. Ut fra sin mono-kausale teori vurderer ISTDP-terapeuten at Live har bestemte emosjoner hun selv ikke kjenner til. Hun er rasende fordi mannen sviktet henne, og engstelig for at sinnet skal ødelegge båndet. Siden kilden til Lives problemer er en manglende bevissthet om og integrasjon av disse forut antatte følelsene, så over terapeuten press for at hun skal oppleve følelsene. Siden teorien er at Live både vil ha følelsene og at hun vil motsette seg å erkjenne og oppleve dem, kan protester eller manglende tilslutning fra Live tolkes som motstand. Denne essensforklaringen er enkel og elegant og kan føre

til en fokusert og effektiv behandling når den stemmer. Vårt konstruerte eksempel med Live synliggjør imidlertid at et mangfold av frykter kan hindre at sinne uttrykkes, og føre til undertrykkelse av konflikten, ikke bare frykten for båndet. Vi tenker at frykten ikke kan forutbestemmes for alle individer på tvers av situasjoner. Slik sett kan derfor flere tilfeller av terapeutenes press for å oppleve bestemte følelser ha et sviktende grunnlag og ikke treffe. I stedet for motstand kan pasientens protest heller representere selvheldelse og ivaretagelse av egen integritet overfor pådyttede forståelser.

Generelt kan et mono-kausalt perspektiv lede til en overtolkende holdning. Lives utsagn om at hun føler seg dum, tolkes som aggresjon vendt innover, men kan like gjerne være en reaksjon utelukkende her-og-nå når hun forteller om episoden til terapeuten og inntar eller foregriper terapeutenes perspektiv. Terapeuten tar også for gitt at Lives følelse av dumhet fører til depresjon, og at sammenhengen mellom denne reaksjonen og depresjon også gjelder ellers i livet. Essensteorier er forhåndsteorier som bærer med seg en deduktiv og definerende innstilling som gir risiko for overtolkning. Ut fra en sterkt essensteoretisk holdning vil pasientene ses som like med hensyn til problem-årsak (Kendler et al., 2011), noe som står i motsetning til et mål om persontilpasset behandling.

Nettverksteorier om innholdet i emosjonelle lidelser fungerer mer som bakhåndsteorier. De trekkes først inn når en med nettverksanalysen har identifisert variabler med høy ut-styrke, det vil si variabler som i stor grad predikerer andre variabler. I Lives tilfelle viste grubling høy ut-styrke i depressive stemninger, og MKT ble valgt som terapimodell. Dersom eksempelvis skjeve persepsjoner og mistolkninger i depressive emosjoner hadde vist høy ut-styrke, kunne i stedet mer tradisjonell kognitiv terapi (Grande & Røssberg, 2023; Hayes et al., 2015) blitt valgt. Nettverksperspektivet fungerer eksplorerende og induktivt i valget av teori, og risikoen for å pådytte pasienten forståelser som han/hun ikke kjenner seg igjen i, er redusert. Samtidig øker mulighetene for at de variablene som legges til i tilstandsnettverkene ved hjelp av den valgte teorien, er relevante. Med utgangspunkt i de unike problem-beskrivelsene til den enkelte pasienten gir nettverksperspektivet et grunnlag for persontilpasset behandling.

Stabile versus tilblivende symptomtilstander

Essensteoriens postulering av en enkelt felles årsak til symptomer tilsier at årsaken er stabil hos en person på tvers av situasjoner der symptomene utløses. Tilknytningskonflikten antas å være den samme med hensyn til fortidige nære personer, nåtidige nære personer og terapeuten («person-trekanten»; Hansen & Myhre, 2021, s. 342). Videre tenker en at endring av konflikten i en situasjon generaliseres til andre situasjoner. I ISTDP bearbeides konflikten her-og-nå i timen for å få direkte tilgang til angst-uttrykkene. I andre essensterapier som

EFT bearbeides det emosjonelle skjemaet ved å fokusere på de fortidige situasjonene som er opphav til skjemaet, og en regner med at disse endringene generaliseres til dagliglivet. Men antagelsen om stabilitet utfordres av at emosjoner kan være nokså kontekst-sensitive. Vi så at Lives selvkritikk kunne være utløst av konteksten ved vissheten om terapeutens blikk på det som skjedde i episode 1. For sinne fant Kuppens et al. (2003) at ingen av komponentene persipert målhindring, persipert ansvarlighet, persipert urettferdighet, persipert kontroll over situasjonen eller ønske om å gjøre noe med situasjonen var nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for å oppleve emosjonen sinne. Det synes snarere som om det er en familielikhet (Wittgenstein, 1953) mellom tilfeller av spesifikke emosjoner, det vil si at det er felles komponenter mellom tilfeller parvis, men ingen komponenter er felles for alle. Tilfeller av samme emosjon varierer. Vi lurer på om antagelsen om stabilitet i essenstherapie kan sette terapeuten i fare for ikke å være oppmerksom på om endringer som finner sted i timen eller i historiske situasjoner, overføres til dagliglivet.

Nettverksperspektivet antar at emosjonelle tilstander er tilblivende, de skapes på nytt ved hver anledning. Hver episode av angst eller depresjon konstrueres av samlinger av konstitusjonelle og lærte sammenhenger mellom komponentene (Jeronimus, 2019). Dermed vil tilstandene kunne variere fra situasjon til situasjon og over anledninger for samme person og påvirkes av de persiperte trekk ved konteksten. En slik forståelse medfører at hvordan plagene utspiller seg i dagliglivet, blir den primære konteksten for terapeutens forståelse og intervensjon. Terapeuten har ikke som utgangspunkt at bearbeiding av opplevelser i timen eller fra fortiden uten videre er relevant for og kan generaliseres til dagliglivet. Likhet med det som aktiveres i terapitimer eller fra fortiden, må godtgjøres før terapeuten kan sette søkelys på det. I Live 5 oppsto en empirisk indikasjon for en slik likhet, og terapeut og pasient kunne diskutere hvordan den historiske situasjonen skulle trekkes inn i terapien.

Konsekvenser for samarbeidet

Essensfokus kan hemme og nettverksfokus kan fremme enigheten om mål

Kvaliteten av samarbeidet i terapi («alliansen») beskrives av Bordin (1979) og Hatcher og Barends (2006) som graden terapidyaden er engasjert i et målrettet samarbeid om å forstå og løse pasientens problemer. Høy kvalitet uttrykker enighet om mål, enighet om midler og at båndet er tilstrekkelig for å utføre terapioppgavene. Terapeut og pasient vil ha mange mål i samspillet, og noen vil klaffe mer med en essensstilnærming og andre mer med et nettverksperspektiv. Eksempelvis kan essensstilnærmingene møte behovene for å bli tilført en ny og plausibel forklaring på problemene og kanskje bli avlastet for en eventuell følelse av ansvar for dem. Essensteoriene er også i tråd med forestillinger i den vestlige kultur om at

psykiske problemer har et grunnlag i barndommen, og at barndommen må fokuseres på i behandling. Felles for pasienter med emosjonelle lidelser som søker behandling, er at de har et mål om bedring, det vil si endring av de plagsomme emosjonelle tilstandene. De har gjerne også et sterkt ønske om å overkomme håpløsheten og hjelpeløsheten som den manglende kontrollen over emosjonelle tilstander har ført til. Uavhengig av teoretisk bakgrunn og metode: Jo mer terapiens og terapeutens mål sammenfaller med pasientens mål, jo mer enighet om mål.

Essenstherapie antar og kan formidle at pasientenes problemer ikke er symptomene de opplever, men noe annet underliggende, som gjerne er skjult for dem. Fokuset i terapi blir noe annet enn de uttalte plagene. Vi tenker at et slikt budskap kan bidra til å gjøre pasienten mer usikker på utsikten til bedring av plagene og dempe engasjementet i terapiprosessen.

Nettverksterapeuten har kontinuerlig et søkelys på symptomene og de tilstander symptomene er deler av, noe som kan være mer konsistent med pasientens mål om bedring av plagene. Videre kan kontrollbarheten av symptomene demonstreres, som vist tidligere, gjennom øvelser der endring av opprettholdende aktiviteter umiddelbart leder til reduksjon av de symptom-innbefattende tilstander. Ved søkelyset på sammenhenger mellom observerbare komponenter i emosjonelle tilstander samsvarer nettverksforståelsen med Lives beskrivelse og forklaring av sine depressive tilstander og begrepene fra dagligspråket som ligger implisitt i Lives beskrivelse og forklaring. Vi vurderer at alt dette i større grad understøtter gjenkjennelse og håp om kontroll over plagene.

Konsekvenser for båndet

Ut fra essensteoriene er teoriene og teoriens forvalter, det vil si terapeuten, en autoritet i forståelsen av pasientens plager. Terapeuten antar hva problemene kommer av basert på sin forhåndsteori. Dermed forsterkes en maktasymmetri mellom terapeut og pasient. En fare er at teorien ikke passer i pasientens tilfelle, noe som kan lede til overkjøring eller uløselig protest og en undergraving av båndet.

Ifølge nettverksperspektivet er søkelys på pasientens symptom-innbefattende tilstander tråden i behandlingen. Bare pasienten har tilgang til de persepsjoner, følelser, kroppsformennelser og kognitive aktiviteter som er komponenter i disse tilstandene. Pasientens umiddelbare og usensurerte rapport om disse komponentene er avgjørende for terapeuten. Pasientens autoritet med hensyn til egen opplevelse støttes vedvarende av terapiformen, noe som kan styrke tillit og bånd i større grad.

Reformulert essensteori

Kliniske essensteorier har en forklaringsstruktur som ikke nødvendigvis samsvarer med fenomenologien i emosjonelle lidelser og dagligspråket om dem, og vi har forsøkt å illustrere at det kan ha noen uheldige kliniske

konsekvenser. Et betimelig spørsmål er om en kan omgå de uheldige konsekvensene og samtidig i hovedsak bevare det kliniske innholdet ved å formulere innholdet som nettverksteorier. En slik reformulering ville bety en dreining av fokus fra globale størrelser som lidelser og emosjonelle tilstander til observerbare komponenter innvevd i tilstander og hvordan disse komponentene påvirker hverandre. Vi prøver dette ut på ISTDP-teorien. Den vil kunne beskrives langs de følgende linjer: Visse hendelser i samsillet med nære andre leder til persepsjoner som avviker fra personens tilknytningsønsker, dette avviket fører til en rasende følelse og handlingsimpulser om å skade den andre, persepsjonen av denne impulsen avviker fra personens ønske om å bevare båndet og leder til forventningen om å handle den ut, dette avviket og forventningen utløser en angstfølelse, opplevelsen av raserifølelsen, impulsen og angsten reguleres ved undertrykkelse. Noen av disse komponentene henger sammen med depressive symptomer. Undertrykkelsen leder til symptomet tomhetsfølelse. Raseriet forebygges ved symptomet selvkritikk, og dette symptomet fører igjen til symptomet verdiløshet. Symptomene har tilbakevirkninger ved å hemme den naturlige tendensen til å gjøre noe med den utløsende frustrasjonen.

Eksempelvis kan vi tenke oss at fantasigjennomgangen av Lives episode 1 ender med Live 4-versjonen. Påfølgende erfaringer i dagliglivet, blant annet en sterkere opplevelse av en raseri- og skade-impuls, gir et videre grunnlag for nettverket framstilt i figur 4.

Flere forskjeller fra essensformuleringen i figur 1 framgår. Strukturen er eksplorativt utledet med basis i Lives rapport om sine erfaringer til forskjell fra forhåndsbestemt og påført. Dette skjer ved at det tas utgangspunkt i pasientens opplevd verste plage (tomhetsfølelsen), ved at terapeuten anvender et transteoretisk prinsipp om at

tomhetsfølelse kan være et resultat av at reaksjoner er blitt undertrykt, og ved at terapeuten og Live velger og analyserer en nylig situasjon der tomhetsfølelsen har oppstått, og utfyller den resulterende idiografiske formuleringen med Lives videre erfaringer i dagliglivet. I formuleringen interagerer symptomene med andre komponenter i stedet for utelukkende å være passive resultater av den indre konflikten. Elementene i konflikten består av stabile (men foranderlige) størrelser (mål, oppfatninger) som dermed kan formuleres som moderatorer av sammenhengene mellom de observerbare komponentene i tilstanden. Selve konflikten, slik Live oppfatter den, består i at handlinger som fører Live nærmere målet om å konfrontere mannen, leder henne samtidig bort fra målet om å bevare båndet. På dette detaljerte nivået framstår en rekke intervensjonspunkter. Tilknytningsønsket om å ha tillit til mannen og oppfatningen av at rasende impulser fører til skadelige handlinger, kan bevisstgjøres gjennom utforskning av episodiske reaksjoner. Korrigerende forventningen om at uttrykk for sinne fører til brudd, kan skje ved terapeuten håndtering av «overføringen» eller ved utprøving i dagliglivet. Den handlingshemmende energiløsheten kan adresseres gjennom fysisk aktivitet. Den essensformulerte ISTDP-teorien ser altså ut til å kunne omformuleres til en nettverksteori uten at innholdet går tapt. Men nettverksformuleringen øker mulighetene for intervensjon.

Vurdering av nettverksperspektivet

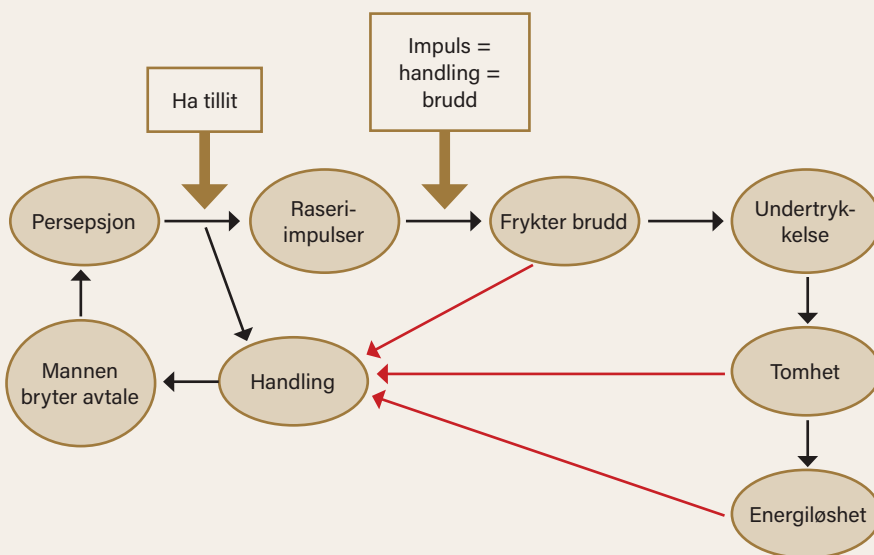
Vi har argumentert for at nettverksmodeller passer med fenomenologien i emosjonelle lidelser og i større grad understøtter en subjektiv gyldighet for pasientene. Det gjenstår imidlertid å skaffe et godt forskningsgrunnlag for modellens objektive gyldighet, det vil si at de representerer faktiske årsakssammenhenger.

Nettverkene formuleres i stor grad ut fra pasientenes introspektive rapporter om indre prosesser, og gyldig-

FIGUR 4

En nettverksformulering av en emosjonell episode konsistent med ISTDP-modellen

Merknad. Svarte, tynne piler står for positive virkninger. Røde, tynne piler står for negative virkninger. Tykke piler står for modererende innflytelse.



heten av slike rapporter er et kontroversielt tema. I sin berømte gjennomgang konkluderer Nisbett og Wilson (1977) med at personers rapporter om kognitive prosesser som medierer forbindelsen mellom stimuli og responser ikke er bygd på en virkelig introspektiv tilgang til slike prosesser. De representerer heller personenes a priori, implisitte kausale teorier om hva som bør ha foregått. På den annen side hevder Ericsson og Simon (1980) at slike rapporter kan være troverdige dersom personene er oppmerksomme på prosessene når de foregår, og dermed kan huske dem. Som nevnt foran er komponentene i emosjonelle tilstander tilsynelatende som viser seg kontinuerlig over tid (f.eks. nedtrykthet), slik at en kan være og ofte er oppmerksom på dem.

Uansett innebærer en angivelse av årsakssammenhenger mellom komponentene en kompleks vurdering. Rapporten kan forenkles ved å la personen kun oppgi i hvilken grad komponentene forekommer ved gjentatte målinger over tid, og beregne temporale nettverk ved statistisk analyse av de innsamlede data (Bringmann et al., 2015). Et temporalt nettverk består av de prediktive sammenhengene mellom alle variablene innbefattet deres autokorrelasjoner (se f.eks. Ebrahimi et al., 2021).

Imidlertid vil ikke slike temporale nettverk av prediktive sammenhenger demonstrere at det er en årsakssammenheng mellom komponentene. En test av kausalitet


innebærer å endre en sentral variabel og observere om dette fører til modell-predikerte endringer av de andre variablene i nettverket. Slike tester er ikke gjort ennå, og arbeid med å utvikle dem pågår (Henry et al., 2022). På nåværende tidspunkt gjenstår det altså å finne avgjørende evidens for nettverkens objektive gyldighet.

En fare med terapifokus på nåtidige indre sammenhenger er når det faktisk eksisterer underliggende årsaker som er pågående og tydeligvis er årsaken til problemene som oppstår her og nå. Et slikt eksempel kunne for eksempel være når terapeuten arbeider med problemene knyttet til opprettholdelse av traumereaksjoner, samtidig som pasienten fortsatt er i en pågående traumatisk situasjon som ikke er løst. Dette eksempelet illustrerer viktigheten av en grundig problemforståelse og diagnostisering.

På linje med Kendler et al. (2011) har vi ingen illusjoner om at et integrerende nettverksperspektiv vil føre til entydige forståelser av psykopatologi og psykoterapi. Grensene mellom lidelsene og de kausale mekanismene vil forbli uklare. Vekten på kausale mekanismer og anerkjennelsen av heterogeniteten i psykiske problemer og lidelser gir imidlertid løfter om å avdekke så mye orden som mulig i dette komplekse området.

Avslutning

Vi har argumentert for at esensteoriene innen psykoterapi, eksemplifisert ved ISTDP og EFT, hviler på antagelser om lokal homogenitet, lokal uavhengighet og lidelser som grunnleggende enheter. Disse premisene kan resultere i en søken etter enkle årsakssammenhenger og overser samspillet mellom symptomenes komponenter. Vi ønsker og foreslår en overgang til nettverksteorier, der fokuset flyttes fra udefinerte globale kategorier til konkrete, observerbare elementer og deres interaksjoner. I denne tilnærmingen kan ISTDP potensielt beskrives som et nettverk hvor ulike psykologiske reaksjoner og interne konflikter fører til symptomer som tomhetsfølelse og energiløshet, samtidig som symptomene virker tilbake på de opprinnelige reaksjonene. Vi mener at en omformulering av esensteorier til nettverksmodeller kan bidra til en videre utvikling og berikelse av både teori og klinisk praksis.

Nettverksperspektivet tillater en induktiv, eksplorerende tilnærming til teori-dannelse og understreker betydningen av pasientens umiddelbare individuelle opplevelse. I vårt psykologfaglige perspektiv er det først når en teori-løs (mht. innholdsteorier) nettverksanalyse av depressive episoder i dagliglivet har vist at «samfunnet» av sammenhengende nettverk stemmer med ISTDP-teoriens påstander, at ISTDP vil kunne drøftes som en aktuell tilnærming med pasienten (Høstmælingen, 2023). Ved å benytte nettverksanalyse kan man identifisere det tette samspillet mellom symptomer og andre nettverkselementer knyttet til lidelser. Vi vurderer at dette kan fremme målenighet og bidra til å styrke terapeut-pasient-alliansen. Vi ønsker at klinisk psykologi i større grad omfavner nettverkstilnærmingen, og at en stimulerer til videre forskning innenfor dette rammeverket for å integrere og forbedre forståelsen og behandlingen av emosjonelle lidelser. 

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*, 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological Review, 110*(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.2.203>
- Boyd, R. (1991). Realism, anti-foundationalism and the enthusiasm for natural kinds. *Philosophical Studies, 61*(1–2), 127–148.
- Bringmann, L. F., Emmens, L. H. J. M., Huibers, M. J. H., Borsboom, D. & Tuerlinckx, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine, 45*(4), 747–757. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001809>
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I. R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Ed.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). Guilford Press.
- Cohen, J. N., McElhaney, R. & Jensen, D. (2018). The empirical examinability of psychodynamic psychotherapy: A reply to Hoffart and Johnson. *Clinical Psychological Science, 6*(4), 458–463. <https://doi.org/10.1177/2167702617751887>
- Davik, I. S. (2005). *Kognitiv terapi og sosial fobi – betydningen av trygghetssøkende atferd og selvfokusert oppmerksomhet* [Hovedoppgave i psykologi]. Universitetet i Oslo.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O. & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(5), 371–378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Ebrahimi, O. V., Burger, J., Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2021). Within and across-day patterns of interplay between depressive symptoms and related psychopathological processes: A dynamic network approach during the COVID-19 pandemic. *BMC Medicine, 19*, Artikel 317. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02179-y>
- Ericsson, K. A. & Simon, H. A. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review, 87*, 215–251.
- Fisher, A. J. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 825–836. <https://doi.org/10.1037/ccp0000026>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D. & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 115*(27), E6106–E6115. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58*(6), 510–512.
- Foa, E. B., Hembree, E. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Fridhandler, B. M. (1986). Conceptual note on state, trait, and the state-trait distinction. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(1), 169–174.
- Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017). Moving Forward: Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science, 12*(6), 999–1020. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Grande, M. & Rossberg, J. I. (2023). Kognitiv atferdsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(12), 770–780. <https://doi.org/10.52734/SSGS6426>
- Hacking, I. (1991). *A tradition of natural kinds*. *Philosophical Studies, 61*(1/2), 109–126.
- Hansen, R. S., Bakkevig, J. F., Langvassbråten, B. & Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidssterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(8), 838–844.
- Hansen, R. S. & Myhre, F. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 339–353). Fagbokforlaget.
- Hatcher, R. L. & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy, 43*(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hayes, A. M., Yasinski, C., Barnes, J. B. & Bockting, C. (2015). Network destabilization and transition in depression: New methods for studying the dynamics of therapeutic change. *Clinical Psychology Review, 41*, 27–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.007>
- Henry, T. R., Robinaugh, D. J. & Fried, E. I. (2022). On the control of psychological networks. *Psychometrika, 87*(1), 188–213. <https://doi.org/10.1007/s11336-021-09796-9>
- Hoffart, A., Helmich, M. A., Ebrahimi, O. V. & Johnson, S. U. (2024). Changes in emotional disorders. I K. Taku & T. K. Shackelford (Red.), *The Routledge international handbook of changes in human perceptions and behaviors*. Routledge.
- Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2017). Psychodynamic and cognitive-behavioral therapies are more different than you think: Conceptualization of mental problems and consequences for studying mechanisms of change. *Clinical Psychological Science, 5*(6), 911–929. <https://doi.org/10.1177/2167702617727096>
- Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2020). Latent trait, latent-trait state, and a network approach to mental problems and their mechanism of change. *Clinical Psychological Science, 8*(4), 595–613. <https://doi.org/10.1177/2167702620901744>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jeronimus, B. F. (2019). Dynamic system perspectives on anxiety and depression. I E. S. Kunnen, N. M. P. de Ruiter, B. F. Jeronimus & M. A. van der Gaag (Red.), *Psychosocial Development in Adolescence: Insights from the Dynamic Systems Approach*. Routledge Psychology.
- Kalis, A. (2019). No intentions in the brain: A Wittgensteinian perspective on the science of intention. *Frontiers in Psychology, 10*, 946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00946>
- Kendler, K. S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders. *Psychological Medicine, 41*(6), 1143–1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*(7), 1091–1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D. J. M., & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: Specificity, necessity and sufficiency of components. *Emotion, 3*(3), 254–269. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.3.254>
- Lange, J., Dalege, J., Borsboom, D., van Kleef, G. A. & Fischer, A. H. (2020). Toward an integrative model of emotions. *Perspectives on Psychological Science, 15*(2), 444–468. <https://doi.org/10.1177/1745691619895057>
- Lishaugen, I. (2021). Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58*(9), 782–786.
- Lunansky, G., van Borkulo, C. & Borsboom, D. (2020). Personality, resilience, and psychopathology: A model for the interaction between slow and fast network processes in the context of mental health. *European Journal of Personality, 34*(6), 969–987. <https://doi.org/10.1002/per.2263>
- Marken, R. S. (2009). You say you had a revolution: Methodological Foundations of closed-loop psychology. *Review of General Psychology, 13*(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/a0015106>
- Molenaar, P. C. M. & Campbell, C. G. (2009). The new person-specific paradigm in psychology. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01619.x>
- Myhre, F. & Hansen, R. S. (2023). Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(12), 811–830. <https://doi.org/10.52734/MYDW9231>
- Nisbett, R. & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal report on mental processes. *Psychological Review, 84*, 231–259.
- Nordahl, H., Hjemdal, O., Johnson, S. U. & Nordahl, H. M. (2023). Metakognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(12), 781–801. <https://doi.org/10.52734/CHI3716>
- Opsahl, T., Agneessens, F. & Skvoretz, F. (2010). Node centrality in weighted networks: Generating degree and shortest paths. *Social Networks, 32*(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.03.006>
- Overholser, J. (2018). *The Socratic method in psychotherapy*. Columbia University Press.
- Robinaugh, D. J., Haslbeck, J. M. B., Waldorp, L. J., Kossakowski, J. J., Fried, E. I., Millner, A. J., McNally, R. J., van Nes, E. H., Scheffer, M., Kendler, K. S. & Borsboom, D. (2019). *Advancing the network theory of mental disorders: A computational model of panic disorder*. Preprint.
- Schanche, F. & Hagen, R. (2023). Det viktige mangfoldet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(12), 766–767.
- Schwitzgebel, E. (2001). A phenomenal, dispositional account of belief. *Noûs, 36*, 249–275. <https://doi.org/10.1111/1468-0068.00370>
- Solbakken, O. A. & Abbass, A. (2015). Intensive short-term residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders, 181*, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
- Stiegler, J. R. (2021). Emosjonsfokusert terapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 399–413). Fagbokforlaget.
- Stiegler, J. R. & Vassbø Hagen, A. H. (2023). Emosjonsfokusert terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(12), 841–850. <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Blackwell.

TEKST Jan Reidar Stiegler
stiegler@ipr.no

Motgiften til maktasymmetri ligger utenfor teorien

Kommentarer til «Nettverksperspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner» av Hoffart og Johnson

Slik jeg leser artikkelen «Nettverksperspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner» fremmer Hoffart og Johnson et forslag til hvordan vi gjennom å samle ulike teorier om psykotераpeutisk endring under en felles, overordnet teoretisk forklarings-type kan sikre at terapeuter i større grad lar klientens virkelighet lede an i den psykotераpeutiske prosessen. Oppsummert hevder forfatterne at ved å samle modeller innen en nettverksforståelse vil «Intervensjonene [...] være mer i samsvar med pasientens egne forklaringer, noe som vil fremme alliansen». Jeg har stor sans for initiativet, som jeg tror har som mål å bidra til å gi klienten det som vi i EFT kan omtale som epistemisk autoritet – altså at klientens virkelighetsforståelse og fenomenologi alltid trumfer terapeutens mer teoretisk styrte ideer og forståelse. I praksis betyr ivaretagelse av klientens epistemiske autoritet at terapeuten alltid holder seg tett på klientens opplevelse, er tentativ i sin forståelse av denne, og at terapeuten lar sin teori og forståelse vike dersom den ikke samsvarer med klientens erfaring. Jeg har to overordnede innvendinger til artikkelen. Den første innvendingen retter seg mot antakelsen om at en nettverksforståelse i seg selv bidrar til å gi klienten epistemisk autoritet. Den andre innvendingen handler om den foreslåtte dikotomi- en essensforståelse eller nettverksforståelse.

Angående den første innvendingen vil jeg hevde at en

nettverksforståelse verken er nødvendig eller tilstrekkelig for å gi klienten epistemisk autoritet, spesielt ikke for EFT og kanskje heller ikke for terapi generelt. EFT, som forfatterne plasserer i en essensforståelse, springer ut av humanistisk teori, fenomenologi og klientsentrerte prinsipper som er styrende for terapiprojektet. Disse teoriene og prinsippene foreskriver en radikal tilnærming for å gi klienten epistemisk autoritet. Kort sagt innebærer prinsippene at man med innlevd empati følger klientens fenomenologi, og at man hjelper klienten til å være i kontakt med og pakke ut egne opplevelser på en fersk måte. Slik utvides og klargjøres klientens fenomenologi, og det trer frem et tydelig terapiprojekt fundert i klientens opplevelse av seg selv i sitt liv. De rogerianske prinsippene, som er inkorporert i EFT, ble opprinnelig utviklet som en reaksjon på det samme forfatterne her er bekymret for: at terapi kan forsterke maktasymmetri mellom terapeut og klient. EFT er dermed i tråd med forfatternes overordnede målsetting.

Jeg tror derimot ikke at den beste motgiften mot maktasymmetri finnes i den teoretiske forklaringstypen. I stedet tror jeg at den beste motgiften ligger i bevisstgjøring og oppøving av terapeutiske ferdigheter rettet mot å ivareta epistemisk autoritet. I EFT-opplæring vies dette stor oppmerksomhet gjennom å trene på de rogerianske betingelsene og et etablert rammeverk for både forståelse og praktisering av terapi som reduserer

faren for maktasymmetri. Det jeg likevel tar med meg til videre refleksjon fra artikkelen, er om de rogerianske betingelsene også kan formuleres som en nettverksforståelse, og at de to forståelsene kanskje konvergerer. Likevel er det viktig å påpeke at det allerede finnes en omfattende teori og et språk for å ivareta klientens autonomi og epistemiske autoritet i den humanistiske tradisjonen, noe forfatterne med fordel kunne fremhevet.

I forlengelsen av den første innvendingen vil jeg også trekke fram at jeg ikke tror det er mulig for en terapeut å gjøre en «teoriløs undersøkelse av fenomenologien». Jeg vil hevde det her er bedre å følge den kvalitative forskerens idealer om å være refleksiv og transparent, slik at klienten i større grad kan se og forholde seg til terapeuten forforståelser. Uten denne transparente væremåten tror jeg at det er en økt fare for at terapeuten forforståelse påvirker klienten, og at klienten ikke får mulighet til å forholde seg til det som påvirker. Teorien blir implisitt og usynlig.

Min andre innvending dreier seg om den foreslåtte dikotomien essensforståelse versus nettverksforståelse som teoretiske forklaringstyper. Selv om jeg ser den pedagogiske verdien av en dikotomi, så er problemet med teoretisk konstruerte dikotomier at de kan gjøre det vanskelig å se mer enn to ting, også der det kanskje finnes et mangfold. I tillegg risikerer man å tilpasse en modell til dikotomien heller enn å undersøke modellen som den er. To eksempler fra artikkelen kan illustrere dette.

Forfatterne skriver om EFT at «opplevde psykiske symptomer betraktes som resultatet av maladaptive emosjonelle skjemaer dannet i barndommen». Dette er til dels rett, men ser bort ifra to sentrale elementer i modellen. Det ene er at maladaptive emosjonelle skjema ikke er den eneste forklaringen på opplevde symptomer, men heller en av flere mulige forklaringer. Symptomer kan også være knyttet til adaptive emosjoner, nåtidige konflikter og vansker, prosesseringsvansker som å ikke kunne kjenne hva som skjer i kroppen, vansker med å danne mening av egne opplevelser, eller godt etablerte vaner. I tillegg dannes ikke nødvendigvis maladaptive emosjonelle skjema i barndommen, selv om både empiri og klinisk erfaring tilsier at det er nokså vanlig hos personer som søker hjelp for varige psykiske plager. I EFT antar man altså ikke innledningsvis at en klient som er deprimert, har vanskelige barndomsopplevelser, og heller ikke at depresjonen må springe ut av maladaptive emosjonelle skjema. I stedet forsøker vi å lytte etter hvordan klientens opplevelser synes å tegne et bilde av å stå fast i livet, og tentativt tester vi ut antakelser om emosjonelle prosesseringsvansker som vi bare anser

som gyldige når klienten engasjert bekrefter antakelsene. Det andre er at forfatterne her ikke inkluderer hvordan terapeuten kommer frem til en slutning om maladaptive emosjonelle skjema. Slutninger om maladaptive emosjonelle skjema baseres *alltid* på klientens opplevelse. Gjennom empatisk utforskning leder klientens fenomenologi terapeuten mot forståelsen – ikke omvendt. Noe som er nokså vanlig, er at klienter forteller om barndomstraumer og vonde følelser knyttet til traumene. Når klienten opplever problematiske følelser som klienten selv kan knytte til fortidserfaringer, kaller vi dem for maladaptive emosjonelle skjema. Det er altså en måte å forstå *det* som fremkommer, ikke en måte å få frem det vi antar på forhånd. Samtidig er vi ikke teoriblinde i vår klientsentretre undersøkelse, og det er alltid et element av at vi finner det vi leter etter. Det tror jeg gjelder for alle modeller.

En annen påstand om EFT fra artikkelen er denne: «Til forskjell fra i EFT blir denne sammenhengen i nettverksperspektivet utviklet gjennom erfaringen i øvelsen og er ikke antatt på forhånd.» Sitatet avslører en feiloppfatning av EFT-modellen. Det er en eksplisitt klinisk oppgave for EFT-terapeuten å bidra til at klientens fenomenologi blir grundig utforsket før eventuelle antakelser testes ut med klienten. Alle intervensjoner som iverksettes, har også som overordnet retningslinje å la klientens fenomenologi lede an. Det kan fremstå som om forfatterne misforstår EFT som en modell hvor terapeuten først og fremst tilbyr tolkninger av innholdet i klientens opplevelse. Tvert imot er det et mantra i EFT at man skal lede en god del på prosess, men minst mulig på innhold. Som eksempel vil man ofte kunne si til en klient som opplever en uklar og vond klump i magen: «Se om du kan kjenne etter i kroppen hva den vonde følelsen er.» Dette kaller vi å lede på prosess. Man vil derimot i liten grad tolke eller lede på meningsinnholdet, for eksempel: «Jeg lurar på om klumpen i magen kan fortelle deg at du er trist for at pappa døde.» Dette ville vært å lede på innhold, noe man finner lite av i EFT. I EFT ønsker vi alltid at klienten selv skal skape meningsinnholdet ut fra egen fenomenologi.

Oppsummert tror jeg at forfatterne overdriver verdien av å benytte dikotomien essens og nettverk som en måte å redusere maktasymmetri på. Jeg opplever derimot at forfatterne har et verdifullt og forbilledlig bidrag når de viser hvordan de i arbeidet med sin egen foretrukne modell jobber for å bevare klientens epistemiske autoritet. Jeg tror budskapet deres hadde stått seg bedre uten dikotomien og uten å bidra til misforståelser av andre modeller. Ⓧ

TEKST Ole André Solbakken, Filip Myhre og
Roger Sandvik Hansen

KONTAKT o.a.solbakken@psykologi.uio.no

ISTDP og MKT: essensialistisk teori og nettverksbasert praksis

Kommentarer til «Nettverksperspektivet versus
essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori
og kliniske implikasjoner» av Hoffart og Johnson

Det kan være teoretisk interessant å dele terapimodeller inn i essens- og nettverksmodeller. Her ligger det mange interessante problemstillinger som kan belyse terapiteori på nye måter. I praksis vil imidlertid det terapeutiske arbeidet uansett måtte bygge på pasientens forståelse av sammenhengen mellom hendelser, mentale prosesser og symptomer i eget liv. Hvis terapeuten har en antakelse om at unngåelse av å oppleve konfliktfylte følelser, eller en hang til grubling, er særlig sentrale elementer i pasientens lidelse, så har antakelsene liten verdi om ikke pasienten opplever det samme.

Kart og terreng

Hvis terapeuten antakelser om hva som er mekanismer og årsaker i pasientens lidelse, tar plassen fra pasientens egen opplevelse av sammenhengene, eller styrer metoden i utredningen slik at informasjonstilfanget forringes, så er forutsetningene for en virksom arbeidsallianse svekket. Hvis det terapeutiske «kartet» styrer utredningen og behandlingen på en måte som gjør meningsdannelsen som samskapes i terapien upresis, eller lite anvendbar i pasientens eget «terreng», har selvfølgelig terapeuten feilet. Derfor er det viktig å ha et bevisst forhold til fellesfaktorer uavhengig av hvilken modell man arbeider

etter - men vi kan vanskelig se at modellens teoretiske grunnlag i seg selv skulle lede til slik forringelse av verdi for utredning og behandling.

Hoffart og Johnson reiser i våre øyne viktige spørsmål om de teoretiske grunnlagene og praktiske konsekvensene av psykoterapiteorier. Vi vil imidlertid hevde at både MKT og ISTDP kan forstås på ulike måter. Vi vil derfor her bruke Hoffart og Johnsons rammeverk til å kort analysere både ISTDP og MKT, og argumentere for at begge metodene kan romme både essensialistiske og nettverksbaserte elementer, avhengig av hvordan metodene tolkes og praktiseres.

ISTDP: Fra essens til nettverk


Hoffart og Johnson peker på at ISTDP's teoretiske grunnmodell er essensialistisk, ved at symptomer tilskrives en felles underliggende årsak - typisk et ubevisst affektivt kompleks knyttet til tidlige tilknytningserfaringer. Dette teoretiske rammeverket kan sies å gi metoden en essensialistisk struktur, der behandlingen sikter mot å avdekke og bearbeide denne "essensen" Samtidig, er det etter vårt skjønn slik at ISTDP i praksis fungerer som en nettverksbasert metode. Gjennom vektlegging av her-og-nå-prosesser og samspillet mellom symptomer, følelser og forsvar, adresserer ISTDP komponenter som gjensidig påvirker hverandre i komplekse nettverk. Den eksplorative utforskningen av pasientens emosjonelle og relasjonelle mønstre, og tilpasningen til individets spesifikke kontekst, gjør at ISTDP opererer dynamisk og nettverksorientert, selv om dens teoretiske grunnlag kan fremstå mer essensialistisk.

MKT: Et nettverksperspektiv med essensialistiske trekk

MKT kan helt klart også sees i lys av denne dualiteten. Modellen bygger etter vårt skjønn på en tilsvarende essensialistisk antagelse om at et kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS), drevet av metakognitive antagelser, er den sentrale mekanismen bak emosjonelle lidelser. Dette gir MKT en teoretisk struktur som plasserer den i samme bås som andre essensialistiske, og vi vil se de fleste, terapimodeller. Samtidig er også MKT's praksis nettverksbasert. Symptomer, som grubling og bekymring, ses som innvevd i dynamiske samspill, og terapien er eksplorativ i hvordan disse forbindelsene kartlegges og forsøkes brutt. MKT tilpasses da den enkelte pasients spesifikke nettverk av symptomer og mestringsstrategier, og gir muligheter for å teste og korrigere hypoteser i sanntid.

Et integrert perspektiv

Som Hoffart og Johnson antyder, er det mulig å reformulere essensialistiske modeller som nettverksmodeller uten at teori-innholdet går tapt. Både ISTDP og MKT demonstrerer hvordan slike hybridtilnærminger kan se ut i praksis. Essensialistiske strukturer gir klare rammer og fokuserte mål, mens nettverksforståelsen åpner for fleksibilitet og individualisering. I begge tilfeller ser vi hvordan samspillet mellom teoretisk klarhet og åpen utforskning i praksis kan fremme tilpasning til pasientens opplevelse og vedkommendes problem- og symptombilde.

Vi deler derfor Hoffart og Johnsons oppfordring til å utforske og videreutvikle nettverksmodeller, men med en påminnelse om at essensialistiske modeller tilbyr verdifulle teoretiske rammer når de anvendes med fleksibilitet i praksis. ISTDP og MKT viser at balansen mellom disse perspektivene ikke bare er mulig, men også klinisk fruktbar. 

TEKST Katharine Cecilia Williams

De siste årene har følelser blitt stadig mer vektlagt på tvers av terapiretninger. For første gang har forskningslitteraturen blitt systematisk gjennomgått i en norsk undersøkelse.

Arbeid med følelser i terapi – mer virkningsfullt enn vi har trodd

Artikkelen «Emotional Changes and Outcomes in Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis» av Nils Martin Sønderland et al. gir den mest omfattende gjennomgang som til nå har vært gjort når det gjelder emosjonelle endringsprosesser i psykoterapi og hvordan endringsprosessene relaterer seg til behandlingsutfall.

Studien, som ble publisert i september 2024, er en litteraturgjennomgang av 121 studier og en påfølgende metaanalyse av de 85 studiene som kunne inkluderes i undersøkelsen. Formålet var å kartlegge sammenhengen mellom emosjonelle prosesser og bedring i psykoterapi.

Fra: Sønderland, N. M., Solbakken, O. A., Eilertsen, D. E., Nordmo, M. & Monsen, J. T. (2024). Emotional changes and outcomes in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(9), 654–670. <https://doi.org/10.1037/ccp0000814>

Funn

To hovedfunn kan trekkes ut av undersøkelsen.

1. Endringsprosesser som bidrar mest konsistent til bedring

Frykthabituering indikerer en adaptiv reorganisering av måten individet forholder seg til fryktutløsende ytre stimuli på, samt egne fryktrelaterte responser. For behandling av

angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har forskningen særlig sett på betydningen av frykthabituering, og her er effekten på symptomreduksjon betydelig.

Når det gjelder behandling av depresjon, har særlig betydningen av at pasienten reflekterer rundt aktiverte følelser («experiencing»), blitt undersøkt i ulike studier. I Sønderland et als studie er effekten av klientens prosess med «experiencing» betydelig.

I tillegg ble det identifisert andre mekanismer (bl.a. reorganisering av affektive script) i behandling av GAD, panikk, PTSD og blandete kliniske utvalg.

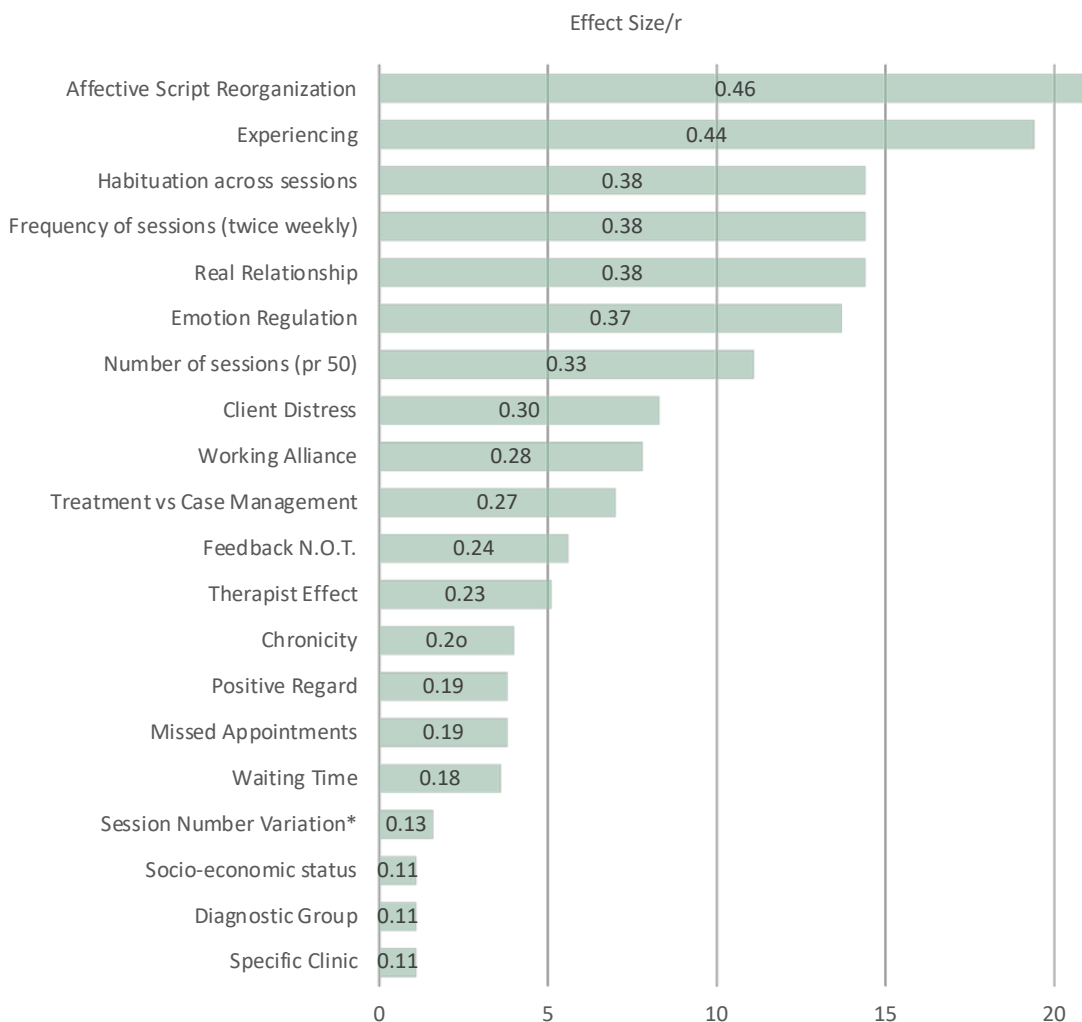
2. En sentral mekanisme på tvers av tilnærminger

Resultatene tyder på at det er en klar sammenheng mellom emosjonelle endringsprosesser og utfall i terapi. Et sentralt fellestrekk ved endringsprosessene som ble undersøkt, er at de handler om klientens kapasitet til å differensiere mellom ytre affektive triggere og egne affektive responser. Funnet gjør seg gjeldende på tvers av ulike behandlingsmetoder.

Noen utfordringer for kunnskapsstatus

Metaanalysen avdekker flere begrensninger ved den eksisterende forskningen på feltet. For eksempel har få

Effekten av ulike terapeutiske faktorer oppsummert



Merknad. Emosjonelle endringsprosesser som experiencing, frykthabituering og reorganisering av affektive script ser ut til å være blant de aller mest betydningsfulle endringsfaktorene i psykoterapi.

ILLUSTRASJON O.A. SOLBAKKEN UIO 2024

studier foretatt målinger av om endringer i prosesser faktisk går forut for behandlingsutfallet, som er nødvendig for å kunne fastslå kausalitet. Foreliggende forskningsdata har mangler som gjør det vanskelig å skille mellom klient- og terapeutbidrag, og det foreligger begrensninger for å kunne fastslå innen- og mellom-klienteffekter.


Funnene fra denne omfattende reviewen og metaanalysen gir et grunnlag for å utvikle nye og klinisk relevante forsknings spørsmål når det gjelder hvilken betydning emosjonelle endringsprosesser har for psykoterapi.

Enda viktigere enn tidligere antatt

At emosjonelle prosesser gjør seg sterkt gjeldende i psykoterapeutisk behandling, er godt kjent. I tillegg vet vi at arbeidsallianse, terapeuteffekter og metodespesifikke

intervensjoner har stor betydning for bedring. Imidlertid er det interessant å merke seg at Sønderland et als studie finner at en rekke emosjonelle endringsprosesser og -mekanismer ser ut til å være sterkere assosiert med bedring enn de fleste andre kjente faktorer.

Resultatene understreker betydningen av emosjonsfokusede intervensjoner for å fremme psykologisk helse. Artikkelen oppfordrer til økt differensiering av ulike emosjoner i terapi og til å hjelpe klienter med å uttrykke følelser på en hensiktsmessig måte.

Studien gir et sterkt teoretisk og praktisk grunnlag for videre forskning og klinisk praksis innen psykoterapi med vekt på emosjonsregulering og emosjonell bearbeiding. 



Nils Martin
Sønderland
FOTO PRIVAT



Ole Andre
Solbakken
FOTO TRON TRONDAL



Dag-Erik Eilertsen
FOTO UNIVERSITETET
I OSLO



Magnus Nordmo
FOTO MONICA KVAALE



Jon Trygve Monsen
FOTO PRIVAT

Influenserpsykologer skaper nye fagetiske dilemmaer og får meg til å stille spørsmålet: Når er en psykolog ikke lenger en psykolog?

Når psykologen blir influencer

FOTO THOMAS BRUN / NTB



TEKST Daniel Willumstad Gunstveit
Redaktør

Stadig flere psykologer bruker yrkestittelen sin aktivt i sosiale medier, og blir ofte hyllet for å være modige og viktige stemmer. Fokus på fagetiske problemstillinger har imidlertid vært fraværende i møte med det jeg her vil kalle *influenserpsykologene*. Med influenserpsykologer mener jeg personer som aktivt og eksplisitt bruker psykologtittelen i sin innholdsproduksjon i sosiale medier. Her deler de psykologisk kunnskap i form av korte videosnutter, uttaler seg om aktuelle saker i nyhetsbildet og gir generelle råd til en lojal følgerskare om hvordan man bør leve livet sitt, slik andre influensere gjør. På sitt beste kan influenserpsykologene bidra til å gjøre psykologisk kunnskap mer tilgjengelig. Der slik kunnskap tidligere kun var å finne i faglitteraturen, redaktørstyrte medier eller i direkte møte med psykologen, er den nå blitt allemannseie. Vi møter den i avisene, på radio, tv og i sosiale medier – men hva skjer med psykologien når den flyttes ut av terapirommet? I denne teksten vil jeg løfte frem elementer knyttet til manglende fagetiske rammeverk for slike internettbaserte psykologpraksiser, som foreløpig er blitt lite belyst.

Prisbelønt formidling

Norsk psykologforening (NPF) har delt ut den faglige formidlingsprisen Åsa Gruda Skard-prisen til flere av influenserpsykologene. Blant dem er Vidar Kristiansen (@psykolog.pappa) og Maria Abrahamsen Østhassel (@psyktdeg). Sistnevnte når med sin konto ut til 107 000 følgere, et tall som stadig stiger. I tillegg finnes det en drøss av mer eller mindre vellykkede konsepter med psykologtittelen som innsalg, for eksempel @psykolog.i.nord, @traumepsykologen, @psykologliv, @flytpsykologen og @psykolog.olsen. Jeg kunne listet opp mange flere. Enkelte kontoer har funnet sin helt spesifikke nisje, som @minoritetspsykolog og @badepsykologen (nedlagt konto), som retter seg inn mot henholdsvis

MERKNAD De konkrete kontoene som kritiseres, er blitt forelagt teksten og har fått tilbud om tilsvarende.

arbeid med minoritetserfaringer og angivelige positive effekter av badstue og isbadning på mental helse. Sistnevnte tilbød endatil gruppeterapi i badstue. Listen over influenserpsykologer – eller de som åpenbart forsøker å bli det – vokser stadig.

Når jeg nå går videre til å kritisere innholdet på konkrete Instagramkontoer, forsøker jeg å skille mellom innhold og person. Dette er en vanskelig øvelse, siden person og konto er tett sammenkoblet i den sosiale mediesfæren. Influenserpsykologene viser frem egen gråt og utilstrekkelighet, men også solskinnshistorier fra arbeidshverdagen sin og glimt fra dagliglivet – ofte lyssatt i SoMe-virkelighetens duse farger og med harmonisk musikk. At influenserpsykologene viser sårbarhet og «byr på seg selv», hylles ofte av følgerne (og influenserkollegene), og blir oppfattet som både modig og viktig. Intimiteten som vokser frem, gjør det imidlertid vanskelig å diskutere fenomenet kritisk, uten å være redd for å såre noens følelser eller virke unødig brutal. Målet mitt er selvsagt å unngå dette og samtidig åpne for en kritisk samtale rundt et voksende fenomen.

Dansende psykologer og banal informasjon

En typisk psykologkonto på Instagram inneholder gjerne korte videoer av psykologen som fremfører budskap det er vanskelig å være uenig i, som disse sitatene hentet fra kontoen @psykolog.pappa: «Vær et godt medmenneske, men ikke gå på akkord med deg selv (...); «Husk at du kan være uenig uten å være uvennlig»; «Du har 100 % kapasitet. Ikke mer.» Andre videoer er ment å være mer humoristiske, hvor psykologen «byr på seg selv» i form av dans mens korte biter av grunnleggende psykologisk kunnskap dukker opp på skjermen. Kontoen @psyktdeg har lenge hatt slike dansende informasjonsvideoer som sitt varemerke. Den fikk attpåtil statsminister Jonas Gahr Støre med på dansen i en stivbent stemmejakt før valget i 2021. At @psyktdeg når helt frem til statsministeren, sier også noe om influenserpsykologen som maktfaktor i dagens påvirkerøkonomi.

Formidlingsformen er både en styrke og en svakhet. På den positive siden appellerer den til det senmoderne oppmerksomhetsspenet, som er avgrenset til noen få sekunder. Svakheten er at budskapene ofte grenser mot det intetsigende. Instagramkontoene sprer lettfordøyelige oppfordringer av typen «vær deg selv», «vær mer» og «fuck skam». Hvordan oppfordringene konkret bidrar til å fremme min psykiske helse, er uklart. Essensen er å ikke la seg hemme av hva omgivelsene eller andre mennesker tenker. Anbefalingene går ut til alle og enhver, uavhengig av hvem man er og hvordan man faktisk oppfører seg. Veien er kort fra ukritisk hyllest av å skulle uttrykke sitt indre og det Svend Brinkmann (2024) kaller *opplevelsesabsolutisme*, altså den totale omfavnelsen av ens eget subjektive blikk på verden som en form for sannhet. For er det virkelig slik at alle skal være seg selv til alle tider? Et slikt budskap kan like gjerne oppfordre til hensynsløshet eller manglende korrigerende av egen problematiske atferd. Man er jo tross alt seg selv.

Slår mynt på andres kunnskap

På sett og vis er det logisk at yngre psykologer bruker Instagram og TikTok til fagformidling. Har du vokst opp med internett, blir det en naturlig formidlingsplattform. Samtidig ser jeg store forskjeller i hva som formidles, og i hvor stor grad det holder vann faglig sett. Mangelen på kildehenvisninger gjør det bortimot umulig å ettergå informasjonen og vite om den er hentet fra forskning, sunn fornuft eller uttrykker personlige preferanser. Også psykologer har lov til å ha personlige oppfatninger av hva som er et godt liv. Problemet er at med psykologtittelen følger en faglig tyngde som gjør at allmennheten lytter til det vi sier. Da holder det ikke at vi formidler det som på overflaten «virker logisk» eller godt – vi må faktisk ha dekning for det vi påstår når vi har psykologhatten på. Manglende kildehenvisning kan derfor føre til en uthuling av fagets kunnskapsstatus og påvirke tilliten til fagpersoner. Denne tendensen er også tydelig i andre deler av samfunnslivet, hvor man nå kan påstå hva som helst uten å presentere fakta som støtter det. Ekstremversjonen er selvsagt Donald Trump. Jeg mener ikke at influenserpsykologene befinner seg på hans nivå, men trenden reiser viktige legitimitetsspørsmål. Vi er i en situasjon hvor yngre mottar stadig mer informasjon fra influensere enn fra etablerte medier (Liljerøth, 2022) og (må vi tro) fagfolk. Da må vi stille krav til hva vi formidler, og på hvilket grunnlag.

I tillegg til psykologikunnskap uten faglig fundament spres informasjon uten ryddig kildehenvisning. Der influenserpsykologenes psykoedukasjon faktisk er basert på gode, etablerte studier, er det problematisk at kontoene ikke opplyser om hvor de har hentet kunnskapen. Manglende kildeopplysninger kan gi følgerne inntrykk av at dette er noe influenserpsykologen selv har kommet frem til. I slike tilfeller slår influenserpsykologen mynt på andres arbeid (både påvirkningsmessig og rent økonomisk) uten å kreditere arbeidet, hvilket er uredlig. Det blir heller ikke mulig å kvalitetsvurdere kilden, noe som bidrar til å undergrave profesjonens strenge krav til kunnskapsformidling og etterrettelighet.

Lånt legitimitet

Selv når influenserpsykologene behandler faglige begreper, kan det bære galt av sted. En relativt stor psykologkonto, @psykolog.i.nord, poster hyppig om fenomenet (og oppmerksomhetsmagneten) narsissisme. @psykolog.i.nord gir det hun kaller en «narsissistisk kultur» skylden for mye av det som er galt i samtiden. Vi får også vite at hun har møtt mange pasienter hvor problemet skyldes «høy narsissisme», samtidig som hun kritiserer den konvensjonelle mediefremstillingen av «narsissisten iblant oss». At narsissisme er et nyttig fagbegrep, og at det kan skape problemer, er jeg ikke uenig i. Problemet er at hun hverken definerer narsissismebegrepet, som innenfor fagfeltet er komplekst og preget av uenighet (se f.eks. Holm, 2024), eller nyanserer det – slik for eksempel Espen Skorstad (2024) gjør i sin bok *Den fabelaktige narsissisten*. Sistnevnte presenterer narsissisme

nettopp som noe som kan ha både fordeler og ulemper i et samfunn, for den det gjelder, og for omgivelsene. Hva @psykolog.i.nord baserer seg på når hun så entydig avskriver narsissisme, er uklart – utover at hun oppgir å ha lest mye om temaet. Om hun har et poeng i det som formidles, er umulig å vite, siden hun ikke oppgir kilder. Dette spiller liten rolle for følgerne, som kobler informasjonen til psykologtittelen, noe som låner legitimitet til standpunktet. Skorstad viser at det er mulig å henvende seg til et bredt publikum om temaet narsissisme, samtidig som han oppgir kilder på det han hevder. Dersom andre psykologer finner noe de reagerer på i boken, er det mulig å delta i en faglig diskurs om Skorstads premisser.

Sosiale medier iboende midlertidige dynamikk, der innlegg gjerne forsvinner i løpet av et døgn, gjør det umulig å føre en kritisk diskusjon om det som blir fremstilt her. Men selv om noe forsvinner, betyr det ikke at det glemmes. Vi vet godt at (feil)informasjon i sosiale medier har en tendens til å feste seg som fakta. Når formidleren i tillegg er en psykolog som stirrer inn i kameraet med et velmenende blikk, og akkompagneres av setningen «forskning viser», vil budskapets troverdighet naturligvis også øke. Her kan det være verdt å minne om noe Skre og Gullhaugen skrev helt tilbake i 2006 i kronikken «Psykologen i media»: «Som psykolog bør man ha klart for seg hvordan ens personlighet, emosjonalitet og språkbruk påvirker ens troverdighet og publikums opplevelse. Man må være bevisst på med hvilken hensikt man kommuniserer hva.»

Psykologien som vare

Når er en psykolog ikke lenger en psykolog? Spørsmålet har slått meg mens jeg under researchen til denne kommentaren skrollet gjennom et utall psykologkontoer på Instagram. Som influensere flest har også influenserpsykologene varer å selge. I likhet med andre influensere driver kontoen @psyktdeg med utstrakt bruk av sponset innhold. Kontoen markedsfører alt fra mobilabonnemeter til matkasser, og reklamerer for både fødeavdelinger og veldedige formål – mot betaling, må jeg anta. I tillegg har vi videoer som denne, publisert 14.08.2024, hvor en voiceover sier: «Visste du at dårlig organisering er en vanlig kilde til stress? Rot kan gi en følelse av tap av kontroll som påvirker evnen vår til å konsentrere oss, skaper mye frustrasjon og skaper en uheldig relasjon til de man bor sammen med.» Og målet med denne informasjonen? Svaret kommer i neste setning: «Prøv å organisere tankene dine ved å organisere hjemmet ditt, med 30 % på matoppbevaring til alle klubbmedlemmer hos Clas Ohlson.» Jeg ser på dette som ukritisk (og kanskje også uetisk) bruk av egen psykologrolle for å selge varer som ikke har noe som helst med psykologi å gjøre. Østhassel har først og fremst blitt kjent i kraft av å være psykolog, og det er naturlig at dette er en del

av sosiale medier-identiteten hennes. Likevel reiser den utstrakte bruken av sponset innhold spørsmålet om vi har gode nok etiske retningslinjer for bruk av psykologtittelen. Når @psyktdeg bruker noe som ligner på psykologisk kunnskap for å selge matoppbevaringsløsninger eller mobilabonnemeter, er det noen fagetiske alarmklokker som ringer hos meg. Det er ikke ulovlig å tjene penger på internett, men det er ikke sikkert du skal bruke psykologtittelen din på å gjøre det.

Når gode intensjoner ikke er nok

Et beslektet fenomen finner vi hos den mindre kontoen @flytpsykologen, som i kraftige regnbuefarger formidler budskapet om at psykologer kan komme i alle farger, former og fasonger. Dette er vel og bra. Mer problematisk er @flytpsykologens åpenlyse reklamer for ulike aktører i alternativbransjen, som tilbyr spirituelle «readinger» og fjernhealing, mens hun selv tilbyr samtaleterapi i kraft av å være psykolog. At psykologer har spirituelle, endog alternative livssyn, er selvsagt helt greit – det jeg igjen undrer meg over, er hva det er riktig at psykologtittelen skal være med på å legitimere. Spørsmålet er om sammenblandingen mellom coaching og alternativ behandling og psykologi, slik den fremstår hos @flytpsykologen, er heldig. Det er mye å forlange at følgerne skal klare å skille mellom hva som er evidensbasert psykologisk praksis og alternative (uvitenskapelige) behandlingsformer når begge deler promoterer fra samme konto.

Influenserpsykologer kan – i likhet med andre influensere – ha vansker for å ta til seg kritikk. Hva andre mennesker synes om deg skal du «gi faen i» (gjærne ved å danse foran kamera), som det heter i et innlegg fra @psyktdeg. Folk som kritiserer blir gjerne karakterisert som «hatere», hvilket er i tråd med etoset om at man skal «være seg selv», frigjort fra andres forventninger og krav. @flytpsykologen er også bærer av dette budskapet, men tangerer i tillegg en ny fagetisk problemstilling. I et innlegg (datert 17.09.2024) gir hun uttrykk for ikke å bry seg om «psykologveilederne på studiet som sa jeg tok for mye plass og hadde for leken energi». Videre skriver hun: «Nå bygger jeg bedrift på det andre har kritisert.»

Først og fremst: Veiledning er ikke kritikk, men helt essensielt for å utvikle en faglig forsvarlig psykologidentitet, noe som også innebærer enkelte korreksjoner på hvordan man fremstår i terapirommet og møter pasientene. At veiledning blir personlig, er uunngåelig, men målet er selvsagt ikke at alle psykologer skal være like, eller å fjerne fargerike sjeler fra terapirommet. Målet er at man hele tiden skal operere med en faglig rollebevissthet til pasientens beste. Å sidestille en viktig del av utøvelsen av faget – nemlig å gå i veiledning – som kritikk eller «hating», på lik linje med trolling i kommentarfelt, ser jeg på som dårlig rolleforståelse. En god rolleforståelse utvikler man blant annet gjennom nettopp god veiledning.

— *Vi må faktisk ha dekning for det vi påstår når vi har psykologhatten på*

Psykologer uten grenser

Jeg har ikke gjort noen systematisk studie av norske influenserpsykologer. Utvalget er tilfeldig og brukes for å demonstrere et sakskompleks som er blitt møtt med påfallende lite interesse og debatt i åpne faglige fora. Et unntak er nettmagasinet *Mentalt perspektiv* som skrev om fenomenet tidligere i år (Skjelderup, 2024), hvor Kristiansen (@psykolog.pappa) adresserer noen fagetiske problemstillinger knyttet til å være psykolog på nett. En mulig innvending mot kritikken min er at det er bedre at yngre mennesker følger psykologer som vil dem vel, enn influensere som vil selge plastiske operasjoner og tannproteser. Dette er for så vidt et poeng. Men skillet mellom influenserpsykologene og andre influensere blir stadig mer utvasket, noe som fordrer nye etiske refleksjoner for en ny tid.

Jeg kan imidlertid ikke hevde at disse psykologene trår over fagetiske grenser, for det finnes ikke spesifikke fagetiske regler for norske psykologers bruk av sosiale medier. Det ennå uregulerte sosiale medier-markedet er, så vidt meg bekjent, ikke fanget opp av hverken NPF eller Helsetilsynet. Helsedirektoratet har i sine faglige råd begrenset seg til personvern hensyn og taushetsplikten – i tillegg til å påpeke at man ikke skal yte helsehjelp på sosiale medier (Helsedirektoratet, 2022). Ansvaret for etiske refleksjoner utover disse elementære punktene

— @psyktdeg bruker noe som ligner på psykologisk kunnskap for å selge matoppbevaringsløsninger

ligger derfor på den enkelte (influenser)psykolog. I den amerikanske psykologforeningens retningslinjer for psykologers bruk av sosiale medier (American Psychological Association, 2021) advares det riktignok mot enkelte av problemstillingene jeg har reist i denne teksten, uten at den omfatter alle problematiske aspekter ved influenserpsykologene. Jeg har trukket frem flere eksempler av varierende alvorlighetsgrad, hvor jeg mener at de ikke viser en tydelig nok fagetisk bevissthet rundt sin praksis. Målet med denne teksten er derfor å starte en seriøs faglig diskusjon om influenserpsykologene, og å minne om at fagetiske prinsipper også gjelder i den digitale verdenen. 🧠

REFERANSE

- American Psychological Association, APA Committee on Professional Practice and Standards (2021). Guidelines for the Optimal Use of Social Media in Professional Psychological Practice. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-optimal-use-social-media.pdf>
- Brinkmann, S. (2024). *Opplevelsessamfunnet*. Fagbokforlaget.
- Holm, S. F. (2024). En ny vår for narsissisten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(5), 347–351. <https://psykologtidsskriftet.no/bokessay/2024/04/en-ny-var-narsissisten>
- Helsedirektoratet (2022, 30.november). Sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 1. Helsehjelp, taushetsplikt og personvern i sosiale medier. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sosiale-medier-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/taushetsplikt-og-personvern#helsepersonell-skal-overholde-personvern-pa-sosiale-medier>
- Liljeroth, J. (2022). Slik bruker mediene influensere for å nå barn og ungdom. *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/barn-og-ungdom-internett-media/slik-bruker-mediene-influensere-for-a-na-barn-og-ungdom/2112360>
- Skjelderup, I. (2024). Psykolog@Instagram: Klisjéer eller viktig formidling? *Mentalt perspektiv*. <https://mentaltperspektiv.no/aktuelt/psykologinstagram-klisjeer-eller-viktig-formidling/>
- Skorstad, E. (2024). *Den fabelaktige narsissisten*. Cappelen Damm.
- Skre, I. & Gullhaugen, A. S. (2006). Psykologen i media. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(11). <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2006/10/psykologen-i-media>

Rettelse

Feilsitat i reportasje nr. 10/24, s. 815. Rett sitat er: «– Vi har ikke snudd skuten helt enda, men vi er på rett vei».



ILLUSTRATION HILDE THOMSEN

Et godt fungerende psykisk helsevern krever gode faglige prioriteringer. Psykologspesialistene har ikke kompetanse til å bidra til at prioriteringene realiseres.

Psykologer mangler vurderingsferdigheter



FOTO PER HALVORSEN

TEKST Ivar Elvik
ivarelvik@gmail.com

MERKNAD Elvik er leder av Norsk psykologforenings fagutvalg i voksenpsykologi.

Hva er psykologer best på? Mange vil hevde at psykologers viktigste kompetanse er å være fortreffelige psykoterapeuter. Vi makter å skape en tillitsfull relasjon der andre har feilet. Ved å ta utgangspunkt i dynamikken mellom pasient og behandler danner vi oss en forståelse av hvordan pasientens tidligere erfaringer gjentas i møte med andre. Slik får vi et grunnlag for å agere på en måte som skaper emosjonelt korrigerende erfaringer.

Hvis jeg tillater meg en lett profesjonsnarsissistisk stolthet, vil jeg driste meg til å påstå at dette er psykologenes superkraft.

Utstyrt med denne superkraften går vi for å redde verden. Og hvorfor ikke starte der nøden virker å være størst? Nemlig i spesialisthelsetjenesten. Dessverre er det ikke mulig å bruke denne superkraften fordi våre evner til å foreta gode prioriteringer er nærmest fraværende. Dette går ut over pasientene våre, helsetjenestens kapasitet og til syvende og sist også oss selv. Prioriteringer er vår kryptonitt.

Supermanns vurderinger

Første oppgave i vår redningsaksjon er å møte en enkelt pasient. For å gjøre en vurdering. Se for deg Supermann som ser en person i nød, og stiller seg selv spørsmålet om det ser alvorlig nok ut, om det vil kreve for mye ressurser å hjelpe personen, og om hjelpen vil fungere. Jeg har til gode å se en tegneserie som illustrerer at Supermann, etter en grundig vurdering, finner ut at det er litt for ressurskrevende å hjelpe akkurat denne personen, og flyr videre til en litt større klynge av folk i nød for å med lavest mulig innsats klare å hjelpe litt flere uten å slite seg for mye ut.

Har du noen gang lest om Supermann som etter å ha startet en redningsaksjon gjør en vurdering av om hjelpen han gir, har effekt? For så å fly videre fordi han beslutter at hjelpen faktisk ikke fungerer så godt. Derfor gir han opp hele prosjektet. Av og til kan vi lese om skadelig effekt av hjelpen Supermann har gitt, i form av en ødelagt by etter en heftig kamp. Det blir ikke gjort mye vurderinger av forholdsmessighet til disse ødeleggelsene. Kanskje antas det at ødeleggelsene hadde blitt verre om han ikke gjorde noe som helst.

Manglende prioriteringskompetanse

En student fra profesjonsstudiet fortalte meg en gang at en foreleser hadde anbefalt studentene å ikke søke jobb i spesialisthelsetjenesten etter ferdig utdanning. Årsaken var at de ikke ville ha gode rammevilkår i spesialisthelsetjenesten for å utøve psykologvirket som de lærte på studiet. Jeg antar foreleseren da snakket om våre psykoterapeutiske superkrefter.

Men er psykoterapeutiske superkrefter vår viktigste ferdighet som psykologer? Jeg mener evne til å gjøre gode prioriteringer er en helt grunnleggende ferdighet som vi trenger i helsetjenesten i dag. Dette gjelder på overordnet nivå knyttet til tjenesteutbygging, og det gjelder på individnivå i det kliniske arbeidet psykologer gjør. Slik kompetanse handler om å gjøre vurderinger om hvem som trenger behandling mest, og hvem som bør veiledes til andre tiltak. Eller sagt litt mer ærlig, hvem som bør få avslag på helsehjelp, eller ved hvilken tjeneste behandlingen bør avslås.

Selv om evne til å gjøre gode prioriteringer er helt nødvendig, er opplæringen når det gjelder dette, mer eller mindre fraværende, både i profesjonsutdanningen og spesialistutdanningen. Foreleseren har sånn sett rett i at det som undervises om på studiet, ikke harmonerer med arbeidsoppgavene i tjenestene.

Allianse uforenlig med prioritering?

Helt fra første møte i terapi jobber psykologer med å opprette terapeutisk allianse med pasienten. Vi søker å vise forståelse og trygghet for å skape et relasjonelt bånd, finne frem til felles mål og utarbeide en plan for å skape endring. Utgangspunktet er trolig ikke hjelpsomt når vi også skal foreta prioriteringsvurderinger. Som psykologer tenker vi at vi kan hjelpe. Dermed prioriterer vi pasienten som sitter foran oss. Og i blindsonen vår? Der finnes en anonym horde av hjelpetrengende mennesker som venter på hjelp. Tendensen til å tilby større hjelp til spesifikke, identifiserbare ofre enn til anonyme, statistiske ofre er en kjent kognitiv bias kalt den identifiserbare offer-effekten. Denne biasen påvirker i aller høyeste grad psykologers arbeid.

En annen faktor som bidrar til å begrense vår evne til å foreta nødvendige prioriteringer, er den terapeutiske narsissismen. Begrepet henviser til troen vi har på at det er akkurat *jeg* som kan hjelpe *deg*. Irvin Yalom illustrerer denne formen for narsissisme godt i boken *The Gift of Therapy* (Yalom, 2009). Han beskriver, med dårlig skjult stolthet, at han har hjulpet mange tilsynelatende hjelpeløse kasus, noe han trekker frem som positivt. Troen på vår egen fortrefelighet hjelper oss å ivareta håp om at bedring er oppnåelig, som i seg selv er en nødvendig bestanddel av terapiprojektet. Men hjelper den terapeutiske narsissismen oss å gjøre gode prioriteringer knyttet til ressurs- og nyttekriteriet? Jeg tror heller den blinder oss for å gjøre en nøktern vurdering om terapiforløp med lav sannsynlighet for nytte.

Prioriteringer forutsetter også at psykologen klarer å ta valg mellom å skulle fortsette eller avslutte et terapiforløp. Litt forenklet sagt bør terapien fortsette om den fungerer, og ellers avsluttes. Men er psykologene gode til å vurdere hvilke terapiforløp som er nyttige? Mitt inntrykk er et klart nei. Det kreves en

— *Det kreves en uvanlig klarsynt behandler for å vurdere om den terapeutiske investeringen gjør pasienten bedre*

uvanlig klarsynt behandler for å vurdere om den terapeutiske investeringen gjør pasienten bedre. En slik vurdering krever at du må være åpen for at all innsatsen du og pasienten har gjort, ikke har båret frukter. Eller til og med gjort vondt verre. Pasienten hadde kanskje hatt det bedre om dere aldri hadde startet dette terapiprojektet. En slik vurdering vil for noen terapeuter true deres selvbilde som gode terapeuter. Men til tross for at flertallet av psykoterapiforløp for eksempelvis depresjon ikke har effekt ut over standard behandling (Cuijpers et al., 2021), overvurderer vi prognosene til nettopp de terapiforløpene vi selv har investert så mye tid, krefter og prestisje i. Sagt med fagspråket rammes vi av Concorde bias. Denne kognitive tendensen lar seg ikke uten videre forene med god vurderings- og prioriteringskompetanse.

Mer er ikke alltid bra

Min påstand er at psykologer i svært liten grad er i stand til å avslutte terapiforløp som ikke fungerer. Etter mitt syn er det et grunnleggende problem at psykologer tenderer mot å anbefale stadig mer psykoterapi, og da gjerne av den terapiretningen psykologen selv er skolert i. Vi er ikke alene med å ha dette problemet. Det er tilsvarende problematisk med leger som i møte med et problem ser på medisiner som svaret på alt.

Pasienter i psykisk helsevern i dag får forskjellige svar på spørsmålet om hvilken behandling som er anbefalt, ut fra hvilken profesjon og psykoterapiskolering behandleren har. Dette er en betydelig svikt innen psykisk helsevern. Er du psykolog med videreutdanning i kognitiv terapi? Flaks. Det var også anbefalt behandling for pasientens vansker. Er du en psykodynamisk orientert behandler? Vel, langtidsterapi er tilfeldigvis svaret. Er du en mer biologisk orientert psykiater? Da har plutselig medisiner den beste effekten. Prioriteringer og behandlingsanbefalinger bør ha høyere validitet og reliabilitet mellom helsepersonell enn det som kan forventes fra bilselgere. Dessverre er det i dag ikke åpenbart at psykologer og Psykologforeningen har svaret på hva som er til reell hjelp.

— *Pasienter som trenger hjelp, er på venteliste i lang tid eller får ikke tilgang på virksom hjelp*

Noen må få mindre

Psykisk helsevern er et komplisert og sammensatt system som står overfor en rekke utfordringer. Pasienter som trenger hjelp, er på venteliste i lang tid eller får ikke tilgang på virksom hjelp. Ansatte slutter, tjenestetilbud rammes av kutt og nedskjæringer, og pårørende og pasienter uttrykker fortvilelse over mangelfulle tilbud. Ulike pasienter har ulike historier, lidelser og forutsetning for bedring. Komplexiteten betyr at det ikke finnes én løsning som fungerer for alle problemstillinger. Det betyr også at vi må ha forståelse for at psykisk helsevern ikke engang er en løsning overhodet. Vi må bli gode til å prioritere de sakene hvor hjelpebehovet er størst, og der psykisk helsevern faktisk er det riktige stedet for å motta hjelp. Og prioritering betyr faktisk at når noen skal få mer, må andre få mindre.

Prioritering er en ferdighet som må læres, øves på og forankres i god kunnskap. Prioriteringskompetanse bør være mer til stede i både profesjonsutdanningen og i spesialistutdanningene. Hvis ikke psykologer trer frem som en profesjon som klarer å møte prioriteringsutfordringene på en god og faglig forankret måte, vil verden se seg om etter en annen superhelt som kan gjøre jobben. Ⓜ

REFERANSER

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Jenni, K. E. & Loewenstein, G. (1997). Explaining the “Identifiable Victim Effect.” *Journal of Risk and Uncertainty*, 14, 235–257. <https://doi.org/10.1023/A:1007740225484>
- Yalom, I. (2009). *The Gift of Therapy*. HarperCollins.

Etikk og KI i terapirommet – en håndskrevet tekst



TEKST Gaute Godager
gauteg@gmail.com

Et samfunn ledet av teknologiglede og ønske om å hjelpe flest mulig vil ikke stanse KI ved dørterskelen til et terapikontor. KI er her for å erstatte oss.

A velge om vi skal bruke teknologi basert på *etikk*, er helt latterlig. Det har vi mennesker aldri, aldri gjort. Vi har alltid brukt alt. Nei, det er ett unntak. Kloning av mennesker. Vi har brukt alt annet vi har funnet opp. Det har vi alltid gjort. Det vil vi alltid gjøre. Vi elsker teknologi. Den fascinerer og fyller oss med glede og mening. Får vi den i hendene, bruker vi den. Det er dypt, dypt forankret i genene våre. Kun i møte med total utslettelse-atombomber har vi så *vidt* klart å holde igjen. Men bare så vidt.

Å bli bedt om å skrive noe til ettertanke om KI i terapirommet må bli til å si noe i «førtanke» om KI. Derfor vil jeg provosere litt: Det jeg nå forutser, og vil fortelle deg om, kommer til å skje. Menneskehetens begrensning av teknologi skjer alltid i etterkant av at teknologien er godt tatt i bruk. Garantert. Jeg håper du tviler på meg og sier «nei, han der overdriver, så ille/bra kommer det ikke til å bli». Det vil nemlig gi meg et bitte lite skadefryd-plaster-på-såret når jeg kan peke på denne teksten om 15–20 år og si «hva sa jeg». Stor glede vil det ikke gi. «Tenk på alle mulighetene», sier du kanskje også? Problemet er at du har rett. Det er det jeg gjør. Det er du som ikke tenker på alle mulighetene.

Første spørsmål: «Kommer KI til å gjøre jobben vår lettere, mer effektiv og mindre kjedelig, og er det etisk riktig?» Svaret er helt klart «ja». Du vil kunne kutte ned på så å si all skriving og dokumentasjon. Du vil kunne hjelpe flere! Alle journalnotater, epikriser, innkomster og NAV-erklæringer skrives fortere og *mye* bedre av en KI. Når klienten din bruker KI til å klage på dokumentasjon, vil du heldigvis

kunne bruke KI for å forsvare deg. Din leder vil kunne bruke KI for å skrive en god respons. Trenger du hjelp av psykologforeningsadvokater, er de trolig erstattet av en KI, og godt er det – for å være trygg i møte med Helsetilsynet sin KI-vurdering av journal og respons. Du trenger presisjon, kunnskap om tidligere saker og dommer, og ikke menneskelig klumsing og tøys. Det kan hende tilsynets KI blir instruert til å se om du faktisk har vurdert noe i journalen? Vi får se.

Er den lille emosjonelle og kognitive innsikten du får av å skrive egen, kjedelig journal, verdifull nok til å *ikke* bruke KI? Sjekk nå om dette stemmer for deg: «Jeg skriver fremdeles brev til de jeg er glad i, for hånd, postlegger og venter på svar. Den ekstra lille kjærligheten i tiden jeg bruker, og det organiske uttrykket, gir noe ekstra – samt at jeg ivaretar den fine jobben det er å være postbud!» Hvis det stemmer og er sant, er svaret på spørsmålet over også ja. Du vil skrive egen journal for egen læring. Det er mange år siden jeg sendte et analogt brev, for å si det sånn. Hvis du bruker SMS, e-post, Snap, Facebook, Insta istedenfor brev – er svaret nei. I så fall vil økonomi og effektivitet tvinge skrivning så langt bort man kan. Du får tid til å hjelpe flere, tross alt. Det spør om systemet du jobber i, vil godta deg hvis du ikke gjør det?

Neste spørsmål: «Kommer KI til å føre til at vi gjør jobben vår bedre, som terapeut?» Svaret er helt klart «ja». Du vil diagnostisere med mye, mye høyere presisjon. En god KI-coach kan hjelpe deg å velge intervensjoner med mye høyere grad av kunnskapsbasert og etisk presisjon. Du vil bruke eksponering mot tvang, ikke noe annet tull. Hvis du gjør noe annet, vil en god KI-coach fortelle deg i etterkant, nei i sanntid, hva du gjør feil. En god KI-coach vil faktisk kunne i sanntid lytte til samtalen, se på din og klientens kropp, ansikter og signalisere hva du bør gjøre, på best mulig måte. Dette er fem år unna, hvis markedet er stort nok.

Den kan også fortelle når inntoning din er perfekt. Den vil hjelpe deg med å tilpasse deg pasientens personlighet, hens framtoning, erfaringer, demografi og bruke forskningskunnskap, og hjelpe deg i hvordan du skal optimalisere formingen av alliansen. Den vil veilede deg i hvilken etterutdanning du bør ta, og hjelpe deg med å gjennomføre utdanningen.

Glemmer du kanskje hvordan du skal gjøre noe, ikke vær redd, KI-coachen er en perfekt sufflør. Tenk så fint å ha veiledning i absolutt alle timene de første månedene på jobben? Det blir slutt på uendelige lange utredninger og meningsløse spørreskjema for pasienten. Den vanskelige ACT-metaforen vil trille ut av deg, med perfekt empatisk EFT-inntoning. KI-en vil kunne bære absolutt alle nivåene av oppmerksomhet i ISTDP, og du vil kunne optimalisert bevege deg perfekt forbi enhver motstand, ethvert forsvar.

Pasientene blir slik mer fornøyde og raskere friskere. Jeg vil gjette denne støtten er ti år unna. Din leder blir faktisk mer stolt, avslagsprosenten går ned i poliklinikken fordi kapasiteten øker med samme midler. Du blir mindre redd for hva som skjer på kontoret til kollegaen din, hun/han/hen som i dag virker helt fjern. Du blir trolig en mye, mye bedre terapeut! Du vil ha perfekt prosessforskning tilgjengelig i sanntid. Hvorfor? En KI er MYE smartere enn deg. Den er like smart som hele menneskeheten, mye smartere enn et enkeltmenneske. Like empatisk som (det beste i)



menneskeheten. Like klok som menneskeheten.

Hvis forskning viser at et lite alliansebrudd, en liten menneskelig feil, at du dummer deg ut, at du er sårbar, at du er «typisk dårlig menneske», er bra for terapien, vil KI-coachen hjelpe deg med å være akkurat det! «*Vær litt uempatisk, akkurat ... NÅ!*» vil den hviske i øret ditt. Du trenger bare en liten hvit Airpod Pro-propp. Din leder gir deg det, hvis du vil ha den?

Jeg regner litt med at din skepsis mot meg øker akkurat nå. «Det var da veldig til dommedagsbabling, da! Her gjetter han mye!» tenker du kanskje? Jeg skal kjapt forsvare meg med å si at jeg fikk min første computer i 1984 og har brukt så å si all min våkentid, når jeg ikke er terapeut, til å jobbe med, skape og å lære meg teknologi. Dette jeg sier, er ikke fordi jeg er skeptisk og bitter, men fordi jeg *elsker* teknologi og kan masse, masse – masse! Det sentrale spørsmålet her er kun «*når*», ikke «om».

Faktum er at jeg kunne trent den coachen jeg beskriver over, hvis jeg hadde hatt lyst til å tjene penger og jobbe med tech, og ikke var så merkelig stolt av egen art og egen hjerne. (For all del, bare ta ideen og sving deg rundt, det er tusenvis av andre som har hatt den før meg ... Som teknolog kan jeg fortelle deg, ideer er utrolig billig!

Det er gjennomføring som er vanskelig og dyrt – heldigvis blir det fort billigere nå som utviklere blir erstattet av KI-er.)

Neste spørsmål: «Vil du og jeg bli helt erstattet av KI-er, og er det bra?» Svaret er mer «ja på 1 og tja på 2» enn «ja». Alt KI-coachen nevnt over trenger, er tilgang til sanntids generering av 3D-realistiske modeller og strømming til internett. Allerede nå leser KI din emosjonelle status i stemmen, forstår dine ord og foreslår gode svar som den lager en god stemme for å si. Alt klienten trenger, er tilgang til VR-briller og sine egne Airpod Pro buds. Heldigvis koster de ikke mer enn det samme som prisen av to av dine privatpraksistimer. All inntoning gjør den bedre. Den får aldri «empatitt». Alle smil gjør den mer perfekt. Den sliter fremdeles med det automatiske emosjonelle, men det er bare snakk om trening og tid. Den vil alltid huske å legge hodet litt til siden når den viser medfølelse, hvis ikke sanntidsanalysen av klienten tilsier at det blir for mye, da – da vil den perfekt la være.

Det kan godt hende det er mange år til dette. Copilot (Microsoft sin på-pc-KI, som er gratis) mener det. Jeg er litt mer usikker. KI-utviklerne debatterer om KI skaleres i henhold til forventet hastighet, fortere eller saktere. Som en regel kan man si: Bare sett nok kameraer i nok gode terapeuters kontorer, og tren KI-en i noen år, så vil den nærme seg effektivt det vi gjør.

Tross alt blir KI-VR-terapi billigere for klienten. Det blir mer tilgjengelig. (Hvis forskning sier at det er viktig for resultatet av terapi at det koster penger, vil det heldigvis ikke bli et problem. Det er jo kommersielle hensyn som

driver dette fram. De pleier å vite å ta seg betalt ...) Det blir null ventetid. «Ingen» feildiagnostisering. Ingen grenseoverskridelser. Ufarlig for pasienten å forelske seg i terapeuten sin, den vil aldri utnytte det. Jeg kan garantere at mange heller ville gått til en virkelig, virkelig god KI med sine dypt skamfulle vansker enn å sjansje seg med en halvgod mye dyrere terapeut. Tenk å møte en som ikke *kan* dømme deg, da! Fantastisk! (Hvis ikke det å bli litt dømt er nyttig for behandlingen min, da? I så fall vil KI-en gi meg det, perfekt dosert og avlevert.)

Ok, så vi kan relativt lett i stor grad erstattes (la meg si 15–20 år?). Hvor viktig er det *egentlig* å kjenne på håndtrykket og å lukte oss? Å føle hånden på ryggen? For noen, kanskje, men ikke for mange. Faktum er at ALT som

produseres mellom ørene dine, kan erstattes av KI. Absolutt alt. Alle jobber som er å produsere noe mellom ørene, kan gjøres bedre av en KI. En KI kan ikke fysisk skru en skrue i veggen, men den vil si hvor du skal skru den med mye, mye høyere kvalitet og effektivitet.

Vi har aldri holdt igjen på utviklingen og utbredelsen av en teknologi som har et marked, og som vi kan lage. Samfunnet ledet av teknologiglede, ønske om effektivitet, å hjelpe flest mulig og kommersielle interesser vil ikke stanse ved dørterskelen til et terapikontor. Glem det.

Bare fordi å være psykolog er et fantastisk yrke, lissom? Det å være programmerer er like fantastisk. Og skuespiller. Hva med tekstforfatter i reklamebransjen, eller hva med å være advokat? Vi kommer ikke til å la være å kvitte oss med komponist for reklamejingles. Alle disse jobbene ryker før din, ja, men er de like fantastiske? Jeg ser ikke deg på barrikadene for dem.

Ingen vil stå på barrikadene for deg.

Effektivitet og økonomi er mye viktigere enn identitet og tradisjon. Å hjelpe alle med perfekt kvalitet er viktigere enn din inntekt. Hvis KI er et godt, trygt steg på veien mot «nullvisjonen» innen selvmord, vil vi bli en anekdote. Glede over ny teknologi er mye viktigere enn sorg over et gammelt håndverk. På kort sikt er det å være «KI-gjeter» en fantastisk mulighet for oss psykologer. Her blir det mange jobbmuligheter. På lang sikt kan også det gjøres bedre av en KI.

Jeg kan mene av og til når jeg tenker på utviklingen, at det er bedre at noen forblir syke, enn at jeg mister jobben. Jeg vet, det er kaldt. Beklager skrivefeilene mine. De har en verdi. Jeg har ikke brukt KI for å rette dem. Spørsmålet er: Hvor stopper vi? Kan vi?

Se deg selv i speilet og si «jeg er et håndskrevet brev».

— *En god KI-coach kan hjelpe deg å velge intervensjoner med mye høyere grad av kunnskapsbasert og etisk presisjon*

Vedlikeholdskurs

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Sted og dato: Oslo, 6.-7. mars 2025

Påmeldingsfrist: 30. januar 2025
Medlemspris: kr 8 300,-
Kursnr: 20SUI25007
Godkjennes som: 16 timer vedlikehold

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord - et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Målsetting

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Les mer om kurset og meld deg på her:



Det finnes stort potensial for endring og vekst i å utforske døden og eksistensielle temaer i klinisk praksis.

Døden og elefanten i terapirommet



TEKST Elisabeth Evje
elisabeth-fe@hotmail.com

«Snakker dere ofte om døden her?» spurte psykologstudenten første dag i praksis på vår alderspsykiatriske avdeling. Det skulle man kanskje tro i arbeidet med gamle voksne. Imidlertid slo det meg at jeg sjelden tematiserer døden, verken med yngre eller eldre pasienter – bortsett fra i de obligatoriske spørsmålene om selvmord, som vi nærmest huker av på gjørelista. Etter noen år på avdelingen har jeg sett dødsannonser til tidligere pasienter, og av og til tenker jeg på at pasienten foran meg kanskje bare har noen år igjen. Døden kan møtes med aksept og takknemlighet, eller av ulike grunner være etterlengtet, men kan også være ubehagelig å ta innover seg. Uansett er det sjelden døden blir adressert – verken av pasienten eller terapeuten.

Dødsungåelse i terapirommet

Det kan være lett å fremstå som allvitende terapeuter og behandle eksistensen som et spørsmål man kan svare på. Martin Stephen Frommer (2016) forteller i sin artikkel om en pasient som nylig hadde mistet sin far. I sorgens fortvilelse spurte pasienten: «Hvor er faren min?» Terapeuten stivnet til, og svarte at faren fortsatt eksisterer inni henne, og at hun ville komme til å se det etter hvert. Pasienten fortsatte likevel å streve med dette spørsmålet, og terapeuten forsto at hans intervensjon ikke hadde vært til hjelp. Han skjønnte at han verken hadde greid å stå i pasientens forvirring, eller å innrømme for pasienten – eller seg selv – at han faktisk ikke visste hvor faren var blitt av ((Masur, 2018).

For noen kan vi være rollemodeller i å *tåle å ikke vite*. Eksistensielle spørsmål kan åpne opp for felles undring og nysgjerrighet. Relasjonen mellom pasienten og terapeuten er like fullt asymmetrisk (Aron, 1996), men det ligger en gjensidighet i at vi i møte med døden er to mennesker i (verdens)rommet med hver vår bevissthet som prøver å skape mening ut av alt sammen. Det får meg til å tenke på pasienten som følte seg så fremmedgjort og alene, men fant trøst i å minne seg selv på at hen, som alle andre mennesker, også sover. Den eksistensielle betydningen av menneskelig fellesskap kan ikke undervurderes.

MERKNAD Forfatteren er medlem av fagutvalget i eldrepsykologi i Norsk psykologforening.

Døden på autopilot

Jeg tror alle kan ty til intellektualisering i møte med døden, også som helsepersonell. Blant annet har jeg hørt om pasienter som blir møtt med ordspråk av typen «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve». Det er klart vi skal fokusere på livet, men dette blir også en måte å gjøre døden om til et ikke-tema på. Forsvaret fratar oss vår nysgjerrighet, og det virker som vi går dit på autopilot. Kanskje er vi usikre på hvordan vi skal jobbe med det, og tenker det ikke er relevant for behandlingen. Å være i berøring med dødsangst, frykt og vår egen begrensning kan også vekke sterkt ubehag i oss som terapeuter (McWilliams, 2018).

Å forsvare seg mot dødsangsten er både uunngåelig og nødvendig for at vi ikke skal være konstant overveldet. Samtidig tror jeg vi går glipp av innganger til å utforske dødsangsten og dødens rolle mer i dybden. Hva er det som gjør at tematikken dukker opp i terapien (og livet) nå? Hvilke nåværende og tidligere erfaringer har pasienten med sykdom, ulykker eller tap – enten egne eller som pårørende? Hvordan har opplevelsene vært håndtert, og hvordan påvirker det hen i dag, bevisst og ubevisst? Noen av oss har angst knyttet til en evig ikke-væren, mens for andre kan det handle mer om angst for dødsprosessen, eller for fremtidig fysisk svekkelse, avhengighet, tap av attraktivitet eller kapasitet. Forakt for svakhet (Gullestad, 2021) eller opptattheten av aldringstegn i vår kultur er kanskje i realiteten dødsangst? Forsvaret mot dødsangsten kan føre til at vi lukker for en prosess som handler om bearbeiding, sorg og forsoning, som kanskje er nødvendig for å akseptere livets grunnvilkår.

Fornektelse, fortrenkning og unngåelse

I terapi fokuserer både vi og pasientene – uansett alder – på livet og livskvalitet. Døden er likevel til stede hele tiden. «Døden summer konstant under livets tynne membran og utøver enorm innflytelse på våre erfaringer og handlemåter», skriver Irvin Yalom (2011, s. 49). Den kollektive dansen av fornektelse og unngåelse gjør at døden forblir helt eller delvis ubevisst. Konsekvensen kan være at vi frarøver pasientene den vitaliserende kraften dødsbevisstheten kan ha. For det er klinisk interessant når vi på avdelingen en sjelden gang oppdager i somatisk utredning at en pasient har kreft, og hen dermed brått blir konfrontert med egen død og opplever bedring av depressive symptomer. Jeg husker personen som ble innlagt etter et selvmordsforsøk og følte stor håpløshet. Vedkommende fikk en livstruende diagnose under innleggelsen, men uttrykte etter noe tid at «dette skal jeg klare», og satte mer pris på kontakten hen hadde med andre mennesker.

Terapeutens død

Hva med terapeutens egen død? Psykoanalytiker Ellen Pinsky (2018) har skrevet godt om sin opplevelse av å miste terapeuten sin brått i et langt terapiforløp. Hun spør blant annet om hvilket ansvar vi har for pasientene i slike tilfeller. I perioder av terapien kan terapeuten føles som den viktigste personen i livet. Pinsky beskriver hvor annerledes og vanskelig det var å håndtere sorgen – ingen av

hennes nærmeste kjente terapeuten som hun hadde delt så mye med. Og hvordan ville det være å gå i begravelsen hans? (Pinsky, 2018). Jeg er ikke kjent med at det finnes rutiner for hvordan pasienter hos privatpraktiserende terapeuter skal få beskjed, bli viderehenvist og ivaretatt dersom terapeuten dør uventet. Nancy McWilliams (2018) påpeker at det faktum at terapeuter ofte utsetter å planlegge for sin egen død, kan reflektere hvordan vi unngår å forholde oss til vår egen dødelighet.

Muligheter og sorg

Det ligger et potensial for endring og vekst om vi vier dødsbevisstheten mer plass i vår kliniske praksis – ikke minst fordi det er et grunnvilkår vi deler med pasientene våre. Å bli konfrontert med døden kan føre til at vi revurderer våre prioriteringer. Døden kan fungere som en kilde til motivasjon for endring. Den kan åpne opp for større takknemlighet, kanskje føre til større mot, flere ærlige samtaler og dypere relasjoner. «Døden er det vilkåret som gjør det mulig for oss å leve livet på en autentisk måte», skriver Yalom (2011, s. 51). Tenk om de forsonende samtalene ved dødsleiet kunne vært tatt tidligere. Tenk om vi hadde gjort det vi egentlig hadde lyst til i livet, med de kortene vi har fått utdelt. Som psykologer må vi forholde oss til både livet, døden og dødsangsten – både pasientens og vår egen. Når døden er tema, kan det være nyttig å legge merke til hvilke spørsmål vi stiller og ikke stiller, andre former for unngåelse eller fysiske fornemmelser av ubehag. Kanskje kan vi da puste dypt inn og tørre å gå inn i sorgen over at livet og alt vi har, vil ta slutt, og der finne spiren til et mer autentisk liv. Som McWilliams (2018, s. 39) formulerer det: Sorgen tar ikke nødvendigvis slutt, men «becomes the background of the capacities for gratitude, empathy, and generativity». Ψ

REFERANSER

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Analytic Press.
- Frommer, M. S. (2016). Death Is Nothing at All: On Contemplating Non-Existence. A Relational Psychoanalytic Engagement of the Fear of Death. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(4), 373–390. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1190599>
- Masur, C. (2018). Mortality and psychoanalysis: the analyst's defense against acknowledging mortality and the effect on clinical practice. I C. Masur (Red.), *Flirting with Death: Psychoanalysts Consider Mortality*. (s. 7–24). Routledge.
- Gullestad, S. E. (2021). Our contempt for weakness. *Applied Psychoanalytic Studies*, 18(2), 133–138. <https://doi.org/10.1002/aps.1697>
- I C. Masur (Red.), *Flirting with Death: Psychoanalysts Consider Mortality* (s. 139–158). Routledge.
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (J. Holten, Overs.). Arneberg Forlag. (Opprinnelig verk utgitt 1980).



Yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet. Vil du skrive, send en e-post til meninger@psykologtidsskriftet.no

TEKST Daniel Willumstad Gunstveit

«Når vi leser en roman, kan vi komme veldig tett innpå et annet menneske, og det på en måte som kan ligne litt det vi gjør i terapirommet» sier Eivind Normann-Eide om hvordan skjønnlitteraturen kan utfylle psykologifaget.

Skjønnlitteraturens kraft



BOK *Bøkene som berørte oss – som menneske og terapeut*

FORFATTER Eivind Normann-Eide

ÅR 2024

FORLAG Gyldendal

SIDER 188

Oktober 2024. Det er årets første ordentlige høstdag, med tunge skyer over Oslo, og jeg tar trikken til Kjelsås for å prate med psykologspesialist Eivind Normann-Eide. Han utga nylig *Bøkene som berørte oss*, hvor han intervjuer åtte ulike terapeuter som har valgt ut hver sin roman de ønsket å snakke med ham om. Prosjektet startet opprinnelig med fire intervjuer i Psykologtidsskriftet, som siden vokste til denne boken om skjønnlitteratur og psykologi, og hvordan lesing har preget intervjuobjektene – «som menneske og terapeut», som det heter i undertittelen. For å slutte sirkelen har jeg derfor invitert meg hjem til Normann-Eide for en prat om hans eget forhold til skjønnlitteratur, og hvorfor han ønsket å skrive bok om det.

Bøkene som berørte oss er en bok om lesingens muligheter og gleder. Du starter boken med en rørende fortelling om et møte mellom en leser og litteraturen, som også er et ordløst møte mellom en svært sjenert person og en oppmerksom bibliotekar. Hva skjer i disse møtene? – For det første spiller den historien på noe jeg har hørt fra veldig mange – ikke minst fra pasienter i klinikken – om hva litteraturen har betydd i oppveksten, som et sted for fellesskap, som på mange måter forteller oss at vi ikke er alene. For mennesker som strever i relasjoner, som strever med å forholde seg til andre, kan bøkene representere en tryggere vei inn til levd liv, og noe de kanskje strever med å ta tak i selv. Jeg opplever at litteraturen for mange har vært en redningsplanke i en veldig vanskelig, kanskje smertefull og ensom tilværelse. Så noe av det jeg prøver å fortelle

med den historien, er hvordan litteraturen kan ha den funksjonen.

Og så blir jo den personen sett av en bibliotekar, selv om de ikke har kontakt, bortsett fra at hun hjelper ham å låne bøker – og jeg tror det bidrar til å skape et håp om at det kan være noe der ute i relasjon til andre mennesker. For meg begynte dette prosjektet med litteraturens egenverdi for den som leser, men det er også en verdi som vokser når man deler den opplevelsen med et annet menneske. Så jeg tror absolutt at litteraturen kan ha verdi i seg selv, men jeg ender jo opp med en tekst som handler om samtaler om skjønnlitteratur, og hva det fellesskapet kan representere når vi deler leseropplevelsen, som jo kanskje er denne bokens hovedtema. Det å snakke om personlige leseropplevelser.

Tidlige møter

Hadde du selv slike tidlige møter med litteraturens kraft?

– Jeg spør de jeg snakker med i boken, blant annet om hvordan de oppdaget litteraturen. Alle svarer at de ble introdusert for litteraturen på en eller annen måte. Ved høytlesning, teater eller at en voksen – en forelder, en familievenn, en lærer – stikker boka til deg og sier «sjekk ut dette, denne er kanskje noe for deg». Jeg ble også lest for da jeg var liten. Det er jo gjerne der det starter, ved høytlesning, og spesielt moren min var opptatt av skjønnlitteratur.

Siden har jeg alltid lest. Og i ungdomstiden var kanskje det sterkeste møtet med Ingvar Ambjørnsens voksenromaner. Beskrivelsen av annerledeshet, stigma, opprør og toleranse – det de bøkene manet til, traff noe i meg. Det var kanskje oppveksten i Asker – på mange måter et ganske strigla miljø – men som hadde sin egen subkultur med folk som trakk inn i gatene rundt Blitz og det miljøet der, som appellerte til meg. Jeg trakk også inn dit. Det er en viss grad av romantisering av denne typen kultur i hans bøker, men det var likevel noe som åpnet et rom i meg. I barndommen var jeg også veldig glad i barnebiografier, om eventyrere og klassiske komponister – som Jack London, Mozart og Beethoven. Jeg slukte bøker om disse folka.

Ganske annerledes enn de romanene du skriver om i bøkene dine? Hva var det som appellerte til deg i disse biografiene?

– Det tror jeg var å lese om levd liv. Det var jo som en skjønnlitterær leseopplevelse! Så det å lese om andre mennesker har betydd noe helt fra jeg begynte å lese. Det å forstå andre mennesker og kunne se verden gjennom deres briller. Det skriver jeg litt om, å se verden gjennom andres sanser. Som ikke bare er blikket, men lukt, hørsel, det er taktilt – gode forfattere får jo frem hele sanserepertoaret hos sine karakterer. Det har jeg alltid vært veldig glad i.

Hvor startet ideen om litterære samtaler for deg?

– Jeg tror det går helt tilbake til da jeg leste Carl Frode Tillers roman *Skråninga*, sommeren før jeg begynte i min første jobb som psykolog. Den ga meg en sånn

BØKENE SOM BERØRTE OSS

- Boken er bygget opp rundt samtaler med åtte terapeuter om en roman som har hatt spesiell betydning for dem.
- Fagpersonene som intervjues i boken er Signy M. Kværneng Stoltenberg, Steinar Bjartveit, Ylva Østby Berger, Jon Vøllestad, Sissel Gran, Per Vaglum, Anne-Lise Løvlie Schibbye og Torkil Berge.
- Bokprosjektet startet som fire intervjuer som ble trykket i Psykologtidsskriftet mellom 2018 og 2019.
- I tillegg belyser Normann-Eide hvordan skjønnlitterære leseopplevelser kan berøre oss gjennom fem nyskrevne essays.

under huden-opplevelse av noe vi kan erfare i teraprommet. Og så har jeg siden tenkt på hvordan skjønnlitteraturen kan berike jobben min som psykolog. Etter å ha skrevet *Skjønnlitterære selvmord* ble jeg nysgjerrig på å høre hva andre psykologer tenker om betydningen av skjønnlitteratur, for dem som mennesker og terapeuter. Så fikk jeg en idé om å ta utgangspunkt i en roman som har hatt spesiell betydning for dem, hva skjer da? Helt uunngåelig, nærmest, kommer vi inn på det personlige en skjønnlitterær opplevelse berører. Og der er det et dialogisk aspekt, tenker jeg, for en roman berører noe i en person, som et møte. I den forstand er vi jo, som jeg skriver, medskapere i møte med litteraturen. Vi opplever romaner ulikt, og jeg ble selv berørt av å høre hvordan den enkelte roman traff noe helt personlig i den jeg snakket med.

Dere går virkelig i dybden på verkene, men også personene? – Det å ha disse samtaler var noe av det aller fineste. De har delt veldig åpenhjertig fra eget liv, og har vist meg stor tillit, så jeg håper jeg har vist meg tilliten verdig i dette prosjektet, for jeg føler meg virkelig tatt inn i noe som er veldig personlig. Dette var noe som vokste frem underveis i samtaler. Den første jeg snakket med, var Sissel Gran, og hun åpnet rommet for at det her var mulig å snakke om det personlige en roman kan berøre, og det er jeg takknemlig for.

En egen form for tenkning

Det er flere ting jeg er litt nervøs for med den boken her. En av de tingene er om jeg er for henført på vegne av litteraturen. Jeg spør meg om den kritiske stemmen har



Eivind Normann-Eide FOTO MARIUS SØRLI FINNSTUN

blitt helt borte? Og jeg håper jo ikke det, da. Jeg prøver å diskutere det underveis. Men jeg mener virkelig at skjønnlitteraturen er svært viktig.

Du virker også opptatt av at litteraturen ikke bare skal være nyttig?

– Jeg tenker at funksjonen til en roman kommer i etterkant av lesingen. Man kan jo sette seg ned og lese en roman og tenke at «nå skal jeg lære noe», men det funker ikke for meg i hvert fall. Det blir mer i etterkant, at her åpnet det seg noe – slik kan man ha det, slik kan det være å være et menneske i verden. Jeg refererer i samtalen med Jon Vøllestad til et sitat fra David Foster Wallace hvor han sier at et mål med skjønnlitteratur er å «comfort the disturbed, and to disturb the comfortable». Det er et perspektiv jeg liker, samtidig som vi jo kan lese litteratur av alle mulige årsaker, og jeg ønsker ikke å moralisere.

I dette arbeidet ble jeg også veldig opptatt av det som er en stor debatt for tiden, som handler om lesing i skolen, digitalisering og skjermer. Her har man et veldig nyttefokus, hvor man skal lese for å bli god til å lese. Og det er viktig, men jeg tror – og det er kanskje det skjønnlitteraturen bidrar med for barn og ungdom – at hvis de blir fengslet av en fortelling, så leser de bare, uten å tenke på hvorfor. Og så kommer effekten av det sekundært. Jeg tenker det viktigste er at man bare leser. Signy Stoltenberg sier noe om det i samtalen med henne, at man må gi barn et variert utvalg litteratur, for *noe* treffer. Det tror jeg veldig på, også for voksne. Jeg tror man må gå etter følelsen, og så kommer disse effektene sekundært.

Du har vært inne på det, men har du gjort deg noen tanker om hvorfor vi leser så lite, og hvorfor det er så vanskelig å få barn til å lese bøker?

– Ja, min default mode når det gjelder det spørsmålet, er jo smarttelefonen og andre skjermer. Jeg tror det har mye å si. Jeg husker selv at jeg var på besøk på hytta til en kompis, og ikke fikk sove på kvelden. Så fant jeg en bok i bokhyllen og begynte å lese. Jeg ble helt fengslet, og så leste jeg boken ferdig. Det hadde nok ikke skjedd i dag. Jeg hadde gått rett på mobilen og skrollet av sted på et eller annet sosialt medium. Jeg tror mange leste som barn fordi de kjedet seg. Og når skolen for eksempel bare underviser på skjermer, så tror jeg også det gjør noe med tilgangen på litteratur. Så jeg er en sterk tilhenger av fysiske lærebøker, det stimulerer også til å lese bøker, og at skolebibliotekene har et godt utvalg og kan bidra til at alle finner noe. Men det leses nok mindre jevnt over, og så kan man si: «Er det så farlig, da?» Ja, jeg tror det.

Hva tror du er farlig med det?

– Jeg tror litteraturen representerer en egen form for tenkning. Blant annet fordi den går langsomt. Man blir kjent med karakterer over tid, som gjør at man langsomt kommer innunder huden på hvordan det er å være et annet menneske, noe jeg tror kan bidra til en økt forståelse både for oss selv og andre. Oppmerksomheten vår er også en muskel som må trenes. Jeg tror at å lese romaner bidrar til økt evne til å opprettholde oppmerksomhet

over tid. Så det er en måte å tilnærme seg verden på, som litteraturen representerer, som jeg frykter får mindre plass i dag. Og jeg er redd for at det kan bidra til at man hopper raskere til konklusjoner. Faglitteratur kan jo også bidra til dette, men jeg tror skjønnlitteraturen har en selvstendig rolle, i kraft av at det er fiksjon. Den åpner noe i oss som lesere, både fordi vi i fiksjonens verden kan nærme oss noe som ellers er vanskelig å snakke om, og fordi det berører noe personlig. Per Vaglum er inne på dette i samtalen med ham – at skjønnlitteraturen berører noe som allerede lever i oss. Når jeg leser faglitteratur, er jeg i større grad mottaker av en annen persons budskap, mens når jeg leser skjønnlitteratur, er jeg mye mer involvert med mitt eget, hvordan det treffer meg og mitt liv.

— skjønnlitteratur og annen kunst kan utfordre det terapeutiske språket

Tålmodighetens kunst

La oss bevege oss inn i essayene dine. Hvilken bok ville du selv valgt, skriver du i boken, og da velger du *Skråninga* av Carl Frode Tiller, som fikk stor betydning for deg og terapeutrollen. Si litt om det.

– Jeg hadde sommerferie, var ferdig med studiet, og det var et par uker til jeg skulle begynne i min første jobb som psykolog. Romanens tittel refererer til to ting, slik jeg ser det. Moren til hovedpersonen dør av hjertestans på vei opp en skråning, men først og fremst er det en hovedperson som er på vei nedover livets skråning, som det går ordentlig dårlig med. Underveis har han imidlertid noen gode fosterforeldre som prøver å hjelpe ham, og som får avtalt en time hos en psykolog. Det som treffer meg så sterkt med den historien, er at psykologen, med sin varme, sitt nærvær, sine spørsmål, får denne hovedpersonen til å fortelle om all jævlskapen som eksisterer i livet hans. Han blir jo virkelig utsatt for forferdelige ting av jevnaldrende, og han reagerer med å gjøre forferdelige ting tilbake. Som jeg skriver: *[d]et er som om det onde allerede har tatt bolig i ham*. Og sånn kan det jo være. Men det som skjer, er at denne gutten åpner opp om så mye at han kjenner en slik skam i etterkant av timen at han ikke vil tilbake. Så det som gjorde så sterkt inntrykk på meg, var at her var det en psykolog som tilsynelatende gjorde alt riktig, og like fullt går det galt for hovedpersonen. Og så tenkte jeg: «Hva, kan det ende opp sånn?» Og det er fordi psykologen går for fort frem. Hadde Tiller skildret en uempatisk psykolog som åpenbart var helt på jordet, så hadde ikke dette gjort så inntrykk på meg. Psykologen gjorde imidlertid ikke noe annet enn det jeg selv helt sikkert kunne gjort, men som jeg skriver

i boken: «Det som på overflaten ligner en forløsende åpenhet, for den det gjelder, blir en demning som kollapser.» Gutten avviser deretter det som i en annen historie kunne hjelpet ham inn på riktig kurs, og akkurat det kunne jeg ikke huske å ha lært så mye om.

At man kan åpne opp for mye, og for fort?

– Jeg synes jo vi stort sett hadde hørt hurrarop om alt vi skulle inn i. Vi skulle inn i et fantastisk yrke, og nå skulle vi virkelig ut og hjelpe folk – men så er jo ikke virkeligheten alltid sånn. Det tror jeg de aller fleste psykologene skjønner i sin første jobb, at dette er mye vanskeligere, det er ikke alle som lar seg hjelpe. Noen ganger hjelper vi uten at vi vet det, og noen ganger tror vi at vi hjelper, og vi hjelper ikke likevel. *Skråninga* satte meg på sporet av tålmodighet, av langsomhet, forsiktighet, som jeg håper at jeg klarte å ta med meg inn i hvordan jeg var som psykolog. Og det er her timingen for lesingen er så viktig. At dette var rett før jeg skulle begynne, som nok bidro til at den historien traff meg så sterkt, og ble en roman som jeg tok med videre.

Skråninga mante til forsiktighet på en helt annen måte enn det en fagbok om det samme tema ville gjort. Det tror jeg er noe av skjønnlitteraturens egenart, at vi blir kjent med personen, slik at vi, forstått baklengs, ser at det ikke er så rart at det gikk som det gikk. Tiller er særegen der, han ser folk både innenfra og utenfra. Så kan man kanskje si at kasuistikker kan gjøre noe av det samme, men det berører ikke *meg* på samme måte som en roman kan gjøre.

— skjønnlitteraturen berører noe som allerede lever i oss

Berørende møter

Nei, for det spiller også undertittelen på boka på – dette med å berøre. Hvorfor er det viktig?

– Jeg tror forandring skjer når vi berøres. Når det er følelser aktivert. I samtalen med Signy Stoltenberg refererer hun til det Daniel Stern omtalte som vitalitet-saffekter, at det er noen grunnleggende stemninger som berøres. Så det korte svaret handler om følelser, og at det via litteraturen kan etableres en nærhet – ikke bare til det vi leser om, men til oss selv. Romanen berører noe følelsesmessig som er sentralt i mitt liv – det må også ha noe å gjøre med meg, hvis ikke tror jeg ikke jeg hadde lest det. Knausgård og *Min kamp* var ikke interessant fordi det var så interessant å lese om Knausgård, det var jo fordi det traff noe i meg, som jeg kunne relatere meg til.

Skråninga fikk stor betydning før du skulle inn i din første psykologjobb. Hvordan har skjønnlitteraturen formet din måte å være psykolog på?

– Jeg tror at alle mennesker har et grunnleggende behov for å bli sett og forstått, der de er. Det jeg vil at pasienten skal føle, er at jeg kan forstå, og til en viss grad leve meg inn i, hvordan det er å være i verden fra deres perspektiv. Det kan ta lang tid å komme dit, og det kan ta kort tid. Noen mennesker har mye mistillit med seg, sånn som hovedpersonen i *Skråninga*, ingen erfaring av at voksne er til å stole på, og da kan det ta lang tid. Og derfra kan man begynne å jobbe med det som er viktig i terapien, men jeg tror nok at hele fundamentet er veldig viktig for meg, å våge å gå inn i en form for relasjonell nærhet, eller et møte, ved å forstå verden fra den andres perspektiv.

Jeg tror derfor det er fint å ha en grunnholdning som er basert på dypere terapiforståelse, hvis ikke kan vi henfalle til teknikk uten at pasienten er med på det – og da mister vi dem. De dropper ikke nødvendigvis ut av terapien, men jeg tror vi mister noe viktig. Så jeg tror grunnforståelsen er helt sentral. Jeg jobbet for øvrig i mange år på Psykiatrisk legevakt, som var et fantastisk sted hvor jeg lærte hva man kan få til også i løpet av én time. Og hva som skjer når folk kommer inn i krise og møter et menneske som prøver å forstå deg – det er ikke sikkert man greier det, men man *prøver*. Og det kan kjennes veldig godt.

Da er du kanskje inne på dette med berøring igjen?

– Ja, det er akkurat det. Da berøres noe som er autentisk og ektefølt. Vi skaper et fellesskap, og da er det lettere å utholde den psykiske smerten man kommer inn med.

Hva med din egen vei inn i psykologien?

– Jeg hadde selv kontakt med psykolog da jeg var i niårsalderen, for jeg hadde perioder med sterk separasjonsangst. Vi hadde ikke mange timene, men følelsen av å bli tatt på alvor – både av foreldre som hjalp meg å få hjelp, og det å sitte på et psykologkontor – det ble på en måte noe kjent for meg; jeg visste hva det var. Jeg tror det skapte en nysgjerrighet for yrket.

Hva var det disse møtene berørte i deg?

– Jeg husker ikke så mye av hva som ble sagt eller gjort, men følelsen av å være i det rommet, det husker jeg veldig godt. Så kom jeg meg gjennom den fasen. Og så hadde jeg denne nysgjerrigheten på å sitte og snakke med mennesker. Det synes jeg hørtes fantastisk ut – å ha menneskemøter. Jeg hadde lyst til å ha som jobb å snakke om det viktige i livet og være til hjelp for mennesker, litt slik jeg selv hadde opplevd.

Balanserkunsten

De siste årene er det mange psykologer som har skrevet om skjønnlitteratur, men hvorfor trenger vi det psykologiske blikket på skjønnlitteraturen? Eller trenger vi det? – Der berører du noe jeg har balet litt med, og som Steinar Bjartveit setter ord på i samtalen med ham – ofte går

psykologer til skjønnlitteraturen for å eksemplifisere terapeutiske fenomener eller teori. Freud, som selv skrev mye fint om litteratur og diktning, gjorde også det. Og jeg tenker det kan være interessant å lese skjønnlitteratur med psykologiske briller, men det kan også være en reduserende måte å forholde seg til kunst på. For jeg tror at kunst i sin natur skal kunne åpne opp for nye måter å se verden på, og at vi som fagpersoner da kan la oss berike av noe som vi kanskje ikke kan forklare med faget vårt. I så måte tror jeg skjønnlitteratur og annen kunst kan utfordre det terapeutiske språket, kan utfordre oss som klinikere, på en måte som er annerledes enn det rent faglige. Og det er viktig å understreke at det ikke er meningen at skjønnlitteraturen skal erstatte faglitteraturen, vi må ikke gå i den grofta.

Vi trenger imidlertid å framsnakke skjønnlitteraturen. Vi trenger å diskutere hvilken betydning kunst og skjønnlitteratur har i samfunnet vårt. Når vi leser en roman, eller leser om en skjønnlitterær karakter, kan vi komme veldig tett innpå et annet menneske, og det på en måte som kan ligne litt det vi gjør i terapirommet. Vi blir kjent med hvilke beveggrunner de har for det de gjør, og vi blir kjent med det som berøres i oss selv som lesere. Og når vi deler opplevelsen med et annet menneske, slik vi gjør i denne boken, blir vi invitert inn i litteraturen, slik den også lever i andre. Jeg tror det åpner for et mangfold av perspektiver, som kanskje også kan berike oss, som psykologer og terapeuter. Ⓧ

Ⓧ Annonser i Psykologtidsskriftet i 2025

Utgivelsesplan

Publiseringsdato	Frist
3. februar	17. januar
3. mars	17. februar
1. april	17. mars

Profilannonser

Priser 2025	Profilannonser i papirutgaven
2/1 side	29 820 kr
1/1 side	19 850 kr
½ side	15 650 kr
Side 2-3	34 000 kr
Side 4-5	31 900 kr
3. omslagsside	20 900 kr
Bakside	23 000 kr

Kursannonser

Priser 2025	Kursannonser i papirutgaven
1/1 side	19 850 kr
½ side	9 870 kr
¼ side	4 830 kr
1/8 side	2 400 kr

Ønsker du profilering, kursannonsering eller stillingsannonse mot vår målgruppe? Ta kontakt og vi hjelper deg med synlighet.

Ragnhild Vangerud

E-post: Psykologi@hsmedia.no

Tlf.: 62 94 69 71 / 99 01 44 23

HSmedia Ⓧ

TEKST Fredrik Dreyer Moe

Omfangsrik håndbok i emosjonsfokusert terapi for enhver terapeut som jobber med følelser.

Klinikknær følelshåndbok



BOK *Terapeutens håndbok i emosjonsfokusert terapi*

REDAKTØRER Anne Hilde Vassbø Hagen & Jan Reidar Stiegler

ÅR 2024

FORLAG Empty Chair Publisher

SIDER 608

Mennesker er alltid i et humør. Emosjoner er noe av det mest avgjørende for kvaliteten og meningen i livet vårt; de gjør livet verdt å leve og noen ganger verdt å avslutte. Ifølge emosjonsfokusert terapi (EFT) gir følelser oss informasjon og er knyttet til en handlingstendens. For å bruke informasjonen på en god måte, understreker Nadia Ansar, «må vi kunne være i opplevelsesmessig kontakt med dem» (s. 578).

Terapeutens håndbok i emosjonsfokusert terapi er en omfangsrik antologi skrevet av en rekke norske EFT-terapeuter, hovedsakelig ansatt ved Institutt for psykologisk rådgivning (IPR). Målet med boken er å skape et oppslagsverk hvor terapeuten kan slå opp temaene hen trenger til enhver tid – og det er også slik jeg har lest boken. Boken er på hele 608 sider, fordelt på 27 kapitler, som igjen er inndelt i fem deler. I bokens første del – Emosjonsfokusert terapi – presenteres grunnlaget for, og utviklingen av, terapietningen. Et gjennomgående kjennetegn er de konkrete beskrivelsene av terapeutiske prosesser, inklusiv hva terapeuten kan gjøre i en gitt setting. I kapittelet «Grunnbetingelser i emosjonsfokusert terapi» skriver Jan Reidar Stiegler blant annet godt om å være der pasienten er, og hvordan vise dette gjennom «metaforisk holding»: «Et typisk eksempel er når klienten kommer i kontakt med en sterk og vond emosjonell smerte. Da lener jeg meg litt fremover og formidler at: 'jeg ser hvor vondt det gjør, og jeg er her med deg', og tillater klienten å være i smerten» (s. 42). Forfatterne er ærlige på at dette ikke alltid går like smidig, og skriver også om hvordan man kan reparere alliansen på en innsiktsfull og nær måte. Hyppige terapivignetter gjør kapitlene mer levende, slik at det blir lettere for leseren å forestille seg hva som skjer.

I kapittelet «Empatisk inntoning på affekt» presenteres ni ulike empatiske intervensjoner, som empatisk validering og utforskning. Validering eksemplifiseres slik: «[...] det er ikke rart du føler [slik du føler] fordi [du har opplevd det du har opplevd, eller lever i den konteksten du gjør]» (s. 82). Empati er en terapeutisk dyd som er svært viktig for positive utfall i psykoterapi – dette er felles for alle terapiretninger. Etter å ha lest kapittelet er det likevel enda tydeligere for meg hvordan jeg kan intervensjonere empatisk i ulike situasjoner.

Teknisk, men vennlig

I del 2 presenteres konkrete EFT-intervensjoner, slik som *selvkritisk splitt*, *fokusering* og *selvavbrytelse*. Et felles kjennetegn er å legge merke til bestemte markører, for eksempel at klienten har en «uklar følelse», som informerer om hvilken intervensjon som kan være aktuell. Det gis eksempler på hva klienter typisk sier, og stegvise illustrasjoner av hvordan man bør intervensjonere, med utdrag fra terapi, samt ulike fallgruver man kan ende opp i. Fokuseringskapittelet beskriver hvordan en kan jobbe med klienter som har en uklar følelse. Målet er å komme i kontakt med hva de kroppslige signalene kan bety, og hvordan bruke dem mer konstruktivt gjennom tilgang til det emosjonelle behovet knyttet til følelsen. Intervensjonen illustrerer hvordan en kan jobbe med uklare følelser hos klienter på en åpen, utforskende og vennlig måte. Enkelte av kapitlene er nokså tekniske, og vil for min del kreve gjentatte lesninger, øvelse og veiledning for å mestre. I denne delen kunne det med fordel ha vært henvist til kapittelet om terapeututvikling, siden det her tas opp tips og triks som kunne gjort innlæring av intervensjonene lettere.

I del 3 redegjøres det for hvordan man kan jobbe emosjonsfokuset i møte med ulike grupper – ikke bare hvordan det typiske forløpet ser ut, men også i møte med mer utfordrende problemstillinger og spesielt sårbare klienter.

I del 4 presenteres blant annet emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (EFST). Boken gir her en innføring i hvordan jobbe med følelser i relasjonen mellom foreldre og barn, og hvordan foreldrene bedre kan bli i stand til å endre dette samspillet. I EFST brukes stolarbeid «som et verktøy for å hjelpe foreldrene i kontakt med barnets følelser og behov, og for å vekke empati for barnets ståsted» (s. 508). Det å sette seg i «barnets stol»

påvirker dem som foreldre og kan gjøre dem bedre i stand til å se ting fra barnets perspektiv. Dette har jeg erfart som en nyttig fremgangsmåte for flere foreldre, men ikke alle. Her savner jeg også en redegjørelse av skillet mellom konsekvenser og straff.

Lever opp til kriteriene

Del 5 består av to kapitler – «Om å bli en emosjonsfokuset terapeut» og et eget forskningskapittel. Førstnevnte kapittel fremhever hvor viktig terapeuten er for terapeutisk endring, og hvordan metode og erfaring «virker gjennom terapeuten» (s. 556, min understreking). Kapittelet tilbyr også en hjelpsom innramming av del 2, eksempelvis hvordan man kan gjenkjenne emosjonell aktivering. Her kunne det også vært interessant med et eget kapittel om EFT-klienten, ettersom terapien jo utspiller seg i relasjon til klienten, samt at forskning antyder at klientfaktorer forklarer størsteparten av variansen av psykoterapiutfall.

Forskningskapittelet presenterer, i likhet med andre håndbøker, forskningsresultater som underbygger retningens teoretiske perspektiv. Noe er forsket mindre på, ettersom det er mer nyetablert (for eksempel EFST og emosjonsfokuset parterapi). Jeg synes forskningskapittelet nedtoner den humanistiske tradisjonen ved å fortsette «med manien med de randomiserte kontrollerte studiene» (s. 573). Randomiserte kontrollerte studier fokuserer på gruppeeffekter. At en behandling er virksom, er essensielt, men det er ikke det eneste kriteriet for å legitimere en psykoterapi, akkurat som evidens ikke er ensbetydende med randomiserte kontrollerte studier. Jeg savner litt mer om forskningstradisjonen til EFT, det opplevelsensnære – og hvordan det studeres, og hvorfor på denne måten.

En terapeutisk håndbok skal, etter min mening, hjelpe meg med en problemstilling i klinikk ved å tilføre forståelse og være praktisk anvendelig. Disse kriteriene lever *Terapeutens håndbok i emosjonsfokuset terapi* opp til. Boken er spesielt nyttig ved at den gir klinikknære redegjørelser av sentrale EFT-prinsipper, og komplekse psykoterapi-elementer presenteres på en lettfattelig og gjenkjennelig måte. Selv om jeg ikke er enig i alt, og synes de tekniske elementene kan bli for tekniske, er dette en verdifull bok for enhver terapeut. 📖

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

— *komplekse psykoterapielementer presenteres på en lettfattelig og gjenkjennelig måte*

Både skjønnlitteratur og psykoterapi kan gi stemme til det usigelige i mennesket, skriver Sigmund Karterud.

Refleksjoner om psykoterapi og Jon Fosses forfatterskap

TEKST Sigmund Karterud
wkarteru@online.no

En tydelig tematikk i Jon Fosses forfatterskap handler om kilden til åndelig liv. Dette må også psykoterapeuter ta stilling til. Psykoterapeuten strever med å transformere natur til kultur gjennom dialog. Fosse strever med «skrivaren» som gjennom sitt verk «let mystikken oppstå». Å skrive er noe annet enn å føre en terapeutisk dialog. Likevel er det noen berøringspunkter, som jeg vil drøfte i dette essayet.

I begrunnelsen for nobelprisen til Jon Fosse het det at han gir stemme til det usigelige. Ikke all, men en god del psykoterapi kan karakteriseres med det samme. På sett og vis må da Fosse og psykoterapi ha noe med hverandre å gjøre.

Fosses helt er «skrivaren» som ikke har noen fiks ferdig fortelling å meddele, men som gir seg hen til litteraturen som kunstart, der det usagte, det ikke begrepsliggjorte, men likevel påtrengende værensmessige kan komme til uttrykk i skrift, som en tekst. Det teksten viser til, og selve skapelsesprosessen, kan ikke forklares på noen fyllestgjørende måte gjennom logisk tenkning, den viser snarere til noe mystisk i positiv forstand, i Fosses univers til noe som har med Gud å gjøre, og «skrivaren» bør gjennom sitt verk la mystikken oppstå. I mange av Fosses verker oppheves da også sedvanlige virkelighetsmarkører. I *Septologien* (Fosse, 2022) handler det om Asle og Asle, to versjoner av én og samme person, og deres forhold til hverandre. I flere av Fosses teaterstykker, eksempelvis i *Og aldri skal vi skiljast* (Fosse, 1994), opptrer flere personer på scenen, men de er knapt sammen i samme virkelighet. Grensene mellom det ytre og indre er utvasket.

MERKNAD Teksten er en bearbeidet versjon av et foredrag først holdt på Litteraturhuset i Oslo 2. mai 2024. Kasuistikker er anonymiserte og endret med hensyn til gjenkjennelige markører, og er innholdsmessig endret for å illustrere poengene som ligger bak.

Psykoterapiens sjangre

I litteraturen er det mange sjangre. Slik er det også i psykoterapi. Noen psykoterapiesjangre ligner mer på selvhjelpsbøker, andre på kriminallitteratur. Til den første sjangeren hører terapiformer der terapeuten kartlegger problemet og gir klienten oppskrifter, eller «verktøy» som det gjerne heter i våre dager, om hvordan problemene kan løses. Her finner vi varianter av kognitiv adferdsterapi. Gammeldags psykoanalyse lignet mer på en kriminalroman der terapeuten er detektiven, som gjennom nitid gransking av fakta sett opp mot klientens forsøk på å tildekke sine forbrytelser klarer å avsløre det hele. Forbrytelsen har vært klientens egne skitne tanker og følelser knyttet til misunnelse, dødsønsker og forbudt begjær. Terapeuten har nådd frem til denne skjulte sannheten ved å lytte til klientens frie assosiasjoner, formulert sine tolkninger og vurdert klientens svar på disse. Det har ikke vært noen dialog i ordinær forstand. Terapeuten har forbeholdt seg retten til å være taus i lange perioder. Det å lytte har hatt forrang foran å snakke.

Moderne dynamiske psykoterapi er en annerledes sjanger. Idealet her er en autentisk og forpliktende dialog. Det er gjennom selve dialogen at selvutviklingen skjer. Det er ikke bruk av logisk tenkning som anses virksomt. Heller ikke ekspertene som avdekker skjulte sannheter. Heller ikke den typen dialog vi hengir oss til i dagliglivet når vi snakker om ting og tang. Hva er det da som er så spesielt med den dynamiske terapeutiske dialogen? For å forstå det, og knytte forbindelsen til Fosses litteratur, må vi gå omveien om hva psykiske symptomer er, om det som driver folk til å oppsøke psykoterapi. For å si det svært enkelt handler det som oftest om umentaliserte emosjoner. Jeg skal si mer om hva mentalisering av emosjoner handler om, men foreløpig kan det sies svært forenklet som «å sette ord på følelser». Dette er beslektet, men ikke ensbetydende med «å gi stemme til det usigelige». Det er følelsene som gjør at ting betyr noe, og dermed også at noe er vanskelig å uttrykke.

Moderne vitenskap har identifisert syv primære emosjoner (Panksepp & Biven, 2012). Det er 1) søking, eller nysgjerrig utforskning, 2) frykt, 3) sinne, 4) seksuell lyst, 5) kjærlighet/omsorg, 6) separasjonsangst og 7) lek og glede. Dette er grunnpalettene som naturen har utrustet oss med. Følelser i dagliglivet er blandinger av disse grunntonene.

Primære emosjoner er kroppslige, er natur, og de kommer med en uttrykkskraft. Det er gjerne denne uttrykkskraften vi er redde for, at vi skal avsløre oss, hva «vi egentlig mener». Derfor må vi skjule følelsene for andre og oss selv. Noe i oss blir fremmed, og dette fremmede klarer vi ikke føre noen dialog med. Vi vil helst bare kvitte oss med det. Eksempelvis ved å la følelsenes kroppslighet heller forbli en del av naturen, holde dem til kroppen, ikke mentalisere dem, for der, i kroppen, kan emosjonene håndteres som ting, noe som kan skjæres bort, slankes bort, fetes bort, trenes bort eller medisineres bort.

Det moderne uttrykket for å sette ord på følelser er å mentalisere dem. Dypest sett handler det om symboldannelse hvorved subjektive emosjonelle opplevelser

innskrives i tidsåndens symbolske orden. Det handler om meningsgivende prosesser som ikke har med lineær logikk å gjøre, og som er vanskelig å begrepsfeste. Vi tenker at det finner sted i grensesjiktet mellom det bevisste og det ubevisste. Da nærmer vi oss områder som også mystikere, som Fosse, snakker om.

I psykoterapiens historie skjedde det avgjørende endringer på 1990-tallet i måten terapeuter og pasienter snakket sammen på. Det var da dialogen ble tatt på alvor og rykket frem som det sentrale i den terapeutiske prosessen. Fra da av begynte man å snakke om betydningen av såkalte «uspesifikke faktorer», eller «common factors», i psykoterapi. Det er litt pussig å kalle det uspesifikt, fordi det handlet om noe så vesentlig som terapeuten grunnleggende respekt for pasienten som samtalepartner, altså om det helt grunnleggende behovet hos et menneske for å bli hørt og forstått og respektert og tatt på alvor. I denne tidsepoken beskriver den toneangivende psykoterapeuten Daniel Stern (2004) det han kaller «moments of meeting». Det er øyeblikk som bare skjer, mellom terapeut og pasient, de er ikke planlagt, og de er mettet av mening og følelser av noe avgjørende viktig. Fosse beskriver noe lignende fra teateret med ordene «når ein engel går gjennom scenen».

I det følgende vil jeg beskrive noen eksempler fra gruppeanalyse, der primære emosjoner på en uventet måte trenger gjennom i gruppa, finner resonans hos de andre og blir mentalisert gjennom en kollektiv prosess. Fremfor alt handler det om å ville leve, eller mer presist å leve i en meningsfull samhörighet med andre.

Vi starter der, med å kaste seg ut i livet. Det første eksempelet handler om en kar i midten av 30-årene, la oss kalle ham Fredrik. Fredrik jobbet i oljebransjen, i utlandet, fant en kjæreste i samme miljø og flyttet sammen med henne. Så kommer tiden da han skal flytte hjem igjen, til hovedkontoret, og må ta standpunkt til å kjøpe leilighet i Oslo og med det gjerne å gifte seg og stifte familie. Fredrik kommer i sterk tvil. Elsker han henne nok? Kan han med hånden på hjertet si at det skal være de to for evig? Han blir mer og mer i tvil, og dette dilemmaet tar opp mer og mer av oppmerksomheten hans. Tankene kverner i hodet hans, og han får i tillegg skyldfølelse for at han ikke klarer å ta noen avgjørelse, han blir søvnløs og ukonsentrert på jobb og sykmeldes før han flytter tilbake til Oslo, der han finner seg en hybel for seg selv. Hans forfatning er miserabel, og noen kompisser råder ham til å oppsøke en terapeut. Terapeuten har ham individuelt en tid, og det blir tydelig at det er ikke bare følelser knyttet til kjærlighet som Fredrik er usikker på, det handler om følelser mer generelt. Fredrik er en logiker, en systemizer, som best liker tall, ligninger og programmering. Slik har det angivelig alltid vært, og terapeuten tenker at dette er et dypt sittende mønster som det vil ta tid å bearbeide, og anbefaler at Fredrik går over til gruppeterapi. Fredrik er en lydlig mann som gjør hva eksperter sier, og han starter i gruppa. Han forteller der sin historie og at han strever med følelser. Han kommer seg litt på bena, klarer å starte i jobb igjen, men lever en stusselig tilværelse. Men det skjer liksom

ingenting i gruppa. Han er lydig og underkaster seg reglene, hører på de andre og kommenterer litt der han sier at han kan kjenne seg igjen, men har lite å komme med selv, og når han blir spurt, forteller han varianter av det samme, det er litt bedre, men det kverner fortsatt i hodet. Og når det gjelder følelser, skjer det lite. Tiden går, og terapeuten kommer i tvil. Har han vurdert dette feil? Det er tvangstanker og tanker på tomgang, burde han bli henvist til metakognitiv terapi? Eller er det en variant av Aspergers syndrom? Er han en systemizer som rett og slett mangler evnen til å kjenne følelser? Terapeuten bestemmer seg for å gi ham litt mer tid.

Gjennombruddet kommer uventet, helt ut av det blå. Omtrent midt i et gruppemøte sier han plutselig: «By the way, jeg hadde en drøm i forrige uke.» Folk blir umiddelbart interessert, drømmer var ikke vanlig fra Fredrik. Hva handlet den om? Jo, sier Fredrik, jeg drømte jeg satt på toppen av et skihopp, stor bakke, og skulle til å sette utfor, men så dukket det opp en kar på hoppkanten, og det ble ekkelt, og jeg trakk meg inn igjen, orka bare ikke. Merkelig drøm, sier Fredrik og er i ferd med å trekke seg inn i seg selv igjen. Men de andre gruppe-medlemmene har blitt tent. Jøss, sier de. Hva slags kar var det? Var det noen du kjente? Og det går en støkk gjennom Fredrik, jo ... Ja, hvem var det? Det var en kar fra ungdomsskolen. Hva var det med ham, da? Han var, han var ... sjefsmobber. Og gjennom gruppas interesse og engasjement og opprørthet kommer Fredriks mobbehistorie, etter hvert smittet av de andres opprørthet, og for første gang kommer det følelser, sterke følelser etter hvert, fortvilelse og et innett raseri. Og terapeutens røst blander seg inn: Fredrik, du var i ferd med å kaste deg ut i livet bokstavelig talt på ungdomsskolen, men trakk deg, men nå er det som om noe er vekket i deg igjen, du har gått opp på hoppet igjen, det er ikke for sent, men først må det tas et oppgjør med mobber og gjengen hans. Og denne gangen er ikke Fredrik alene lenger, han har en gruppe rundt seg som backer ham opp og forsyner ham med det språket og de følelsene som i sin tid gikk i stå. Det kommer i gang en emosjonell kollektiv meningsdannelse. Slik får Fredrik tilgang på noe usigelig i seg selv, som så langt hadde gått under jorden. For Fredrik var dette et «moment of meeting», som endret kursen i det terapeutiske forløpet.

Det fremmede

Fosses hovedverk hittil er *Septologien*, et stort verk i syv navnløse kapitler, delt i tre bøker med noe underlige titler som «Det andre namnet», «Eg er ein annan» og «Eit nytt namn». Hovedpersonen, Asle, fremfører en lang meditasjon over sitt liv der fortid og nåtid, drøm og virkelighet er flettet inn i hverandre, og der den voksne Asle finnes i to utgaver. Den ene går underveis ut av tiden idet han stryker med i et langtrukket delirium tremens. Eller på godt norsk: Han drikker seg i hjel. Men den Asle som overlever, har det heller ikke godt. Ytre sett er han en svært vellykket kunstner. Oljemaleriene hans selger godt i Bjørgvin, men Asle blir mer og mer oppslukt av sin indre verden der han forsøker å gi mening til sin tilværelse

gjennom refleksjon eller meditasjon over flimrende bilder fra sin fortid som særlig kretser om kjæresten Ales, og om Gud. Det er en vakker og melankolsk inderlighet mellom Asle og Ales, de sier ikke så mye til hverandre, de «er saman», de holder hverandre i hånden og ser ut på sjøen, og når Ales dør så altfor tidlig, er savnet etter henne nærmest uutholdelig. Asle vender seg da til Gud, som er over alt, og som Asle gir form, eller kanskje helst farge, gjennom maleriene sine.

Den ytre handlingen i *Septologien* spenner seg over noen få dager, i adventstiden, før jul. En annen kvinne får etter hvert mer plass. Guro er det motsatte av Ales. Hun er vulgær, og har med Asles tidligere alkoholiserende liv å gjøre, hun drikker for mye, hun er forførende. Også Guro har en dobbeltgjenger, og den ene versjonen av Guro dør, slik også den ene versjonen av Asle gjør det, men Guro og Asle lever videre, og de siste dagene blir Asle mer og mer kraftløs, han gir til og med opp det meningsbærende i sitt eget liv, å male Guds lys, han rydder bort staffeliet og gir alle bildene sine til gallerist Beyer. Asle blir med naboen, Åsleik, til Systera til Åsleik, som også heter Guro, som har invitert ham til julaften i mange år. Asle har med et portrett av Guro som julegave, og sliten legger han seg ned på en seng på loftet. Guro kommer opp og setter seg på sengen og tar på ham, og han sier: «Men kona mi og eg er framleis gifte», og Guro sier: «Det går ikkje an å vera gift med ei som er døyd», og «ho stryk opp og ned over smekken min og ho opnar han og eg tek handa hennar bort og eg ser at ho raudnar og så seier ho at ho visst må gå ned å sjå til maten og røyksugen det er ho og» (Fosse, 2022, s. 896). Asle blir liggende der og fyller seg med bønner til Gud og Ave Maria. *Septologien* toner ut på latin med ordene *Ora pro nobis peccatoribus nunc et in hora*, som oversatt lyder: «Be for oss syndere nå og i dødens time.»

Septologien er et mektig og vakkert verk, og det føles nærmest som en gudsbespottelse å skulle bringe psykologien inn i dette. Men Gud får ha oss tilgitt. Fosse beskriver hvordan krefter i Asle drar ham mot denne julaften med Guro, krefter som samtidig avkrefter ham, gjør ham maktesløs, og han slites mellom den syndefulle Guro og den allgode Ales som han har inni seg, og som har Gud ved sin side, og verket toner ut, det gis ingen løsning på denne kampen. I psykologien har vi heller ingen løsning på dette, men et annet språk som også kan bidra med forsoning.

Vi mennesker snakker om oss selv som å være personer, ikke bare som eksempel på hvilket som helst pattedyr. Å være en person innebærer det vi kaller «selvhet» («selfhood»). Selvhet er å ha selvbevissthet, det som i Bibelen skildres gjennom at Adam og Eva spiser av kunnskapens tre og plutselig får evnen til å se seg selv utenfra, med de andres øyne, og dermed kan se at de er nakne, og tenker at de må dekke seg til, og dermed er de ikke i paradiset lenger. Selvhet er besværlig fordi den rene væren er opphevet, fra nå av må man forholde seg til seg selv, hvilket innebærer å objektivere seg selv og tenke om seg selv, og hvilke tanker skal man tenke om seg selv med? Når vi må forholde oss til noen, enten det er oss selv eller andre, støter vi på noe som kommer bakpå oss, noe

FOTO TOM A. KOLSTAD



som kan overvelde oss, slik frykten gjør det hos Asle da han skulle lese høyt i klassen på gymnaset og han gikk inn i et panikkanfall som kom til å prege ham for resten av livet, ... eller vi kan støte på noe som provoserer oss ved sin annerledeshet, noe vi av en eller annen grunn hater eller forakter, men samtidig kan føle en underlig draging imot, som Asles uforståelige draging mot Guro, denne vulgære, forføreriske og seksualiserte skikkelsen. Dette kan vi kalle det fremmede, det fremmede i oss selv og andre, som vi helst vil kvitte oss med, vi vil helst skjære det bort, spise det bort, trene det bort, ruse det bort, ta piller mot det eller bare benekte det. Dette er også noe usigelig, som det er vanskelig å gi en stemme, slik det også er vanskelig å gi stemme til Gud, ja, kanskje verre, fordi det frastøter oss.

I terapeutiske grupper er det fremmedhet i rikt monn, som presentert i fortellingen om Fredrik. Det er ting man forakter hos seg selv – for ikke å snakke om alt det en forakter hos de syv andre i gruppa. Men samtidig er det en forsonlighet og kjærlighet til stede, og en kollektiv evne til meningsdannelse gjennom den dialogen som kultiveres i en terapeutisk gruppe. Av og til kan den få et guddommelig skjær, og da er det om å gjøre å ta vare på dette overgangsområdet mellom selv og objekt, fantasi og virkelighet.

En engel går gjennom rommet

I det første eksempelet jeg omtalte, startet mentaliseringsprosessen med en drøm, med Fredrik på hoppkanten. Slik vil det ofte være. Det starter med visualiserte indre bilder som i utgangspunktet ofte er språkløse. Vi forestiller oss at disse bildene bygges opp, så å si, på en måte vi ikke kan redegjøre for, som man kan spekulere over og gjerne forbinde med noe mystisk, slik Fosse gjør det. I hvert fall er det ingen lineær logikk som ligger bak, det er noe som skjer, som ikke kan planlegges, som i det følgende eksempelet med Terje som en dag forteller følgende drøm i gruppa. Den er kort, nærmest bare en scene: «Jeg møter terapeuten på et sted i hjembyen. Terapeuten går og triller på en barnevogn. Vi hilser på hverandre. Det er OK.» Det er hele drømmen. Mens gruppa assosierer til drømmen, går det en støkk gjennom Terje. Han lener seg fremover og tar seg til hodet. Stotrende forteller han at det stedet han møtte terapeuten, var akkurat det stedet han snudde ryggen til far. Det kommer nå en ny sekvens med det store traumet i Terjes liv, som var kjent fra før i gruppa, men mer som en distansert fortelling. Det handler om skilsmissen mellom far og mor da Terje var tolv år, og der han tok mors parti. Etter ekteskapsbruddet hadde han en svært vanskelig periode der han hang rundt et ungdomskriminelt miljø. Det som nå satte en støkk i Terje, var følgende, som han brokkevis forteller til gruppa: Hjemme var han vitne til en voldsom scene mellom far og mor. Han hører far si «da reiser jeg», hvorpå Terje blander seg inn for å støtte sin gråtende mor og skriker ut «ja, bare reis». Neste dag slutter han tidlig på skolen. Idet han går hjemover, ser han far stå på bussholdeplassen med to koffert. Det svartner for ham, han snur seg og løper tilbake

til skolen. I gruppa bryter han ut i en hjerteskjærende gråt som handler om konflikten mellom hans intense ønske på den ene siden om å løpe bort til far og trygle ham om å bli og be om unnskyldning for det han sa kvelden i forveien, og på den andre siden lojaliteten overfor mor, og sinnet mot far på grunn av utryggheten hjemme. Mot slutten av denne sekvensen anerkjenner terapeuten Terje for det motet han utviser nå gjennom å gå inn i dette smertefulle stoffet på nytt. Terapeuten kommer ikke med noen tolkning av drømmen. Hans anerkjennende talehandling er hans «tolkning». Denne er analog til innholdet i drømmen. Det er terapeutenes nærvær som omsorgsfullt selvobjekt (triller på en barnevogn og hilser bekræftende) som gjør det mulig for Terje å nærme seg denne avgjørende episoden i traumet. Terapeuten gjør det samme i gruppa som i drømmen – er til stede som omsorgsfullt selvobjekt – mens resten av gruppa er til stede som nysgjerrige, støttende og meningsbærende andre som det hele kan fortelles til. Gruppa kan gjennom denne tilstedeværelsen lindre den gjennomtrengende skyldfølelsen som han tidligere ikke kunne tenke omkring, bare føle som en kroppslig uro som han måtte bli kvitt.

I gruppemøtet med Terje var det sterkt å være til stede. Ja, plutselig var det som en engel gikk gjennom rommet. Alle var grepet, på hvert sitt vis, omkring det samme, med en intens tilstedeværelse, sammen om noe som ikke var planlagt, som bare skjedde, og som grep alle og ble dypt meningsfullt. Det er nærliggende å sammenligne sekvensen med Terje med dramaet som teaterform. Her er det symbolske fadermordet, det er skjebne, skyld, skam, fortrengeing og soning, men også tilgivelse når innestengte følelser kommer til uttrykk i et varmt menneskelig fellesskap.

Banaliserer det uforklarlige

Skikkelsene i Jon Fosses univers får ofte noe arkaisk over seg ved at de omtales som Faren, Mora, Sonen, etc., og at de er strippet for samtidige referanser. De lever i et nærmest tidløst univers som fremhever tidløse eksistensielle dilemmaer ved å være menneske. Det handler om lengsel etter tosomhet, eller retttere sagt å smelte sammen, oppheve refleksiv væren, lengsel etter Gud, Guds nærvær, Guds nåde, tilgivelse, og det handler om kjærlighetslengsel, sjalusi, svik, hevnttrang, resignasjon. Og om ting som gjentar seg, som er Fosses signatur. Den gjentagende talen, ofte ganske innadvendt og monologisk, har likheter med den kvernende tankegangen hos mer hemmede og tvangspregede personer, der de samme tankene gjentar seg, de går i ring, og en kommer ikke videre.

Fosses tidløshet er et tveegget sverd. På den ene siden har den en universell appell som gjør Fosse meningsfull over hele verden. På den annen side går den glipp av det tidstypiske. I en viss forstand er det en begrensnings når Fosse tilskriver eksistensielle kjernetematikker og det mystiske en katolsk religiøs forestillingsverden. Han risikerer å gå på tomgang i sine gjentakelser, som jeg opplever at han gjør i den siste boken, *Kvitleik* (Fosse, 2023). Engelen i denne boken kan bli for konkret, noe

mer enn en besnærende metafor og et symbol. Livets kraft risikerer da å forsvinne, fordi det har fått for trange rammer. Når det er sagt, kjennes det likevel riktig at Fosse minner oss på denne religiøse forestillingsverden som er et bærende rammeverk for vestlig sivilisasjon.


Psykologien på sin side risikerer å banalisere det uforklarlige. Satt på spissen kan psykologien reduseres til såkalte «verktøy» som det moderne menneske trenger for å optimalisere sin fitness, og det finner slike oppskrifter i tallrike selvhjelps bøker. Psykologien havner der når den blir et middel til overflatisk selvrealisering som er løst fra moral og en dypere teori om selvet. Jeg regner med Fosse ville ha seg frabedt en slik psykologi som svar på den krisen som helten, eller snarere antihelten, fra hans debutroman *Raudt, svart* (Fosse, 1983) gjennomlever. Hovedpersonen her er en gymnasiast på et vestlandsk landsgymnas, ung, ensom på en stusselig hybel, mistrives intenst, bærer på en fortærende frykt for å skulle lese høyt i klassen, opplever seg som en fremmed i verden, fremmed fra egen familie, melder seg ut av statskirken, melder seg ut av bandet der han spiller gitar, og melder seg delvis ut av verden gjennom et halvhjertet selvmordsforsøk når han heller ikke får til sex med jevnaldrende jenter. Han er hjemløs i de fleste henseender, og selvet kolliderer i et fravær av mening. I debutromanen gir Fosse stemme til dette selvsammenbruddet.

Forfatterens, terapeutens eller klientens stemme?

Men det er ikke bare å gi stemme til det usigelige, stemmen må også bli hørt. Fosse, for sin del, fant gjenklang i litteraturen og litteraturens teoretiske selvrefleksjon, og senere i katolisismen. I psykoterapi strever vi med å hjelpe klienten til å finne og klargjøre sine til dels bortgjemte og følelsesladde tema, og finne ord og begreper som gir gjenklang hos terapeuten, som i beste fall representerer åndshistorien her og nå. I grupper uttrykker vi det ved å si at individet finner gjenklang i gruppa gjennom den kulturen som er utviklet der, og som ligger til grunn for terapeutens ledemotiv, som er «trust the group» (Karterud, 2023). Terapeuters hovedoppgave er å skape kulturer der overskridende resonans kan finne sted. Vi vet mye om hvilke elementer som bør inngå i slike kulturer, deres byggesteiner så å si, men eksakt hva som skjer, og på hvilken måte, kan vi ikke forklare.

Vi kan aldri redegjøre fullt ut for det sjiktet i oss der indre bilder oppstår som søker én eller flere stemmer som kan formidle det hittil uutsigelige. Vi lærer heller ikke hvordan vi skal nærme oss dette sjiktet ved å lese Fosse – han er så langt fra en oppskriftsbok som det går an å være – men vi kan erfare en gjenklang hos Fosse som minner oss om det vi ikke helt forstår. Kanskje vi heller ikke skal forstå det, men åpne oss for det. Kanskje bør vi begynne å snakke om ånd igjen, noe psykologien i stor grad har neglisjert. I motsetning til andre pattedyr lever vi i åndelige grupper, som er grupper basert på historie og meningsdannelse.

Psykoterapeuten, og særlig gruppeanalytikeren, skal ikke selv – i motsetning til skrivaren – gi stemme til det usigelige. Terapeuten skal hjelpe klienten, eller en hel gruppe, til å finne og gi uttrykk for sin egen unike tilbakeholdte stemme. Nå kan forfatteren si at forskjellen ikke er så stor som den kan synes, fordi forfatterens stemme, når den har uttrykt noe gjennom tekst, også «virker» ved at leseren tar det til seg og gjør det til sitt eget. I den dialogen som utspiller seg i en psykoterapi, kan også terapeuten benytte seg av metaforer og kulturelle referanser som henspiller på noe allment, men terapeuten henvender seg ikke til noe allment publikum, men til den unike personen eller gruppa, som er til stede i rommet her og nå, og der terapeuten går aktivt etter det som er unikt i nuet. Overordnet spørsmålet om metoder er jeg av den mening at kunsten ved å drive psykoterapi er å la det beste i den psykoterapeutiske tradisjon fra Freud og fremover komme til uttrykk gjennom det terapeuten sier og gjør gjennom sine talehandlinger og fysiske nærvær. Han/hun er på den måten et talerør for en levende åndstradisjon. Også her er det et forhold mellom det allmenne og det partikulære. Det allmenne ligger i åndstradisjonen, og terapeuten må gjøre dette relevant, nærværende og unikt her og nå.

Når det gjelder skjønnlitteratur, er det viktig å kunne si til seg selv at denne romanen, eller teaterstykket eller diktet, gjorde et sterkt inntrykk på meg. Dersom man i tillegg kan si til en annen hva det var ved romanen som grep en så sterkt i lys av ens egne livserfaringer, begynner skillet mellom litteratur og psykoterapi å oppheves. Psykoterapien har også en kunstnerisk side. Som terapeut er vi ikke forfattere, men medskapere av sunnere identitetsbærende fortellinger. Dette er i høyeste grad en kreativ virksomhet. 

REFERANSER

Fosse, J. (1983). *Raudt, svart*. Det Norske Samlaget.

Fosse, J. (1994). *Og aldri skal vi skiljast*. Det Norske Samlaget.

Fosse, J. (2014). *Når ein engel går gjennom scenen og andre essay*. Det Norske Samlaget.

Fosse, J. (2022). *Septologien*. Det Norske Samlaget.

Fosse, J. (2023). *Kvitleik*. Det Norske Samlaget.

Karterud, S. (2023). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Pax forlag.

Panksepp, J. & Biven, I. (2012). *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. W.W. Norton & Company.

Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. W.W. Norton & Company.



Evalill Bølstad

1971-2024

Evalill Bølstad døde 15. juni 2024, etter å ha vært syk i et drøyt år. Hun ble 53 år.

Siden 2012 arbeidet hun som førsteamanuensis i utviklingspsykologi ved Psykologisk institutt (PSI), Universitetet i Oslo. Før det var hun forsker ved Folkehelseinstituttet og Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region øst og sør. Hun har også arbeidet klinisk med barn, unge og deres familier. Doktorgraden hennes fra 2008 handlet om emosjonelle vansker hos barn og unge. Hun brakte foreldreveiledningsprogrammet *Tuning in to Kids* til Norge, og ledet forskningsprosjektet *Norwegian Tuning in to Kids* fram til hun ble syk.

Som universitetslærer var Evalill engasjert og inspirerende. På minnesamlingen ved PSI i oktober, sa en av studentene at Evalill var akkurat en slik psykolog som man får lyst til å bli. I tillegg til å undervise i utviklingspsykologi var hun sentral i oppbyggingen av den profesjonsbyggende «søylen» i undervisningsprogrammet for profesjonsstudentene. Søylen går ut på at studentene gjennom hele studiet skal få erfaring med ulike praktiske problemstillinger, etiske dilemmaer og selvrefleksjon knyttet til det å ha en profesjonell rolle i møte med enkeltmennesker, grupper og i samfunnet.

I tillegg til å være smart, var Evalill iøynefallende pen og kul. Hun kunne også være varm og nær. Hun hadde omtanke for mennesker rundt seg. Om vi for eksempel skulle ta et glass før julebordet, var hun den som passet på å invitere med gjesteforskere, som kanskje ikke hadde noen å slå følge med.

I 2016–2019 var Evalill medlem av styret ved PSI. Det var i denne perioden at den såkalte klinikkstriden foregikk. Evalill sto i den stormen med integritet. Fra klinisk fagavdeling var det godt å vite at vi hadde pålitelige støttespillere i styret. Evalill tenkte klart og argumenterte tydelig. Samtidig klarte hun å vise respekt, lytte og kommunisere godt, også med dem hun var uenig med.

Evalill giftet seg med Bendik i august 2021, først med et lite korona-bryllup på svabergene ved hytta i Stavern, og så med stor fest på Sagene i august 2022. Kjærligheten var så sterk, og de skulle fått mange flere år sammen. Evalill hadde en stor, fin flokk som hun brydde seg om. Aller først og fremst barna: Amalie, Birk og Falk, men også mor, søster, bonusbarn, og mange gode venner, kolleger og studenter. Evalill hadde stor appetitt på livet, og holdt fast i håp og optimisme til det siste. Savnet er stort.

Evalill Bølstad

1971-2024

Evalill Bølstad (tidligere Bølstad Karevold) døde 15. juni 2024 etter lengre tids sykdom, 53 år gammel.

Evalill var psykolog, forsker og underviser innen utviklingspsykologi. Hun var en sentral formidler av psykologfaglig kunnskap, både til allmennheten og på politisk nivå. Hun var også prosjektleder for flere viktige studier med mål om å undersøke og bedre barns oppvekstvilkår, samt fremme deres sosioemosjonelle utvikling.

Siden 2012 jobbet Evalill som førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Tidligere jobbet hun ved Folkehelseinstituttet, både som seniorforsker og visedirektør ved Folkehelseinstituttet, og ved R-BUP Øst og Sør. I 2008 disputerte hun med en svært omfattende doktorgrad. Hun undersøkte blant annet hvordan barns temperament og kontekstuelle faktorer helt ned i halvannet års alder påvirker utviklingen av angst og depresjon i tenårene. Jeg har bladd mye i avhandlingen, som er aktuell også i dag.

Jeg kjente Evalill som underviser, veileder, medforfatter og etter hvert også som en god venn. Evalill var inspirerende. Hun satte betydningen av å la teori påvirke, belyse og utvide empiriske funn svært høyt. Hun fulgte magefølelsen og gjorde det hun syntes var viktig og interessant. Og hun tok rommet, både i og utenfor forelesningssalen. Hennes utstråling, ærlighet, selvironi og åpenbare faglige engasjement gjorde virkelig inntrykk på oss studenter.

Evalills engasjement var vel så sterkt i eget privatliv. Hun var en mangfoldig person, med mange bekjentskaper og venner, innenlands og utenlands, innen eget fagfelt og utenfor. Evalill etterlater seg mange. Mine tanker går spesielt til Falk, Birk og Amalie, som alle har arvet sin mors utstråling, og til hennes kjæreste og ektefelle Bendik.

Med hele sin væren løftet Evalill frem viktigheten av faglig nysgjerrighet. Her var hun virkelig en rollemodell for nye psykologer. Som hos mange andre satte hun spor i min utvikling. Studentene har mistet en kjær og betydningsfull fagperson.

Ida Sund Morken



Foto: Fartein Rudjord / Psykologforeningen

Haakon Skard

Hva er en forening?

Med et nytt år foran oss, er det nyttig å stille noen grunnleggende spørsmål. Så som: Hva er Psykologforeningen for deg? Det er et enkelt svar på spørsmålet, som det pliktoppfyllende medlem kan ramse opp – Psykologforeningen er en fagforening, en faglig forening og en samfunnsaktør. Rett fra prinsippprogrammet vårt.

I virkeligheten vil svaret variere, avhengig av erfaringen man har med foreningen. For noen er det tilgang til fordelaktige avtaler innen forsikring og annet. For en annen er det mulighet til lønnsforhandlinger. Den tredje kjenner oss kun fra egen spesialisering. Den fjerde har deltatt på julebord i lokalavdelingen. Den femte har benyttet kollegastøtte i en vanskelig krise. Den sjette har mottatt juridisk bistand. Den sjuende har delt en kronikk fra foreningen i sosiale medier, fordi den uttrykte noe de brenner for. Og så videre. Og hvert tjuetredte medlem representerer Psykologforeningen, fordi de sitter i et verv som forvalter våre interesser i ulike sammenhenger. Uansett hva din erfaring med foreningen er, er sjansen stor for at den er annerledes enn dine kollegaers erfaringer.

Spørsmålet slår meg som særdeles viktig fordi det er mange medlemmer som opplever krevende tider. Det er dyrtid som presser privatøkonomien, det skjer omfattende kutt i kommunene og helseforetakene, og det kan oppleves som at tidligere fremganger innen psykisk helse stagnerer eller ruller tilbake. I det store bildet har vi en aldrende befolkning, demokratiet som styresett utfordres globalt, det er krig i Europa og økende konfliktnivå og klimaendringer truer. Under slike omstendigheter er det alltid fare for at vi preges av motløshet eller at frustrasjonen vendes innover i interne motsetninger og anklager.

Jeg mener med hele mitt hjerte at foreningen bare blir viktigere når vi opplever motgang. Fordi

Psykologforeningen er mer enn de konkrete medlemsfordelene og aktivitetene. Det er et fellesskap. Alle Psykologforeningens medlemmer har påtatt seg noen forpliktelser i form av å godta at deres arbeid skal være underlagt de fagets prinsippene og prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. Samtidig er det større enn det. Min opplevelse når jeg reiser rundt på medlemsmøter er at vi samles omkring noen felles mål, noen felles verdier og en profesjonsidentitet.

Dette har vært helt vesentlig for foreningen i alle tider. For det er viktig å ha med seg historien når det er motgang. Det er ikke første gang verden, Norge eller foreningen møter utfordrende tider. Finanskrisen i 2008. Bankkrisen 1987-1992. Men for mange er dette den første sammenhengende perioden med utfordrende økonomiske tider i Norge som påvirker dem personlig, i arbeidet eller begge.

Fellesskapet og vår evne til å samles har båret foreningen gjennom disse periodene og mange andre utfordringer før. Vi som jobber med foreningsarbeid sentralt, er ekstra oppmerksomme overfor medlemmene i slike perioder. Gjennom å tilgjengeliggjøre informasjon og bistand, forsterke vår innsats overfor myndigheter og samarbeidspartnere om å skjerme psykisk helse, men særlig gjennom å være en arena for fellesskap og støtte. Vi ser at bruken av vår kollegastøtteordning går opp i slike tider og vi er opptatt av å holde den tilgjengelig. Men vi prøver også å gjøre ressurser tilgjengelig for faglige og sosiale arenaer for våre medlemmer.

Her spiller våre lokalavdelinger en uvurderlig rolle, ved å stå for disse initiativene basert på deres kjennskap til medlemmenes ønsker om rammer, plassering og innhold. Psykologforeningen har som mål å kunne være tilgjengelige for alle medlemmer i vårt langstrakte land og selv om det kan være lang reisevei for noen, er vi alltid bare en telefon eller e-post unna.

«Vi vet at fellesskap og støtte er den fremste motgiften mot motløshet og avmakt.»

Vi vet at fellesskap og støtte er den fremste motgiften mot motløshet og avmakt. Det har Psykologforeningen alltid tilbudt og vil alltid tilby. Som fagforening, faglig forening, samfunnsaktør og fellesskap.





Foto: Felicia Rolf
/Psykologforeningen

**Rikke
Solbakke**

Varig tilbakekall av autorisasjon og karantenetid før ny søknad

Fra 1. januar 2025 trådte det i kraft flere endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven som følger opp forslagene fra Pasientovergrepsutvalget.

Formålet med endringene er å styrke pasientsikkerheten og tilliten til helse- og omsorgstjenesten. Blant de viktigste tiltakene er muligheten for varig tilbakekall av autorisasjon og innføring av karantenetid før ny søknad om autorisasjon. Her ser vi nærmere på disse endringene og deres betydning.

Varig tilbakekall av autorisasjon

En ny bestemmelse i helsepersonelloven § 57 annet ledd gir hjemmel for varig tilbakekall av autorisasjon. Vedtak om varig tilbakekall kan fattes dersom innehaveren i fremtiden kan utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket er en respons på behovet for å beskytte pasienter og sikre integriteten i helsetjenesten.

Ved varig tilbakekall av autorisasjon skal pasientjournalarkivet avleveres til Helsedirektoratet ved Norsk helsearkiv, med mindre annet kvalifisert personell kan overta. Denne plikten vil følge av vedtaket om varig tilbaketrekking av autorisasjon.

Karantenetid før ny søknad om autorisasjon, lisens mv. etter tilbakekall eller frivillig avkall

To års karantenetid – En hovedregel: En ny bestemmelse i helsepersonelloven § 62 annet ledd etablerer en generell karantenetid på minst to år før helsepersonell kan søke om ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter tilbakekall eller frivillig avkall knyttet til en tilsynssak. Formålet med karantenetiden er ikke å regulere tapet av autorisasjon, men tiden som må gå før ny søknad kan behandles. Helsetilsynet må fortsatt vurdere helsepersonellens skikkethet før eventuell gjeninnvilgning. Dette anses som nødvendig for å sikre grundige vurderinger av helsepersonellens egnethet før de kan gjenopppta yrket. Karantenetiden regnes fra tidspunktet

for vedtak om tilbaketrekking av autorisasjon, uavhengig av om vedtaket blir påklaget.

Unntak ved særlige grunner: Selv om hovedregelen er to års ventetid, kan unntak vurderes i spesielle tilfeller. Lovforarbeidene (Prop. 63 L (2023-2024) på s. 71) forutsetter at unntaksadgangen skal praktiseres restriktivt. Eksempler som nevnes er helsepersonell som har dokumentert rusfrihet gjennom et strengt testregime, eller som har stabilisert sin psykiske helse, vil etter en konkret vurdering kunne være slike unntak.

Ti års karantenetid for søknad om ny autorisasjon ved varig tilbakekall:

For de mest alvorlige tilfellene hvor varig tilbakekall er besluttet, gjelder ti års karantenetid før en ny søknad kan behandles, jf. helsepersonelloven § 62 tredje ledd. Begrunnelsen for innføringen av denne bestemmelsen, er behovet for en klar lovhjemmel for slike inngripende vedtak.

Samtidig opprettholdes en mulighet for helsepersonell å søke om ny autorisasjon etter ti år, noe som gir en form for «tryggingsventil» for endringer i situasjonen.

Forbud mot å yte helsehjelp for tidligere autorisert helsepersonell

Helsepersonelloven § 57a gir tilsynsmyndighetene mulighet til å forby tidligere autorisert helsepersonell å yte helsehjelp dersom de anses som en risiko for pasientsikkerheten. Dette tiltaket bidrar til å redusere risikoen for at uegnet personell fortsetter å utøve helsehjelp i annen form.

Tilsynsmyndighetene har plikt til å varsle arbeidsgivere dersom et slikt forbud blir innført, jf. helsepersonelloven § 66 første ledd. Videre er Helsetilsynet etter bestemmelsens tredje ledd, forpliktet til å varsle andre land Norge har folkerettslige avtaler med, for å sikre at slike restriksjoner respekteres internasjonalt.

Statens helsetilsyn gis i helsetilsynsloven hjemmel for bruk av tvangsmulkt mot tidligere autorisert helsepersonell som bryter forbudet. Dette gir myndighetene et kraftig virkemiddel for å håndheve reglene.



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med ca 12 000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning.

Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 54 medarbeidere og heltids president.

www.psykologforeningen.no

For snarlig tiltredelse søker vi:

Fagsjef

Søknadsfrist:

14. januar 2025

Stillingen

Fagsjefen er leder for fagpolitisk avdeling i Norsk psykologforening. Avdelingen har syv høyt kompetente medarbeidere med ansvar for et vidt spekter av psykologfaglige spørsmål.

Fagpolitisk avdeling skal blant annet være premissleverandør for fag- og tjenesteutvikling og bidra til at foreningen er synlig i samfunnsdebatten.

Fagsjefen har ansvar for å sikre et godt beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkter, og at disse er forankret i faglige vurderinger.

Kompetanse

Fagsjefen har god oversikt, høy faglig kompetanse, forstår utviklingstrender i faget og i samfunnet, og kan formulere analyser og faglige problemforståelser som kan være samlende i et ofte fragmentert fagfelt.

Fagsjefen bistår politisk ledelse med formidlings- og påvirkningsarbeid. Mye av arbeidet består i tett kontakt med brukerorganisasjoner, direktorater, departementer og andre myndighetsorganer.

Krav til søker

Søkere må være psykolog med spesialitet og/eller doktorgrad. Søkere bør ha:

- erfaring fra forskjellige tjenestefelt
- erfaring med politisk påvirkningsarbeid
- erfaring med fag- og tjenesteutvikling samt kvalitetssikring
- ledererfaring
- gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- erfaring med prosessstyring
- god innsikt i prinsipper for kunnskapsbasert praksis

For øvrig legges det vekt på personlig egnethet og evne til å analysere og formidle komplekse problemstillinger.

Arbeidssted er Kirkegata 2, 0103 Oslo i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø.

Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

Nærmere opplysninger ved:

Generalsekretær Ole Tunold, e-post ole@psykologforeningen.no, tlf.: 23 10 31 30.

Søknad med CV sendes snarest som e-post til stillinger@psykologforeningen.no



Integrering av EMDR & IFS

Å kombinere EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og IFS (Internal Family Systems) kan være svært effektivt fordi begge metodene utfyller hverandre på en måte som adresserer både traumer og indre dynamikker i personligheten.

Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse.

Kurset er omfattende og inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. En forutsetning for å delta er at du minimum har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Kurset er godkjent av Norsk Psykologforening som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for spesialister.

Dato: 11.-12. februar 2025

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 09.00-16.00 begge dager

Kostnad: kr 7.800,- inkl. lunsj og kursmateriell

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig faktura informasjon

Kursansvarlig:

A Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.



UTDANNING I PSYKOANALYSE VED NORSK PSYKOANALYTISK INSTITUTT

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri eller annen relevant legespesialitet.

Utdanningen består av deltakelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser og skriftlig arbeid.

Utdanningen tilbyr en unik mulighet til å bli bedre kjent med egne sterke og sårbare sider, og gir dermed et godt grunnlag for å mestre de utfordringene som møtet med pasienter kan gi, det være seg i psykisk helsevern, selvstendig praksis eller andre deler av helsetjenesten.

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretær for ytterligere informasjon. Adresse: Norsk psykoanalytisk institutt, Fr. Nansens vei 17, 0369 Oslo. Tlf. 22605820.

E-post: post@psykoanalyse.no.

Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no.

Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddsordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

Søknadsfrist 15. februar 2025



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



Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er 3. februar, frist for å bestille annonse i denne er 17. januar

Utgivelse	Bestillingsfrist	Utgivelsesdato
Nr 2 2025	17.01.25	03.02.25
Nr 3 2025	17.02.25	03.03.25
Nr 4 2025	17.03.25	01.04.25

For informasjon om annonsering kontakt HS-media

E-POST psykologi@hsmedia.no

TLF 990 14 423 /416 91 872

Ψ Psykologtidsskriftet

Kull 22

Psyk meg opp i ledelse!

Sted og dato: Asker, 24.-25. september 2025, 12.-13. november 2025 og 14.-15. januar 2026

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 22 med første samling 24. og 25. september 2025.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som har selvinnsett og er trygge på egen lederkompetanse. Slike ledere er tydelige og raus og baserer sitt lederskap på tillit, involvering og dialog. I tillegg kjenner og behersker de de mest sentrale lederverktøyene som brukes i helsetjenesten og har forståelse for økende krav til kunnskapsbasert praksis.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologspesialist Tove Mathiesen. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer.

Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert. Medlemmer i Norsk psykologforening betaler kun reise og opphold. Ikke-medlemmer betaler en kursavgift på kr 15 000,-. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Kurset er arbeidsintensivt og gir anledning til å trene på å gjennomføre konkrete tiltak i deltakernes egen lederhverdag. Dette blir av deltakerne på tidligere kull fremhevet som en av de store styrkene ved seminaret, som har fått meget gode tilbakemeldinger.

Spørsmål om kurset kan rettes til: Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tovema28@me.com, eller Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, sendes fortløpende og senest innen 31. mai 2025 til Tove Mathiesen på e-post tovema28@me.com

Les mer her:



Påbyggingskurs for tidligere deltakere

Psyk meg opp i ledelse - Del 2

Sted og dato: Asker, 9. og 10. april og 11. og 12. juni

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 3 med første samling 9. og 10. april 2025.

Hensikten med seminaret er å styrke nødvendige lederferdigheter for å videreutvikle tjenestetilbudet, mestre endringstrykk og skape resultater i egen organisasjon.

Program og grupper tilpasses temaene som deltakerne tar med seg. Det foreligger en mer omfattende beskrivelse av tilbudet. Ta kontakt med Tove Mathiesen for å få den tilsendt.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologspesialist Tove Mathiesen. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på begge samlinger og overnatter på kurshotellet.

Kurset består av to samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

Kursavgiften er samlet kr 7 500,-. Denne betales på forhånd. Deltakere betaler i tillegg reise og opphold. Vi har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Ta kontakt med oss for en mer utfyllende kursbeskrivelse eller andre spørsmål: Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tovema28@me.com, eller Einar Li, tlf. 916 37 495, li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, sendes fortløpende og senest innen 20. februar 2025 til Tove Mathiesen på e-post tovema28@me.com

Les mer her:



Valgfritt program

Forståelse, utredning og tiltak ved kognitive vansker hos barn og unge

Sted og dato: Oslo, 18.09.2025 – 18.09.2026

Påmeldingsfrist: 14. august 2025
Medlemspris: kr 8 300 per kurs

Tema: Programmet skal gi psykologen en forståelse av transaksjons- og kontekstuelle perspektiver på kognitive vansker hos barn og unge. Og hvordan kognitive vansker kan inngå i helhetlige vurderinger av utviklingsutfordringer hos barn og unge.

Målgruppe: Psykologer som arbeider med barn og unge og som har gjennomført fellesprogrammet og obligatorisk program i barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, habiliteringspsykologi, rus- og avhengighetspsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet.

Mål: Forventet læringsutbytte er kunnskaper og ferdigheter til å kartlegge og identifisere kognitive utviklingsavvik hos barn og unge. Psykologen skal tilegne seg kompetanse om oppdagelse, avgrensede utredninger, aktuelle tilretteleggings- og behandlings-tiltak, og anbefale tiltak for å sikre god utvikling.

Les mer her:



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING

President

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@psykologforeningen.no

Medlemmer

Eva Therese Næss
971 01 119
eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

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

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris.m.aanonsen@gmail.com

Lars Ravn Øhickers
908 81 250
larsravnohickers@gmail.com

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

Iver Nathaniel Sletten
studentrepresentant
479 62 110
ivers@uio.no

Varamedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen (2. vara)
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren (4. vara)
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

Mina Karine Ekeberg Husflid (1. vara student)
458 11 820
marinakarine@yahoo.no

Ingunn Aasen (2. vara student)
950 79 853
ingunnaasen@hotmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus

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

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

Asiyah Michelle Farooqui
michelle.farooqui@gmail.com
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
bjorn.olav.henden@helse-mr.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland

Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland

Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

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

Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
ida.atalie@gmail.com
916 99 270

Vest-Agder

Øyvind Buli Føreland
vestagder@psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold

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

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Mette Ekenes Garmannslund, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 1500–1700

**Ankeutvalg for fagetsaker
klagesaker**

Mariann Stadler, leder
mariannstadler@gmail.com
918 03 110

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Hanne Indregard Lind, leder/KTV
Helse sør-øst
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

**Forhandlingsutvalg for
privat praksis**

Hanne Indregard Lind, leder
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Spesialitetsrådet

Arnhild Lauveng, leder
arnhild@psykologforeningen.no
913 17 162

Fag- og profesjonsrådet

Arnhild Lauveng, leder
arnhild@psykologforeningen.no
913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borrik.schjodt@helse-bergen.no
990 27 309

GODKJENNINGSUTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTS- PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Iver Nathaniel Sletten, leder
iverns@uio.no
479 62 110

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETS- UTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

Bjarte Bruntveit, FTV Helse Bergen, leder
bjarte.bruntveit@helse-bergen.no
909 98 052

Stat

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

Kommunal sektor

Kristin Haugholt, leder Ringsaker
kristinhaugholt@hotmail.com
951 72 032

Avtalespesialister

Henrik Riekeles Vik, Helse Sør Øst, leder
Henrik@riekelesvik.no
408 45 848

VALGKOMITEEN

Valgkomiteen i norsk psykologforening

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

SEKRETARIATET

Stab

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
ole@psykologforeningen.no

Kristina Høyer, kommunikasjonssjef
kristina@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef
bjornhild@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef
kim@psykologforeningen.no

Norsk psykologforening

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 1 2025

Veiskille for fag og kunnskap

Katharine Cecilia Williams

Fem saker vi følger i 2025

Matt Oxman

Sigmund Freud om selvmord

Kim Larsen & Anders Zachrisson

Reparasjonsarbeid rundt barn i barnevernet

Lars Christian Drivdal Vold & Jon Hynne Auby

Nettverkspektivet versus essensmodeller
i behandling av emosjonelle lidelser – teori og
kliniske implikasjoner

Asle Hoffart & Sverre Urnes Johnson

Motgiften til maktasymmetri ligger utenfor den
teoretiske forklaringstypen

Jan Reidar Stiegler

ISTDP og MKT: essensialistisk teori og
nettverksbasert praksis

Filip Myhre, Roger Sandvik Hansen og

Ole André Solbakken

Arbeid med følelser i terapi – mer virkningsfullt
enn vi har trodd

Katharine Cecilia Williams

Etikk og KI i terapirommet - en håndskrevet tekst

Gaute Godager

Når psykologen blir influenser

Daniel Willumstad Gunstveit

Psykologer mangler vurderingskompetanse

Ivar Elvik

Døden og elefanten i terapirommet

Elisabeth Evje

Skjønnlitteraturens kraft

Eivind Normann-Eide intervjuet av

Daniel Willumstad Gunstveit

Klinikknær følelshåndbok

Fredrik Dreyer Moe

Refleksjoner om psykoterapi og Jon Fosses
forfatterskap

Sigmund Karterud

Minneord for Evalill Bølstad