

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYK KOL OGI

Vol. 60 nr.12 2023

---

**TEMA:  
VEIER TIL  
ENDRING**

---



# TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

## JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Medlemskap (ordinært og for studenter) inkluderer abonnement på Tidsskrift for Norsk psykologforening som utkommer den første i hver måned. **Opplag 10 800 ISSN 0332-6470**

**Besøksadresse** Grev Wedels plass 4 **Postadresse** Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

**Utgiver** Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

**Henvendelser til redaksjonen** redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

**Kronikk/debattinnlegg** meninger@psykologtidsskriftet.no

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

**Markedsansvarlig** Unni Sandland, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, tlf. 23 10 31 33

**Frist for bestilling av annonser** 14.12, 18.01, 16.02

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.11.2023

**Omslagsillustrasjon** Cecilie Maurud Barstad **Form Bøk Oslo AS Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift. I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)

### Redaksjonen

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-

Syverson, **Journalist og debattredaktør** Per Halvorsen, **Journalist** Matt Oxman,

**Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack,

**Redaktører** Heidi Wittруп Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund

Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

### Redaksjonsråd

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

### © Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. 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

- 766 Forord**  
Det viktige mangfoldet | Elisabeth Schanche & Roger Hagen
- 768 Nadine**  
Kasus
- 770 Kognitiv atferdsterapi**  
Teoretisk artikkel | Grande & Røssberg
- 781 Metakognitiv terapi**  
Teoretisk artikkel | Henrik Nordahl et al.
- 792 Aksept og verdibasert atferdsterapi**  
Teoretisk artikkel | Andersen & Elen
- 802 Relasjonsrettet dynamisk psykoterapi**  
Teoretisk artikkel | Råbu & Hytten
- 811 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy**  
Teoretisk artikkel | Myhre & Sandvik Hansen
- 821 Unified Protocol**  
Teoretisk artikkel | Jon Vøllestad et al.
- 831 Eksistensiell psykoterapi**  
Teoretisk artikkel | Per-Einar Binder
- 841 Emosjonsfokusert terapi**  
Teoretisk artikkel | Stiegler & Vassbø Hagen
- 851 Emosjonsfokusert parterapi**  
Teoretisk artikkel | Sindre Kvithyld Aasli
- 860 Integrativ terapi**  
Teoretisk artikkel | Weie Oddli & Kjøs
- 872 Etterord**  
Elisabeth Schanche & Roger Hagen
- 876 MENINGER**  
Debatt: Kjønnssinkongruens (s. 876 & s. 878), Produktivitet (s. 880), Test- og kartleggingsverktøy (s. 882), Anoreksi (s. 885 & s. 887), Klima (s. 889), Meningsløshet i terapirommet (s. 890), Autisme (s. 892)
- 893 Norske hjerter brenner**  
Nye stemmer | Usman M. Chaudhry
- 896 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Praksisnært oppslagsverk om emosjonsfokusert terapi (s. 896), Et revitaliserende blikk på ISTDP (s. 898)
- 899 Minneord**
- 903 Annonser**
- 906 Stillingsannonser**

## Det viktige mangfoldet



FOTO: UIB



FOTO: NTNU

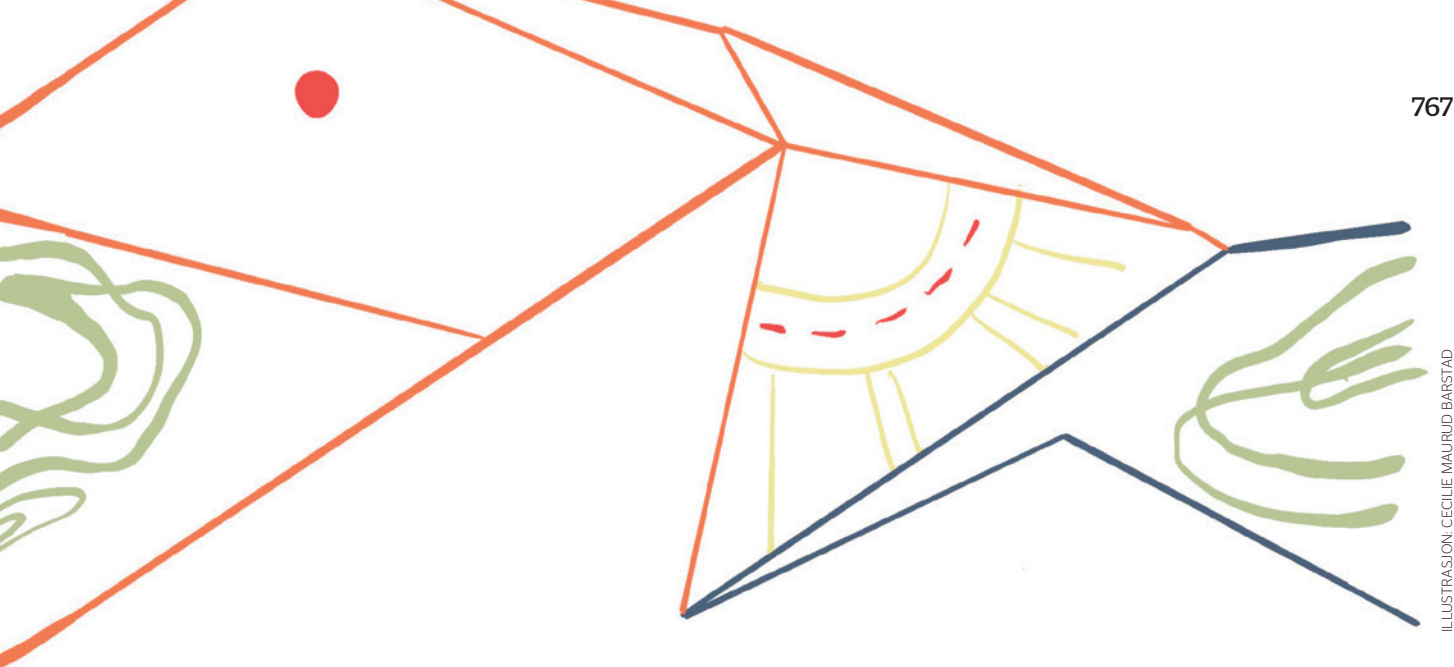
**Elisabeth Schanche  
& Roger Hagen**

Gjesteredaktører

**F**eltet vårt er kjennetegnet av et stort mangfold av tilnærminger – faktisk så stort at det kan være vanskelig å få en oversikt, både for fagfolk og andre. Som kliniske psykologer trenger vi modeller som kan hjelpe oss å forstå vanskene til menneskene vi møter, og hvilke intervensjoner vi kan ta i bruk for å hjelpe dem. Vi fikk lyst til å lage et temanummer for å synliggjøre et utvalg av tilnærminger som brukes overfor voksne innen norsk psykisk helsevern i dag. Ideen til temanummeret er inspirert av tidligere publikasjoner, hvor representanter for ulike terapiretninger beskriver sin praksis opp mot konkrete kasus for å forstå nyansene i tilnærmingen. Vårt ønske som redaktører har vært å synliggjøre at det finnes en rekke empirisk understøttede modeller som kan hjelpe oss å forstå hva som utløser og opprettholder psykiske lidelser, og hvordan disse kan behandles. I temanummeret har vi invitert et utvalg av psykologer som bruker behandlinger som kan gjennomføres innenfor et format på 12–14 timer. Vi har valgt å la samtlige bidragsytere ta utgangspunkt i ett felles kasus, Nadine (side 768), og bedt dem om å illustrere hvordan de ville tatt i bruk og tilpasset behandlingen i møte med henne. Slik vil du som leser få en oversikt over hver tilnærming og samtidig kunne se både likheter og forskjeller mellom disse.

Virksom psykologisk behandling kjennetegnes av tre forhold: en tilfyllsfull relasjon, et meningsfullt rasjonale for vanskene og intervensjoner for å skape endring som er i tråd med dette rasjonalet. Til nå har det vært vanskelig å kåre en vinner blant de ulike terapimodellene når de har blitt sammenlignet direkte på rettfærdige vilkår. Vi trenger flere randomisert kontrollerte studier og andre studier av høy kvalitet. Det er ikke umulig at bedre studier vil gi oss mer sikker kunnskap om hva som virker for hvem i fremtiden. Selv om noen tilnærminger har mer evidens enn andre, er det foreløpig ingenting som tyder på at veletablerte (bona fide) tilnærminger konsekvent virker bedre enn andre, muligens med unntak av behandlingen av spesifikke angstlidelser. Akkurat hvilken modell en terapeut tar i bruk, er av mindre betydning. Det viktigste er at terapeuten forholder seg til en strukturert modell, har et klart rasjonale og bruker metoder og teknikker som er basert på en empirisk endringsteori.

Valg av psykoterapeutisk tilnærming blir ofte ikke bare tatt ut fra en ren rasjonell analyse av hva som finnes av empiri. Det har stor betydning i hvilken grad terapeuten kjenner seg igjen i språket, verdiene, metafo-



ILLUSTRASJON: CECILIE MAURUD BARSTAD

rene og forklaringsmodellen den enkelte tilnærming benytter. Hvilke psykoterapeutiske tilnærminger hver enkelt finner seg til rette i, henger sammen med intellektet, viljen og det en er opptatt av eller brenner for. Både personlighet, holdninger til terapi og læringsstil kan spille inn på valget. Valg av terapitilnærming kan ha stor betydning for terapeutens personlige utvikling og praktiske ferdigheter. Hvor fornøyd en terapeut er med valget av en psykoterapeutisk modell, kan påvirke både faglige prestasjoner og hvor tilfreds en er med yrket.

Pasientene har også ulike forventninger og preferanser med hensyn til hva de trenger når de oppsøker psykoterapeutisk behandling. Noen kan ha behov for en klar struktur og fokus på strategier, andre kan ønske en åpnere utforskning av de relasjonelle erfaringene sine for å forstå og møte utfordringer bedre. Noen ønsker å bli utfordret og konfrontert, mens andre har behov for lavere grad av emosjonell intensitet. Noen trenger kanskje også rammer hvor de får tid til å komme fram til hva de trenger, og hva som er det vesentlige å arbeide med i en terapi. Ønsket om format, som individualterapi, parterapi eller gruppe, kan også variere hos den enkelte pasient. Hva som er rett tilnærming, må forstås ut fra i hvilken grad den setter terapeuten og pasienten i stand til å løse de konkrete problemene de står overfor. God psykoterapi er behandling den enkelte pasient opplever som meningsfull og virksom.

Kanskje er faget vårt mindre preget av konflikter mellom ulike tilnærminger enn tidligere. Samtidig er det lett å gi stereotypiske fremstillinger av andre tilnærminger vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om. Muligens gjelder dette særlig når det blir kamp om status eller ressurser. Det er en tendens som vi gjør klokt i å være oppmerksom på og utfordre. Vi trenger uenigheter og debatter i faget, men kritikk av en tilnærming er mer meningsfull når en først har gjort et oppriktig forsøk på å forstå hva tilnærmingen innebærer. At vi setter oss inn i en annen terapimodell enn det vi selv «bekjenner» oss til, betyr ikke at vi nødvendigvis er enige i verdier og ideer denne bygger på. Det som er viktig når vi er uenige, er at vi investerer litt tid og oppmerksomhet på å forstå, slik at vi får en dypere innsikt i at det finnes andre måter å tenke terapi på utover vår egen tilnærming. Hvis vi klarer å se verdien i det andre holder på med, selv om det skiller seg fra det vi gjør, vil vi få mer konstruktive og fruktbare diskusjoner. Vi håper temanummeret kan bidra til dette. ✘

”

God psykoterapi er behandling den enkelte pasient opplever som meningsfull og virksom

# Nadine



ILLUSTRASJON: CECILIE MAURUD BARSTAD

**N**adine er en 34 år gammel gift kvinne uten barn. Hun arbeider 100 % i et større regnskapsfirma, men har i perioder vært sykemeldt på grunn av depressive plager. Nadine har helt siden ungdomstiden hatt flere perioder med depressive. Hun ble deprimert første gang da hun var 18, etter et brudd med en kjæreste. Hun reagerte med sterk uro og fortvilelse, og ble så mer og mer nedstemt, energiløs og passiv. I denne perioden begynte hun å kutte seg med barberblad når hun kjente seg overveldet, fordi det døyvet noe av den psykiske smerten. Selvskadingen fortsatte frem til hun traff sin nåværende ektemann Bjørn. Nadine beskriver at hun gjennom hele livet har hatt lengre perioder hvor hun har vært i bedre humør og mer tilfreds, men ikke manisk eller hypoman. I andre perioder har hun opplevd at humøret har sunket og å bli fanget i en trist stemning. Nadine blir skremt når hun kjenner på tristheten. Hun gjør derfor alt hun kan for å tenke på andre ting og setter i gang med ulike aktiviteter for å skyve følelsen vekk. Hun bruker også mye tid på å forstå hvorfor hun er trist, og hvordan hun kan få det bedre. Ofte blir hun liggende å tenke på det langt utover natten. Hun ser for seg at det vil bli vanskelig å håndtere jobben og at mannen vil bli lei av henne hvis hun ikke klarer å komme seg ut av mørket hun kjenner på. Hun kjenner seg mislykket og håpløs. Hun kan også få tanker om at livet er et meningsløst strev. Når hun har vært på sitt mest nedstemte, har hun fått en del tanker om at det beste for alle og henne selv hadde vært å ta sitt eget liv, men hun har ikke gjort noe forsøk. Hun forteller at det er tanken på sorgen hun vil påføre Bjørn, venner og familie som holder henne igjen fra «å gjøre det slutt en gang for alle». Hun kan kjenne på trangen til å kutte seg, men har klart å kontrollere den. Derimot har hun tidvis brukt alkohol for å dempe ubehag og som et forsøk på å kjenne seg bedre. Hun klarer å holde trøstedrikkingen til helgene. Hun har normalt alkoholforbruk i gode perioder, men forbruket eskalerer litt i vonde perioder da det hjelper henne å få litt fri fra de negative tankene, bekymringene, uroen og tristheten. Den tilbakevendende syklusen av depresjoner har preget hvordan hun ser på seg selv og forsterket en vedvarende følelse av å være mislykket. Foruten depressive symptomer har hun også begynt å kjenne på en del økende angstsymptomer som nervøsitet og hjertebank, samt at hun prøver å unngå sosiale situasjoner.

Nadine fullførte økonomiutdanning etter videregående. Hun traff sin mann, Bjørn, i studietiden, og de giftet seg da hun var 27. Før hun traff Bjørn, hadde hun mange forhold preget av en del dårlige opplevelser. Disse kan beskrives som intense, men kortvarige forhold, med unntak av en av ungdomskjærestene hun hadde på videregående. Det var etter bruddet med ham hun ble deprimert for første gang. I alle sine forhold har Nadine hatt vansker med å kommunisere egne behov. Det resulterte i mange misforståelser og konflikter hvor hun trakk seg tilbake og ble stille. Hun kjente seg ofte utrygg og redd for å bli forlatt. I etterkant av bruddene gikk hun noen ganger raskt over i et nytt forhold. Andre ganger kom hun inn i en depressiv tilstand hvor opplevelsen av ensomhet og mangel på mening ble forsterket. Forholdet med Bjørn hadde en roligere start. De var først venner over en lengre periode. Hun beskriver Bjørn som snill og omtenkfull. Han har et rolig temperament, og de opplever få konflikter. Nadine føler at de stort sett er enige i viktige spørsmål som angår livet deres. Når de er enige, er det mye nærhet mellom dem og hun kjenner seg knyttet til ham. Når de er uenige, er det derimot vanskelig for henne. Konflikter med Bjørn gjør at hun reagerer med å bli slapp, svimmel og får vansker med å samle tankene. Hun kan av og til også kjenne seg kvalm. Hun strever med å finne ord og argumentere for det hun mener. Hun reagerer derfor ofte med å trekke seg tilbake for seg selv. Hun har det ikke bra når hun trekker seg tilbake, hun kjenner seg fortvilet og nummen og kan få tanker om at forholdet er ødelagt og aldri vil bli som før. Det er som oftest Bjørn som gjør aktive forsøk på å gjenetablere kontakten mellom dem, og han er blitt god på å tåle at hun trekker seg tilbake i perioder. Nadine kan også få lignende reaksjoner når hun opplever uenighet eller konflikter med kollegaer på jobben, men der reagerer hun ikke fullt så sterkt. Hun blir ofte gående å tenke på det som skjedde i lang tid. Hun kritiserer seg selv for hva hun sa, hvordan hun reagerer i etterkant og tenker mye på hva hun kunne ha sagt og gjort som ville vært klokere. Dette tapper henne for krefter og går ut over nattesøvnen. I det siste har hun også fått sterkere angst i etterkant av slike konflikter. Hun er redd for å bli deprimert igjen.

Som barn var Nadine litt sjenert og forsiktig. Hun vokste opp i en familie det var lite tole-

ranse for å gi uttrykk for følelser. Hvis hun ble trist for noe, husker hun at foreldrene trakk seg unna. Hun har også minner om å bli sendt på rommet etter å ha sagt imot sin mor. Hun fikk beskjed om å komme ut når hun var klar for å be om unnskyldning og innrømme at hun hadde oppført seg galt. Hun lærte seg å stenge av for følelser og be sine foreldre om unnskyldning selv om hun opplevde det som urettferdig. Hun har et minne om at hun ble avvist av venninnene sine på skolen og var veldig lei seg. Da hun kom hjem, gikk hun ikke inn, men klatret opp i et tre i hagen. Treet hadde grener som var formet som armer. Der krøllet hun seg sammen og gråt. Hun ventet med å gå tilbake i huset til hun hadde samlet seg og klart å stoppe gråten. Når Nadine forteller om denne hendelsen, bruker hun ord som at hun «rømte unna». Hun klandrer seg for å ha vært feig som barn og ikke modig nok til å gi beskjed når ting var vanskelig.

Nadine beskriver foreldrene som gode og seg selv som et krevende barn. Hun tenker hun burde vært tøffere og stått opp mer for seg selv. Hun synes også at hun var for følsom da hun var liten og nå som voksen. Tankene rundt hva som er galt med henne, har fulgt henne store deler av livet og kommer sterkere tilbake når hun har sine depressive episoder.

Når Nadine oppsøker terapi, har hun ikke brukt alkohol for å føle seg bedre på et halvt års tid. Bjørn begynner å bli utmattet av hennes depressive episoder, og han vurderer om det hadde vært bedre om de skilte lag hvis ikke ting endrer seg fremover. Han synes det er veldig utmattende å være sammen med henne når hun er deprimert. Nadine har en angst for nye depressive episoder som hun frykter vil komme. Hun ønsker å gjøre noe for å få det bedre, men er samtidig usikker på om terapi kan være til hjelp. Når hun forteller hvorfor hun søker hjelp, sitter hun litt sammensunken. Hun forklarer at hun ikke vet hva hun føler, og at det er vanskelig å tro at noe egentlig skal bli annerledes og bedre. Hun har likevel et håp om at livet kan bli verdt å leve – og hun finner lite mening i å kun eksistere, som er opplevelsen nå. Hun innrømmer at hun skammer seg for å måtte oppsøke hjelp og synes situasjonen er vanskelig, samtidig som hun tenker at hun ikke kan fortsette som før, og at terapi er verdt å prøve. ✕

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 770-780 DOI: <https://doi.org/10.52734/SSGS6426>

# Kognitiv atferdsterapi

Marit Grande<sup>1</sup>, Jan Ivar Røssberg<sup>2</sup><sup>1</sup> Privat praksis<sup>2</sup> Seksjon for behandlingsforskning, Oslo universitetssykehus og  
Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

## Sammendrag

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en psykoterapeutisk metode der man er opptatt av samspillet mellom tanker, atferd, følelser og kroppslige (fysiologiske) faktorer hos den enkelte. Det sentrale fokuset er på hvordan mennesker prosesserer den informasjonen de tar inn. Det antas at det er meningen eller tolkningen individet har i en gitt situasjon, som gir ubehagelige følelser eller uhensiktsmessig atferd. I KAT arbeider terapeuten først systematisk med å hjelpe pasienten til å se sammenhengen mellom egen atferd, tanker og følelser. Deretter er fokuset å identifisere og utforske negative automatiske tanker (NAT) og eventuelt leveregler, før terapeuten stimulerer pasienten til å komme fram til alternative tanker og teste ut om de gir mindre ubehag og bedre mestring. Målet er at pasienten lærer å bruke teknikkene i KAT på egen hånd som «hjelp-til-selvhjelp». Artikkelen beskriver et terapiforløp med en tenkt pasient med depresjonsproblematikk. Vi tar utgangspunkt i en kasusformulering som gir en oversikt over faktorer som har bidratt til utvikling og opprettholdelse av problematikken til pasienten, og vi beskriver de mest sentrale terapeutiske intervensjonene: enighet om målet med terapien, samtalestrukturen, enighet om felles agenda, humørsjekk og hjemmeoppgaver. Det gis også eksempel på hvordan terapeuten stimulerer pasienten til kognitiv restrukturering ved hjelp av åpne spørsmål og veiledet oppdagelse.

*Nøkkelord:* kognitiv atferdsterapi, veiledet oppdagelse, kasusformulering

**KONTAKT**

grandemarit@gmail.com

**MERKNAD** Ingen interessekonflikter oppgitt

**FAGFELLEVURDERT**



Hovedideen med kognitiv atferdsterapi (KAT) er at følelsesmessige reaksjoner og atferd er påvirket av våre tanker og kognisjoner. Situasjoner kan gi opphav til tanker og følelser spontant, men det er vår fortolkning som avgjør hvilke konsekvenser de får for oss. Samme situasjon vil bli oppfattet forskjellig fra person til person og vil derfor gi ulike følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner. Det innebærer at det er hvordan vi tolker situasjonen som er av betydning for følelsene våre og ikke situasjonen i seg selv (Beck, 1979; Beck & Weishaar, 1989). Tolkningen skjer gjennom en indre samtale som kommer til uttrykk som tanker, forestillingsbilder, stemninger, fantasier og minner.

Det grunnleggende behovet som mennesker har for å skape mening i opplevelsene sine, er utgangspunktet for KAT. Mennesker med psykiske lidelser har ofte en indre samtale som oppfattes som problematisk. En som sliter med depresjon, har for eksempel ofte negative tanker om seg selv, omverdenen og fremtiden, mens en med angst har tanker om fare og mangel på kontroll. Selv om tankene er overdrevne og urimelige, oppfatter personen dem som troverdige, slik at de påvirker både følelser og atferd, spesielt i situasjoner der vanskene er fremtredende (Beck, 1979).

KAT er en helhetlig psykoteraeutisk metode der søkelyset er på pasientens informasjonsprosessering. Terapeuten arbeider systematisk for å hjelpe pasienten til å se sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Et sentralt mål er å gi innsikt i hvilke situasjoner som utløser ubehag, problemer, stress og symptomer. Dette illustreres best gjennom ABC-modellen (figur 1).

Ved hjelp av ABC-modellen undersøker terapeuten og pasienten i samarbeid hvilke kognitive prosesser (negative automatiske tanker og leveregler) pasienten anvender i problematiske situasjoner. Ved hjelp av sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse er målet deretter å erstatte uhensiktsmessige antagelser med mer hensiktsmessige antagelser som kan redusere de plagsomme symptomene, bedre funksjonen og øke livskvaliteten. Målet er at pasienten lærer å bruke framgangsmåtene i KAT på egen hånd som «hjelp-til-selvhjelp». KAT er således en øvelse i å se på tan-

kene sine og ikke bare gjennom dem, slik det ofte er i situasjoner med sterkt ubehag.

## Teori og menneskesyn

KAT er ikke bare én form for psykoterapi, men innebærer egentlig flere tilnærminger som er tilpasset ulike psykiske lidelser. Fellesnevneren er at man legger vekt på sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd (Berge & Repål, 2022). KAT ble utviklet på 1980-tallet og er en sammenslåing av atferdsterapi og kognitiv terapi.

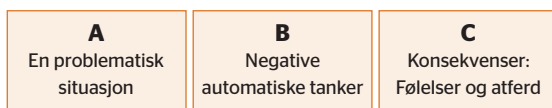
Atferdsterapi er basert på et menneskesyn der man er opptatt av observerbar atferd og hvordan den påvirkes av ytre reaksjoner. Siden tanker ikke er synlige eller kan måles slik som atferd, fokuserer man ikke på tanker i atferdsterapi. Psykiske problemer forstås som et resultat av feillæring og behandles ved å avlære symptomatferd. Atferdsterapi vokste fram på 1950–60-tallet og bygger på fysiologen Pavlovs forskning om fryktrespons ved klassisk betinging og psykologen Skinners forskning om hvordan atferd endres som følge av konsekvenser (Pavlov, 1928; Skinner, 1938). Atferdsterapi har vært viktig for utvikling av vitenskapelige metoder for å evaluere psykoterapi (Martinsen et al., 2021).

Når det gjaldt å forklare kompleksiteten ved psykiske lidelser, kom atferdsterapien til kort. Det banet vei for utviklingen av kognitiv terapi på 1960-tallet. Kognitiv terapi har et menneskesyn som er opptatt av hvordan mennesker er drevet av og handler ut fra tanker eller kognisjoner. Røttene strekker seg tilbake til de stoiske filosofene i oldtidens Hellas og perseeren Abu Zayd al-Balkh på 900-tallet. Stoikerne holdt følelser og fornuft adskilt og mente at valg ble gjort uten å involvere følelsene. Al-Balkh beskriver samspillet mellom tanker, følelser og atferd, og hvordan en kan forstå, forebygge og behandle psykiske lidelser (Berge & Repål, 2022).

Psykologen Albert Ellis og psykiateren Aron Beck, begge amerikanere, regnes som grunnleggerne av kognitiv terapi. Gjennom kliniske studier oppdaget de hvordan negative kognitive skjemaer bidrar til å utvikle og opprettholde depresjon (Berge & Repål, 2022). Fokuset i behandlingen var å identifisere og korrigere uhensiktsmessige og dysfunksjonelle antagelser pasienten hadde om seg selv, omverdenen og fremtiden. Ellis hevdet at psykiske problemer er forårsaket av irrasjonell tenkning, og at de avtar etter hvert som tankene blir mer rasjonelle. Beck var også opptatt av dette, men studerte i tillegg hvordan atferd påvirker både tanker og følelser. Han inkluderte atferdsterapeutiske elementer i behandlingen. Det førte til

**Figur 1**

Sentral i kognitiv atferdsterapi: ABC-modellen



*Merknad.* Figuren er basert på ABC-modellen utviklet av Albert Ellis (1962).

at atferdsterapeuter fattet interesse for teorien hans (Martinsen et al., 2021).

Atferdsterapi og kognitiv terapi ble slått sammen til KAT på 1980-tallet for å utvikle effektive behandlingsmetoder for panikkklidelse (Martinsen et al., 2021). For eksempel bygger Clarks panikkmodell på forskning som viser hvordan panikkanfall blir utløst og opprettholdt av feiltolkninger av kroppslige reaksjoner og uhensiktsmessig atferd (Clark, 1986). I årene etter er det blitt utviklet forskningsbaserte kognitive terapimodeller for de fleste psykiske lidelser og flere somatiske problemstillinger (Berge & Repål, 2022). Felles for terapimodellene er oppfatningen av / ideen om at det er personens tolkning av en hendelse som har betydning for hans/hennes følelser og handlinger i en gitt situasjon. Tolkningen er ofte påvirket av personens antagelser om seg selv, andre og omverdenen som er dannet gjennom erfaringer i oppveksten (leveregler).

### Utløser og opprettholdere

KAT er en strukturert, målorientert, her-og-nå-fokusert og tidsavgrenset samtaleterapi. Pasientenes psykiske plager forstås som en gjensidig interaksjon mellom følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd. KAT beskriver tre nivåer av kognisjoner: negative automatiske tanker, sekundære leveregler og grunnleggende leveregler. I behandlingen prøver man å forstå og modifisere alle disse tre nivåene av tenkning samt endre atferd som opprettholder problemene. Fokuset er på hva som vedlikeholder de psykiske plagene/symptomene til pasienten, og hvordan man kan jobbe for å redusere dem. I KAT er man generelt ikke så opptatt av den spesifikke årsaken til psykiske lidelser. De kan være mange, både biologiske, psykologiske og sosiale. For den enkelte pasient er det likevel viktig at pasient og terapeut har en felles forståelse for hvordan de psykiske plagene har utviklet seg, og hva som opprettholder dem.

Tidlig i terapiforløpet samarbeider pasient og terapeut om å lage en oversikt over hva som har bidratt til at pasientene har blitt rammet av en psykisk lidelse, hva som opprettholder den, og hvordan symptomene kan reduseres slik at pasienten får bedre funksjon og livskvalitet. Dette formuleres i en *kognitiv kasusformulering*. Det er en samling av hypoteser om årsaker og opprettholdende faktorer. Den endres gjerne underveis når ny informasjon kommer fram. Det finnes ulike utforminger for kasusformulering, og noen er tilpasset spesifikke typer psykiske lidelser. En kasusformulering inneholder som regel følgende punkter (Berge & Repål, 2022):

- Pasientens aktuelle hovedproblemer (problemliste)
- Erfaringer som kan ha bidratt til utvikling av problemene
- Tanker, følelser og atferd i problematiske situasjoner
- Underliggende oppfatninger som opprettholder problemene (leveregler)
- Beskrivelser av hva pasienten gjør for å beskytte seg selv (sikkerhetsatferd og kompensatoriske strategier)
- Pasientens sterke sider og ressurser

Senere i artikkelen viser vi hvordan Nadines kasusformulering kan se ut (figur 2).

Hvis pasienten forteller om hendelser fra oppveksten eller erfaringer fra senere i livet som kan ha medvirket til vanskene, eller har tanker om hva som har utløst dem, så tas det med i kasusformuleringen. Det kalles for kritiske hendelser. For å få mer forståelse for hvordan pasientens problemer kommer til uttrykk i hverdagen, blir pasienten bedt om å utdype vanskene ved å beskrive tanker, følelser og handlinger i problematiske situasjoner. Spesielt er det viktig å identifisere *negative automatiske tanker*. Det er kortvarige og ureflekterte tanker som raskt passerer bevisstheten og fører til / eller forsterker ubehag. Negative automatiske tanker spiller en sentral rolle for utvikling og opprettholdelse av psykiske vansker.

En kasusformulering kan være mer eller mindre omfattende. *Negative primære leveregler* kan være en del av kasusformuleringen – men ikke nødvendigvis, som ved enkelte angstlidelser. Primære leveregler er globale og stabile oppfatninger personen har om seg selv, andre og omverdenen. De er utviklet under oppveksten og uttrykker hvordan individet har lagret kunnskap om seg selv, andre mennesker og omverdenen ut fra sine erfaringer. Leveregler er resultatet av barnets behov for å forstå og skape mening i opplevelsene de har. For eksempel gir en oppvekst som er preget av kjærlighet, trygghet og forutsigbarhet, grunnlag for positive leveregler (*Jeg er verdifull. Jeg er bra nok. Andre er til å stole på. Verden er trygg*), mens en oppvekst med mye kritikk, avvising og manglende anerkjennelse kan gi grobunn for negative leveregler (*Jeg er udugelig. Ingen liker meg. Alt er farlig*).

Primære leveregler er underliggende oppfatninger som er lite tilgjengelig for bevisstheten i det daglige. De fungerer likevel som et slags mentalt filter som hendelser tolkes gjennom, og påvirker hvordan personen oppfatter det som skjer. En person med leveregelen «Jeg er verdifull» føler seg som regel trygg sammen med andre og legger merke til det som bekrefter regelen. Dette forsterker følelsen av

å være verdifull. En person med leveregelen «Ingen liker meg» vil i den samme situasjonen føle seg utrygg og være oppmerksom på tegn fra andre som bekrefter regelen og dermed følelsen av å bli mislikt. I situasjoner der personen er sårbar, kan primære leveregler bli aktivert og komme til uttrykk som negative automatiske tanker.

Aktiverte negative leveregler utløser følelsesmessig ubehag. For å beskytte seg mot at de aktiveres, utvikler personen sekundære negative leveregler og kompensierende strategier. *Sekundære leveregler* er den kognitive delen av beskyttelsen og består av holdninger/regler om hvordan man bør, skal eller må oppføre seg for å ha det bra. De kommer gjerne til uttrykk som en konsekvens: «Hvis ..., så ...» eller «Siden jeg er ..., så må/skal/burde jeg ...» For eksempel: «Hvis jeg føyer meg og gjør som de andre forventer, så liker de meg.» Sekundære leveregler har derfor en adaptiv funksjon som gjør det mulig å mestre livet og fungere bra til tross for negative primære leveregler. De kan sågar gi positive ringvirkninger hvis det ikke oppleves som stress å leve opp til reglene. Dog kan det ha en pris; sekundære leveregler endrer ikke personens negative tanker om seg selv, andre og omverdenen, de bare kamuflerer dem. Dersom personen bryter regelen eller ikke klarer å leve opp til den, kan det aktivere negative leveregler, og det oppstår ubehag (Grande & Jensen, 2016).

*Kompenserende strategier* er det personen gjør for å hindre at primære leveregler blir aktivert. Unngåelse, tilbaketrekking, grubling, bekymring og selvkritikk er eksempler på det. Slike handlinger har både fordeler og ulemper. Fordelen er at personen føler seg bedre eller tryggere i øyeblikket. Ulempen er at de opprettholder problemer og leveregler. I kasusformuleringen er det derfor viktig å få tak i hva pasienten gjør i problematiske situasjoner for å unngå at negative tanker blir aktivert.

Ressurskartlegging kan være en del av kasusformuleringen. Det er gjerne pasientens sterke sider som vil kunne bidra til mestring og muligheter for støtte fra omgivelsene.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

I begynnelsen av terapien formuleres en *problem-liste*. Den gir en oversikt over de problemene som pasienten ønsker hjelp med. Den utformes i mest mulig grad med pasientens egne ord for at han/hun skal kjenne seg igjen i den. Arbeidet med å utforme den starter tidlig og revurderes fortløpende. Mot slutten av terapien bringes den inn for å oppsummere endringer og forebygge tilbakefall.

Samtalene i KAT bygger på en godt utprøvd *struktur*. Med unntak av den første timen brukes den samme strukturen i hver time. Det gir samtalen et tydelig fokus. Over tid blir det en gjenkjennelig struktur for pasienten. Strukturen er følgende: kort oppdatering og humørsjekk siden forrige time, oppsummering av forrige time, bli enig om agenda, gjennomgå hjemmearbeid, gjennomgå tema på agendaen, bli enig om nytt hjemmearbeid, oppsummere timen og få tilbakemelding fra pasienten på hvordan timen har vært.

Sammen legger terapeut og pasient opp en plan for behandlingen. Målsettingen med terapien kan samles under SMART-kategorien, hvor S («specific») = målet med terapien skal være spesifikt, M («measurable») = målet skal være målbart, A («achievable») = målet skal være oppnåelig, R («realistic») = målet må være realistisk, og T («timeframe») = målet må være mulig å nå innen en viss tid.

Tema på *agendaen* er ofte en situasjon fra hverdagen der de problemene som pasienten ønsker hjelp med, kommer til uttrykk. Et sentralt fokus under samtalen er at terapeuten stiller pasienten åpne spørsmål for å få tak i og kartlegge vedkommendes typiske reaksjonsmønster. Ved hjelp av den kognitive diamanten eller ABC-modellen identifiseres pasientens negative automatiske tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. I kasuseksempellet viser vi hvordan dette gjøres i praksis.

Et sentralt mål med å kartlegge typiske reaksjonsmønstre til pasienten i problematiske situasjoner er å åpne for alternative og mer nyanserte måter å tenke på. Dette fører til bedre problemløsning, styrker troen på egen mestring og bryter reaksjonsmønstre som opprettholder psykiske problemer (Berge & Repål, 2022). Etter hvert som pasienten blir bevisst på de negative automatiske tankene, stiller terapeuten åpne sokratiske spørsmål på en systematisk måte for å stimulere pasienten til å reflektere og bli nysgjerrig på egen tenking (Beck, 1989). Denne måten å stille spørsmål på kalles *veiledet oppdagelse*. Hensikten er å stimulere pasienten til å utvikle en ny forståelse av hendelsen basert på informasjon som pasienten selv, og ikke terapeuten, kommer med under samtalen. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å se sine opplevelser fra ulike perspektiver og veie fordeler og ulemper ved disse perspektivene. Typiske åpne spørsmål er: Hender det at du ser annerledes på dette? Hvis en venn hadde tenkt det samme som deg, hva ville du sagt til vedkommende? Hva bygger du tankene på? Det er viktig at disse spørsmålene stilles på en empatisk og validerende måte. Det gjør at pasienten føler seg trygg nok til å se på tankene sine fra et annet perspektiv, og dette kan fremme bedre fungering.

Negative automatiske tanker kan være påvirket av *tankefeller*, som er repeterende mønstre i informasjonsbearbeidingen som forleder personen til feiltolkninger. De mest vanlige tankefellene er: sort-hvitt-tenkning, katastrofetenkning, følelsesmessig (emosjonell) resonnering, tankelesning og overgeneralisering. Det er viktig at dette tas opp med pasienten og problematiseres i timene, slik at pasienten blir oppmerksom når slike tankefeller slår inn.

Et hovedmål i KAT er at pasienten lærer sunnere måter å håndtere stress og påkjenninger på i hverdagen. *Hjemmeoppgaver* brukes til å stimulere pasienten til å trene på nye måter å løse utfordringer på. Innholdet springer ofte ut fra sentrale tema i samtalen og hva pasienten ønsker hjelp med. Flere studier har vist at hjemmeoppgaver øker effekten av behandlingen (Berge & Repål, 2022).

Et av hovedmålene i KAT er at pasienten lærer å bli sin egen terapeut. Det vil si at pasienten kan ta i bruk teknikker eller intervensjoner selv etter at terapien er ferdig. Mot slutten av terapien er det fokus på hvordan pasienten selv kan hindre tilbakefall, og hvilke risikosymptomer han/hun bør være oppmerksom på. Ofte kan det være aktuelt å gi oppfølgingstimer etter at den ordinære terapien er over. Det vil si at pasienten kommer en gang i måneden i tre måneder for at terapeuten skal få sjekket hvordan han/hun mestrer hverdagen.

### Empirisk grunnlag

Det finnes en rekke vitenskapelige undersøkelser (randomiserte kontrollerte studier, kvalitative studier og prosess-studier) som har vist at KAT er en effektiv behandling for en rekke psykiske lidelser (Butler et al., 2006). Siden den første randomiserte studien ble publisert i 1977 (Rush et al., 1977), er det nå blitt gjennomført nærmere 1000 randomiserte studier. KAT har spesielt vist seg å være en veldokumentert behandlingsform for ikke-psykotiske lidelser som depressive lidelser, angstlidelser (panikk lidelser, sosial angstlidelser, OCD, agorafobi og helseangst) (Springer et al., 2018), spiseforstyrrelser (bulimi) (Monteleone et al., 2022) og ruslidelser (Ray et al., 2020). KAT er også den best dokumenterte samtaleterapien på de mer «alvorlige» psykiske lidelsene som schizofreni og bipolar lidelse (Jauhar et al., 2019; Laws et al., 2018; McKenna et al., 2019; Turner et al., 2014), selv om effekten er noe mindre enn for de ikke-psykotiske lidelsene (Turner et al., 2014). KAT er også effektiv som en tilleggsbehandling ved somatiske lidelser, blant annet ved tinnitus og som smertebehandling ved migrene (Beck, 2020).

### Status i Norge

KAT har etter hvert fått stor utbredelse i Norge, og mange har tatt både innføringsseminarer og veiledningsseminarer i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). I dag er det rundt 10 000 kognitive terapeuter som er utdannet gjennom NFKT, og årlig deltar 700–800 terapeuter på denne utdanningen. Psykologer og psykiatere er den største gruppen med tilleggsutdanning i KAT. Mange fastleger og leger som jobber innen rehabilitering og smertebehandling, har også tatt utdanningen. Videre er det egne utdanninger for sykepleiere, ergoterapeuter og andre som tar treårig helsepersonellutdanning.

KAT er anbefalt som en kunnskapsbasert behandling for en rekke psykiske lidelser i nasjonale retningslinjer og i norske lærebøker. Det gjelder blant annet angstlidelser (Martinsen et al., 2021), depressive lidelser (Andreassen et al., 2020) og psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir det gitt opplæring i KAT. Omtrent 10 % av fastlegene har også gjennomført KAT-utdanning.

### Kasus Nadine

#### Predisponerende faktorer

Ut ifra KAT-modellen er det flere mulige predisponerende faktorer for Nadines psykiske vansker. Selv om medfødte egenskaper, som temperament, ikke står sentralt i KAT-tenkningen, kan hun som det sjenerte og forsiktige barnet hun beskriver seg som, ha vært spesielt sårbar. Hun kan ha følt seg mislykket når hun turte å vise følelsene sine og opplevde at foreldrene reagerte med å trekke seg unna henne eller å straffe henne. Å bli møtt på denne måten av sine nærmeste omsorgspersoner kan føre til at en utvikler negative leveregler som i Nadines tilfelle kan være: «Jeg er mislykket. Det er noe galt med meg. Jeg er verdiløs. Andre liker meg ikke.» For å unngå at disse negative levereglene aktiveres, har Nadine utviklet sekundære leveregler og kompensatoriske strategier. Eksempel på sekundære leveregler er: «Hvis jeg kommer med mine egne meninger, vil andre bli sinte på meg. Hvis jeg viser følelser, vil andre mennesker forlate meg. Hvis jeg viser mitt sanne jeg, vil andre forlate meg og avvise meg.» Eksempel på kompensatoriske strategier: Ikke kreve noe for sin egen del, ikke vise følelser eller si sin egen mening, unngå konflikt.

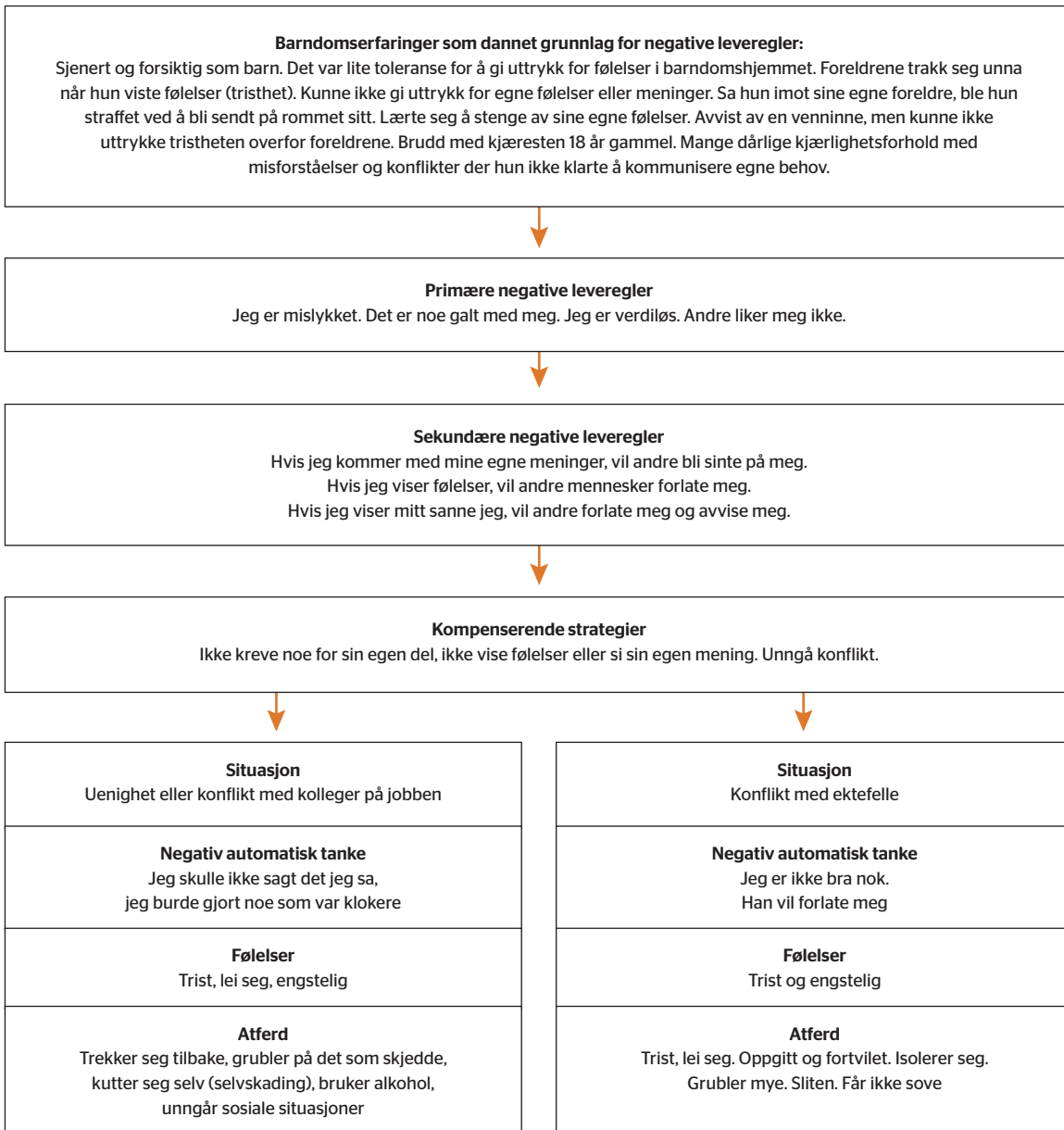
Ut ifra KAT-modellen kan derfor både leveregler og kompensatoriske strategier være predisponerende faktorer for psykiske lidelser. For Nadine har levere-

glene sannsynligvis vært lite tilgjengelig for bevisstheten opp gjennom livet. Likevel har hun blitt styrt av dem fordi de har påvirket hva hun har vært opptatt av, spesielt under de depressive periodene. For eksempel har hun vært opptatt av å ikke havne i situasjoner der de blir aktivert og utløser ubehag og tilbaketrekning. Det gjelder konflikter med ektefelle eller kolleger.

Mulige predisponerende faktorer blir uttrykt i kaususformuleringen, som for Nadine ser slik ut:

**Figur 2**

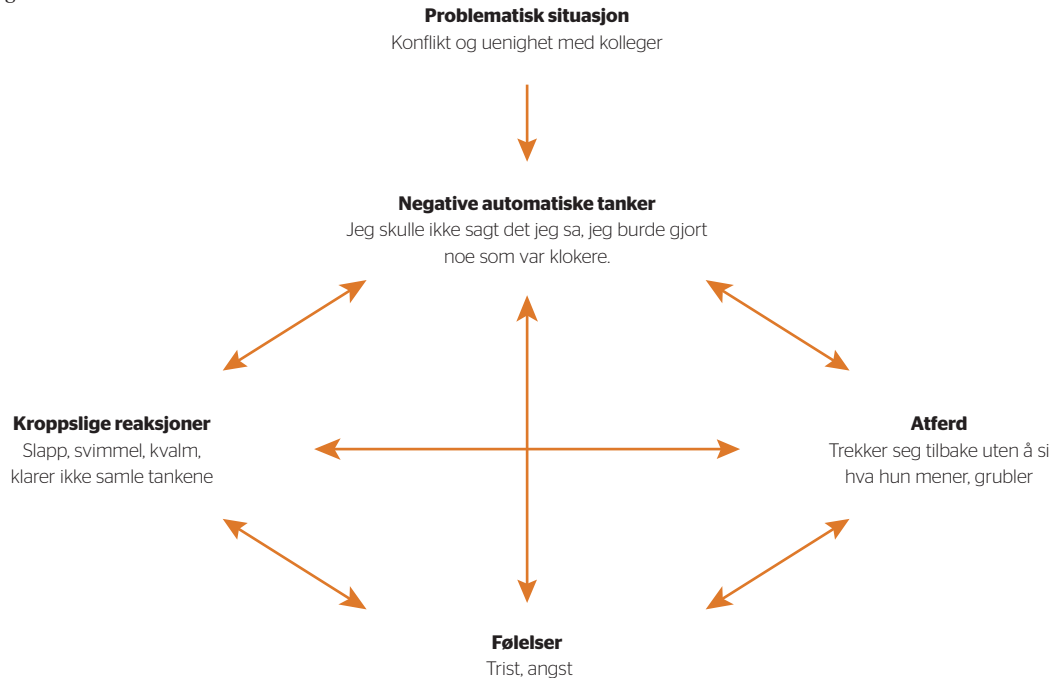
*Nadines kaususformulering*



*Merknad.* Oversatt og tilrettelagt av forfatterne etter Beck (2020).

Figur 3

Den kognitive diamanten



*Merknad.* Basert på en modell av Padesky og Greenberg (1995) fra *Mind over mood*.

Terapeuten deler kasesformuleringen med Nadine og undersøker om den er nyttig, og i hvilken grad hun kjenner seg igjen i den.

### Opprettholdende faktorer

Det er sannsynligvis flere faktorer som bidrar til å opprettholde Nadines sårbarhet for en depressiv lidelse, og som ville vært naturlige utgangspunkt for terapien. I KAT ser man for seg at det er spesielt faktorer som vedlikeholder symptomer. Den ene er tankene og antagelsene vi har om ulike situasjoner eller hendelser som er vanskelige, og som skaper problemer for vedkommende. Den andre faktoren er atferden eller det personen gjør i den konkrete situasjonen som et forsøk på å unngå at de negative tankene blir aktivert (trygghetsatferd). Et sentralt punkt her er at det ikke er situasjonen eller hendelsen i seg selv som skaper problemer for Nadine, men hvordan hun oppfatter den.

Med utgangspunkt i den kognitive diamanten (se figur 3) vil man i KAT fokusere på tanker og atferd. I teorien er det vanskelig å endre følelsene og de kroppslige reaksjonene, men tankene kan man med ulike intervensjoner teste gyldigheten av. Sammen

med Nadine kan disse utforskes videre og muligens bli endret til mer realistiske og hensiktsmessige tanker og antagelser. Nadines NAT er også i stor grad farget av det vi kaller tankefeller. Disse vil føre til at de plagsomme symptomene vedvarer så lenge hun ikke er oppmerksom på dem og klarer å se hvor lite hensiktsmessige de er.

Hvordan vi som mennesker handler, og hva vi gjør når vi tenker eller frykter at situasjoner eller hendelser kan bli ubehagelige, kan også føre til at plagsomme symptomer vedvarer. Et vanlig atferdsmønster vil være at en unngår situasjoner som kan skape ubehag, eller isolerer seg og trekker seg unna når det oppstår vanskeligheter. Denne unngåelsesatferden som vi også ser hos Nadine, er med på å opprettholde symptomene hennes. Ved å endre atferden kan vi endre hvilke tanker vi har om oss selv, og derigjennom hvilke følelser som vekkes i de ulike situasjonene. På den måten kan endring av et domene i den kognitive diamanten, som i dette eksempelet er en atferdsendring, påvirke og føre til endring i de andre domenene.

Ved at Nadine tester ut hvor hensiktsmessige de er de tankene/antagelsene som hun har om seg selv, andre og framtiden kan hun også redusere de triste følelsene, det kroppslige ubehaget og bli mer sosial.

Figur 4

En ABC-formulering for Nadine

A	B	C
<p><b>Situasjon/hendelse</b> Konflikt med ektemannen</p>	<p><b>Antagelse / tolkning av situasjonen</b> Jeg er ikke bra nok. Han vil forlate meg</p>	<p><b>Konsekvenser: Følelser og atferd</b> Trist, lei seg. Oppgitt og fortvilet. Isolerer seg. Grubler mye. Sliten. Får ikke sove</p>

Grublingen hun bedriver, vil også være en vedlikeholdende faktor for de depressive symptomene.

### Mål for terapien

Nadine og den kognitive terapeuten vil i starten av behandlingen bli enige om hva som skal være målet med behandlingen. Disse kan endres etter hvert i behandlingsforløpet. For de fleste som har en depresjon som Nadines, vil målet være å redusere de depressive symptomene. Dette vil likevel være veldig individuelt og må settes opp i nært samarbeid med pasienten. Målene til Nadine bør så langt det lar seg gjøre følge SMART-prinsippet som vi har omtalt tidligere. En problemliste for Nadine kan være:

1. Ha mindre depressive symptomer
2. Få bedre selvfølelse
3. Være mer sosial og ikke isolere meg
4. Fortsette å holde meg unna alkohol

Ved hjelp av ulike KAT-intervensjoner er målet at Nadine skal få det bedre. Deretter at hun selv tar i bruk disse verktøyene for å hindre tilbakefall når hun senere møter stressende livshendelser.

### Sentrale intervensjoner

I de første timene er det viktig at Nadine får tiltro til terapimetoden og et håp om at det faktisk går an å få det bedre. Det er viktig at det etableres en tillitsfull relasjon mellom pasienten og terapeuten. I likhet med Nadine er det mange som sliter med skam i forbindelse med at de er deprimerte. De tenker at de selv er skyld i depresjonen, og at de derfor er «svake» og «udugelige». Tanker som at «jeg greier ikke å komme meg ut av dette engang», er også vanlig. Det er derfor god terapi i seg selv å informere Nadine om hva en depresjon er, at mange rammes, og at de fleste kommer seg ut av depresjonen. Det betyr ikke at man er et svakt menneske. Dette kan normalisere situasjonen og få henne til å se at det ikke er noen sammenheng

mellom å være et svakt menneske og det å slite med en depressiv lidelse. God psykoedukasjon om lidelsen vil i seg selv føre til bedring og gi håp. Informasjon om hva vi vet om faktorer som utløser, opprettholder og reduserer symptomene, kan være første skritt mot en bedring.

### Sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse

Hovedfokuset i en KAT-samtale er som regel problematiske situasjoner som oppstår i pasientens hverdag, og som pasienten ønsker hjelp til å mestre bedre. I veiledet oppdagelse stiller terapeuten Nadine sokratiske spørsmål for at hun selv skal komme fram til mer balanserte og hjelpsomme alternative tanker. Innledningsspørsmålet i KAT-samtalen er gjerne:

- Kan du fortelle meg om en situasjon som har oppstått siden sist, der du følte deg trist og nedstemt eller mislykket?
- Kan du fortelle meg om en episode siden sist da du grublet over deg selv og problemene dine?

### Negative automatiske tanker

Målet er å få tak i hvordan Nadine tenker, og forestillingsbildene hennes i problematiske situasjoner. Etter at hun har beskrevet situasjonen så konkret som mulig, følger terapeuten opp med å stille spørsmål om Nadines negative automatiske tanker i situasjonen: Hvilke tanker gikk gjennom hodet ditt i situasjonen? En av de negative automatiske tankene til Nadine er: «Jeg er mislykket.» De neste spørsmålene fra terapeuten er: Hvilke følelser fikk du? Hva kjente du i kroppen? Hva gjorde du?

Sammen med Nadine tegner terapeuten et ABC-skjema og skriver inn situasjonen, negative automatiske tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd, som vist i figur 4. I KAT er vi opptatt av å jobbe med tanker som oppleves som troverdige, og som er knyttet til ubehag og dysfunksjonell atferd, de såkalte «hot cognitions». For å utforske tankens styrke og troverdighet og graden av ubehag den utløser, kan terapeuten stille følgende spørsmål:

- Hvor overbevist er du om at tanken er sann (på en skala fra 0 til 100 prosent, der 100 betyr helt sann)?
- Hvor ubehagelig var følelsen (på en skala fra 0 til 100 prosent, der 100 er maksimalt ubehag)?

Etter at terapeuten og Nadine har fått et bilde av hvilke tanker, følelser og atferder som oppstår i problematiske situasjoner, utforsker de meningen hun tillegger de negative automatiske tankene. Det kan for eksempel være følgende sokratiske spørsmål: Hva er det å være mislykket? Hvordan kan du se at andre er mislykket? På hvilket grunnlag vil du vurdere en annen som mislykket, kan du lage en liste over hva som kjennetegner en person som er mislykket? Hvilke av disse kjennetegnene er det du har?

En annen metode for å utforske den negative automatiske tanken er å se på hvilke belegg Nadine har for antagelsen beskrevet i tabellen over: «Jeg er ikke bra nok.» Hva bygger hun den antagelsen på, hvilke bevis har hun for at den antagelsen skulle være sann? Og hvis hun ikke finner noe særlig støtte for antagelsen, hvor hensiktsmessig er det å holde fast ved den? Da kan man lettere komme fram til alternative tanker/antagelser som er mer realistiske og hensiktsmessige for Nadine. Tanken/antagelsen som skal vurderes, «Jeg er ikke bra nok», er beskrevet i figur 5.

Andre sokratiske spørsmål man kunne stille, er følgende: «Hender det at du tenker annerledes om deg selv, at du er bra nok? Hvis en venn tenkte det samme som deg, hva ville du sagt til vedkommende? Hva ville en nær venn sagt til deg?»

### Atferd

Et annet viktig endringsaspekt er hvordan vi selv kan bidra med atferdsendring, og hvordan det igjen

**Figur 5**

*Beviser som støtter antagelsen / ikke støtter antagelsen*

<b>Beviser som støtter tanken</b>	<b>Beviser som IKKE støtter tanken</b>
Jeg kjenner at jeg begynner å bli deprimert	Mannen min holder ut med meg
	Det å være deppa betyr ikke at man ikke er bra nok
	Jeg har fått mange gode tilbakemeldinger på jobben
	Ingen har sagt at jeg ikke er bra nok
	Jeg har kommet meg ut av triste og nedstemte tanker tidligere

påvirker følelsene og tankene våre. Nadine viser en atferd som er typisk ved depresjon. Hun isolerer seg og trekker seg tilbake. I et kort perspektiv kan dette være hensiktsmessig atferd. Hun vil slippe ubehaget det kan være for henne å oppsøke sosiale situasjoner. På lang sikt holder dette bare symptomene vedlike. Unngåelse hindrer at Nadine får positive tilbakemeldinger og kan oppleve mestring. I starten av terapien kan det også være hensiktsmessig at Nadine registrerer aktivitetene sine / hva hun gjør i løpet av en dag. Samtidig noterer hun hvordan hun har det på en skala fra 1 til 10, hvor 10 betyr å ha det veldig bra, mens 1 er å ha det dårlig. Da kan Nadine sammen med terapeuten få en oversikt over hvordan humøret svinger, hvilke aktiviteter som gir mye glede, og hvilke som ikke gir det. Så kan Nadine prøve å gjøre ting som gir mest mulig glede en periode framover, slik at hun kan bli bedre/friskere.

### Hjemmeoppgaver

Hjemmeoppgavene kan innebære mye forskjellig. Det er viktig at Nadine opplever dem som relevante for de problemene hun har. I starten kan en hjemmeoppgave være å lese om hva depresjon er, og hva som er best mulig behandling. Senere kan det være at hun registrerer ulike tanker, spesielt negative automatiske tanker, i en sosial sammenheng. Dette kan så Nadine og terapeuten utforske videre i terapitimen.

### Grubling

Nadine isolerer seg ofte ved å trekke seg tilbake og tenke mye over problemene sine. Det gir god grunn for å gruble over situasjonen hun er i, hvorfor det ble slik, og om det finnes noen løsning. Det er viktig at terapeuten og Nadine i fellesskap undersøker hva som er best for henne, og hvordan grublingen skal kunne løse problemene hennes. Det blir viktig å gi god psykoedukasjon om at grublingen ikke fører til noen løsning, men snarere er med på å opprettholde vanskene hennes. Sammen med terapeuten kan Nadine få hjelp til å utforske hvordan hun føler seg når hun ligger på sofaen og grubler. Har hun det best når hun grubler, eller har hun det bedre når hun er mer aktiv, for eksempel når hun besøker søsteren sin eller er på kafe med en god venninne? På denne måten blir intervensjonen også en form for atferdsaktivering, som beskrevet ovenfor. Etter hvert vil fordelene og ulempene ved å ligge på sofaen og gruble sannsynligvis bli klarere for henne, og hun vil se at grublingen ikke er særlig hensiktsmessig.

Det å sette av tid til grubling som en hjemmeoppgave kan også være nyttig. Slik kan hun få hjelp til å redusere tiden hun bruker på grubling. Nadine kan



sette av for eksempel 30 minutter til å gruble over situasjonen sin på et bestemt tidspunkt på dagen, mot at hun lar være å gruble på andre tider. I neste terapi-time kan Nadine og terapeuten da sammen vurdere om dette hjelper på de depressive symptomene hennes, og om hun synes at grubling er nyttig.

### Hvordan vurdere endring?

KAT er en fokusert og tidsavgrenset terapiform hvor man hele tiden sjekker om man er på rett spor med tanke på bedring hos pasienten, og om bedringen er i tråd med hva pasienten helst ønsker. Etter hver time er det derfor viktig med en tilbakemelding fra pasienten om man er på rett spor, eller om det er noe man skal gjøre annerledes.

I begynnelsen av hver time gjør terapeuten en «humørsjekk» for å kartlegge og vurdere mulige endringer. I Nadines tilfelle vil det være å sette søkelys på de depressive symptomene og spørre om hvor deprimert hun har følt seg den siste uken på en skala fra 0 til 10 (der 10 er maksimalt deprimert). Uansett om tilstanden er stabil eller om det har skjedd en endring, er det nyttig å sette opp som et eget punkt på agendaen hvorvidt terapien er på rett spor.

Pasienten fyller gjerne ut ulike skjemaer før timen. For å se om det er endringer i depressive symptomer brukes ofte Beck Depression Index (BDI), som er et godt mål for depresjon. En lavere skår hos Nadine her vil si at hun blir bedre og bedre.

Det er viktig at terapien har søkelys på Nadines tendens til å isolere seg. Det samme gjelder målet med å holde seg unna alkohol. Det kan gjøres ved at terapeuten hjelper Nadine til å registrere alkoholbruk og utforske hvordan atferden påvirker de plagsomme symptomene, funksjonen og livskvaliteten hennes.

### Avslutning

KAT er en meget veldokumentert samtalerapi og har effekt på en rekke psykiske lidelser. Den er spesielt godt undersøkt for angst og depressive lidelser, ikke bare når det gjelder å komme seg ut av en depresjon, men også det å forebygge nye episoder. Teorien bak KAT er relativt lett å lære, mens det viser seg å være noe vanskeligere med den praktiske gjennomføringen. Det er viktig at terapeutene kan prinsippene bak KAT veldig godt for å kunne lære pasienten å bli sin egen terapeut. ✘

### Referanser

- Andreassen, O., Malt, U., Malt, E. & Melle, I. (2020). *Lærebok i psykiatri: basisversjon*. 1. utgave. Gyldendal.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A.T. & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. I A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Red.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (s. 21–36). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4_2)
- Beck, J.S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Berge, T. & Repål, A. (2022). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior research and therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Grande, M. & Jensen, L.H. (2016). *Kognitiv terapi ved psykose*. Universitetsforlaget.
- Greenberg, D & Padesky, C.A. (1995) *Mind over mood*. Guildford.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
- Jauhar, S., Laws, K.R. & McKenna, P.J. (2019). CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychology Medicine*, 49(8), 1233–1236. <https://doi.org/10.1017/s0033291718004166>
- Laws, K.R., Darlington, N., Kondel, T.K., McKenna, P.J. & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia – outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>
- Martinsen, E.W., Røssberg, J.I., Falkum, E. & Haavet, O.R. (2021). *ABC i kognitiv terapi: startbok for helsearbeidere*. Fagbokforlaget.
- McKenna, P., Leucht, S., Jauhar, S., Laws, K. & Bighelli, I. (2019). The controversy about cognitive behavioural therapy for schizophrenia. *World Psychiatry*, 18(2), 235–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20636>
- Monteleone, A.M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C.M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., . . . Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2022.104857>
- Pavlov, I.P. (1928). Conditioned reflexes in dogs after destruction of different parts of the cerebral hemispheres. I I.P. Pavlov & W.H. Gantt (Trans.), *Lectures on conditioned reflexes: Twenty-five years of objective study of the higher nervous activity (behaviour) of animals* (pp. 97–98). Liver-wright Publishing. <https://doi.org/10.1037/11081-005>

- Ray, L.A., Meredith, L.R., Kiluk, B.D., Walthers, J., Carroll, K.M. & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17--37. <https://doi.org/10.1007/BF01173502>
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Appleton-Century.
- Springer, K.S., Levy, H.C. & Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1 - 8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Turner, D.T., van der Gaag, M., Karyotaki, E. & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 523 - 538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 781-801 DOI: <https://doi.org/10.52734/CHIQ3716>

# Metakognitiv terapi

Henrik Nordahl<sup>1</sup>, Odin Hjemdal<sup>1</sup>, Sverre U. Johnson<sup>2, 4</sup>, Hans M. Nordahl<sup>3</sup><sup>1</sup>Institutt for psykologi, NTNU<sup>2</sup>Psykologisk institutt, UiO<sup>3</sup>Institutt for psykisk helse, NTNU<sup>4</sup>Modum Bad

## Sammendrag

Metakognitiv terapi (MKT) ble utviklet av Adrian Wells og er basert på *Self-Regulatory Executive Function* (S-REF)-modellen, ofte kalt den metakognitive modellen for psykologiske lidelser. Den metakognitive modellen antar at symptomer på psykologiske lidelser vil avta gjennom en prosess av naturlig selvregulering. Imidlertid kan denne prosessen blokkeres av et *kognitivt oppmerksomhetssyndrom* (KOS). Det består av bekymring/grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessig mestringsatferd, som fører til forlengelsen av emosjonelle vansker. KOS er under påvirkning av et metakognitivt kontrollsystem, og skjevheter i metakognitive antakelser lagret i dette systemet er antatt å være den sentrale mekanismen underliggende KOS, og derav psykologiske lidelser generelt. MKT ble spesielt utviklet for å oppnå metakognitiv endring og bedre selvregulering ved å bruke et sett med transdiagnostiske behandlingsteknikker og prosedyrer. I denne artikkelen presenterer vi MKT, dens fundament og sentrale kjennetegn. Vi presenterer kort noe av empirien som støtter den metakognitive modellen og behandlingen, og hvordan MKT kan anvendes i et kasus kalt Nadine.

*Nøkkelord:* metakognitiv terapi, MKT, metakognisjon, KOS

**KONTAKT** henrik.nordahl@ntnu.no

### INTERESSE-KONFLIKTER

Kursholder MCT masterclass: HN, OH, SUJ, HMN. Styremedlem Norsk Forening for Metakognitiv terapi: SUJ, HN. Medeier i MCT Institute Ltd: HMN.

**FAGFELLEVDERT**

Metakognitiv terapi (MKT) har blitt omtalt som en innovativ behandlingstilnærming helt i fronten av utviklingen innen klinisk psykologi, og en tilnærming som markerer en betydelig endring i hvordan vi skal forstå og behandle psykiske lidelser (Schweiger et al., 2019). I denne artikkelen presenterer vi kort den metakognitive modellen og behandlingen og noe av dens empiriske grunnlag, og vi viser hvordan metoden kan anvendes i behandling av kasuset Nadine.

### Teori og menneskesyn

MKT er basert på en teoretisk modell kalt *Self-Regulatory Executive Function* (S-REF) -modellen, som er en metafor for sinnets arkitektur og beskrivelse av hvordan selvregulering resulterer fra et samspill mellom ulike kognitive nivåer og deres respektive funksjon. S-REF-modellen ble utviklet av Adrian Wells og Gerald Matthews mot slutten av 1980-tallet (Wells & Matthews, 1994), og den nyeste versjonen benevnes ofte som den metakognitive modellen for psykologiske lidelser (Wells, 2019). På mange måter er det et unikt kjennetegn ved MKT at utviklingen av metoden var basert på en forutgående psykologisk teori utviknet fra kognitiv psykologi og basal psykologisk forskning, ettersom de fleste psykologiske behandlingsmetodene har oppstått i klinisk virke og senere blitt forsøkt forankret i teoretiserte mekanismer for endring.

Utgangspunktet for utviklingen av S-REF-modellen var at Wells og Matthews ble opptatt av at selvfokuserte oppmerksomhetsprosesser var karakteristiske for psykologiske lidelser. De begynte å stille spørsmål rundt hva innholdet i selvfokusert oppmerksomhet var (se Capobianco & Nordahl, 2023). De hadde en hypotese om at det var topp-ned-styrte selvreguleringsstrategier (planer og mestringsmåter) som var sentrale mer enn bunn-opp-styrte prosesser (sensoriske, emosjonelle, assosiative), og de ble opptatt av hvilke mekanismer som virket inn og skapte individuelle forskjeller i selvregulering.

De argumenterte for at selvfokusert oppmerksomhet var en markør for et *kognitivt oppmerksomhetssyndrom* (KOS) bestående av en persevererende og negativ tenkestil, strategisk oppmerksomhetsbruk rettet mot trusler, og atferd som forhindrer oppdagelsen av kognitiv kontroll eller erfaring med å kunne tåle følelser og tanker uten at man trenger å håndtere dem på noen spesiell måte. Med andre ord blokkerer KOS mer spontan selvregulering og tilfriskning som er iboende i oss fra naturens side. *Hvordan* en tenker (kognitiv stil), er derfor viktigere enn *hva* man tenker (innholdet i

tankene), og responsen på negative tanker og følelser heller enn innholdet i dem er av sentral viktighet for å forstå psykologiske lidelser.

Videre argumenterte Wells og Matthews (1994) for at KOS er knyttet til og påvirket av underliggende *metakognisjon*. Metakognisjon referer til strukturer, innhold og prosesser som er involvert i monitorering, vurdering og regulering/kontroll av kognisjon. I den metakognitive modellen skiller man mellom ulike nivåer av kognisjon, der et *metakognitivt kontrollsystem* monitorerer og påvirker et *kognitivt system* bestående av vår kognitive stil og innholdet i bevisstheten vår (for eksempel KOS). Innholdet i det metakognitive kontrollsystemet i form av prosedural og deklarativ metakognitiv kunnskap er derfor sentralt for *kognitiv stil*, som igjen er en nærmere påvirkningsfaktor på følelser og ulike symptomer. Den metakognitive modellen er beskrevet i detalj av Wells (2009, 2019).

Med det metakognitive perspektivet følger en ny måte å forstå og behandle psykologiske lidelser med hovedfokus på mental regulering og kognitiv kontroll på tvers av diagnoser og tilstandsbilder forankret i en forståelse av at alle mennesker har en iboende evne til refleksiv selvregulering og tilfriskning. Den metakognitive modellen foreslår at 1) lidelser er mer like enn ulike; 2) transdiagnostiske prosesser er viktigere enn innholdet i tanker/følelser; 3) psykologiske lidelser er ikke et resultat av manglende ferdigheter eller svekkelser, eller et resultat av selv-antakelser, assosiative hukommelsesnettverk eller ubevisste prosesser; 4) det er topp-ned-styrte strategier som opprettholder psykologiske lidelser; og 5) gitt de første fire punktene vil et sett med like intervensjoner være effektivt i behandling av en rekke ulike lidelser.

### Utløser og opprettholdere

Den metakognitive modellen foreslår at symptomer naturlig vil avta av seg selv, men at aktivisering av KOS knyttet til skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet kan blokkere denne prosessen og dermed føre til at de vedvarer. Det kognitive oppmerksomhetssyndromet består av tre kategorier av topp-ned-styrte selvreguleringsstrategier: 1) tenkestil (for eksempel bekymring, grubling, selvkritisk tenkning); 2) trusselmonitorering og rigid selvfokusert oppmerksomhet (for eksempel vaksomhet for traumeminner/tvangstanker, årvåkenhet for ytre trusler) og 3) uhensiktsmessige atferdsstrategier (som unngåelse, kontroll av følelser). To viktige subkategorier av metakognitiv kunnskap er involvert i aktiveringen og opprettholdelsen av KOS. Positive metakognitive antakelser (for

eksempel «bekymring gjør meg forberedt»; «å følge med på mulige farer holder meg trygg») omhandler fordeler ved KOS-strategier og disponerer individet til å aktivere KOS for å håndtere følelser, tanker og trusler. Negative metakognitive antakelser (for eksempel «bekymring er ukontrollerbart»; «noen tanker er spesielt viktige»; «mine reaksjoner og følelser er unormale») omhandler hvordan kognisjon og indre opplevelser er ukontrollerbare eller farlige/skadelige/viktige, eventuelt at de indikerer at kognisjonen på noen måte er skadet eller defekt. Negative metakognitive antakelser fører til redusert tro på og motivasjon for å utøve direkte mental kontroll over tenkning. Dette kan videre føre til at kognisjon i seg selv oppleves som en trussel for individet.

KOS-elementer som bekymring/grubling er normale prosesser. Det er mer mengden og rigiditeten av disse som er sentrale i opprettholdelsen av psykologiske lidelser. Frekvensen og varigheten/rigiditeten av KOS knyttes igjen til styrken av overbevisning om dysfunksjonelle metakognitive antakelser, men også til kombinasjonen av dem. For eksempel er det vanlig at KOS blir persevererende når en person har både positive og negative metakognitive antakelser om den samme strategien («bekymring gjør meg trygg» og «bekymring kan føre til at jeg mister kontrollen»).

Et annet sentralt metakognitivt element for å forstå opprettholdelsen av psykologiske vansker er *meta-bevissthet*. Meta-bevissthet refererer til en mental tilstand i form av evnen til å betrakte sin egen kognisjon, men også til metakognitiv kunnskap om sammenhengen mellom metakognitive strategier og konsekvensene de får. Ett eksempel kan være kunnskap om at grubling har følelsesmessige konsekvenser ved at det forsterker tristhet og/eller sinne, og kognitive konsekvenser i form av å aktivere flere negative tanker. Noen lidelser som depresjon, sosial angst og personlighetsforstyrrelser er assosiert med redusert metabevisthet. I så tilfelle er det et viktig behandlingsmål å øke den metakognitive bevisstheten til pasienten, slik at man kan gjenkjenne ulike former for kognisjon og skille mellom hva som er spontan indre erfaring, og hva som er respons på disse. Målet er å kunne finne andre mer adaptive måter å forholde seg til sin spontane indre erfaring på.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Målet i MKT følger naturlig ut fra forståelsen av hva som låser personer i tilstander av vedvarende negative følelser: 1) behandling bør fjerne KOS (avbryte bekymring, trusselmonitorering, uhensiktsmessig mestring) og 2) modifisere dysfunksjonell metakognitiv kunn-

skap (for eksempel å oppdage at bekymring ikke er hjelpsomt eller ukontrollerbart/farlig) (Wells, 2009). Tar vi utgangspunkt i at psykologiske lidelser er mer like enn ulike, og at KOS og metakognisjon er transdiagnostiske mekanismer, er det naturlig å anta at de samme stegene og intervensjonene vil være hjelpsomme på tvers av lidelser. Rekkefølgen som disse elementene utføres i, bygger på det som er sentralt i S-REF-modellen og på forståelsen av hvordan de ulike mekanismene i lidelse henger sammen. Metakognitiv terapi for angst og depresjon gjennomføres typisk i løpet av 8–12 behandlingstimer, og stegene i behandlingen er som følger:

1. Utforme en individuell kasusformulering og sosialisering
2. Introdusere frakoblet oppmerksomhet / oppmerksomhetstrening
3. Modifisere negative metakognitive antakelser og redusere persevererende tenkning og trusselmonitorering
4. Endre uhensiktsmessig mestringsatferd
5. Modifisere positive metakognitive antakelser
6. Oppsummere / forebygge tilbakefall

En metakognitiv kasusformulering vektlegger hvordan metakognitive mekanismer (metakognitive antakelser og KOS) opprettholder symptomer og emosjonelle vansker. Sentralt i dette arbeidet er differensieringen mellom symptomer/emosjoner/triggertanker (som er normale og spontane reaksjoner), våre selvreguleringsstrategier (KOS) og antakelser om vår indre opplevelse og selvreguleringsstrategier (metakognisjon). Videre er det sentralt å vise pasientene hvordan metakognitive antakelser kan gi opphav til uhensiktsmessige selvreguleringsstrategier (KOS), som så kan opprettholde symptomer og plager. Et konkret eksempel på det er en metakognitiv antakelse om at man ikke har kognitiv kontroll («bekymring er ukontrollerbart»). Det gjør at man i mindre grad forsøker å avbryte bekymringsprosessen enn om man trodde man hadde kontroll over den.

Videre kan vi hjelpe pasientene til å oppdage at noen KOS-strategier følger som «logiske handlinger» gitt at man strever med effektiv regulering av bekymring/grubling, som så knyttes til metakognitive antakelser. Et eksempel på dette er at mange pasienter med sosial fobi kan unngå sosial interaksjon, noe som ofte er knyttet til overdreven og vanskelig å kontrollere bekymring i forkant av det sosiale møtet, som igjen knytter seg til antakelser om at bekymringen både er en god forberedelse og samtidig vanskelig å avbryte / truende. Målet i sosialiseringprosessen er å hjelpe

pasientene til å oppdage at det er de dysfunksjonelle metakognitive antakelsene og de resulterende selvreguleringsstrategiene som er problemet, heller enn innholdet i tanker om seg selv og emosjoner/reaksjoner.

De ulike nivåene av kognisjon medfører at tanker kan erfares i ulike «modus», som en refleksjon av den man er eller av virkeligheten (*objekt-modus, for eksempel «Henrik er rar»*), eller som en tanke i sinnet uavhengig av selvet og den ytre verden (*meta-modus, for eksempel Henrik har tanken «Henrik er rar»*). Denne forståelsen henger sammen med *meta-bevissthet*, som tidligere nevnt. I MKT er vi opptatt av at pasientene skal innta et metamodus-perspektiv på tankene sine og slik erfare at de har et handlingsrom og fleksibilitet når det gjelder hvordan de kan respondere på dem. Dette er viktig for å koble seg fra KOS og oppdage hvor mye kognitiv kontroll de har (adresserer metakognisjon om ukontrollerbarhet) samt «tankens kraft» (adresserer antakelser om fare/viktighet av tanker).

Alle pasienter introduseres til *frakoblet oppmerksomhet* («detached mindfulness»), en mental tilstand de kan innta i møte med triggertanker. Strategien er utvunnet fra S-REF-modellen og er en motsetning til KOS. Frakoblet oppmerksomhet blir ofte misforstått av både pasienter og ferske terapeuter som en type teknikk eller et alternativt verktøy for å håndtere tanker/følelser. Imidlertid er dette en bevissthetstilstand hvor det frigis kognitive ressurser for refleksiv selvregulering samt et endringsvindu for å oppnå innholdsmessig endring i det metakognitive kontrollsystemet. Hvis man for eksempel inntar frakoblet oppmerksomhet i møte med en tvangstanke («jeg er smittet»), kan man erfare at det å tenke at man er smittet, bare er en tanke. Det er ikke det samme som at man faktisk er smittet (altså erfarer tanken i metamodus). Dette bryter med den metakognitive *fusjonsantakelsen* om at det å tenke noe er det samme som at det skjer / har skjedd / vil skje. Neste gang tanken aktiveres, vil pasienten sannsynligvis gjenkjenne den som en tanke og bli mindre engstelig, da en har «erfart på kroppen» (prosedural metakognitiv endring) at tanker om å være smittet bare er tanker (ny metakognitiv kunnskap).

Atferdsekspesimenter brukes mye i MKT. De er naturligvis rettet mot å endre metakognitive antakelser, ettersom det er disse (og ikke innholdet i antakelser om den man er, eller hva som kommer til å skje) som er sentrale for opprettholdelsen av psykologiske lidelser. Eksempler på metakognitive atferdsekspesimenter kan være: 1) utsette bekymring/grubling (for å teste metakognitiv antakelse om kontrollerbarheten av tenkning); 2) forsøke å overføre tanker til et objekt eller en annen person (teste metakognitiv antakelse om at tanker kan overføres mellom personer og objek-

ter); 3) «adaptiv sjekking» (sjekke om man for eksempel har kjørt på noen etter å ha tenkt det, for å se om dette er en tanke eller en refleksjon av virkeligheten); og 4) presse/øke bekymring (for å teste antakelsen om at bekymring kan føre til kontrolltap).

### Terapeutisk stil og generell etterlevelse

En god metakognitiv terapeut er som en fersken: myk og rund, men med en fast kjerne. Metaforen illustrerer at generelle terapeutferdigheter og en god interpersonlig stil ligger til grunn for hvordan vi møter våre pasienter. Samtidig har vi en grunnleggende forståelse av at lidelse er knyttet til topp-ned-styrte strategier som er under frivillig kontroll. Det gjør at vi «leser» våre pasienter som strategiske, men også alltid «i kontroll» over sin tenkning og atferd (selvfølgelig med unntak, som under sterk ruspåvirkning), selv om de som oftest ikke opplever det slik selv på grunn av lav meta-bevissthet og tilstedeværelsen av feilaktig metakognitiv kunnskap.

Terapeutens kjerneoppgave er å etablere en metakognitiv forståelsesramme av de opprettholdende faktorene for symptomer, å redusere KOS og å skape metakognitiv endring. For å oppnå dette må man inngå i en *metakognitiv dialog* med pasienten. Med metakognitiv dialog refererer vi til en sokratisk dialog hvor terapeuten jobber for å identifisere og problematisere KOS og tilhørende metakognitive antakelser, slik at pasienten kan oppdage på hvilken måte de er problematiske. Vi snakker for eksempel om effekten av det å bekymre seg heller enn om hva man bekymrer seg for, og om konsekvensene av å tro at bekymring er ukontrollerbart versus det å tro at man har fleksibel mental kontroll. Målet med en metakognitiv dialog er å føre pasienten inn i en metakognitiv modus hvor mental regulering blir det sentrale fokuspunktet for behandlingen og ikke hva man føler/tenker og bakgrunnen for det, eller utfordringer i livet.

Metakognitiv terapi kjennetegnes videre av at terapeuten kombinerer deklarativt og proseduralt endringsarbeid i alle intervensjonene. Det er forskjell på å kjenne igjen / forstå noe versus det å gjøre det (anvende ferdigheten). Med deklarativt mener vi forankret i verbal forståelse, mens proseduralt refererer til erfaringsbasert. Eksempelvis kan vi i sosialisering til modellen bruke sokratiske spørsmål for å oppdage sammenhenger (deklarativt arbeid; «*hva skjer med følelsene dine når du er på vakt*»), men vi kan også gjøre atferdsekspesimenter for å erfare effekten av strategier (for eksempel tankeundertrykkelse-eksperiment for å erfare at undertrykkelse av tanker kan føre til at de blir mer frekvente). Metaforer (deklarativt arbeid) brukes i introduksjonen av frakoblet oppmerksomhet

(«Hvis telefonen din ringer, hvilke valg har du da?») før vi går over til å oppdage den mentale tilstanden i praksis gjennom erfaringsbaserte øvelser som «fri assosiasjonsøvelsen» (proseduralt arbeid). Metakognitive antakelser adresseres deklarativt gjennom verbal utfordring («hvis du har klart å utsette bekymring, hva sier det om at bekymring er ukontrollerbart?») og ved bruk av erfaringsbaserte øvelser (atferdseksperiment med å starte/stoppe bekymringstenkning).

### Empirisk grunnlag

Det foreligger betydelig og voksende evidens for de foreslåtte sammenhengene mellom metakognisjon, metakognitive strategier (KOS) og symptomer på psykiske lidelser (f.eks. Cano-López et al., 2022; Johnson et al., 2018; Nordahl et al., 2023; Sun et al., 2017). Utviklingen av MKT har fulgt en stegvis progresjon og ble først utviklet for generalisert angstlidelse (GAD). Ved GAD er det gjennomført randomiserte kontrollerte studier hvor man har funnet at MKT er mer effektiv enn andre aktive tilnæringer, som progressiv avspenning (Wells et al., 2010), kognitiv terapi rettet mot intoleranse for usikkerhet (van der Heiden et al., 2012) og gullstandardvarianten av kognitiv atferdsterapi (KAT) (Nordahl et al., 2018). Blant pasientene som deltok i sistnevnte studie, fant man at 57 % som ble behandlet med MKT, var friske fra GAD ni år etter behandling sammenlignet med 38 % som ble behandlet med KAT (Solem et al., 2021). Per i dag er MKT for GAD en av de anbefalte behandlingene av National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2012).

Det finnes også betydelig evidens for at MKT er en god behandling for depresjon (nylig oppsummert av Wells og Nordahl, 2023). En norsk randomisert kontrollert studie med ventelistekontroll (Hagen et al., 2017) rapporterte om en innad-gruppe effektstørrelse fra før til etter behandling (ti timer) på 3.1 for Beck Depression Inventory, og 80 prosent av pasientene ble klassifisert som friske etter endt behandling. Tre år etter behandling sto disse resultatene seg (Solem et al., 2019), noe som er oppsiktsvekkende tatt i betraktning at depresjon ofte er en lidelse assosiert med betydelig tilbakefall. MKT har også vist seg som en mer effektiv behandling for depresjon sammenlignet med KAT i en randomisert kontrollert studie (Callesen et al., 2020).

Selv om det foreligger mest evidens for effekten av MKT for generalisert angstlidelse og depresjon, er metoden også utviklet for andre lidelser og er effektiv for posttraumatisk stresslidelse, sosial angstlidelse, helseangst, fødselsdepresjon og tvangslidelse (f.eks. Papageorgiou et al., 2018; Rochat et al., 2018). Metoden har dessuten en transdiagnostisk effekt i form av

å ha en parallell effekt på komorbide lidelser, ulike symptom-domener, selvfølelse og interpersonlige problemer (f.eks. Esbjørn et al., 2018; Hjemdal et al., 2019; Strand et al., 2023). En studie fant at MKT ga bedre effekt enn standard behandling for pasienter med langvarig angst og sammensatte lidelser (Johnson et al., 2017). Den nyeste metaanalysen på effekten av MKT konkluderer med at metoden potensielt er mer effektiv enn venteliste og kognitive atferdsterapeutiske metoder for angstlidelser og depresjon, men flere kontrollerte studier er nødvendig for å kunne si noe mer sikkert om dette (Normann & Morina, 2018).

De senere årene har man i økende grad startet med å evaluere anvendbarheten og effekten av MKT blant barn og ungdom. I en åpen studie fra Danmark (Esbjørn et al., 2018) fikk barn (7–13 år) med GAD gruppebasert MKT. Etter åtte gruppesamlinger var det 86 % av barna som ikke lenger oppfylte de diagnostiske kriteriene for GAD. Små studier er også gjennomført på barn/ungdom med PTSD (Simons & Kursawe, 2019), oppkastfobi (Simons & Vloet, 2016) og OCD (Simons, et al., 2006), og disse viser lovende resultater. Oppmerksomhetstrening, en metakognitiv endringsteknikk som skal gi bevissthet om og bedre utøvelse av kognitiv kontroll, har vist seg å være effektiv som metode for å fremme god selvregulering hos 5–6 år gamle barn, og indikerer at det metakognitive modellen kan tilby et nytt perspektiv på forebygging (Murray et al., 2018).

### Status i Norge

MCT-Institute tilbyr 2- og 3-åring utdanning i MKT («MCT Masterclass» level I og II). Utdanningen gir mulighet til å bli sertifisert som MCTI Registered® Therapist. Det er en beskyttet tittel som skal sikre at den enkelte terapeut har adekvat opplæring i metoden. Utdanningen finnes i flere land, og siden 2019 har forfatterne i samarbeid med Adrian Wells tilbudt en egen norsk versjon av utdanningen med årlig oppstart. Per i dag er det omtrent 300 norske MKT-terapeuter. Norsk Forening for Metakognitiv Terapi er opprettet som en egen norsk gren av MCT-Institute og skal jobbe for å ivareta etterlevelse og kompetanse i MKT.

### Kasus Nadine

#### Predisponerende faktorer

Den metakognitive modellen forklarer psykologiske lidelser som et resultat av påvirkningen fra skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet på tenkestil og selvregulering (KOS). Dysfunksjonell metakognitiv kunnskap er følgelig å anse som pre-

disponerende faktorer for psykologisk lidelse generelt. Et relevant, men mer åpent spørsmål er hva som skaper skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet. Foreløpig har vi ikke sikker kunnskap om dette, men negative barndomserfaringer er assosiert med utviklingen av dysfunksjonell metakognitiv kunnskap, og metakognitive antakelser medierer forholdet mellom negative barndomserfaringer og KOS og symptomer (Mansueto et al., 2019).

Nadine oppgis å ha tilbakevendende depresjons-symptomer, men også mer generelle vansker med emosjonsregulering. Hun sliter med frykt for å bli forlatt, selvhevdelse, relasjonelle utfordringer, negative selvantakelser og selvskading. Disse vanskene kan sannsynligvis forstås i lys av hennes temperamentsstil som barn og hvordan hun da ble møtt av foreldrene og etter hvert jevnaldrende. I en metakognitiv forståelsesramme er vi opptatt av å sortere hva vi forstår som eksterne faktorer, reaksjoner (spontan indre opplevelse som tanker/følelser), selvreguleringsstrategier og metakognitive antakelser. For noen pasienter, spesielt når det er snakk om sammensatte vansker og relasjonelle utfordringer / personlighetsvansker, kan det være nyttig å forstå sammenhengen mellom disse komponentene over tid. Vi vet ikke noe om hvor viktig dette er for Nadine, men det vil være en oppgave for den metakognitive terapeuten å finne ut av. Målet er å normalisere indre opplevelser og prosesseringsstil/atferd, gitt det Nadine har opplevd. Samtidig jobber man for å få en felles forståelse av hva som bør være fokus og mål for terapien nå i dag. Som et konkret eksempel oppgis at Nadine lærte seg å stenge av følelsene sine. Selv om dette er å forstå som et uttrykk for KOS i den metakognitive modellen, er det en forståelig strategi for et barn som ikke har bedre reguleringsmuligheter som støtte i foreldrene. Likevel vil dysfunksjonell metakognitiv kunnskap kunne etableres i forlengelsen av strategien. Forsøk på å kontrollere følelser gjør at man kommuniserer til det metakognitive kontrollsystemet at følelser er farlige/truende (metakognitiv kunnskap). Når følelser senere aktiveres, vil det metakognitive kontrollsystemet oppfatte disse som en trussel og disponere for KOS (f.eks. at Nadine har benyttet strategiene selvskading, alkohol og unnvikelse) for å regulere dem. Dette kan føre til forsterkning av negative følelser eller andre symptomatiske eller livsbegrensende konsekvenser for Nadine.

Selv om historien og livserfaringene til Nadine gir kontekst til KOS-strategiene, tenker vi at eksterne og historiske faktorer i seg selv ikke styrer tenkestilen og selvreguleringen hennes. I den metakognitive forståelsesrammen er alle strategiene til Nadine funksjonelle, topp-ned-styrte og under frivillig kontroll, men

de påvirkes av metakognitive faktorer, som Nadines metakognitive antakelser, metabevissthet og planer/mål for prosessering. Uavhengig av hva vi har med oss i bagasjen og hvilke ytre stressbelastninger vi står i, kan vi ta kontroll over selvreguleringen her og nå, som igjen har betydning for hvordan vi oppfatter oss selv, andre/verden og fremtiden. Det er viktig at man som metakognitiv terapeut evner å romme Nadines historie, men samtidig fokuserer på nåværende selvreguleringsstrategier. Med mer adaptiv kognitiv kontroll og selvregulering kan Nadine bli mer robust. Det er ikke fortiden eller ytre faktorer i livet som styrer hvordan hun forholder seg til sin indre opplevelse.

### Opprettholdende faktorer

Metakognitive antakelser og KOS opprettholder vanskene som Nadine strever med. En grundig sosialisering prosess hvor terapeuten introduserer den metakognitive forståelsesrammen, er viktig for å hjelpe Nadine til å skille mellom hva hun ikke har kontroll over (spontane reaksjoner), hva som er opprettholdende strategier under hennes frivillige kontroll og derav må reduseres (KOS), og hva som er antakelser om indre opplevelse og KOS, som må modifiseres i terapien for at hun skal kunne forholde seg mer konstruktivt til sin indre opplevelse (metakognisjon). Forståelsen av sammenhengen mellom disse faktorene og differensieringen av dem er en del av Nadines meta-bevissthet. Videre må Nadine oppdage forskjellen på de negative tankene hun har om seg selv (f.eks. «jeg er svak»), og den hun er som person (jeg har tanker om å være svak – og kan velge hvordan jeg vil forholde meg til disse).

Relevante eksempler på Nadines *kognitive oppmerksomhetssyndrom* (KOS) når det gjelder tenkestil, er: bekymring for å bli forlatt, bekymring for tristhet / depresjon / nye depressive episoder, for å ikke fungere i jobben, for at mannen vil bli lei, for å ikke få det bedre, grubling på / analysering av hvorfor hun er trist, hvordan få det bedre, på det som har skjedd, om det er noe galt med henne, og selvkritikk. Det kommer ikke frem noen konkrete eksempler på trusselmonitorering, så dette må utforskes videre. Det kan være at Nadine er overdrevent vaktstom overfor sine egne følelser, og/eller at hun i interaksjon med andre er vaktstom for tegn på at hun blir mislikt eller står i fare for å bli kritisert/avvist. Eksempler på atferdsstrategier er å kontrollere følelser og tanker, bruke alkohol for å dempe følelser/tanker, selvskading, støtte seg på andre (for å regulere tanker/følelser), inngå i kortvarige forhold, være passiv, distrahere seg, unngå sosiale situasjoner inkludert jobb, ikke hevde seg selv, bli stille i konflikter



samt søke trygging hos nære. Selv om det ikke kommer tydelig frem i beskrivelsen, kan det å fastholde negative antakelser om sin mulighet for bedring også være et eksempel på en atferdsstrategi, noe som bør undersøkes nærmere i samtaler med Nadine.

De metakognitive antakelsene til Nadine blir ikke presentert direkte i beskrivelsen. En viktig oppgave for en MKT-terapeut vil være å avdekke metakognitive antakelser, ettersom det nettopp er disse som antas å ligge til grunn for Nadines KOS. I figur 1 har vi gitt noen eksempler på metakognitive antakelser som kan være relevante hos Nadine. KOS-strategiene hennes indikerer at hun har negative metakognitive antakelser, ettersom hun bruker strategier for å holde følelser/tanker unna (sannsynligvis relatert til metaantakelser om at indre opplevelse er farlig/truende, f.eks. «sterke følelser er farlige») og positive antakelser om fordelene med disse strategiene (f.eks. «hvis jeg kontrollerer følelsene mine, slipper jeg å bli mer nedstemt»). Nadine «føler seg fanget i en trist stemning» og tenker at hun er «mislykket/svak», og at det er noe «galt med henne». Denne informasjonen indikerer at Nadine opplever lite kontroll over egne symptomer og vansker. Dette kan være et uttrykk for metakognitive antakelser om ukontrollerbarheten av tenkning, og også antakelser om vanskene sin forankring, som ofte er av metakognitiv natur. Mange pasienter har antakelser om at depresjon og andre følelsestilstander styres av biologiske, kjemiske eller ytre faktorer – noe som reflekterer en type negativ metakognitiv kunnskap som blokkerer for endring og motivasjon. Hvis Nadine tror at vanskene hennes skyldes faktorer hun ikke kan påvirke, er det ikke rart at hun opplever at det er «vanskelig å tro at noe skal bli annerledes og bedre». Nadine skammer seg for å oppsøke hjelp, men hun tenker at terapi er verdt å prøve. Det er derfor viktig å undersøke om Nadine kjenner på ambivalens til endring/bedring, noe som gjerne knyttes til metakognitive «blokkeringsantakelser» (f.eks. «min depresjon er biologisk [og derfor kan jeg ikke endre på noe]») eller en overbevisning om motstridende metakognitiv kunnskap på en og samme tid («grubling gir meg svar» og «grublingen min forhindrer at jeg fungerer»).

### Mål for terapien

Langsiktige målsettinger for Nadine vil være at hun skal bli frisk fra sine emosjonelle vansker, og at det skal gi utslag i god arbeidsevne og mindre relasjonelle utfordringer. For å kunne oppnå dette må man fjerne KOS og modifisere de tilhørende metakognitive antakelsene.

Delmål mot dette er å hjelpe Nadine til å se vanskene i et metakognitivt rammeverk. Det vil si å formulere og forstå hennes ambivalens og reduserte tro på endring, å bli enig med henne om at den metakognitive forståelsesrammen er relevant for videre samarbeid, og om de målene som naturlig kommer av forståelsen om hva som opprettholder vanskene hennes. Når dette er etablert, vil terapeuten jobbe for å øke Nadines meta-bevissthet om tanker og introdusere henne for nye måter å erfare og respondere på tanker/følelser på (frakoblet oppmerksomhet og utsettelse av bekymring/grubling), utfordre metakognitive antakelser om ukontrollerbarhet og fare, hjelpe henne til å redusere bruken av uhensiktsmessige mestringsstrategier, modifisere positive metakognitive antakelser, og til slutt oppsummere hva hun har lært og oppdaget gjennom terapiforløpet.

### Sentrale intervensjoner

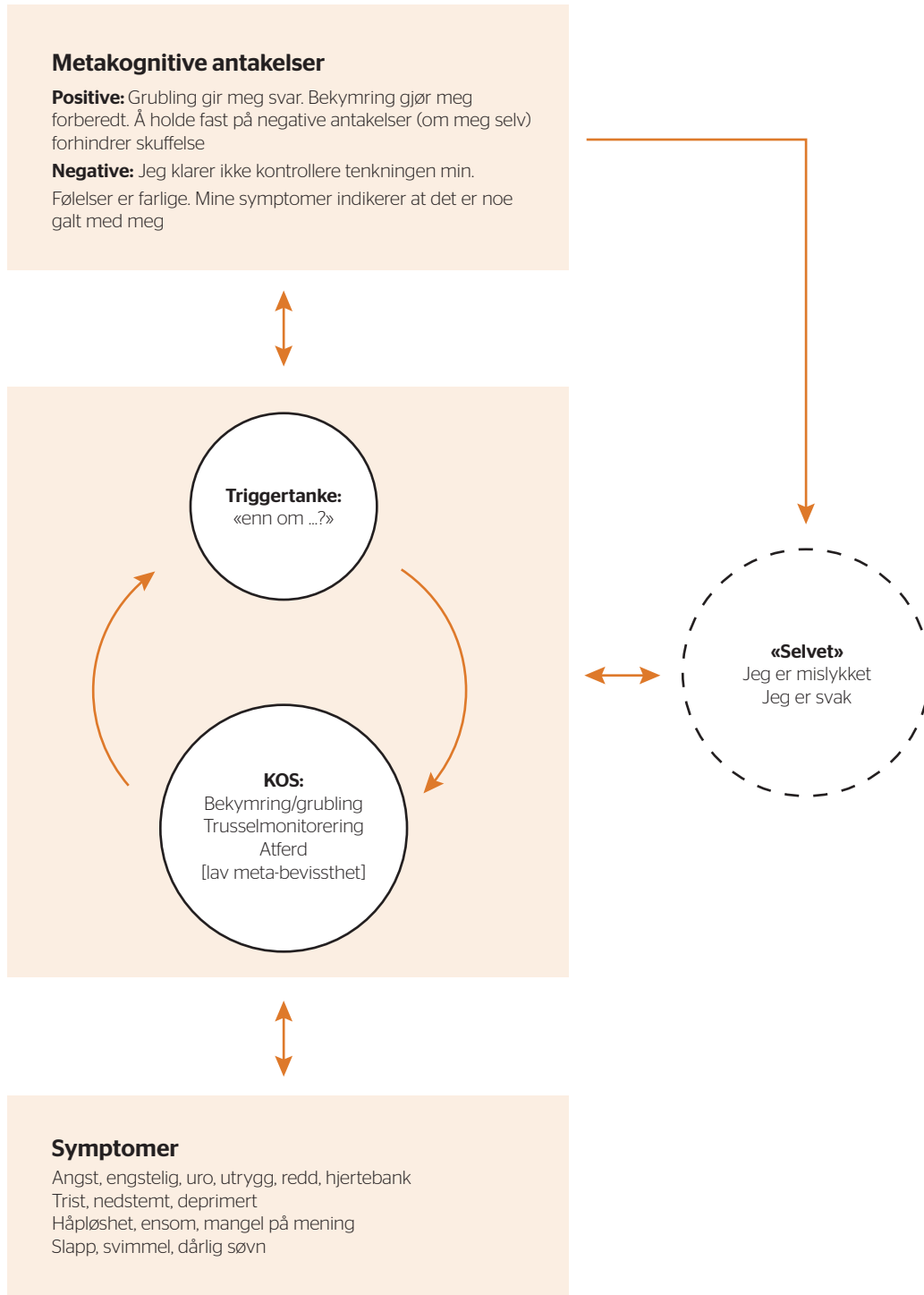
**Kasusformulering:** Figur 1 gir et eksempel på en kasusformulering som er basert på informasjonen som presenteres om Nadine, men hvor vi også har antatt hva som er typiske metakognitive antakelser knyttet til KOS-strategiene som er lagt frem. Modellen er et utgangspunkt for å danne en felles forståelse med Nadine om at det er metakognitive antakelser og KOS-strategier som opprettholder symptomene og funksjonsvanskene hennes, og som vi derfor må jobbe med i terapien.

**Introdusere frakoblet oppmerksomhet:** I forlengelsen av sosialiseringen vil terapeuten introdusere frakoblet oppmerksomhet til Nadine som en alternativ respons til KOS i møte med triggertanker. Dette kan gjennomføres ved for eksempel «fri assosiasjonsoppgaven», hvor terapeuten sier ord som skal vekke tanker hos Nadine, og hvor Nadine får i oppgave å være bevisst tankene, men velge å ikke respondere på dem. Når Nadine erfarer at hun kan innta frakoblet oppmerksomhet i møte med tanker, kan terapeuten repetere øvelsen, men denne gangen ved å bruke ladete ord (eksempelvis «svak», «defekt», «konflikt») for å teste om hun også kan møte triggertanker (spontane negative tanker) utløst av de ladete ordene med frakoblet oppmerksomhet. Målet er å hjelpe Nadine til å innta et metakognitivt modus i møte med tanker, å redusere tiden som brukes til KOS-strategier, samt å teste metakognitive antakelser (for eksempel ved å utsette grubling i forlengelsen av triggertanker til et fastsatt tidspunkt senere på dagen for å teste om hun har kontroll over tenkningen sin).

**Modifisere metakognitiv kunnskap:** Nadine oppgir at hun bruker tid på bekymring og grub-

Figur 1

Metakognitiv kasusformulering for Nadine



*Merknad.* Modellen illustrerer forholdet mellom metakognitive antakelser og strategier, og symptomer.

ling som sannsynligvis opprettholder og forsterker symptomer som angst og nedstemthet. Grunnen til at Nadine benytter disse tenkestilene til tross for konsekvensene, er trolig det at hun har en metakognitiv antakelse om at bekymring/grubling er utenfor hennes kontroll, altså at hun ikke har evnen til å redusere aktiviteten. Metakognitive antakelser om at grubling/bekymring er ukontrollerbart, kan eksempelvis utfordres verbalt. En måte å gjøre det på er å sette opp bevisene Nadine har for og imot at denne antakelsen er riktig. Som terapeut kan man også komme med eksempler som motbeviser antakelsen (f.eks. «*kan du starte grubling, og hvis ja – hva sier det om kontrollen du har?»*), samt utfordre bevisene for antakelsen («*du har bekymret deg hele livet, men er det et godt bevis for at du ikke har kontroll? Er det andre aktiviteter du har gjort hele livet, men som du allikevel har kontroll over?»*). Når en oppsummerer bevisene for og imot, blir ofte konklusjonen at tenkning ikke kan være helt ukontrollerbart. Det er et godt utgangspunkt for erfaringsbaserte intervensjoner, hvor man tester antakelsen i praksis. Nadine kan teste hvor mye mental kontroll hun har via utsettelse av bekymring/grubling, eller terapeuten kan initiere eksperimenter i og utenfor terapirommet med å starte/stoppe tenkning.

**Redusere uhensiktsmessig mestring:** Det virker som Nadine trekker seg unna når ting blir vanskelig, en strategi som sannsynligvis bidrar til lav tro på seg selv, negative følelser og interpersonlige problemer. Når Nadine har fått bedre innsikt i spontane reaksjoner og modifisert eventuelle metakognitive antakelser om at indre opplevelser kan være truende (for eksempel at det er vanlig å kjenne seg nervøs i ukjente situasjoner, og at det ikke er et problem), kan man begynne arbeidet med mer konkret atferdsendring. En god intervensjon for å oppnå dette er å gjøre en såkalt fordeler og ulemper-analyse av en KOS-strategi, eksempelvis det med å trekke seg unna sosiale situasjoner. Da kan man bruke et enkelt skjema med to kolonner, hvor Nadine setter opp fordelene knyttet til strategien (f.eks. «*reducerer ubehag*») i den ene kolonnen og ulempene i den andre (f.eks. «*fører til at jeg føler meg svak*»). Terapeuten kan bidra til å belyse alle ulemper og konsekvenser, samt utfordre nytten av strategien (nært knyttet til positive metakognitive antakelser), eksempelvis ved å fokusere på kortvarig gevinst versus langvarig konsekvens («*kanskje føler du deg bedre der og da, men hva skjer med selvfølelsen din om du fortsetter slik?»*). Denne bevisstgjøringen, i kombinasjon med redusert frykt for indre opplevelse og økt erfaring med å utøve kognitiv kontroll i møte med triggertanker og følelser, gir et godt utgangspunkt for mer konkret atferdsendring (for eksempel å stå opp for seg selv).

**Tilbakefallsforebygging og «gammel og ny plan»:** Et terapiforløp avsluttes vanligvis ved at man lager en «gammel og ny plan». Det skal være en oppsummering av hva som tidligere opprettholdt psykologiske vansker, og hva man har lært i terapien som er bedre måter å møte triggertanker på, og som kan være en støtte i tiden etter behandling. Figur 2 viser et eksempel på en slik «gammel og ny plan» for Nadine.

### Hvordan vurdere om endring?

Endring bør optimalt komme til uttrykk i endret atferd, som mindre fravær fra jobb og en bedre interpersonlig fungering. Ved siden av slike konkrete utfallsmål er vi i metakognitiv terapi opptatt av å vurdere og monitorere utviklingen av symptomene og hvordan de samvarierer med metakognitive mekanismer (KOS og metakognisjon) gjennom terapiforløpet. Til dette formålet brukes ulike selvrapporeringsskjema. I tillegg til generelle symptommål er det utviklet spesifikke time-til-time-skjema for ulike tilstandsbilder (Wells, 2009) som brukes i starten av hver terapitime. Skjemaene gir oss informasjon om endring i symptomutvikling, KOS og metakognisjon. Vi ser på disse komponentene i parallell og i sammenheng med det som har vært innholdet i terapiforløpet og hjemmeoppgaver mellom timer frem til nå.

Ved siden av spørreskjema er vi også opptatt av pasientens egenrapportering rundt selvregulering i relevante situasjoner. For Nadine virker det som at hun har aktivert KOS i møte med for eksempel depresjonsfølelse/tristhet og konfliktsituasjoner. I terapien blir det viktig å vurdere om Nadine klarer å møte slike triggere og ytre stressbelastninger uten noen form for KOS-aktivering. Det vil være en sterk indikator på om den underliggende metakognitive kunnskapen (som «*jeg kan ikke kontrollere tenkningen min når jeg er under press*») har endret seg. Når hun ikke lenger aktiverer KOS til tross for høy ytre stressbelastning eller når hun er i kontakt med (sterk) indre opplevelse, er det en god indikator på at hun ikke lenger har en «lidelse», som i MKT-perspektivet er mer knyttet til dysfunksjonell metakognitiv kunnskap enn symptomer/følelser/tanker i seg selv.

### Avslutning

Alle indre opplevelser som følelser og tanker er naturlige reaksjoner. De kan være ubehagelige, men utgjør ingen trussel for oss, og vil naturlig avta dersom iboende tilhelingsprosesser ikke blir forstyrret. Metakognitiv terapi er fundert i en forståelse som vektlegger at pasienter som har utviklet ulike psykiske lidelser,

Figur 2

Et eksempel på «gammel og ny plan» for Nadine

Gammel plan	Ny plan
<p><b>1) Tenkestil:</b> Bekymringstenkning Grubling/analysering Selvkritikk Skamme meg Selvmordstenkning</p> <p><b>2) Trusselmonitorering:</b> Innovendt fokus mot mine følelser, energinivå, og negative tanker Vaktsom overfor andres fremtreden og blikk</p> <p><b>3) Atferd:</b> Selvskading Alkohol Være passiv, unngå Ikke si ifra, trekke meg unna Ikke kommunisere behovene mine Distrahere meg vekk fra tanker og følelser Holde fast på negative tanker om meg selv</p>	<p><b>1) Tenkestil:</b> Møte triggertanker med «passiv respons», redusere perseverende tenkning til et minimum</p> <p><b>2) Trusselmonitorering:</b> Fokusere utover på det som skjer, også når jeg kjenner meg nedstemt Bruke oppmerksomheten fleksibelt for å innhente «balansert informasjon»</p> <p><b>3) Atferd:</b> Tanker og følelser er helt ufarlige for meg De kan få komme og gå som de vil, uten at jeg trenger å regulere dem på noen måte Stå opp for meg selv, si ifra. Tørre å være meg selv</p>
<p><b>Kort oppsummering av hva du har lært:</b> Jeg er ikke mine tanker og følelser, og tankene/følelsene mine er ikke en trussel for meg. Uansett hva jeg føler og tenker, kan jeg velge hvordan jeg forholder meg til det. Det er min respons på tanker/følelser som er viktig for den psykiske helsen min.</p>	

strever med selvregulering. Det kan for eksempel være bekymring og rigid oppmerksomhet i møte med indre opplevelser og ytre stressorer. Vanskene med selvregulering er uttrykk for et *kognitivt oppmerksomhetssyndrom* som er forankret i underliggende dysfunksjonell metakognisjon. Målet i MKT er derfor bedre selvregulering gjennom å endre metakognitiv kunnskap. Den metakognitive modellen og behandlingen er transdiagnostisk, der man antar at et sett med metakognitive intervensjoner vil være hjelpsomme for ulike lidelser. Målet er mer effektiv selvregulering, uavhengig av innholdet i tanker og følelser. Behandlingsmetoden har en solid teoretisk og empirisk forankring, og effekten av terapien kommer raskt, noe som muliggjør korte behandlingsforløp. Det er fortsatt behov for å evaluere hvor anvendelig og effektiv metoden er i behandling av barn og unge og ovenfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser. ✘

## Referanser

- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C. & Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Scientific Reports*, 10(1), 7878. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>
- Cano-López, J.B., Garcia-Sancho, E., Fernández-Castilla, B. & Salguero, J.M. (2022). Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 367-392. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10260-2>
- Capobianco, L. & Nordahl, H. (2023). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(1), 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.002>
- Esbjørn, B.H., Normann, N., Christiansen, B.M. & Reinholdt-Dunne, M.L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L.E. O., Nordahl, H.M., Fisher, P. & Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized

- Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L.E. O., Ryum, T., Nordahl, H.M. & Wells, A. (2019). Metacognitive therapy in major depression: an open trial of comorbid cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.006>
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M., Ulvenes, P.G., Vrabel, K. & Wampold, B.E. (2018). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 86–97. <https://doi.org/10.1037/cou0000226>
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M. & Wampold, B.E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004>
- Mansueto, G., Caselli, G., Ruggiero, G.M. & Sassaroli, S. (2019). Metacognitive beliefs and childhood adversities: an overview of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 24(5), 542–550. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1550258>
- Murray, J., Scott, H., Connolly, C. & Wells, A. (2018). The attention training technique improves children's ability to delay gratification: A controlled comparison with progressive relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.003>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012*.
- Nordahl, H., Anyan, F. & Hjemdal, O. (2023). Prospective Relations Between Dysfunctional Metacognitive Beliefs, Metacognitive Strategies, and Anxiety: Results From a Four-Wave Longitudinal Mediation Model. *Behavior Therapy*, 54(5), 765–776. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.003>
- Nordahl, H.M., Borkovec, T.D., Hagen, R., Kennair, L.E., Hjemdal, O., Solem, S., Hansen, B., Haseth, S. & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*, 4(5), 393–400. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.54>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L. & Wells, A. (2018). Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? Benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02551>
- Rochat, L., Manolov, R. & Billieux, J. (2018). Efficacy of metacognitive therapy in improving mental health: A meta-analysis of single-case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 896–915. <https://doi.org/10.1002/jclp.22567>
- Schweiger, J.I., Kahl, K.G., Klein, J.P., Sipsos, V. & Schweiger, U. (2019). Innovation in psychotherapy, challenges, and opportunities: An opinion paper. *Frontiers in Psychology*, 10, 495. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00495>
- Simons, M. & Kursawe, A.L. (2019). Metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder in youth: a feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 10, 264. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00264>
- Simons, M., Schneider, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257–264. <https://doi.org/10.1159/000092897>
- Simons, M. & Vloet, T.D. (2016). Emetophobia – a metacognitive therapeutic approach for an overlooked disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46, 57–66. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000464>
- Solem, S., Kennair, L.E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H.M., Wells, A., & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. *Frontiers in Psychology*, 10, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>
- Solem, S., Wells, A., Kennair, L.E. O., Hagen, R., Nordahl, H.M. & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(10), e2358. <https://doi.org/10.1002/brb3.2358>
- Strand, E.R., Veium, L.T., Engvik, L.S. & Nordahl, H. (2023). Generic Group Metacognitive Therapy for Patients with Major Depressive Disorder and Related Problems: a Preliminary Evaluation in Specialized Mental Health Care. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00175-z>
- Sun, X., Zhu, C. & So, S.H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H.T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wells, A. (2019). Breaking the Cybernetic Code: Understanding and Treating the Human Metacognitive Control System to Enhance Mental Health. *Frontiers in Psychology*, 10, 2621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Erlbaum.
- Wells, A. & Nordahl, H. (2023). Metacognition and Mental Regulation. I.D.J. A. Dozois & K.S. Dobson (Red.), *Treatment of Psychosocial Risk Factors in Depression* (s. 383–406). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000332-017>
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429–434. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.013>

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 792-801 DOI: <https://doi.org/10.52734/QEMF2838>

# Aksept og verdibasert atferdsterapi

Thorvald Andersen<sup>1,2</sup>, Asle Thude Elen<sup>2,3</sup><sup>1</sup> Sykehuset i Vestfold, Smertepoliklinikken<sup>2</sup> Bedre Terapeuter AS<sup>3</sup> Stiftelsen CatoSenteret

**KONTAKT** thorvald.andersen@gmail.com

**INTERESSE-KONFLIKTER** Begge forfatterne driver private tjenester basert på ACT-modellen. Elen har mottatt godtgjørelse for oversettelse av Multi-dimensional Flexibility Inventory.

**FAGFELLEVURDERT**

## Sammendrag

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) er en kontekstuell kognitiv atferdsterapi. I artikkelen presenteres i korte trekk den filosofiske grunnforståelsen bak ACT, samt en grunnleggende forståelse av hva som virker inn på psykisk helse fra et ACT-perspektiv. Det overordnede målet i ACT er å skape rom for psykologisk fleksibilitet for å leve et liv som er preget av mening, vitalitet og økt livskvalitet. Behandlingen er transdiagnostisk og regnes som evidensbasert for en rekke psykiske lidelser. Gjennom kasuset Nadine illustrerer vi ulike eksempler på ACT-teknikker og intervensjoner som kan bidra til å skape meningsfulle endringer.

*Nøkkelord:* psykologisk fleksibilitet, transdiagnostisk, kasus, evidensbasert

## Teori og menneskesyn

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) (Hayes et al., 2018) regnes som en del av tredje bølge kognitiv atferdsterapi. Disse vektlegger konteksten hvor tanker og følelser utspilles, og hvordan man forholder seg til indre opplevelser (Hayes et al., 2022). I prosessen med å skape ACT forente Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl og Kelly G. Wilson radikal behaviorisme (Skinner, 1953) med tankegods og teknikker fra dynamisk terapi, zenbuddhisme, dialektikk, gestaltterapi, humanistisk psykologi, kognitiv atferdsterapi og Viktor Frankls logoterapi. Dette resulterte i en behandlingsform som favner bredt, organisert av ACTs underliggende filosofiske grunnforståelse. Retningen kalles funksjonell kontekstualisme og er en undergren av pragmatismen (Hayes et al., 2012). Filosofien gjennomsyrrer både teori og klinisk utøvelse.

Et sentralt prinsipp i funksjonell kontekstualisme, i likhet med radikal behaviorisme, er at atferd ikke kan forstås i et vakuum. For klinikerer vil det si at atferdens funksjon må forstås i gjensidig samspill med konteksten den utøves i. Hvis en pasient for eksempel blir spurt om å holde et foredrag på jobben og takker nei, vil kontekst avgjøre funksjonen. Det kan være at pasienten ikke har tid, og at dette handler om å ta vare på seg selv. Men hvis tidligere erfaringer gjør at hun tenker at hun ikke er god nok, vil funksjonen av å takke nei trolig være unngåelse. Atferden ser lik ut, men er henholdsvis positivt og negativt forsterket. Det er en kjent sammenheng mellom psykiske plager og atferdsmønstre som i hovedsak er negativt forsterket. Det er også en kjent sammenheng mellom positivt forsterket atferd, vitalitet og god psykisk helse (Martell et al., 2000). Både forståelse og endring av atferdens funksjon er nyttig i behandling av psykiske lidelser (Hayes et al., 2012).

En sentral side av funksjonell kontekstualisme er prinsippet om virkbarhet, altså om atferden fungerer som ønsket i gitt kontekst (Hayes et al., 2012). For å kunne besvare om noe fungerer som ønsket, trenger vi et kriterium. Dette innebærer å ta utgangspunkt i hva pasienten verdsetter, for eksempel selvvaretakelse, og om atferden i gitt kontekst faktisk skaper det livet pasienten ønsker å leve. I behandlingen kan en da undersøke hvorvidt pasientens atferd bidrar til selvvaretakelse, eller om atferden ikke virker etter intensjonen.

ACT forstås som en praktisk bruk av relasjonell rammeteori (Relational Frame Theory, RFT). RFT er en empirisk analyse av menneskelig språk og kognisjon (Hayes et al., 2022). RFT kan sees som en forlengelse av atferdsanalysens tidligere forsøk på å forklare språk (Törneke, 2010). Teorien er for omfattende til

å dekkes i sin helhet i denne artikkelen, men et relevant eksempel på hva RFT bidrar med, er forståelse av regelstyrt atferd. Der preverbale barn orienterer seg direkte til nåsituasjonen og umiddelbare konsekvenser av atferd, kan verbale voksne bruke regelstyrt atferd til å forholde seg til tenkte eller utsatte konsekvenser. Dette gjør at vi slipper å lære gjennom prøving og feiling (Hayes et al., 2012). Vi etablerer verbale regler, slik som «utdanning lønner seg» eller «hvis jeg er uenig, blir jeg forlatt». Når regler blir for dominerende, kan dette føre til at vi blir ufølsomme for de direkte konsekvensene av atferden og dermed også virkbarheten. For eksempel kan vi i parforhold la være å uttrykke egne meninger av frykt for å bli forlatt. Konsekvensene kan bli frustrasjon, misforståelser og at forholdet tar slutt. Den verbale regelen skjuler hvordan atferden skaper disse konsekvensene.

Det teoretiske standpunktet i ACT er at man ikke trenger å kvitte seg med eller endre innholdet i ubehagelige tanker og følelser for å skape meningsfulle livsendringer (Luoma et al., 2017). Et grunnleggende syn er at smerte er en normal del av livet og ikke noe patologisk. Lidelse, eller patologi, oppstår derimot som en konsekvens av forsøk på å unngå eller kontrollere uønskede tanker, følelser og opplevelser (Hayes et al., 2012). Å kjempe mot disse fører til økt lidelse, for eksempel ved at vi kan få angst for angsten. Denne forståelsen gjelder både behandleren og pasienten. Holdningen er at vi er i samme båt og deler felles menneskelige utfordringer.

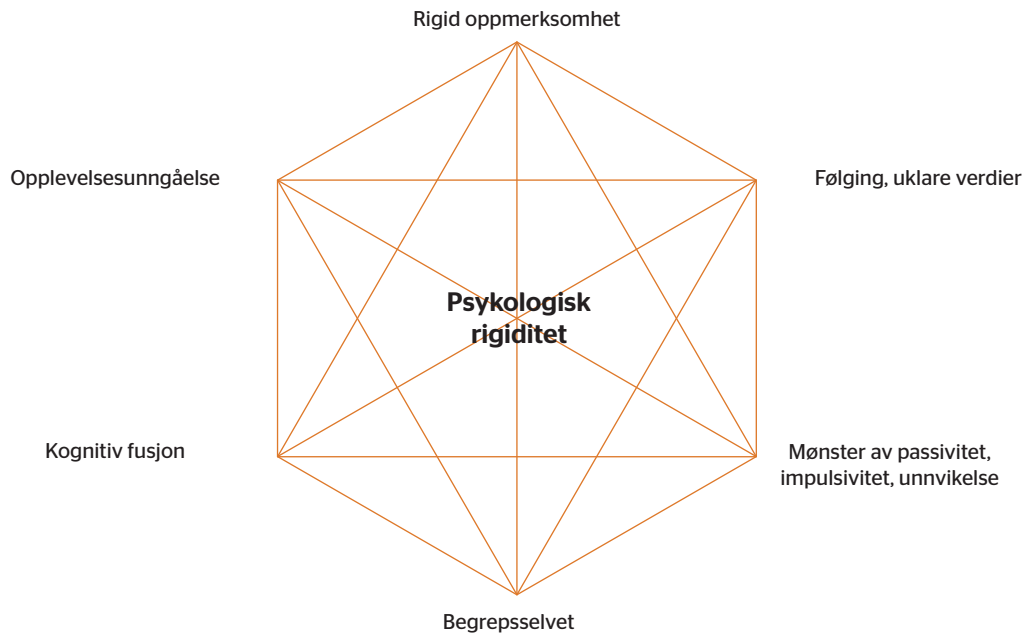
## Utløser og opprettholdere

ACT forstår psykiske vansker som uttrykk for psykologisk rigiditet. Rigiditet refererer her til at atferden ikke er virkbar i sin kontekst. For å gjøre det mer oversiktlig for klinikerer er psykologisk rigiditet delt inn i seks sammenvevde underprosesser (se figur 1). Figuren gir terapeuten et slags kart over hvor pasienten sitter fast.

To av de viktigste prosessene som utløser og opprettholder psykiske plager, er opplevelsesunngåelse og kognitiv fusjon (Hayes et al., 2012). *Opplevelsesunngåelse* er alle forsøk på å unngå, kontrollere eller endre eget ubehag, enten det dreier seg om tanker, minner, emosjoner eller kroppslige fornemmelser (Strosahl et al., 2015). Atferden drives av antagelser eller holdninger om at visse indre opplevelser ikke er til å holde ut, eller at man ikke burde føle det man føler. Opplevelsesunngåelse kan ta en rekke former, alt fra fysisk unngåelse av angstfremkallende situasjoner eller distraksjon fra ubehagelige tanker og følelser. Ofte fører dette til kortvarig lette av ubehaget. På sikt fører gjerne

Figur 1

Psykologisk rigiditet



Merknad. Copyright Steven C. Hayes fra Hayes et al. (2012), vår oversettelse. Brukt med tillatelse.

opplevelsesunngåelse til at frekvensen og intensiteten i de indre opplevelsene vi forsøker å unngå, øker. En føler seg fastlåst, deltar i liten grad i meningsfulle aktiviteter og opplever mer lidelse (Hayes et al., 2012; Wenzlaff & Wegner, 2000).

*Kognitiv fusjon* innebærer å henge seg opp i egne tanker og følelser, slik at vi forholder oss til dem som sannheter eller regler som må følges for enhver pris (Blackledge, 2015). Når det ikke er avstand mellom oss selv og tankene, er det lett å gi dem mer makt. Dermed responderer vi mer rigid på indre opplevelser og verden rundt oss. Fusjonering med selvhistorier, slik som «jeg er feig», kalles for *begreps selvet* (Hayes et al., 2012). Dette innsnevrer opplevelsen av hvem vi er, og hva vi kan gjøre. Beskrivelsen av oss selv reduseres til at vi kun er «feig», «dyktig» eller «for følsom». Mange pasienter har en historikk hvor de ikke har forutsetning for å kjenne igjen indre opplevelser. For eksempel kan et barn som har opplevd overgrep, bli fortalt at det ikke er trist, når det faktisk var trist. Barnet vil ikke stole på at egne opplevelser korresponderer med ordet for opplevelsen. Det lærte altså ikke å gjenkjenne hva det føler, fordi det ikke lærte å bruke ord for å beskrive følelsetilstanden (Hayes et al., 2012). En slik problematikk vil forstås som manglende utvikling av *selvet som prosess*.

Psykiske plager kan også utvikles og opprettholdes av at vi forsøker å leve opp til egne krav eller andres forventninger. For eksempel hvis livet handler om å fremstå som vellykket, gjør vi oss avhengig av andres vurdering fremfor at vi orienterer oss mot det vi bryr oss om. I ACT kalles dette for *følgning* (Hayes et al., 2012). Dette kan føre til tap av motivasjon og mening, eller tomhet og redusert vitalitet (Hayes et al., 2012). Andre ganger kan den manglende opplevelsen av mål og mening skyldes *uklare verdier*, altså at vi ikke har reflektert over hva som gir livet mening. Et eksempel er midtlivskrisen, der mennesker opplever at de har brukt livet til å jage etter mål som ikke lenger oppleves som meningsfulle.

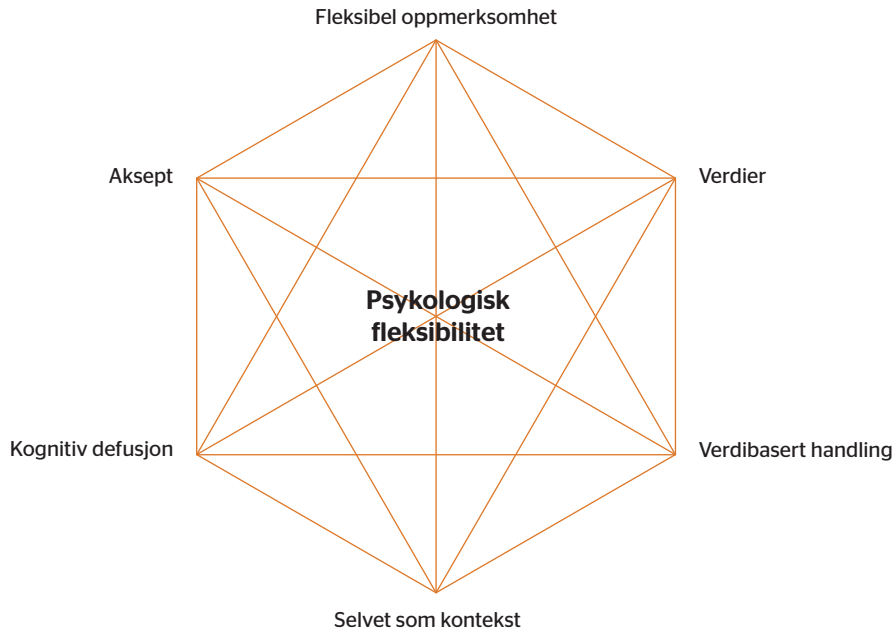
*Rigid oppmerksomhet* innebærer at vi fanges i tanker om fortiden eller fremtiden. Tapet av kontakt med nåtiden gjør det vanskelig å ta inn ny informasjon eller registrere konsekvensene av egen atferd her og nå. Som et resultat repeterer vi ofte uhensiktsmessig atferd, selv når den emosjonelle kostnaden ved dette eskalerer (Strosahl et al., 2015).

De ovennevnte prosessene kan bidra til et mønster av *passivitet, impulsivitet eller unnvikelse*. Dette mønsteret kan preges av tilbaketrekning eller overdreven atferd, slik som misbruk av rusmidler, overspising eller selvskading (Hayes et al., 2012). Ytre atferd



Figur 2

Psykologisk fleksibilitet



*Merknad.* Copyright Steven C. Hayes, fra Hayes et al. (2012), vår oversettelse. Brukt med tillatelse.

kan være en sterk opprettholdende faktor til psykiske plager (Hayes et al., 2012). Manglende ferdigheter til å kunne nå et mål en har satt seg hører også til under denne prosessen.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Psykologisk fleksibilitet innebærer «å være intensjonelt til stede i nuet, forholde seg hensiktsmessig til egne tanker og følelser, være i kontakt med egne verdier, samt å handle i tråd med disse» (Hayes et al., 2012, s. 96–97). Som med psykologisk rigiditet er prosessene delt opp i seks sammenvevde underprosesser. «Fleksibilitet» refererer til en fleksibel atferd som er virkbar i sin kontekst (se figur 2).

Vår erfaring viser at terapeuten kan bli «smittet» av pasientens psykologiske rigiditet. For eksempel hvis pasienten er sterkt fusjonert med at selvmord er den eneste løsningen, kan dette ofte utløse psykologisk rigiditet hos terapeuten. I møte med psykologisk rigiditet skal terapeuten derimot demonstrere psykologisk fleksibilitet og fungere som rollemodell. Gjennom modellering, opplevelsesbaserte øvelser og metaforer får pasienten nye erfaringer og perspektiver.

*Aksept* er motvekten til opplevelsesunngåelse. I dagligtale har ordet aksept ofte en annen mening

enn det har i ACT. Akseptering er ikke det samme som resignasjon eller å tolerere ubehaget. Resignasjon kjennetegnes ved å gi opp, mens å tolerere betyr å vente til ubehaget har gitt seg. Akseptering innebærer derimot å forholde seg intensjonelt, med åpenhet og varme, til eget ubehag (Hayes et al., 2012). Fremfor å bruke energien på å kjempe mot ubehaget kan akseptering frigjøre ressurser til å skape et meningsfullt liv (Luoma et al., 2017). Senere vil vi vise hvordan intervensjonen «kreativ håpløshet» (Hayes et al., 2012) hjelper Nadine å oppdage hvordan forsøk på å kontrollere indre opplevelser opprettholder problemene eller skaper nye. Basert på vår erfaring kan arbeid med kreativ håpløshet motivere pasienter til akseptering.

Ordet defusjon ble laget for å beskrive motsatsen til fusjon. *Kognitiv defusjon* betyr å ha kontakt med tanker som det de er, ikke hva de sier de er (Wilson & Dufrene, 2008). Ved å få avstand til tanker og oppdage dem som *bare* tanker, ikke sannheter eller regler som må følges, styrer ikke tanken lenger atferden. Dette åpner muligheten for å evaluere virkbarheten av tanken, og pasienten kan velge egen atferd. En sentral intervensjon er å hjelpe pasienten til å bevisst legge merke til og sette ord på egne tanker. Dette kan gjøres ved hjelp av spørsmål som «*La du merke til at tanken 'jeg er feig' dukket opp igjen? Hvor gammel er denne*

*tanken? Hva skjer i deg når denne tanken tar all plass? Prøv å si høyt: Jeg legger merke til at jeg har en tanke om at jeg er feig. Hvordan påvirker tanken deg nå?* Vellykket kognitiv defusjon gjør at tanken treffer pasienten annerledes, selv om innholdet i tanken er det samme.

Både fysisk og psykisk smerte fanger oppmerksomheten og kan gjøre den rigid. Når vi klarer å være til stede i nuet med en ikke-dømmende, fleksibel og aksepterende holdning, kan vi unngå å bli fanget i grubling og andre former for opplevelsesunngåelse (Strosahl et al., 2015). Mindfulness-baserte intervensjoner er sentrale for å styrke evnen til *fleksibel oppmerksomhet*. I møte med sterk fusjon, der tanken er fullstendig dominerende, brukes ofte intervensjonen «Å kaste anker». Intervensjonen innebærer å velge en fornemmelse eller en sans som fungerer som et anker til her-og-nå (Harris, 2013). Vi kan for eksempel rette oppmerksomheten mot føttene som er i kontakt med gulvet. Når vi legger merke til at oppmerksomheten vandrer, flytter vi den tilbake til føttene. Dette gir trening i å styre oppmerksomheten intensjonelt, basert på det som er virkbart. Psykologisk fleksibilitet avhenger av tilstedeværelse i nuet fordi samtlige av fleksibilitetsprosessene foregår her-og-nå.

Pasienter kan tviholde på innarbeidede historier om hvem eller hvordan de er. Hvis pasienten er fusjonert med begrepselvet, kan terapeuten jobbe med selvet som prosess eller selvet som kontekst. *Selvet som prosess* forstås som en defusjonert, ikke-dømmende kontakt med indre opplevelser og en evne til å beskrive dem (Hayes et al., 2012). Dette trenes ved gjentatte repetisjoner, hvor terapeuten legger til rette for at pasienten observerer og navngir indre opplevelser: «*Jeg ble nysgjerrig. Hva dukket opp i deg nå som vi pratet om dette?*» «*Jeg la merke til at du krympet deg og så ned, akkurat nå. La du merke til hva som skjedde i det øyeblikket?*»

Punktet vi observerer egne indre opplevelser fra, kalles *selvet som kontekst* (Hayes et al., 2012). Ved at vi observerer noe, kan vi heller ikke være det som observeres. Eller sagt på en annen måte: Du kan ikke være tingen du ser på, siden *du* er den som ser. Dermed er vi heller ikke våre tanker, følelser eller begreps-selv, men den som opplever disse i varierende kontekster. På tvers av alle opplevelsene du har hatt, vil punktet du observerer fra, være konstant og uendret av innholdet i disse opplevelsene. I arbeid med selvet som kontekst benyttes metaforer og øvelser med fokus på perspektivet du ser fra. Observatørøvelsen (Hayes et al., 2012) benyttes ofte for å bidra til at pasienten klarer å skifte perspektiv og for å fremme kognitiv defusjon. Øvelsen hjelper pasienten å flytte perspektivet mellom *jeg som er her nå*, til *jeg som var der da*. «*Kan*

*du se gjennom øynene på jenta som var der da? Hva legger du merke til? Det er en del av deg som var der da, og som er bak øynene dine nå.*» Slik kan pasienten oppleve at selvet er konstant og uforanderlig, selv om konteksten endres. Dette kan gi en opplevelse av at selvet er beholderen som inneholder opplevelser, og ikke kan trues eller ødelegges av disse.

«*Hvis du kunne velge hva livet ditt skulle handle om, hva ville du valgt?*» *Verdier* er fritt valgte og meningsfylte handlinger, som ikke kan krysses av som oppnådde mål, men som leves ut fra øyeblikk til øyeblikk (Luoma et al., 2017). Opplevelsen av at det er mulig å velge, er sentral når vi hjelper pasienter å formulere hva som er viktig, eller med å få nærmere kontakt og skape bevissthet rundt det som allerede verdsettes. Eksempler på kvaliteter man kan velge å stå for, kan være tålmodighet, vennlighet eller engasjement. Det som er viktigst for oss, kan også påføre oss størst smerte (Wilson & Dufrene, 2008). Alle som elsker noen, er klar over dette. Hos en pasient som har kjent seg avvist og er trist, kan vi utforske den andre siden av smerten. «*Kan det tenkes at tristheten du kjenner nå, kan fortelle deg hva du bryr deg om?*» I stedet for at tristheten utelukkende må unngås, kan den minne oss på det som er viktig. Verdier kan motivere til meningsfulle endringer i livet og hjelpe oss å velge hva vi vil stå for i vanskelige situasjoner.

Opplevelsesunngåelse og fusjon kan innsnevre atferdsrepertoaret, slik at handlingene styres av unngåelse fremfor å leve meningsfullt (Hayes et al., 2012). *Verdibaserte handlinger* beveger personen i retning av dens valgte verdier, uavhengig av indre barrierer (Luoma et al., 2017). Dette utvider atferdsrepertoaret til mer virkbare mønstre, som i seg selv er meningsfulle. Å tenke på det som er viktig, defusjonere eller akseptere, er ikke nok for å skape meningsfulle endringer i livet. I ACT sier man ofte at «endring kommer utenfra og inn», altså som et resultat av handling. Handlingen fører til nye konsekvenser som påvirker hvordan vi tenker og føler. En sentral intervensjon er atferdsekspesiment, som blir vist i kausdelen.

## Empirisk grunnlag

Hayes (2023a, 2023b) har funnet over tusen randomiserte kontrollerte studier og mer enn fire hundre systematiske gjennomganger eller metaanalyser hvor effekten av ACT har blitt evaluert. Gloster et al. (2020) påpeker at mange av disse har undersøkt ACT i kombinasjon med andre behandlingstilnærminger, som dialektisk atferdsterapi eller mindfulness-basert kognitiv atferdsterapi. Ut fra dette er det vanskelig å konkludere på effekten av ACT som eneste behand-

lingstilt nærming. Derfor gjennomgikk Gloster et al. (2020) kun metaanalyser med «rene» ACT-intervensjoner. Denne analysen var basert på 20 metaanalyser, som igjen baserte seg på 133 studier med totalt 12 477 deltakere. Funnene understøttet at ACT er en effektiv behandling for angstlidelser, depresjon, rusmisbruk, smerte og transdiagnostiske problemer. ACT hadde samme effekt som KAT når det gjaldt disse problemstillingene, og større effekt enn standard behandling og venteliste. I tillegg fant de at ACT, sammenlignet med andre tilnærminger, viste positive små til store effektstørrelser for livskvalitet, psykologisk fleksibilitet, velvære og fungering.

Psykoterapi har blitt brukt i behandling av kroniske smerter i over 50 år (McCracken et al., 2022). ACT anbefales som en evidensbasert behandling for kroniske smerter (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021). En nylig litteraturgjennomgang av 25 randomiserte kontrollerte studier på kroniske smerter viste at ACT ikke fører til signifikant reduksjon av smerter, men at behandlingen i stedet endrer hvordan pasientene forholder seg til smertene sine (McCracken et al., 2022). ACT-behandling førte til at smertene i mindre grad påvirket sosiale relasjoner og arbeid, og pasientene rapporterte økt livskvalitet. Litteraturgjennomgangen indikerer at psykologisk fleksibilitet medierer utfall av behandlingen, og støtter ACTs underliggende teori om psykisk lidelse og bedring. Flere av studiene som ble gjennomgått, konkluderte med at ACT er en kostnadseffektiv behandling for kroniske smerter (McCracken et al., 2022).

### Status i Norge

Ut fra Holdens (2023) bok om atferdsanalyse i Norge og egne undersøkelser virker det som at ACT i hovedsak er implementert i rehabiliteringsfeltet. Dette er kanskje ikke så overraskende, gitt ACTs transdiagnostiske tilnærming og empiriske styrke i behandling av kronisk smerte. ACT er implementert ved St. Olavs hospital, Sykehuset i Vestfold, Vikersund Bad Rehabiliteringssenter, Smerteklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, stiftelsen CatoSenteret og ved flere av sentrene til Unicare. På universitetssjukehusene i Oslo og i Nord-Norge brukes ACT i smertebehandling. Det undervises i ACT på flere norske universiteter og høyskoler.

Så vidt vi vet finnes det per i dag kun en ettårig ACT-utdanning i Norge. Utdannelsen gis i regi av Bedre Terapeuter. Så langt er det blitt utdannet cirka to hundre terapeuter. Vi har også kjennskap til at flere nordmenn har tatt en toårig ACT-utdanning i Danmark.

## Kasus Nadine

### Predisponerende faktorer

Nadines psykologiske rigiditet forstås i lys av hennes læringshistorikk og hvordan hun har løst og tilpasset seg vanskelige situasjoner. Nadine vokste opp i en familie der det sjelden ble snakket om følelser, og hvor det var lite toleranse for å uttrykke disse. Dette ga henne sannsynligvis begrenset trening i å kjenne igjen, sette ord på og å kommunisere egne tanker og følelser hensiktsmessig (*selvet som prosess*). Lite kontakt med egne tanker og følelser gjorde det trolig vanskelig å identifisere hva som var meningsfullt og viktig (*uklare verdier*). Nadine opplevde i liten grad å få omsorg fra foreldrene. Tvert om lærte hun at å uttrykke tristhet kunne føre til at hun ble forlatt. Ved uenighet lærte hun at egne behov eller opplevelser ikke var gyldige, og at hun kunne unnsnippe straff ved å innrømme dette. Slik ble egne behov og opplevelser farlige, feil eller uakseptable. Å lære å stenge av følelser (*opplevelsesunngåelse*) kan være en nyttig tilpassning i en slik oppvekst. Å etablere en regel (*kognitiv fusjon*) om å ikke ha følelsene vil også fungere adaptivt i denne konteksten, da det reduserer sjansen for avvising eller straff.

Nadine hadde følelser hun hadde lært at hun ikke burde ha. Hun konkluderte derfor med at det er noe galt med *henne*, noe som la grunnlaget for *begrepsselvet*. Nadine beskriver foreldrene som gode og seg selv som «et krevende barn» og «for følsom». I lys av den oppveksten som blir beskrevet, er det naturlig å forvente at begrepsselvet ga forutsigbarhet og sammenheng, fordi det forklarte behandlingen hun fikk hjemme. Nadine opplevde ikke at foreldrene forstod henne, altså at de ikke tok hennes perspektiv da hun hadde det vanskelig. Vi antar derfor at hun fikk lite trening i perspektivtaking hjemme. Evne til perspektivtaking kan bidra til å forstå seg selv, andre mennesker og ikke minst til å gi egenomsorg.

Læringen fra oppveksten kan ha lagt grunnlaget for vanskene i senere nære relasjoner, fordi Nadine naturlig nok hadde vansker med å gi uttrykk for egne behov. Vi forstår unngåelsen av konflikter og Nadines taushet i lys av hva hun hadde lært om konsekvensene av å uttrykke uenighet i familien. Å løse konflikter er også vanskelig uten å kunne ta andres perspektiv. Ved relasjonsbrudd har hun trolig opplevd dilemmaet mellom å risikere en depressiv tilstand eller å gå raskt inn i et nytt forhold for å unngå vanskelige tanker og følelser. Vi antar at den psykologiske rigiditeten har blitt aktivert i forholdene, og at den har bidratt til nye brudd. De mange brud-

dene kan ha forsterket opplevelsen av at det er noe galt med henne (*begrepsselfet*). I en lengre periode brukte hun også selvskading og alkohol for å få bort den psykiske smerten (*opplevelsesunngåelse*). Alle disse prosessene og erfaringene kan øke sårbarheten for mellommenneskelige vansker og nye depressive episoder.

### Opprettholdende faktorer

Bjørn gir Nadine forståelse og omsorg, og de er enige om mange viktige tema. Likevel er trolig læringen og strategiene hun utviklet som liten, uendret og opprettholder vanskene. Når hun opplever eller frykter avvisning, uenighet eller tristhet, kommer den psykologiske rigiditeten hennes til uttrykk. Hun trekker seg unna og blir stille hvis det oppstår uenighet på jobben eller med Bjørn. Tilbaketrekningen gir lite mulighet til å reparere relasjoner, ta imot omsorg eller erfare at uenighet er greit.

I etterkant av mellommenneskelige vansker grubler hun for å kvitte seg med ubehag. Oppmerksomheten innsnevres da på det som er vanskelig, og i praksis tar dette trolig all plass. På grunn av grublingen er hun sannsynligvis lite tilgjengelig både mentalt og følelsesmessig. Vi antar at dette bidrar til «skurring» i relasjonene hennes, som igjen gjør at Nadine opplever økt frykt for å bli forlatt og tanker om at forholdet er ødelagt. Samlet fører dette til søvnvansker, økt ensomhet, frykt, fortvilelse og selvkritikk.

Nadine bebreider seg selv og kjenner seg mislykket og håpløs. Hun bruker mye tid på å forstå hvorfor hun er trist, hva som er galt med henne, og hvordan hun kan få det bedre. Paradoksalt nok fører dette til økt fusjon med begrepsselfet (selvkritikk) og håpløshet i stedet for at hun tar initiativ til å endre situasjonen.

Nadines opplevelsesunngåelse vil trolig gi ønsket resultat på kort sikt. Hun kjenner økt kontroll eller lettelse når hun trekker seg unna eller grubler. Men på lengre sikt vil opplevelsesunngåelsen opprettholde vanskene. Det kan være svært vanskelig å oppdage konsekvenser på lang sikt når atferden fungerer forsterkende på kort sikt. I tillegg vil opplevelsesunngåelsen og begrenset kontakt med eget følelsesliv trolig gi en indre tomhetsfølelse og gjøre det vanskeligere å komme i kontakt med egne positive følelser. Dermed vil Nadine i mindre grad erfare vitalitet knyttet til sine verdier. Hun vil også bli lite sensitiv når det gjelder virkbarheten eller resultatene av egen atferd. Slik opprettholder atferdsmønsteret en ond sirkel.

Oppsummert kan vi si at når Nadine opplever vansker, innsnevres atferdsrepertoaret til noen få strate-

gier hun lærte som liten. I nåværende kontekst opprettholder og forverrer disse strategiene Nadines vansker, men det virker som om hun i liten grad er bevisst på dette.

### Mål for terapien

Hovedmålet med behandlingen er å fremme Nadines evne til å velge hva som er viktigst for henne, og bidra til at hun handler i tråd med dette i forskjellige situasjoner. Behandling av psykologisk rigiditet er kun relevant dersom prosessene forstyrrer Nadine fra å leve slik hun ønsker. Ved å ta utgangspunkt i hva som smerter mest, kan vi snu dette på hodet for å ane omrisset av hva hun dypest sett bryr seg om. Vi mener å finne hint om dette hos Nadine ved at hun ønsker å ta vare på Bjørn, vennene og familien. Ord som «feig» eller «ikke modig» kan indikere at hun ønsker å gjøre modige ting, og at slike handlinger ville kjennes meningsfulle for henne. Nye erfaringer med at hun kan ha vanskelige følelser og tanker om seg selv (selfet som kontekst, defusjonering og akseptering) og likevel gjøre det som betyr noe for henne (verdibasert atferd), vil også kunne påvirke relasjonen hennes til seg selv og opplevelsen av mening. Følgende delmål blir da viktige i behandlingen:

- Kjenne igjen virkbarheten av egen atferd.
- Kjenne igjen og sette navn på indre opplevelser (selfet som prosess).
- Formulere hva hun bryr seg om, verdsetter og hva som skaper mening (verdier).
- Møte seg selv og egne opplevelser med omsorg fremfor unngåelse eller problemløsning (selfet som kontekst og aksept).
- Skape nye og mer virkbare atferdsmønstre (verdibasert handling).

Selv om delmålene er skrevet i en bestemt rekkefølge, er vår erfaring at arbeid med disse prosessene glir inn i hverandre. Fokuset i behandlingen vil avhenge av hvilke rigiditetsprosesser som hindrer fleksibilitet der og da.

### Sentrale intervensjoner

ACT bygger i utstrakt grad på opplevelsesbaserte øvelser og metaforer for å skape endring. Øvelsene legger til noe nytt i Nadines kontekst og kan hjelpe henne med å endre hvordan hun forholder seg til og responderer på vansker. Når Nadine endrer atferd, vil dette kunne lede til nye konsekvenser, som igjen kan bidra til økt mening og vitalitet.

### ACT i et nøtteskall

For å presentere innholdet i og formålet med behandlingen benyttes øvelsen ACT i et nøtteskall. Nadine skal se for seg en vanskelig tanke eller følelse hun strever med. Ofte er det hensiktsmessig å begynne med en tanke som ikke er for aktiverende. Hun grubler ofte over at hun har sagt noe dumt til kollegene på jobben. «*Kan du holde hendene ut foran deg og se for deg at hendene representerer tanken? Kan du zoome inn på tanken og langsomt flytte hendene (tanken) helt opp foran ansiktet, slik at de dekker hele synsfeltet? Legg merke til hva du observerer rundt deg nå.*» Terapeuten knytter dette opp til Nadines liv. «*Når tanken om at du sa noe dumt tar så mye plass, hvordan er det å være til stede med andre mennesker du bryr deg om? Kan du forsøke å kjempe mot tanken, for eksempel ved å presse hendene (tanken) så langt fra deg som du klarer?*» Etter 10–15 sekunder: «*Hvordan kjennes det ut i skuldrene nå? Hvor er oppmerksomheten din nå?*» Det vanligste svaret er å kjenne seg sliten i skuldrene, og at dette tar mesteparten av oppmerksomheten. Igjen spørres Nadine: «*Hvordan er det å være aktivt til stede med dem som er viktige for deg, når du befinner deg i denne kampen?*» Til slutt introduseres akseptering som et alternativ. «*Kan du legge hendene i fanget og se for deg tanken eller følelsen som tekst eller som et objekt som ligger der? Hvordan er det å være til stede her-og-nå, når du ikke er fanget i kampen?*» Øvelsen demonstrerer at terapien handler om å kunne legge merke til egne tanker og følelser, og å gjenkjenne opplevelsen eller effekten av å henge seg opp i disse eller kjempe mot dem. Hun får også anledning til å velge å være i kontakt med det som er vanskelig, uten å kjempe.

### Kreativ håpløshet

Ved behandlingsstart har de fleste en agenda om å kvitte seg med eller kontrollere eget indre ubehag. «*Kontrollagendaen*» er ofte en sentral opprettholdende faktor til pasienters vansker. Intervensjonen «*kreativ håpløshet*» underminerer kontrollagendaen og åpner for mer virkbar atferd. Det er strategiene som er håpløse, de virker ikke for pasienten, og terapeuten kan dele eksempler fra eget liv hvor kontrollagendaen heller ikke virker for en selv. Ordet kreativ gjenspeiler hva personen opplever når vedkommende slutter å kjempe, og i stedet blir kreativ i å finne nye strategier for å leve meningsfullt. En godt utført kreativ håpløshet kjennetegnes også ved at pasienten lærer å skille mellom seg selv og sine strategier (selvet som kontekst og defusjonering). Terapeuten er oppriktig nysgjerrig når det gjelder hva som faktisk fungerer for pasienten, og hva som ikke fungerer. Pasienten veiledes med spørsmålene «*Hvor lenge har problemet vært der?*

*Hva har du allerede forsøkt? Hvordan har det fungert på kort sikt? Og på lang sikt? Hva har det kostet? Hva slags liv ville du ha valgt om du kunne velge?*»

Intervensjonen kreativ håpløshet kan skape en ny ramme rundt Nadines behandling. Fra et innledende ønske om at behandlingen skal føre til symptomreduksjon, endres agendaen. Nå blir ønsket å leve et meningsfullt liv på lang sikt, selv når dette innebærer å ha vanskelige opplevelser på kort sikt.

### Kinoøvelsen

For å trene Nadine i å møte seg selv med omsorg brukes «*kinoøvelsen*». Hun inviteres til å gjøre en øvelse hvor hun ser for seg at hun, Bjørn og terapeuten drar på kino. Det er viktig å bruke nok tid til å male denne konteksten ved å forestille seg både setene, popcorn og brus, slik at hun får aktivert sin erfaring med å sitte i en observatørposisjon. Terapeuten forteller: «*Filmen begynner uten at noen av oss vet hva den skal handle om, men den dreier seg om en liten jente på kanskje 3–4 år. Så blir hun 5, 7, 9 år. Og du begynner å stusse. For det som skjer i filmen, minner veldig om ditt liv. Du kan se at den lille jenta vokser opp i en familie der det i liten grad er lov til å ha følelser. Spesielt når hun er trist, trekker foreldrene seg unna henne. Hva tror du Bjørn kjenner og tenker når han ser hvordan den lille jenta blir behandlet? Hva tror du jeg kjenner og tenker?*» Og hvis Nadine ikke klarer å ha medfølelse med den lille jenta, kan terapeuten hjelpe henne videre med spørsmål som «*Hvordan ser ansiktet til denne lille jenta ut når hun blir forlatt? Hva sier kroppsspråket? Hva kjenner du når du ser dette?*» Filmen kan fungere som en eksponering. Nadine observerer sin egen historikk og atferd på lerretet, med nok avstand og perspektiv til at hun kan respondere på en ny måte overfor seg selv. Hvis Nadine blir dratt inn i filmen, altså egne opplevelser, kan terapeuten hjelpe henne tilbake til observatørposisjonen ved å gå tilbake til utgangspunktet og beskrive det å sitte i kinosalen. Kinoøvelsen kan også brukes til å få frem hva Nadine ønsker at livet skal omhandle. Da kan terapeuten gå tilbake til filmen, men denne gangen skal hun fokusere på å beholde observatørposisjonen helt til filmens slutt. Filmen slutter med at Nadine sitter på kontoret til psykologen hun nå snakker med. «*Og her stopper filmen. Det er ikke laget mer. Og hvis det var du som var manusforfatter og regissør ... og du kunne bestemme hva som skulle skje videre i filmen ... hva hadde du valgt at skulle skje videre da? Hvilke mennesker ønsker du å se i filmen? Hva gjør hovedpersonen sammen med disse? Hvordan behandler hovedpersonen seg selv når ting er vanskelig?*» Terapeutens oppgave er å lokke frem konkrete beskrivelser av observerbar atferd som er knyttet

til hennes verdier, som om de fortsetter å se på filmen. For eksempel kunne Nadine beskrive en scene der hun er uenig med Bjørn, men velger å bli i situasjonen og møter egen redsel ved å legge en omsorgsfull hånd på brystet. Terapeuten støtter at selvomsorg høres viktig ut, og spør: «*Er det en liten handling du kunne gjort allerede i uka som kommer, som hadde fortalt deg at du er et skritt nærmere dette?*» Et atferdseksperiment knyttet til øvelsen kan være å stoppe opp når ubehaget oppstår, anerkjenne at det er vanskelig, og velge å bli i situasjonen. Små og meningsfulle handlinger kan bidra til å bygge et mer virkbart atferdsmønster og anspore Nadine til å søke opplevelser som forsterker det ytterligere. Det kan være enten gjennom effekten av atferden eller ved at det uavhengig av utfall oppleves meningsfylt fordi det handler om hva hun vil stå for.

### Hvordan vurdere endring?

Den tydeligste indikasjonen på at terapien har effekt, er når det skjer en atferdsendring utenfor terapirummet. Som vi innledet med, er ACT en kontekstuell atferdsterapi. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad atferden fungerer i Nadines kontekst, og om hun klarer å bygge vedvarende mønstre av meningsfylt atferd basert på virkbarhetskriteriet. Symptomlette er ikke et eksplisitt mål. Spørreskjemaet Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI; Rolffs et al., 2018) kan gi en indikasjon på om endring har funnet sted. MPFI måler både psykologisk rigiditet og fleksibilitet. Spørreskjemaet er oversatt til norsk (Elen et al., 2021), er gratis og finnes på Facebook-gruppen ACT Norge.

### Avslutning

ACT har et solid empirisk grunnlag. Metoden bygger på funksjonell kontekstualisme, hvor prinsippet om virkbarhet gjennomsyrrer utøvelsen av ACT. Hvor virkbar en atferd er, avhenger av gitt kontekst og pasientens verdier. Altså hva slags liv pasienten ville levd om vedkommende kunne velge. Terapeuten jobber med å fostre psykologisk fleksibilitet hos pasienten for å hjelpe vedkommende mot å skape dette livet. Sentrale oppgaver er å være rollemodell, å fasilitere ved å forme fleksible responser og å gjøre opplevelsesbaserte øvelser.

I kasedelen har vi vist hvordan Nadines tidligere læring og løsninger på vanskelige situasjoner i oppveksten har blitt med inn i voksenlivet. Manglende følsomhet for hva som virker på lang sikt, ser ut til å være et problem. Basert på dette har vi vist hvordan

vi ville jobbet med å legge til rette for at livet kan bli mer slik hun ønsker. Målet er at Nadine skal klare å bygge et mønster av meningsfulle handlinger, også i møte med kontekster som historisk har trigget psykologisk rigiditet. ✘

### Referanser

- Blackledge, J. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing & supporting change in your client*. Context Press.
- Elen, A.T., Johansen, H.J. & Lyby, P. (2021, 13. april). *Norsk MPFI spørreskjema*. Facebook, ACT Norge. <https://www.facebook.com/groups/actnorge/permalink/6099351816757790>
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S.C. (2023a, september). *ACT randomized controlled studies (1986-present)*. Association for Contextual and Behavioral Science. [https://contextualscience.org/act\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_1986\\_to\\_present](https://contextualscience.org/act_randomized_controlled_trials_1986_to_present)
- Hayes, S.C. (2023b, august). *Meta-Analyses and Systematic, Scoping, or Narrative Reviews of the ACT Evidence Base*. Association for Contextual and Behavioral Science. [https://contextualscience.org/metaanalyses\\_and\\_systematic\\_scoping\\_or\\_narrative\\_reviews\\_of\\_the\\_act\\_evidenc](https://contextualscience.org/metaanalyses_and_systematic_scoping_or_narrative_reviews_of_the_act_evidenc)
- Hayes, S.C., Ciarrochi, J., Hofmann, S.G., Chin, F. & Sahdra, B. (2022). Evolving an idiomorphic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behavior Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2. utg.). Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2018). *Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT). Mindful endring – prosess og praksis*. Arneberg forlag.
- Holden, B. (2023). *Atferdsanalyse gjennom 50 år. Norsk atferdsanalytisk forening 1973–2023*. Norsk atferdsanalytisk forening.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C. & Walser, R.D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists* (2. utg.). New Harbinger Publications, Inc.
- Martell, C.R., Addis, M.E. & Jacobsen, N.S. (2000). *Depression in context: Strategies for guided action*. Norton Professional Books.
- McCracken, L.M., Yu, L. & Vowles, K.E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ (Clinical research ed.)*, 376, e057212. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic Pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* (NICE Guideline nr. 193). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
- Rolfs J.L., Rogge, R.D. & Wilson, K.G. (2016). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex Model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Strosahl, K.D., Robinson, P.J. & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: a clinician's guide to promoting radical change using Acceptance and Commitment Therapy*. Context Press.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT. An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wenzlaff, R.M. & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wilson, K. & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. New Harbinger Publications, Inc.

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 802-810 DOI: <https://doi.org/10.52734/KHAG1763>

# Relasjonsrettet dynamisk psykoterapi

Marit Råbu<sup>1</sup>, Karsten Hytten<sup>2</sup><sup>1</sup> Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo<sup>2</sup> Avtalespesialist, Helse Sør-Øst

## Sammenheng

Sentrale antakelser i psykodynamisk terapi er at motivasjon kan være ubevisst, og at mennesker har en tendens til å repetere mønstre av måter å være på. Mellommenneskelige relasjoner har betydning både som utgangspunkt for det som skaper psykisk smerte, og som mulighet for bedring. Tidlig etablerte mønstre som er i tråd med hvordan vi opplever oss selv, vedvarer fordi de opprettholdes i nåværende relasjoner. Vonde erfaringer i fortiden lever dermed videre, ikke bare som minner, men ved at mønstre i fortiden blir aktualisert i nåtid. Mønstre kan komme fram gjennom måten pasienten henvender seg til terapeuten, og måter hun/han forteller om situasjoner og relasjoner. Terapeuten deltar aktivt i samtale med blant annet utforskende spørsmål, påpekninger og forslag til mulige sammenhenger. Bedring kan skje gjennom en kombinasjon av *innsikt* i mønstre som er etablert i barndom og fortid, og hvordan disse gjentas i nåtid, og nye relasjonelle *erfaringer* i og utenfor terapien. Å bli klar over noen sentrale relasjonelle mønstre og gjøre nye utprøvinger kan være det som fører pasienten i retning av mer genuine og meningsfulle relasjoner, også etter at terapien er slutt. I artikkelen brukes denne modellen til å forstå den fiktive pasienten Nadine. Måter å samarbeide med Nadine på beskrives, samt mulige endringer under og etter terapi.

**Nøkkelord:** psykodynamisk psykoterapi, relasjonelle mønstre, terapeutiske intervensjoner, endringsprosesser

**KONTAKT**mariraa@psykologi.  
uio.no**MERKNAD**Ingen interesse-  
konflikter oppgitt**FAGFELLEVDERT**



## Teori og menneskesyn

Det psykodynamiske perspektivet har sitt opphav i psykoanalysen. Sentrale antakelser i et psykodynamisk perspektiv er at menneskers motivasjon kan være ubevisst, og at mennesker har en tendens til å repetere mønstre av måter å være på i møte med andre. Kjennetegn ved psykodynamisk terapi er at man arbeider med bevisstgjøring av ubevisste mønstre, utforskning av forholdet mellom fortid og nåtid, og mellom fantasi og virkelighet (Gullestad & Killingmo, 2005; Lemma, 2016; Mitchell, 1993). Psykoanalytisk terapi-teori har beveget seg i flere ulike retninger gjennom mer enn hundre år siden Freud utviklet «the talking cure». Generelt har utviklingen gått i retning av å legge større vekt på menneskers relasjoner, inkludert relasjoner i nåtid (Mitchell & Black, 1995).

Mennesker kan sies å ha grunnleggende motivasjon for å etablere kontakt og opprettholde relasjoner (Bowlby, 1988; Wallin, 2007). Den relasjonelle psykoanalytiker Stephen Mitchell beskrev mennesker som «... shaped by and inevitably embedded within a matrix of relationships with other people, struggling both to maintain our ties to others and to differentiate ourselves from them» (Mitchell, 1988, s. 3).

Forestillinger og følelser knyttet til andre mennesker lever i oss, også når vi er alene. Når vi møter andre, bringer vi med oss forventninger basert på tidligere relasjonserfaringer. Gamle forståelsesmåter er med, og nye erfaringer blir fortolket i lys av de gamle. Dette er en måte å beskrive overføringsbegrepet i psykoanalysen. Mellommenneskelige relasjoner har betydning både som utgangspunkt for det som skaper psykisk smerte, og som mulighet for at noe bedre kan få utvikle seg. Psykodynamisk psykoterapi handler ikke bare om å fjerne symptomer. Det retter seg vel så mye mot personlig utvikling, å få til mer adaptiv psykologisk fungering og dermed bedre relasjoner til andre.

Freud siteres hyppig på at god helse handler om å være i stand til å arbeide og elske (Elms, 2001). Winnicott (1971) fremhevet i tillegg det å være i stand til å leke, som innebærer å kunne kombinere virkelighet og fantasi på måter som gjør det mulig å skape noe nytt, overskride hindringer og fortsette å utvikle seg. Ulike varianter av psykodynamisk terapi kan ha noe ulike mål, for eksempel å få større innsikt i ubevisste prosesser eller å få et mer integrert og sammenhengende selv (Hyttten & Råbu, 2012). Det fins en rekke ulike modeller for korttids dynamisk psykoterapi. Felles for disse modellene er en terapeut som deltar aktivt i samtale, og som holder på et tydelig og avgrenset terapifokus (Binder & Betan, 2013; Levenson, 2010; Lemma

et al., 2011; Nielsen & Binder, 2014; Råbu, 2021; Safran & Muran, 2000; Strupp & Binder, 1984).

## Utløsere og opprettholdere

Psykisk lidelse kan skapes og opprettholdes i relasjoner. Både adaptive og maladaptive relasjonsmønstre etableres tidlig i livet (Beebe & Lachmann, 2005; Stern, 1985). Lengsel etter kontakt og frykt for å miste kontakt med de som er viktige for oss, er en grunnleggende menneskelig motivasjon. Hva skal til for å opprettholde relasjoner til betydningsfulle andre? Dannelsen av interpersonlige mønstre, det vil si erfaringer av hvordan det er å være sammen med andre, som igjen virker inn på hvordan man opplever seg selv, starter lenge før det verbale språket. Hva enn de spesifikke mønstrene innebærer, danner de «filtre» eller «skjemaer» som blir generalisert, og som påvirker selvfølelsen, og hvordan vi forholder oss til andre (Lemma et al., 2011; Stern, 1985). Siden mennesker er kontinuerlig kontaktsøkende, kan nye erfaringer bidra til å justere, utfordre og endre gamle forståelsesmåter og etablerte mønstre. Relasjonen til terapeuten kan i seg selv være en viktig korrigerende emosjonell erfaring (Constantino & Angus, 2016). Det kan skje ved at pasienten får mulighet til å teste ut negative antakelser i møte med terapeuten (Gazzillo et al., 2019), og at terapeuten aktivt forsøker å oppdage, forstå og reparere brudd i den terapeutiske alliansen (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). I denne terapiformen kan man også integrere opplevelsesorienterte teknikker, eller for eksempel prinsippet om eksponering ved angst og tilbaketrekning (Wachtel, 2014).

Det kan være nyttig å tenke om psykisk lidelse i tråd med modellen til Levenson (2010): «People are stuck, not sick». Det man er fastlåst i, er uhensiktsmessige samhandlingsmønstre. For eksempel kan frykten for å miste tilknytning til viktige andre begrense vitalitet og livsutfoldelse. I praksis må vi behandlere ofte forholde oss til systemer og organisasjoner som krever at vi bruker deskriptive diagnoser basert på symptomene til pasienten. Både ICD og DSM er deskriptive diagnose-systemer. Det å kategorisere og gradere psykisk lidelse kan være både nødvendig og nyttig. Men de deskriptive diagnosene og dikotomien syk–frisk hjelper oss i liten grad med å tenke omkring og forsøke å forstå hva den enkelte strever med. Diagnosene er også til liten nytte når det gjelder å finne ut hvordan vi kan hjelpe noen med å få til forandring og utvikling. Dersom man er fastlåst i et destruktivt mønster, er det nødvendig å få til bevegelse, slik at utvikling kan bli mulig.

Selv om dysfunksjonelle mønstre oppstår tidlig i livet, må de bekreftes på nytt og på nytt for å opprett-

holdes (Levenson, 2010; Wachtel, 2014). Dette er et viktig poeng: *Tidlig etablerte mønstre som er i tråd med hvordan vi opplever oss selv, vedvarer fordi de opprettholdes i nåværende relasjoner.* Vonde erfaringer i fortiden lever dermed videre, ikke bare som minner, men ved at fortidens mønstre stadig blir aktualisert på nytt i nåtid. Et slikt mønster kan bestå av tanker, følelser, handlinger og ønsker, forventninger og fantasier om andres reaksjoner, fortolkninger av andres handlinger rettet mot en selv, og hvordan man forholder seg til seg selv. Interpersonlige mønstre kan opprettholdes og vedvare utenfor bevisst oppmerksomhet, og det kan gjøre det vanskelig å oppdage dem. Det som for eksempel startet som en strategi for å bevare tilknytning eller unngå avvisning eller ydmykelse, kan bli til måter å være på som gjør at vi får bekreftet antakelser og viderefører mønstre. Det skjer ved at vi ubevisst fortsetter å invitere andre inn i de maladaptive mønstrene. For noen vil for eksempel frykten for å bli forlatt være større enn frykten for å bli dårlig behandlet. Når andre reagerer i tråd med forventningene, bekrefter det mønsteret, og det kan til og med kjennes trygt, selv om det er et destruktivt mønster.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Det psykodynamiske perspektivet på terapi er som nevnt først og fremst et utviklingsperspektiv. Utviklingsteorier og observasjoner av tidlig samspill har blitt brukt for å tydeliggjøre fenomener som også forekommer mellom voksne mennesker, ikke minst i psykoterapirelasjoner (Beebe & Lachmann, 2002). I terapi vil det være nyttig å arbeide med å utforske hvordan pasienten opplever sine egne og viktige andres måter å være på, og hvordan ytre handlinger kan forstås som noe som er basert på indre tilstander som følelser, tanker og behov (Sharp & Bevington, 2022). Denne prosessen kalles mentalisering, og enkelt uttrykt handler det om å forsøke å se seg selv utenfra og andre innenfra (Fonagy et al., 2002).

Tilknytningserfaringer og tilknytningsbehov kommer gjerne til uttrykk når vi er sårbare, som i en situasjon hvor man søker terapi (Beebe & Lachmann, 2002; Wallin, 2007). I tillegg til håp om å få hjelp vil pasienten kunne kjenne frykt både for å forholde seg til vonde erfaringer og intense følelser, og for å gjøre seg sårbar overfor et annet menneske (Kleiven et al., 2020; Mitchell, 1993; Råbu & Moltu, 2021). Å være terapeut innebærer blant annet å hjelpe folk til å få tilbake håp om og tro på at verden (igjen) kan bli et godt sted å være (Allen, 2022; Miller, 2004; 2005). Det å forholde seg til emosjoner er viktig for vitalitet og for å forstå seg selv og andre (Maroda, 2010; Monsen & Monsen,

1999; Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Det vil være relevant å være oppmerksom på felles menneskelige livsbetingelser, som ambivalens, avhengighet, sårbarhet, dødelighet og eksistensiell ensomhet, og å ta utgangspunkt i den enkelte pasients velferd og verdier (Binder, 2020; Schneider & Krug, 2010).

Når vi lytter til noen, gir vi signaler om at vi følger med, og vi kan bidra til å bekrefte og anerkjenne andres erfaringer. Et nyttig begrep fra tilknytningsforskningen som kan beskrive terapeutisk holdning, er begrepet markert speiling (Fonagy et al., 2002; Røed-Hansen, 2012; Sharp & Bevington, 2022). Det innebærer at vi responderer på det den andre uttrykker, med en tilføyelse av støtte og/eller en ny forståelse. Det følgende eksempelet kan illustrere både hvordan adaptive og maladaptive relasjonsmønstre kan oppstå og opprettholdes i samspill mellom mennesker, og det illustrerer begrepet markert speiling. Tenk deg at du har en ettåring som skal få en vaksine. Det går ikke å forklare hva vaksineringsen innebærer, og når hun får sprøyten, kjenner hun smerte og redsel, og begynner å gråte. Dersom mor eller far selv blir overveldet av følelser, vil det kunne forsterke barnets skrekk, og bidra til at situasjonen oppleves overveldende og u håndterlig. En annen foreldrereaksjon vi kan tenke oss, er avvisning av smerten og angsten: «Det er ikke farlig og ingenting å gråte for!» Den tredje måten, som innebærer markert speiling, går ut på å anerkjenne smerten og angsten ved å trøste med en holdning som formidler både omsorg, at situasjonen ikke er farlig, og at den kan håndteres. Opplevelsen av at smerte og redsel er noe barnet kan dele, og at det blir forstått, tatt hånd om og snakket om, vil kunne gjøre det til en integrert erfaring som gir mestring og trygg selvfølelse. I tillegg erfarer hun at hun er del av et menneskelig fellesskap hvor vi kan søke trøst og støtte når noe er vondt og/eller uforståelig. Dersom vi derimot stadig har opplevd å bli enten overveldet eller avvist av omsorgspersoner, kan det å forholde seg til egne og andres følelser kjennes nesten umulig, og vi kan begynne å tvile på vår egen opplevelse og erfaring. Markert speiling, validering og bekreftelse i terapi kan sies å være beslektede begreper. Poenget er å bekrefte at pasientens opplevelse er forståelig, og at den kan deles og tales (Killingmo, 1995).

Et klinisk eksempel på en markert speiling kan være en pasient som gråter og blir overveldet av angst når han forteller om en vond traumatisk erfaring. Terapeuten kan speile pasientens opplevelse ved å bekrefte den med ord, og snakke åpent og rolig om den vonde erfaringen. Terapeuten kan også bli så berørt at han får tårer i øynene, pasienten kan se det, og terapeuten kan bekrefte med ord at han ble berørt av pasientens erfaring. Den markerte speilingen består

i at terapeuten ikke blir overveldet. Den vonde følelsen kan merkes av begge, og terapeuten formidler at den kan tåles og snakkes om.

Forståelsen av hvordan maladaptive mønstre gjen-skapes og opprettholdes i nåtid, har store implikasjoner for psykoterapi. Går det an å finne måter å tolke seg selv, andre mennesker og situasjoner som oppstår, annerledes, slik at en kan finne nye måter å være sammen på? Vi kan arbeide både med betydningsfulle relasjoner i fortid (barndom og oppvekst), viktige relasjoner i nåtid og relasjonen mellom pasient og terapeut. Relasjonelle forventninger basert på tidligere erfaringer som overføres på terapeuten, kan tolkes og forstås på nye måter.

Arbeidet med fortid og barndomserfaringer kan være nødvendig for å forstå og forandre fastlåste og smertefulle mønstre i nåtid. Det å skape rom for å artikulere en historie som nesten var umulig å fortelle, var noe av det som ble fremhevet som viktig i en undersøkelse av erfaringene til pasienter og terapeuter i gode psykoterapiprosesser (Råbu & Moltu, 2021).

Noen dynamiske korttidsterapier legger størst vekt på arbeidet i terapirelasjonen her og nå. Terapeuten blir en del av pasientens «enactments», det vil si at hun eller han blir en del av relasjonsmønstre som pasienten ubevisst inviterer terapeuten inn i (Frank, 2002; Safran & Kraus, 2014). Sammen kan de to forsøke å forstå det som skjer mellom dem, slik at den nye innsikten og relasjonserfaringen kan generaliseres og brukes i andre relasjoner (Safran, 2002; Safran & Muran, 2000). Andre legger større vekt på betydningen av å arbeide med pasientens relasjoner til for eksempel familie, venner og kolleger (Wachtel, 2014). Hva man velger å legge mest vekt på, kan tilpasses den enkelte pasient og prosess (Binder & Råbu, 2013). Det er ingenting i veien for å arbeide etter disse prinsippene også i terapier som varer lenger.

Å oppdage, utforske og utfordre maladaptive interpersonlige mønstre krever stor omtanke fra terapeutens side. Det å skulle erkjenne at vi selv bidrar til å opprettholde destruktive mønstre gjennom måter vi inviterer andre inn i samspill, kan være utfordrende. Det kan kjennes som om man får skyld og ansvar for situasjoner hvor vi også, i hvert fall på noen tidspunkter, kan ha vært offer for andre. Alle er vi i noen sammenhenger offer for andres handlinger, mens det i andre tilfeller er våre handlinger som kan påvirke andre negativt (Benjamin, 2018). For svært mange vil både det å ha vært eller være offer, og det å ha bidratt eller bidra til egen og andres lidelse være komplisert og smertefullt å erkjenne og akseptere.

Når vi skal utforske mønstre, starter vi med å legge merke til pasientens måte å henvende seg til terapeu-

ten på, og hvordan hun eller han forteller om seg selv og andre. Detaljert utforskning av relasjonserfaringer vil også handle om hvordan pasienten selv kan ha bidratt til å repetere uhensiktsmessige erfaringer. Typiske måter å forholde seg til andre på kan også komme til uttrykk i relasjonen til terapeuten. Mønstre som trer fram, kan settes ord på og utforskes. Terapeuten bør så langt som mulig kjenne seg selv og sine egne væremåter, og forsøke å forstå hva som er egne bidrag i relasjon til pasienten. Terapeutens egne følelser, tanker og væremåter i terapirommet kan være med i forståelsen av pasientens relasjonsverden. Sentrale intervensjoner vil være klargjørende spørsmål, påpekninger og forslag til mulige sammenhenger. I tillegg til å avdekke mønstre vil det være nyttig å lete etter nyanser, unntak og muligheter.

I en tidsavgrenset terapi vil målet først og fremst være å hjelpe pasienten i riktig retning. Det å bli klar over et eller noen få sentrale relasjonelle mønstre og prøve ut noe nytt kan være det som får til bevegelse i en bedre retning. Med ny forståelse og ny erfaring våger kanskje pasienten å gjøre små endringer som gir nye erfaringer. Disse kan etter hvert skape nye og mer funksjonelle mønstre. Å snu slike mønstre vil kunne hjelpe pasienten til å utvikle bedre relasjoner også etter at terapien er slutt. Når pasienten får mer tak i egen subjektive opplevelse og egne følelser, styrker det selvfølelsen. Justeringer av hvordan vi forstår oss selv og andre, og det å forholde seg mer konstruktivt, vil gjøre relasjoner mer givende. Slike endringer vil kunne styrke selvfølelsen ytterligere, gi mer vitalitet, økt følelse av frihet og mening og større evne til å tåle belastninger.

I korttidsterapi, som i all psykoterapi, blir vi konfrontert med begrensninger. Det kan være vanskelig å få oversikt over de endelige resultatene av en terapiprosess ved avslutningen. Det kan likevel være viktig å artikulere hva vi faktisk har fått til (Råbu & Haavind, 2017; 2018).

## Empirisk grunnlag

Psykodynamiske perspektiver består av komplekse teorier om komplekse fenomener, og disse er vanskelige å operasjonalisere. RCT-studier kan dermed sies å være lite egnet til å studere menneskelig utvikling i psykodynamisk psykoterapi. Samtidig har det vært viktig å finne måter å sammenligne terapiformer på. Flere forskere har gjennomgått det empiriske grunnlaget for at psykodynamisk psykoterapi kan være virksom behandling ved en rekke ulike psykiske lidelser (Driessen et al., 2010; Leichsenring et al., 2015; Levenson, 2010; Nissen-Lie, 2018; Shedler, 2010; Steinert et

al., 2017). Metastudier og oppsummeringer av RCT-studier viser at psykodynamisk psykoterapi kan være virksom i behandling av psykiske lidelser generelt (Leichsenring et al., 2015; Nissen-Lie, 2018; Steinert et al., 2017) og for spesifikke lidelser som depresjon, angstlidelser, spiseforstyrrelser, somatoforme lidelser, tvangslidelser, rusavhengighet og personlighetsforstyrrelser (Nissen-Lie, 2018).

Om vi forutsetter at behandling er en uavhengig variabel som enten virker eller ikke virker på pasientens symptomer, blir pasienten en passiv mottaker av intervensjoner. I virkeligheten er pasienten et menneske med tanker, følelser, intensjoner, erfaringer, motiver og så videre, og en aktiv deltaker i å skape sin egen terapiprosess. I likhet med kasuset Nadine, som vi snart skal se på, har de fleste pasienter ikke «rene» symptomlidelser. Hva bedring består i, er ikke entydig, og resultatene av en terapiprosess kan være noe mer og noe annet enn det å ha blitt kvitt symptomer (Råbu & Haavind, 2017; 2018; Shedler, 2010). Ulike terapiformer kan gi ulike former for resultat. I en kvalitativ studie sammenlignet man utbyttet til fornøyde pasienter som hadde gått i henholdsvis kognitiv terapi og psykodynamisk terapi. Her kom det fram at de som hadde gått i kognitiv terapi, for eksempel var fornøyd med hvordan de kunne bruke bestemte teknikker for å mestre spesifikke problemer. Pasientene som hadde gått i psykodynamisk terapi, vektla for eksempel at de hadde blitt mer selv-reflekterte, og de oppga flere personlighetsrelaterte endringer (Nilsson et al., 2007). Shedler (2010) fremhever at pasienter som har gått i psykodynamisk psykoterapi, fortsetter å utvikle seg etter at behandlingen er avsluttet.

### Status i Norge

Det er lang tradisjon i Norge for å behandle psykisk lidelse med utgangspunkt i psykodynamiske perspektiver. De første psykoterapeutene, som for eksempel Norges første psykologiprofessor Harald Schjelderup (1940), var psykoanalytikere. På Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har det siden Schjelderups tid vært undervist i psykodynamiske perspektiver (Killingmo, 2009). Videreutdanning i psykoanalytisk psykoterapi skjer i dag ved tre institutter: Institutt for psykoterapi, Norsk psykoanalytisk institutt og Karakteranalytisk institutt. Ingen av disse instituttene tilbyr utdanning spesifikt i korttids dynamisk terapi, men alle har integrert relasjonsdreiningen i psykoanalytisk forståelse og terapi. I tillegg til disse tre instituttene for videreutdanning fins det et mangfold av psykoterapiutdanninger som er mer eller mindre inspirert av psykodynamisk og relasjonell teori. Det er dermed

svært mange psykoterapeuter i Norge som er mer eller mindre influert av psykodynamiske og relasjonelle perspektiver. Mange som arbeider med et utgangspunkt i en psykodynamisk forståelse, innlemmer elementer fra andre terapiretninger, og alle tilpasser formodentlig behandlingen til den enkelte pasient. Alle som arbeider etter psykodynamiske prinsipper, har nok også praktisk erfaring med korte terapiforløp, ikke minst på grunn av begrensede ressurser innenfor de institusjonelle rammene.

## Kasus Nadine

### Predisponerende faktorer

Nadine var sjenert og forsiktig som barn, og det var lav toleranse både for å uttrykke følelser, som å vise at hun var lei seg, og for å være uenige med noen i den familien hun vokste opp i. Foreldrene trakk seg unna om hun ble lei seg for noe, og hun ble sendt på rommet om hun motsa mor. I tillegg måtte hun be om unnskyldning og innrømme at hun hadde oppført seg galt for å få komme tilbake i fellesskapet igjen. Hun opplevde dette som urettferdig, og hadde dermed kontakt med en del av seg selv som protesterte mot foreldrenes regime. Denne protesten ble det umulig for henne å uttrykke. At normale følelser og selvstendige meninger ikke kunne artikuleres og ble avvist og motarbeidet i så sterk grad, har nok bidratt til at hun skammer seg og trekker seg vekk når noe blir vanskelig i relasjoner. Hun kan ha blitt redd både for å kjenne på egne følelser, og for å være for mye for andre, som hun har erfart at ikke tåler å være sammen med henne om hun kjenner sterke (triste) følelser eller uttrykker uenighet. Det å ikke ha noen mulighet for å uttrykke seg i relasjon til andre, å ikke finne et «relasjonelt hjem» for det som er vondt (Stolorow, 2007), kan ha bidratt til at hun har forsøkt å håndtere sterk psykisk smerte på destruktive måter, som selvskading og alkoholbruk.

### Opprettholdende faktorer

Et mønster som trer fram som kan opprettholde vanskene, er at Nadine reagerer med tilbaketrekning dersom hun opplever uenighet i viktige relasjoner. Dette gjelder særlig dersom hun og Bjørn, som er hennes nærmeste, er uenige om noe. Hun har erfart at hvis hun er uenig og gir uttrykk for dette overfor de hun er glad i, risikerer hun å bli avvist og forlatt. Erfaringene fører trolig til at hun både kan streve med å få tak i og å vedkjenne seg egne følelser, behov og ønsker. Da blir det heller ikke lett å uttrykke ønsker og behov tydelig overfor andre. I tillegg til at hun går glipp av mulig-

heter for kontakt, trøst og støtte, blir måten som hun kommuniserer med Bjørn (og andre) på, utydelig og bidrar til misforståelser. Bjørn blir kanskje frustrert og irritert, og irritasjonen hans gjør at Nadine trekker seg enda mer tilbake og føler seg avvist. Bjørn blir kanskje ytterligere frustrert, slik at han faktisk avviser henne også. Han skal ha gitt uttrykk for at han er utmattet av de depressive episodene hennes og vurderer om det er bedre at de skiller lag. Det som skjedde tidligere, skjer på nytt, og Bjørn har blitt en aktiv deltaker i mønsteret. Nadine får dermed bekreftet sine antakelser, som er basert på tidligere smertefulle erfaringer. Ved å være tilbaketrukket, passiv og utydelig er Nadine med på å invitere til og opprettholde et destruktivt relasjonelt mønster. Det vil være viktig å utforske dette mønsteret sammen med Nadine, og å hjelpe henne til å se hvordan mønsteret som er etablert i fortid, gjentas i nåtid (innsikt). Utforskningen kan komme til å vekke både skam og angst hos Nadine. Det vil være viktig at terapeuten viser forståelse og omsorg for at det kan være særlig vondt og komplisert for henne å forholde seg til det som er hennes egne bidrag. Ved å utforske ulike sentrale scener i livet før og nå kan Nadine identifisere følelser, ønsker og behov, samt i større grad våge å uttrykke dem (affektbevissthet, styrket selvfølelse). Etter hvert vil hun kunne erfare at det går an å være uenig, og kanskje til og med ha en konflikt med noen hun er glad i, uten at det ødelegger relasjonen, eller at hun blir avvist og forlatt (korrigerende relasjonell og emosjonell erfaring). Det at Nadine beskriver seg selv som et for følsomt og krevende barn, mens foreldrene var gode, er nok med på å opprettholde vanskene hennes. Disse oppfatningene vil være viktige å nyansere og korrigere, slik at hun kan se på seg selv med større vennlighet og forståelse.

### Mål for terapien

I starten vil et viktig mål være å etablere en tillitsfull og trygg nok relasjon til Nadine, og å bidra til å øke hennes tro på og interesse for å finne ut mer om seg selv og relasjonene sine. I fellesskap kan terapeuten og Nadine se etter sammenhenger mellom den psykiske smerten som hun opplever, og de relasjonelle erfaringene hennes, både før og nå. Kanskje finner hun ut at bak depresjonen ligger det andre og mer adaptive følelser og behov? Å oppdage, akseptere og anerkjenne egne ønsker og behov, og å kommunisere disse tydeligere til andre, vil være viktige langsiktige mål for Nadine. I det ligger både selvaksept og en erkjennelse av at det ikke er mulig å bli forstått helt uten ord. Det vil også være et mål å hjelpe henne å finne ut hvordan hun rent konkret kan forholde seg til psykisk smerte

og viktige relasjoner på mer konstruktive måter enn hun gjør nå. Forhåpentligvis har Nadine også erfaringer med mer konstruktive måter å håndtere smerte på, slik at disse kan artikuleres og videreutvikles. Nadine ville ha godt av å utvikle større toleranse for forskjellighet. Dette innebærer å bli psykisk bedre avgrenset. Da vil hun kunne tåle bedre for eksempel det å ha ulike syn på noe, og at uenighet ikke trenger å bety at hun må være i konflikt, eller at hun er avvist. På lengre sikt kan det være viktig å forsone seg med det hun ikke opplevde av trygghet og bekreftelse i oppveksten.

### Sentrale intervensjoner

Intervensjonene vil fremfor alt dreie seg om detaljert utforskning av relasjonserfaringer i fortid og nåtid, inkludert relasjonen til terapeuten. Det vil være sentralt å utforske Nadines opplevelser av det som skjer med henne (hva hun tenker, føler og gjør i relasjon til andre), og hvordan det henger sammen med hennes psykiske smerte. Likeledes vil det være viktig å utforske hva hun opplever at andre mennesker gjør, og å åpne opp for flere mulige tolkninger av hva andre mennesker kan tenkes å tenke og føle (mentalisering av seg selv og andre). Slik kan de sterke følelsene hun kjenner, bli forankret i det levde livet, og erfaringene kan gis flere mulige betydninger. Terapeutens oppgave blir å lytte, spørre, bekrefte og å bidra aktivt i utforskningen, for eksempel ved å foreslå andre mulige måter man kan forstå relasjoner og situasjoner på. Terapeuten kan aktivt hjelpe henne med å finne flere og bedre måter som hun kan ta vare på seg selv på. Hva er det hun liker å gjøre som hun kanskje kan gjøre mer av? Kanskje kan hun ha nytte av fysisk trening? Meditasjon? Likeledes kan terapeuten aktivt utforske og foreslå måter hun kan forholde seg til andre på, og oppmuntre henne til å prøve ut nye og bedre tilpasninger. Hva kan hun prøve å gjøre og si? For terapeuten kan det være nyttig å være oppmerksom på og aktivt spørre etter og utforske motsigelser, uklarheter og utelatelser i pasientens fortelling for å få tak i vanskelige temaer og unngåelser. Dermed kan gamle mønstre bli forstått på nye måter og få ny mening (Levenson, 1983). Motsigelser, uklarheter og utelatelser er ofte uttrykk for forsvar mot vonde ting og ny erkjennelse. Ved å henlede oppmerksomheten på motsetningsfull beskrivelse av for eksempel en kollega kan Nadine utvikle større toleranse for ambivalens. Videre kan en påpekning av uklare utsagn om for eksempel Bjørn tydeliggjøre nye og eventuelt negative følelser, og bidra til større aksept av dem. Det å løfte fram et tema som ikke er snakket om, for eksempel situasjoner hvor hun ikke har trukket seg tilbake, kan gi en mer nyansert selvopplevelse

og større selvaksept. Terapeuten kan også oppmuntre henne til å forsøke nye måter å forholde seg på i situasjoner som oppstår, for eksempel i relasjon til Bjørn eller til kolleger. Det vil være viktig for Nadine å øve seg på ikke å trekke seg vekk om hun kjenner seg trist eller uenig eller blir redd for å bli avvist. Da kan det være nyttig å tenke gjennom, sammen med terapeuten, hva hun konkret kan gjøre istedenfor å trekke seg, og hvordan hun kan tåle angsten som oppstår i henne når hun ikke trekker seg unna. I en slik sammenheng blir aktiv støtte fra terapeuten viktig. Tendensen til å trekke seg tilbake kan også oppstå i relasjon til terapeuten. Kanskje hun blir taus og stille i timene? Et aspekt ved tilbaketrekingstendensen er at Nadine bebreider seg selv for den. Hun klandrer seg selv for at hun var feig som barn. Hun tenker at hun var for følsom, og at hun burde vært tøffere og stått mer opp for seg selv. Dette kan tenkes å aktualiseres i relasjon til terapeuten når hun/han for eksempel oppfordrer Nadine til å prøve nye måter å uttrykke seg tydeligere på i relasjoner. Kanskje Nadine føler at terapeuten blir en som kritiserer henne for å være feig? I så fall er det viktig at dette oppdages, avkreftes, utforskes og gis mening (brudd og reparasjon i terapeutisk allianse).

Nadine har også en tendens til å sette i gang med ulike aktiviteter for å skyve vekk følelser. Kanskje hun begynner å snakke seg vekk fra temaer som er følelsesmessig viktige for henne? Terapeuten vil kanskje merke at det oppleves som «tomt snakk»? Uansett hvilke mønstre som trer fram i relasjon til terapeuten, vil det gi mulighet for aktiv utforskning av relasjonen her og nå. Terapeuten kan forsøke å sette ord på det som skjer, og bidra til å gjøre erfaringene her og nå relevante for det som er Nadines utfordringer. Etter hvert som Nadine får styrket håp om og tro på at hun kan få hjelp med det hun strever med, erfarer hun at det hun har opplevd og opplever, kan deles og forstås, utforskes og nyanseres sammen med andre mennesker. Hun trenger ikke å være alene.

Det vil også være viktig å anerkjenne at Nadine har klart å finne noen måter å ta vare på seg selv på til tross for belastninger. Beskrivelsen av hvordan hun klatret opp i et tre med grener formet som armer, der hun krøllet seg sammen og gråt, er både trist og rørende. Foreldrene var ikke i stand til å trøste henne, men hun klarte å finne en favn i et tre, som om hun ble omfavnet og holdt av selve moder jord (Winnicott, 1960). Når Nadine forteller om hendelsen med treet, kritiserer hun seg selv for å være feig, og at hun «rømte unna». Det kan være nyttig å utforske erfaringen med treet og forsøke å forstå det hun gjorde for å trøste seg selv, som noe konstruktivt og selvbevarende. Hun hadde kapasitet til å finne støtte i naturen. Som voksen må vi ofte

regulere oss selv alene, men vi kan også få hjelp, om ikke alltid av et menneske, så av et tre. Likeledes kan det være nyttig å tenke om de selvdestruktive tendensene hennes, som alkoholbruk og selvskading, som forståelige forsøk på å mestre noe av det som opplevdes umulig. Da hun etablerte en relasjon til Bjørn fikk hun mindre behov for disse mestringsstrategiene. At pasient og terapeut i fellesskap kan komme fram til en forståelse av selvdestruktiviteten kan gjøre erfaringene mindre skamfulle.

### Hvordan vurdere endring?

Det å få økt erfaring med at vonde og til dels uforståelige erfaringer og opplevelser kan deles og forstås, vil sannsynligvis gjøre Nadine mindre tilbaketrukket, selvdestruktiv og depriment. Endring vil kunne merkes som større vitalitet og engasjement, og som en økt nysgjerrighet på seg selv og andre. Dette vil igjen kunne føre til at relasjoner oppleves mer givende og meningsfulle for Nadine, og det vil gjøre henne mindre ensom. Om Nadine får større tilgang til og kan gjøre mer konstruktivt bruk av sin egen opplevelse, vil hun kunne by mer på seg selv og bli tydeligere og mer selvhverdende i relasjon til mannen, venner, kolleger og terapeuten. Endring kan merkes i terapirelasjonen, for eksempel om begge kan oppleve kontakten som mer genuin, og at de er engasjert i et felles prosjekt hvor det er større trygghet og toleranse for uenighet og det å være forskjellige.

### Avslutning

Relasjonsrettet dynamisk terapi har utvikling og pasientens relasjonserfaringer som sitt sentrale tema. Dermed er ikke terapien nødvendigvis rettet mot å fjerne symptomer, men har som mål å hjelpe pasienten til mer tilfredsstillende relasjoner i nåtid. Samtidig vil det å få en større forståelse av seg selv og andre, slik at man kan forholde seg tydeligere og mer avgrenset, bidra til å styrke selvfølelsen. Selv om tilnærmingen i liten grad er rettet direkte mot symptomene, antas det at symptomene henger sammen med de fastlåste relasjonsmønstrene, slik at det å endre disse vil kunne bidra til å lette symptomene. Bedring skjer gjennom en kombinasjon av *innsikt* i mønstre som er etablert i barndom og fortid, og hvordan disse gjentas i nåtid (overfor viktige andre og terapeuten), og nye relasjonelle *erfaringer* i og utenfor terapien. ✘

## Referanser

- Allen, J.G. (2022). *Trusting in Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment. Co-constructing interactions*. Analytic Press.
- Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to. Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315437699>
- Binder, J.L. & Betan, E.J. (2013). *Core competencies in brief dynamic psychotherapy. Becoming a highly effective and competent brief dynamic psychotherapist*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203837412>
- Binder, P.E. (2020). *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi*. Fagbokforlaget.
- Binder, P.E. & Råbu, M. (2013). Terapi som skreddersøm med utgangspunkt i relasjon og emosjon. I K. Benum, E. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 115–142). Pax.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Constantino, M.J. & Angus, L. (2016). Client accounts of corrective experiences in psychotherapy: Implications for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 73(2), 192–195. <https://doi.org/10.1002/jclp.22432>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat, S.C.M., Abbass, A., de Jonghe, F. & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Elms, A.C. (2001). Apocryphal Freud: Sigmund Freud's most famous «quotations» and their actual sources. *Annual of Psychoanalysis*, 29, 83–104. Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Frank, K.A. (2002). The «ins and outs» of enactment: A relational bridge for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(3), 267. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.3.267>
- Gazzillo, F., Genova, F., Fedeli, F., Curtis, J.T., Silberschatz, G., Bush, M. & Dazzi, N. (2019). Patients' unconscious testing activity in psychotherapy: A theoretical and empirical overview. *Psychoanalytic Psychology*, 36, 173–183. <https://doi.org/10.1037/pap0000227>
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Hytten, K. & Råbu, M. (2012). Hva skal vi med psykoterapi? I R. Ulberg, A.G. Hersoug & T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 11–25). Akademika.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76(3), 503–518.
- Killingmo, B. (2009). Klinikk i akademia. I S.E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 133–144). Universitetsforlaget.
- Kleiven, G.S., Hjeltnes, A., Råbu, M. & Moltu, C. (2020). Opening up: Clients' inner struggles in the initial phase of therapy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591146>
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 129–148. <https://doi.org/10.1159/000376584>
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. Wiley Blackwell.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy. A clinician's guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199602452.001.0001>
- Levenson, E. (1983). *The ambiguity of change*. Basic Books.
- Levenson, H. (2010). *Brief dynamic therapy*. American Psychological Association.
- Maroda, K.J. (2010). *Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship*. Guilford Press.
- Miller, R.B. (2004). *Facing human suffering: Psychology and psychotherapy as moral engagement*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10691-000>
- Miller, R.B. (2005). Suffering in psychology: The demoralization of psychotherapeutic practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(3), 299–336. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.3.299>
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674041158>
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
- Mitchell, S.A. & Black, M.J. (1995). *Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books.
- Monsen, J.T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (red.), *Pluralisms in self psychology. Progress in self psychology* (s. 287–307). The Analytic Press.
- Nielsen, G.H. & Binder, P.-E. (2014). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. I L.E.O. Kannair & R. Hagen (red.), *Psykoterapi. Tilnæringer og metoder* (s. 91–109). Gyldendal Akademisk.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17, 553–566. <https://doi.org/10.1080/10503300601139988>
- Nissen-Lie, H.A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 416–427. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/effekten-av-psykodynamisk-psykoterapi>
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why «the only way out is through.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Røed-Hansen, B. (2012). *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Råbu, M. (2021). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. I P.E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 355–366). Fagbokforlaget.

- Råbu, M. & Haavind, H. (2017). «Hvor langt kom vi?» Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 284–293. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2017/03/hvor-langt-kom-vi>
- Råbu, M. & Haavind, H. (2018). Coming to terms: Client subjective experiences from ending psychotherapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 31(2), 223–242. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1296410>
- Råbu, M. & Moltu, C. (2021). People engaging each other: A dual-perspective study of interpersonal processes in useful therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09469-1>
- Safran, J.D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171–195. <https://doi.org/10.1080/10481881209348661>
- Safran, J.D. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. Guilford.
- Schjelderup, H. (1940). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Universitetsforlaget.
- Schneider, K.J. & Krug, O.T. (2010). *Existential-humanistic therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12050-000>
- Sharp, C. & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in Psychotherapy: A Guide for Practitioners*. The Guilford Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stolorow, R.D. (2007). *Trauma and human existence. Autobiographical, psychoanalytic and philosophical reflections*. Routledge.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time limited dynamic psychotherapy*. Basic Books.
- Wachtel, P.L. (2014). *Cyclical Psychodynamics and the contextual self. The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315794037>
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.



**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 811-830 DOI: <https://doi.org/10.52734/MYDW9231>

# Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Filip Myhre<sup>1,2</sup>, Roger Sandvik Hansen<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup> Norsk Institutt for ISTDP<sup>2</sup> Norsk Psykologklinikk, Drammen<sup>3</sup> Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

## Sammendrag

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) er en transdiagnostisk terapimetode forankret i den psykodynamiske tradisjonen. En grunnleggende antakelse er at mange av våre følelser, tanker, ønsker og indre konflikter er utilgjengelig for bevisstheten og er det som utløser og opprettholder psykiske plager. Den kanadiske psykoanalytiker og psykiateren Habib Davanloo startet på 1960-tallet å utvikle det opprinnelige standardformatet av ISTDP. Davanloo studerte videoopptak av terapitimene sine med pasienter og systematiserte virksomme faktorer, som han deretter benyttet i påfølgende pasientforløp. På 1990-tallet videreutviklet han et gradert format av ISTDP, med intervensjoner som kan tilpasses pasienter som lett blir overveldet av angst og følelser. I artikkelen ser vi nærmere på hvordan ISTDP operasjonaliserer ubevisst angst og ubevisst terapeutisk allianse. Dette er observerbare markører som gir terapeuten informasjon om den terapeutiske prosessen og om valg av type intervensjoner, og vi belyser det gjennom kasuset Nadine.

**Nøkkelord:** Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, ISTDP, intensiv dynamisk korttidsterapi, konfliktfylte følelser, ubevisst angst, ubevisst terapeutisk allianse

**KONTAKT** [roger@norskpsykologklinikk.no](mailto:roger@norskpsykologklinikk.no)

**MERKNAD** Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen. Begge forfatterne er deleiere og jobber i Norsk Institutt for ISTDP

**FAGFELLEVDERT**

Figur 1

Konflikttrekant og persontrekant



*Merknad.* Forholdet mellom følelser, angst og forsvar på tvers av ulike situasjoner. Figur er basert Malan (1979) og Menninger (1958).

### Teori og menneskesyn

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) er en transdiagnostisk terapimetode forankret i den psykodynamiske tradisjonen. ISTDP skiller seg i liten grad fra tradisjonell psykodynamisk teori når det gjelder antakelsene om hva som utløser og opprettholder psykiske vansker. En grunnleggende antakelse er at mange av våre følelser, tanker, ønsker og indre konflikter er utilgjengelig for bevisstheten. Hva som er utilgjengelig for den enkelte, antas å henge sammen med personens tidlige livserfaringer. Erfaringer som har vekket reaksjoner som har vært for komplekse og konfliktfylte for personen å forholde seg til på en meningsfull måte, har i stedet blitt skjøvet ut av bevisstheten. Faktorer som påvirker personens kapasitet til å forholde seg til reaksjoner på vanskelige opplevelser i oppveksten, antas å være både genetikk, kvaliteten på tilknytningen til omsorgsgivere, tilgang på annen støtte, personlighet, evnenivå og sosioøkonomiske forhold (Abbass, 2015)

Den kanadiske psykiateren og psykoanalytikeren Habib Davanloo begynte å utvikle ISTDP på 1960-tallet (Davanloo, 1990, 2000, 2005). Han var motivert av at behandling på den tiden ofte ikke var tilgjengelig eller tok for lang tid. Det opprinnelige standardformatet av ISTDP ble utviklet ved at han studerte videoopptak av terapitimene sine og systematiserte virksomme faktorer, som han deretter tok med seg i sine påfølgende terapiforløp. På 1990-tallet videreutviklet han et format som var spesifikt rettet mot traumer: det graderte formatet av ISTDP (Davanloo, 1990, 2000, 2005). ISTDP har i dag relativt få eksklusjonskriterier for behandling (aktiv psykose/mani, aktivt alvorlig rusmisbruk, alvorlige somatiske tilstander og akutt selvmordsrisiko) (Abbass, 2015).

### Utløser og opprettholdere

En grunnleggende antakelse i ISTDP er at ubevisste konfliktfylte følelser er drivkraften bak ulike symptomer og problemer (Abbass, 2015). Barn er avhengige av sine tilknytningspersoner, og følelser som truer båndet til tilknytningspersonene risikerer å bli skjøvet ut av bevisstheten. For barnet kan det oppleves spesielt krevende når det er tilknytningspersonen som utsetter det for smertefulle forstyrrelser, eller at det skjer et brudd i båndet. I slike tilfeller antas barnet å reagere med et sett av sammensatte følelser. Bruddet vil kunne mobilisere kjærlighet og avhengighet, men samtidig vekke sterke negative følelser overfor tilknytningspersonen som vil stå i sterk konflikt til kjærligheten og avhengigheten. For eksempel vil følelsen sinne/raseri ha tilhørende impulser om å såre eller skade, noe som er svært konfliktfylt for barnet å forholde seg til i bevisstheten. Et voldsomt sinne vil kunne vekke mye skyldfølelse nettopp fordi barnet også er knyttet til og avhengig av den voksne. Det vil være svært konfliktfylt for barnet å bevisst forholde seg til disse sammensatte følelsene. Hvis barnet har god nok ytre støtte og en indre kapasitet til bevisst å forholde seg til disse komplekse tilknytningsfølelsene på en gang, antas dette å bidra til at barnet også kan forholde seg til et komplekst bilde av seg selv og andre. Hvis ikke kan spesielt de negative følelsene overfor tilknytningspersonen bli for smertefulle og skyves ut av bevisstheten. Et barn som ikke har kapasitet til å romme en sammensatt indre konflikt, kan for eksempel «løse den» ved å tenke at «tilknytningspersonen gjorde alt rett, alt er min skyld, og jeg fortjente det siden jeg er så vanskelig». Altså positive tanker om den andre, og negative tanker om en selv. Både barnet selv og den nære andre blir opplevd svart-hvitt, som god eller dårlig. Slik svart-hvitt-tenkning kan forstyrre nære bånd i fremtiden. Hvordan ubevisste indre konflikter antas

å kunne utløse og opprettholde ulike symptomer og problemer, illustreres i ISTDP ofte ved hjelp av *konflikttrekanten* og *persontrekanten* (Malan, 1979; Menninger, 1958).

Konflikttrekanten illustrerer dynamikken der et ubevisst materiale med tilhørende konfliktfylte tilknytningsfølelser holdes utenfor bevisstheden. Disse utløser i stedet ubevisst angst og ulike ubevisste forsvarsmekanismer. For eksempel vil et brudd i et bånd til en nærstående nåtidig person kunne vekke smerte og sorg (følelser/impulser). Kan personen erfare smerten og sorgen på en adaptiv måte, er bearbeiding mulig, slik at personen senere kan knytte et nytt bånd til et nytt menneske. Det vil være vanskeligere å åpne opp for smerte og sorg hvis bruddet i en nåværende relasjon samtidig mobiliserer et sett av ubevisste og negative følelser fra tidligere relasjoner. I tillegg til smerte og sorg kan et sett av ubevisste negative følelser som irritasjon og sinne fra det gamle båndet bli mobilisert og overført til det nye båndet. Disse følelsene vil være motstridende og konfliktfylte, og de holdes ubevisste ved å utløse ulike former for kroppslig ubehag (angst) og forsvar (for eksempel å trekke seg unna den andre og å tenke negativt om seg selv). Det er den ubevisste angsten og de mange formene for unngåelse som antas å opprettholde de psykiske plagene (for eksempel tilbaketrekning og depressive plager). Persontrekanten illustrerer hvordan gammelt, ubevisst konfliktfylt materiale (tidligere relasjoner) kan mobiliseres eller aktiveres i en nåværende relasjon inkludert i relasjonen til terapeuten (overføringen).

### Sentrale prosesser og intervensjoner

En ISTDP-terapeut vil forsøke å hjelpe pasienter med å observere mønstre av både angst og forsvar. Deretter vil terapeuten hjelpe dem å ta aktivt stilling til hvordan de ønsker å forholde seg til disse mønstrene i terapien og videre i livet. Som del av dette arbeidet er en innenfor ISTDP særlig opptatt av å løse konflikter og dilemmaer som kan oppstå når pasienter mister tak i sin egen aktive vilje, engasjement og kompetanse, og i stedet opplever resignasjon, passivitet og oppgitthet. Sistnevnte hindrer endringsprosessen og bidrar til å opprettholde problemene de søker hjelp for. I ISTDP brukes samlebetegnelsen ubevisst motstand om måter man ubevisst forholder seg til seg selv, terapeuten og problemene på, og som står i veien for endring.

Ved at pasienten aktivt lar være å benytte seg av forsvarsmekanismer, kan ubevisst materiale bli tilgjengelig og eksponeres i bevisstheden. Da kan pasienten erfare og bearbeide det, og det vil gi ny innsikt og mening (Abbass, 2015). Når tidligere ubevisst mate-

riale blir erfart og bearbeidet, vil selve drivkraften bak symptomer og problemer avta. Ubevisste følelser og konflikter vil ikke lenger drive ubevisst angst, forsvar og symptomer. Det overordnede målet er derfor å gjøre ubevisst materiale bevisst. Selv om ISTDP i all hovedsak har overlappende teoretisk forankring og endringsforståelse med andre psykodynamiske retninger, er det to teoretiske begreper som er spesifikt operasjonalisert innen ISTDP: ubevisst angst og ubevisst terapeutisk allianse. Forståelsen av ubevisst angst og ubevisst terapeutisk allianse er sentral for hvordan en ISTDP-terapeut velger å intervensjonere. Vi vil derfor utdype disse to begrepene før vi sier noe om konkrete intervensjoner.

### Ubevisst angst

Davanloo var tidlig ute med å studere videoopptak av egne terapier. Han observerte at det var en sammenheng mellom hvordan angst ble kanalisert i kroppen, og ulike typer av vansker pasienter hadde i møte med ubevisst materiale. På bakgrunn av disse observasjonene klassifiserte han ulike typer av ubevisst angst ut ifra hvilke kroppslige utslag de gav. Davanloo kalte dette for ulike angstutladningsmønstre (Davanloo 1990, 2000; Abbass, 2005, 2015). Han skilte mellom tre ulike typer av utladningsmønstre: angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, i glatt muskulatur eller angst kanalisert som kognitive eller perseptuelle forstyrrelser». Denne operasjonaliseringen av ubevisst angst er sentral i ISTDP. Antakelsen er at hvert utladningsmønster gir informasjon om hva pasienten strever med, og dermed en indikasjon for valg av ulike behandlingsplaner og ulike typer intervensjoner. En terapeut innenfor denne tilnærmingen vil derfor kontinuerlig overvåke hvilket av de tre utladningsmønstrene pasienten fremviser (Abbass, 2015).

### Tverrstripet muskulatur

Når det gjelder pasienter som kanalisere ubevisst angst gjennom å bli anspent i viljestyrt (tverrstripet) muskulatur, vil typiske markører som terapeuten kan observere, være å sukke dypt, flytte eller vri seg i stolen, eller gni seg kraftig i hendene (Abbass, 2015). Når pasienter blir anspent i muskulaturen på denne måten, kan de ofte identifisere følelsene sine kognitivt. Den fysiske opplevelsen av følelsene holdes derimot borte fra bevisstheden og erstattes av opplevd stress og indre uro (angst) og ulike tanker/rasjonaliseringer (forsvar) (Abbass, 2015). Pasienter der angsten kanaliseres i tverrstripet muskulatur har som oftest tilgang på en rekke effektive strategier (motstandssystem) for å holde både følelser og terapeuten på avstand. Pasienten kan for eksempel tenke klart og fortelle godt om følelsene i ulike affektivt ladede

situasjoner, men har ingen kontakt med den fysiske delen av følelsene i kroppen sin utover at de kjenner seg urolig og anspent. Motstandssystemet som antas å høre sammen med anspenhet, kalles derfor for isolering av affekt i kognisjon.

### Glatt muskulatur

Hos gruppen av pasienter der ubevisst angst kanaliseres gjennom ikke-viljestyrt eller glatt muskulatur, kan terapeuten observere fravær av de typiske markørene for aktivering av tverrstripet muskulatur (Abbass, 2015). Fraværet av den typiske anspenheten i muskulaturen gjør ISTDP-terapeuten oppmerksom på om det i stedet er aktivering i andre kroppslige utladningsmønstre. I møte med følelser kanaliserer denne gruppen angst direkte til den glatte muskulaturen i stedet for tverrstripet muskulatur (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). Den glatte muskulaturen finnes typisk i mage, tarm, blodårer og bronkier. Sammentrekning i denne muskulaturen kan gi en rekke somatiske symptomer som kvalme, løs mage, trøtthet eller slitenhet (Abbass, 2015). Når pasienter kanaliserer angst i glatt muskulatur, er de ofte ikke i stand til å identifisere følelsene sine kognitivt, samtidig som de ikke nødvendigvis har en opplevelse av å være engstelige. I stedet for å kunne tenke klart omkring følelsene sine i ulike affektivt ladede situasjoner kan pasienten derfor se rolig ut og i stedet rapportere økte somatiske symptomer fra glatt muskulatur. Motstandssystemet som antas å høre sammen med glattmuskulær aktivering omtales derfor som umiddelbar fortrenkning av følelser før de når bevisstheten (Abbass, 2015).

### Kognitive perseptuelle forstyrrelser

Hos en tredje gruppe pasienter blir den ubevisste angsten kanalisert som kognitive eller perseptuelle forstyrrelser. Denne type angstkanalisering forbindes med det vi gjerne forstår som overveldelse. Her vil de typiske markørene for angst kanalisert i tverrstripet og glatt muskulatur være fraværende. I denne gruppen vil pasientene i stedet bekrefte at de har vansker med å fokusere og tenke klart, eller at de opplever seg mer kognitivt forvirret. De kan bekrefte nedsatt syn (tåkesyn eller nedsatt sidesyn) og hørsel (piping eller susing i ørene) (Abbass, 2015). Typisk for dette motstandssystemet er at hjernen forsøker å unngå å bli overveldet av angst fra konfliktfylte følelser gjennom å forenkle kompleksiteten i følelsesbildet. I stedet for å kjenne på sammensatte, motstridende eller komplekse følelser i møte med andre, blir menneskene forenklet til enten å være gode eller onde (splitting), eller følelsene på innsiden av pasienten blir tillagt å være på innsiden av den andre personen (projek-

sjon) (Abbass, 2015). I terapi kan dette for eksempel gi seg utslag i frykt for terapeuten allerede før man har møtt behandleren. Blandede følelser utløst av å skulle åpne seg for og stole på terapeuten splittes opp. Motviljen mot å åpne seg for noen beholdes som en indre opplevelse av situasjonen, samtidig som ønsket om å komme til bunns i det vanskelige projiseres over på terapeuten. Dette motstandssystemet som hører sammen med angst kanalisert som kognitive og perseptuelle utfall, blir beskrevet som splitting og projeksjon (Abbass, 2015).

### Ubevisst terapeutisk allianse

Ifølge Davanloo (1990) kan motstand, det vil si pasientens ubevisste handlinger som kommer i veien for pasientens egne mål for terapien, best overvinnes gjennom systematisk aktivering av det man i ISTDP benevner som ubevisst terapeutisk allianse. Ubevisst terapeutisk allianse, eller UTA, er det motsatte av ubevisst motstand. UTA er altså de handlingene pasienten ubevisst gjør som fremmer arbeidet med å belyse fortrenget materiale. Ubevisst terapeutisk allianse antas å bli sterkere når pasienten får mer kontakt med følelser som er fortrenget. En pasient som opplever en ubevisst terapeutisk allianse, antas å kunne kommunisere denne til terapeuten på en måte som en trent ISTDP-terapeut vil lytte etter. Et eksempel er når UTA viser seg i form av små «hvisk fra det ubevisste». En pasient som i starten av timen ikke ser sammenhengen mellom gjentatte opplevelser av å bli utnyttet og måten hen selv håndterer utfordringer i livet sitt på, kan spontant uttrykke: «... jeg bare ser en annen vei når noen sårer meg. Jeg undertrykker følelsene det vekker i meg.» Slike «hvisk» gjenkjennes som klare og presise oppsummeringer av sentrale deler av de psykodynamiske konfliktene. UTA kan også uttrykkes gjennom negasjoner. Den samme pasienten vil på et slikt tidspunkt (da de fortrenget følelsene fortsatt ikke kan kjennes fysisk i kroppen eller eksistere som bevisste kognisjoner) kunne uttrykke: «*Han forstår ikke hvor mye han sårer meg når han er utro mot meg, så jeg har ingen behov for å såre han tilbake ...*». På et senere tidspunkt, når de fortrenget komplekse følelsene erfares fysisk og ikke lenger blir holdt tilbake av angst eller motstand, kan den ubevisste alliansen operere friere gjennom å hente frem relevante minner og sammenhenger mellom nåværende og tidligere relasjonelle erfaringer. For eksempel gjennom utsagn som: «*Jeg kjenner at jeg vil såre og ydmyke han, men det er samtidig vondt å se øynene hans for meg etter at jeg har gjort det. Jeg kjenner så altfor godt igjen hvordan det oppleves å føle seg så maktesløs. Det er det som er impulsen, at han andre skal kjenne på det jeg ble utsatt*

*for så mye da jeg var barn. Jeg tror det er derfor jeg bare har sett en annen vei når jeg har skjont at han har vært utro.»* En slik tilstand der det er liten eller ingen ubevisst motstand, og minner og følelser kan erfares og forstås på en psykodynamisk relevant måte, blir i ISTDP beskrevet som en opplåsning av det ubevisste (Abbass, 2015; Davanloo, 1990, 2000).

I ISTDP er det et overordnet mål å hjelpe pasientene med å bli bevisst på ubevisst materiale som følelser, tanker, impulser og behov. Dermed kan pasienten bearbeide, integrere og gi det ny mening (Abbass, 2015). Hvordan man går frem for å oppnå dette, vil variere ut ifra terapeutens observasjoner av måten pasienten kanalisere ubevisst angst på. For gruppen av pasienter der den kroppslige angsten utelukkende kanaliseres som anspenthet i muskulaturen, benyttes et såkalt standardformat av ISTDP (Davanloo, 1990, 2000, 2005). Dette er et sett med kliniske prinsipper der responsivitet står sentralt. Systematisert klinisk erfaring viser at disse pasientene har evne til å tenke klart samtidig som fortrenge ubevisste følelser aktiveres. Terapeuten vil her ha som mål å hjelpe pasienten til å observere og deretter la være å bruke etablerte motstandssystemer. Dette skjer ved å gjøre pasienten oppmerksom på atferd som kommer i veien for å løse terapeutiske oppgaver. Slik atferd kan for eksempel bestå av å være vag i problembeskrivelsene, angripe seg selv, innta en passiv holdning til terapien og lignende. Pasienter med denne type angstkanalisering vil kunne erfare og bearbeide ubevisste, komplekse tilknytningsfølelser når de får hjelp til å oppdage angsten som knytter seg til disse, og hvordan de har forsvart seg overfor denne.

For pasienter der angsten kanaliseres i glatt muskulatur eller som kognitive/perseptuelle forstyrrelser, er det utviklet et gradert format av ISTDP (Abbass & Bechard, 2007; Davanloo, 2000). Dette formatet legger opp til intervensjoner der målet er at pasientene skal observere angsten sin som et fysisk fenomen i kroppen, og så utforske og forstå hva som driver denne angsten. Pasientene trenger hjelp til å kunne observere seg selv og reflektere omkring egne følelser. Når de klarer dette, kan de øve på å være i kontakt med hvordan det ubevisste materiale kjennes fysisk i kroppen. Det å gradvis bli i stand til å både observere seg selv og være i kontakt med fysiske fornemmelser av de tidligere fortrenge følelsene, anses som å bygge kapasitet til å forholde seg til ubevisst materiale uten å bli overveldet.

### Empirisk grunnlag

Det foreligger mer enn 300 randomiserte kontrollerte studier som har dokumentert effekten av psyko-

dynamisk psykoterapi (Lilliengren, 2023). En Cochrane systematisk litteraturstudie fra 2014 dokumenterte at dynamiske korttidsterapier er effektive i behandlingen av en rekke ulike psykiske lidelser (Abbass et al., 2014). Av psykodynamiske korttidsterapier er ISTDP blant de mest studerte og har vist seg å ha god effekt på symptomer på psykiske lidelser og på interpersonlige problemer. Dette gjelder pasienter med bred problematikk, som angst- og stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og uforklarlige medisinske tilstander (Abbass et al., 2012). Studier har også dokumentert god effekt på pasienter som tidligere ikke har respondert på annen behandling (Abbass, 2016; Town et al., 2020), inkludert studier fra Norge (Solbakken & Abbass, 2014, 2015, 2016). Dokumentert effekt av ISTDP (gjennom ulike studier), også sett i sammenheng med den mer generelle evidensen for dynamiske korttidsterapeutiske metoder (Abbass et al., 2014), tilsier at ISTDP har et empirisk grunnlag. Samtidig er det behov for flere prosess-studier som undersøker sentrale antakelser om hvordan endring skjer i ISTDP (Town et al., 2017).

### Status i Norge

Den første videreutdanningen for leger og psykologer i ISTDP kom i gang i 2009. I starten foregikk det med internasjonale lærekrefter og fra 2012 med hovedsakelig norske lærere og veiledere. I 2016 godkjente Norsk psykologforening et tre og et halvt års spesialistprogram i ISTDP som del av spesialiteten i psykoterapi. Flere norske universiteter tilbyr psykologstudenter ulike introduksjonskurs til modellen. ISTDP har inngått og inngår i dag som aktiv behandlingsmodell i flere døgnbaserte psykoterapiprogram, inkludert i såkalte medikamentfrie program (Solbakken & Abbass, 2014, 2015, 2016). En rekke psykologer og leger anvender metoden i sitt arbeid i poliklinikker i psykisk helsevern, og i det private er det flere klinikker der hovedvekten av terapeutene har en slik kompetanse.

### Kasus Nadine

#### Predisponerende faktorer

I ISTDP vil man, som i annen psykodynamiskbasert terapi, forsøke å bistå pasienten med å gjøre ubevisst fortrenge materiale bevisst og integrere dette på en meningsfull måte i bevisstheten. Predisponerende faktorer for Nadines psykiske uhelse vil i så måte være konfliktfylte aspekter av Nadines opplevelser tidligere i livet som er blitt fortrenge til det ubevisste. Det vil si at nye relasjonelle erfaringer vil kunne aktivere det gamle fortrenge materialet. Uten hjelp til å oppleve

og danne en ny bevisst forståelse av dette materialet vil vanskene bare fortsette å gjøre seg gjeldende.

### Mål for terapien

Langsiktige mål i behandlingen av Nadine vil være at hun kan oppleve følelser, tanker, impulser og behov hun har fortrenget, og å integrere dette på en meningsfull måte i bevisstheten. Hvis slike endringer skjer, vil hun ikke lenger ha behov for å benytte seg av forsvarsmekanismer som opprettholder de psykiske plagene og de mellommenneskelige vanskene hennes.

I starten av terapien vil terapeuten derfor hjelpe Nadine med å fokusere på situasjoner som skaper utfordringer. Hun inviteres til å være så konkret som mulig i beskrivelsen av situasjoner og relasjoner som hun opplever henger sammen med plagene hennes. Målet i startfasen vil være å få en oversikt over hvilke opplevelser i disse situasjonene som Nadine har et bevisst forhold til, og hvilke opplevelser hun har fortrenget. Første delmål blir da å finne ut hvilke situasjoner som aktiverer fortrenget materiale.

Parallelt vil terapeuten sammen med Nadine kartlegge og styrke kapasiteten hennes til å tåle bevisst eksponering for det fortrenget materialet gjennom å bygge kognitiv struktur. Dette er nødvendig de gangene Nadine opplever symptomer som kvalme, slitenhet, forvirring, tåkesyn, piping i ørene eller andre tegn på høy angst i møte med fortrenget materiale. I praksis vil dette foregå gjennom å hjelpe Nadine med to ting: å observere angst fysisk i kroppen og å forstå hvorfor denne angsten blir utløst akkurat nå. For eksempel kan terapeuten si: «Jeg ser du blunker raskt nå, er synet ditt tåkete? Ok, så når du forsøker å kjenne etter hvilke følelser som vekkes i deg i møte med det mannen din gjorde, så blir synet ditt tåkete? Du virker å få høy angst i form av tåkesyn i stedet for å få kjent hvilke følelser som aktiveres i kroppen din av det han gjorde?»

Når Nadine ikke lenger får kognitive, perseptuelle eller somatiske plager når hun nærmer seg det fortrenget materialet, vil de kunne begynne å arbeide med neste delmål. Dette er eksponering og integrering av ubevisst materiale i bevisstheten. Nadine vil nå kunne tenke klart og merke følelsene i kroppen når hun betrakter de situasjonene som tidligere gav henne fysiske symptomer. Når hun kjenner disse tidligere fortrengete, komplekse følelsene fysisk i kroppen, vil hun selv kunne oppleve sammenhenger på tvers av tid og situasjoner i sitt eget liv som gjorde at disse opplevelsene tidligere ble fortrenget.

Siste delmål vil være å konsolidere innsikter som hun har opplevd i terapien. Dette skjer ved at Nadine og terapeuten henter frem opplevelser og forståelsen

av disse som Nadine har arbeidet med i terapien. Det vil være korte sekvenser av dette etter hver ny innsikt som kommer frem i terapitimene, og ofte noe lengre sekvenser av slike refleksjoner mot slutten av hver time. En større andel av hver terapitime vil vies slikt konsolideringsarbeid mot slutten av terapiforløpet.

### Sentrale intervensjoner

For å illustrere sentrale intervensjoner i ISTDP har vi konstruert et utdrag fra en tenkt time med Nadine. I første del av vignetten ser vi intervensjonene terapeuten benytter for å hjelpe Nadine med å finne frem til hva hun ønsker hjelp med, og hvordan dette best kan utforskes. Samtidig vil terapeuten være særlig opptatt av hvordan Nadine reagerer når hun får spørsmål som kan aktivere det følelsesmessige materialet som er blitt fortrenget. Avhengig av om hun klarer å kanalisere angst i tverrstripet muskulatur og tenke klart, eller om hun viser tegn til angst kanalisert i kognitivt/perseptuelt system eller som kvalme/slitenhet, vil terapeuten tilpasse intervensjonene og velge standardformat eller gradert format av ISTDP.

### Utforsking av problemet

Vi starter med den første terapitimen etter at Nadine har gitt oss de opplysningene som kommer frem i kasesbeskrivelsen.

Terapeut: «Så du beskriver ulike situasjoner der du ender opp med å få det vanskelig. Du har fortalt om episoder med foreldrene dine da du var liten og ble sendt på rommet, du har snakket om utfordringene du møter på når det er konflikter med mannen din, og du nevner at det er vanskelig å komme hit til meg og be om hjelp. Er det noen av disse situasjonene eller andre situasjoner du ønsker at vi skal se nærmere på for å forstå mer av hva som gjør at du får det vanskelig?»

Nadine: (sukker) «Jeg vet ikke. Jeg synes det er vanskelig å forstå og se noen sammenheng i dette. Jeg opplever hele situasjonen som ganske håpløs, egentlig.»

Terapeut: «Skjønner. En krevende situasjon, dette. Er det noe du ønsker å se nærmere på sammen med meg for å forstå mer av dette?»

Nadine: (sukker) «Det med mannen min, kanskje?»

Terapeut: «OK. Det med mannen din. Hvordan kunne vi nærme oss det?»

Nadine: (sukker) Tydelig mer anspent nå. «Nei, jeg vet ikke. Jeg ender jo bare opp med å ødelegge alle rundt meg uansett.»

Terapeut: «Vi kan jo bare starte der du måtte ønske, vi?»

Nadine: (sukker) «Jeg synes kanskje det aller vanskeligste er de gangene Bjørn presser meg. Altså, jeg skjønner at det er vanskelig for han når jeg trekker

meg unna og blir unnvikende, men det låser seg helt for meg når han ikke gir seg med å stille spørsmål om hva jeg mener, eller hva jeg vil.»

Terapeut: «OK, skjønner. Er det noe du ønsker å gå nærmere inn i? Det som skjer på innsiden av deg når Bjørn presser deg?»

Nadine: (sukker) «Ja, for da kommer alt på en gang. Det er samme opplevelsen som da jeg ble presset til å si unnskyld som liten, og i og for seg det samme jeg kjenner på når jeg skal be om hjelp med depresjon her sammen med deg. Alt låser seg.»

I denne første delen av samtalen utforskes problemområdene til Nadine gjennom at terapeuten inviterer henne til å være spesifikk og aktiv med å finne ut av de terapeutiske oppgavene. Nadine viser tegn på anspenhet gjennom respiratoriske sukk og har i så måte angst kanalisert i tverrstripet muskulatur hele veien. Denne utforskningsfasen fortsetter inntil spesifikke problemområder er klarlagt og Nadine viser evne til å aktivt bidra i møte med de terapeutiske oppgavene som skal løses, og er aktiv med å finne konkrete eksempler der vanskene blir aktualisert.

### Psykodiagnostikk og drivere

Terapien går så over i neste fase, som benevnes som psykodiagnostikk. Det vil si å observere og klarlegge de spesifikke mentale og kroppslige prosessene som er mekanismer i Nadines lidelse. Terapeuten vil i denne fasen invitere Nadine til å være bevisst på følelsesmessige reaksjoner i møte med de situasjonene hun beskriver som problematiske. Deretter vil terapeuten gjøre en systematisk kartlegging av hvilke følelser som kan føles bevisst, og hvilke følelser som blir avskåret fra å føles bevisst gjennom ubevisst angst og ubevisste forsvar. Denne informasjonen deles kontinuerlig med Nadine gjennom intervensjoner som: «OK, så du sier at du kan kjenne sorg, men når du forsøker å koble deg på hvilke følelser som vekkes når du opplevde at du ble urettferdig behandlet, så blir du kvalm i stedet for å kjenne noen følelser i kroppen. Det virker som om disse andre følelsene utløst av å bli urettferdig behandlet forsvinner inn i kroppen din og blir til kvalme? At du blir kvalm i stedet for å kjenne på følelsene dine knyttet til det urettferdige?» Tanken er at hun da lettere kan bruke denne informasjonen til å hindre sin egen motstand og heller komme i kontakt med det fortrenget materialet som driver den.

Terapeut: «OK, så disse situasjonene kan ha noen likhetstrekk med tanke på hva de aktiverer på innsiden av deg. Vi kan jo ta for oss situasjonen med Bjørn og se mer nøyaktig på hva som skjer på innsiden? Så det du tenker på, er en situasjon der du forsøker å trekke deg unna, men der han allikevel presser på for å få et svar av deg?»

Nadine: (sukker) «Ja, senest nå før helgen hadde vi en sånn situasjon. Den hang igjen i flere dager i kroppen for min del. Vi var bedt på fest til noen venner av Bjørn, og jeg kjente at jeg egentlig ikke hadde lyst til å dra. Men jeg hadde ikke klart å si det til Bjørn fordi jeg unner han opplevelsen av at vi kan dra på fest sammen uten at jeg skal gjøre alt så vanskelig. Derfor utsatte jeg å svare, men på torsdag presset han på for å få meg til å bestemme meg.»

Terapeut: «Hva sa han, helt spesifikt?»

Nadine: (sukker) «Han sa: 'Slutt å trekke deg unna! Alt jeg krever, er et svar. Jeg tåler at du sier nei, men jeg trenger at du svarer meg.'»

Terapeut: «OK. Og hvilke følelser kjenner du det aktiverer inni deg?»

Nadine: (sukker) «Jeg tenker at han har all rett til å kreve en avklaring.»

Terapeut: «OK, skjønner. Du har forståelse for Bjørn. Og hvilke følelser aktiveres i kroppen din her og nå når du snakker om de tingene han sa til deg?»

Nadine: (sukker) «Jeg føler meg som en dritt som har fundamentale mangler, og som en håpløs partner.»

Terapeut: «OK, du får noen tanker om deg selv der, ja. Og mer i retning Bjørn? Hvilke følelser kjenner du i kroppen din nå som aktiveres når vi ser på at Bjørn ba deg om en avklaring?»

Nadine: Synker sammen. «Jeg kjenner meg bare ... kvalm. Sliten og kvalm, egentlig.»

Terapeut: «OK, så når vi ser på det Bjørn gjorde her sammen, så får du en del negative tanker om deg selv. Når vi forsøker å finne ut av hvilke følelser som vekkes når vi snakker om det, så kjenner du deg sliten og kvalm i stedet for å få kjent på hvilke følelser du har?»

Nadine: «Ja, jeg merker håpløsheten og fortvilelsen presse seg på. Det kjennes litt som de gangene jeg står og vipper på kanten av depresjonen. På kanten av en mørk brønn, liksom. Og så blir jeg ganske fysisk uvel også. Jeg kan bli veldig sliten og få ganske kraftige mage-problemer. Det hadde jeg gjennom hele helgen etter at jeg og Bjørn hadde den krangelen på torsdag.»

Terapeut: «OK, så når du blir satt i krevende situasjoner som den på torsdag, så kan kroppen din bli ganske stresset? Du kan miste krefter og oppleve kvalme og uvelhet? Har du noen tanker om hva som utløser det stresset? Hvilke følelser tror du skrus på av det Bjørn sier, som du ikke får kjent som følelser? Men som heller blir til stress, slitenhet, uvelhet og kvalme?»

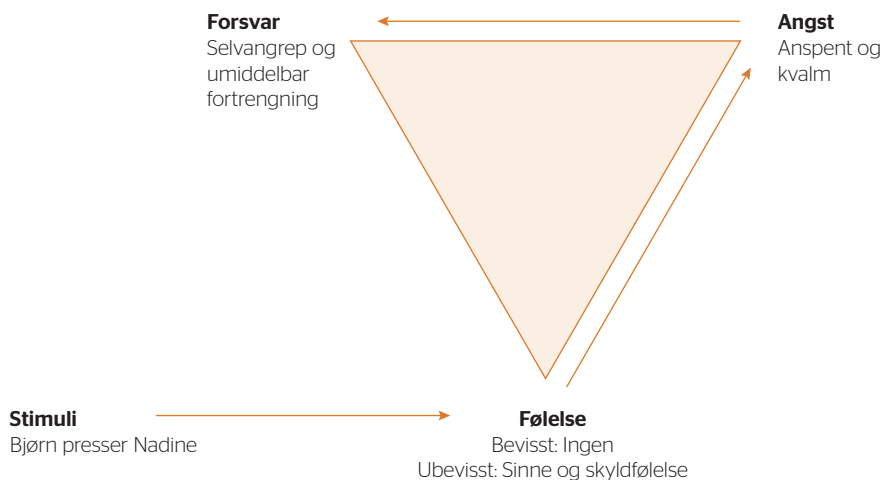
Nadine: Sukker. «Jeg har undertrykket sinne siden jeg var liten.»

Terapeuten deler sine psykodiagnostiske vurderinger med Nadine underveis i terapien. Nadines opplevelse av å bli sliten og kvalm når hun blir sint på Bjørn og ubevisst sinne og skyldfølelse over dette aktiveres

Figur 2

Nadines konflikttrekant

## Hva skaper problemer for Nadine?



*Merknad.* Forholdet mellom en ytre hendelse, følelser, angst og forsvar. Figur er basert på Malan (1979) og Menninger (1958).

vil i ISTDP kategoriseres som umiddelbar fortregning. Ut fra konfliktriangelet beskrevet tidligere i teksten ville psykodiagnostikken av Nadines utfordringer kunne fremstilles som følger:

Nadine har altså behov for gradert format, der hun får hjelp med å observere angsten sin fysisk i kroppen og med å forstå intellektuelt hva som utløser angsten hun opplever. Når dette er på plass, vil Nadine igjen vise tegn på anspenthet og være klar til å eksponere seg ytterligere for tidligere fortregnte følelser.

Terapeut: «Du har undertrykket følelser lenge, sier du? Følelser inni deg som vil opp? Som du har trykket ned?»

Nadine: (sukker) «Jeg kan kjenne at det koker i kroppen. Men Bjørn har ikke gjort noe for å fortjene det.»

Terapeut: «Så du blir stående i en vanskelig situasjon – du har en følelse i kroppen som du ikke vil ha?»

Nadine: (sukker) «Ja, jeg kan kjenne det nå også. Jeg blir varm i brystet. Det koker. Men jeg aner ikke hva jeg skal gjøre med det?»

Terapeut: «Så du har kraft og varme inni deg nå også, men ingen kanal for den følelsen? Hva passer du på at ikke skal komme ut her? Hva passer du på å beskytte meg og Bjørn fra?»

Nadine: (sukker) «Jeg vil aldri skade noen. Jeg ville heller kastet meg foran toget enn å skade noen andre.»

Terapeut: «Så en impuls om å skade noen ville være helt umulig – er det smertefullt for deg å i det hele tatt

tenke tanken på å ha en følelse med en sånn energi i seg?»

Nadine: «Ja.»

Terapeut: «Hvor vondt hadde jeg fått om noen med mindre empati enn deg kom inn døren her og sendte den energien i min retning?»

Nadine: «Du hadde blitt redd og ganske slått ut.»

Terapeut: «Og hvordan kjennes det ut å se de redde øynene mine etterpå?»

Nadine: «Smertefullt, jeg kan kjenne det i brystet. Jeg får lyst til å trøste deg og si noe som gjør at du føler deg trygg.»

Terapeut: «Så når Bjørn ber om avklaring, så aktiveres sinne i deg. Men du vil ikke ha det sinnet sammen med Bjørn. Bare tanken på impulsene i sinne er smertefullt å se for seg? Du har på en måte to følelser inni deg samtidig som vil to forskjellige ting. Et sinne som vil skremme og slå ut noen, og samtidig en trang til å beskytte – en empati som vil trøste og trygge? Men tidligere i timen da vi forsøkte å se på dette, så ble du kvalm og sliten da vi forsøkte å nærme oss disse følelsene?»

Nadine: «Ja. Jeg tror det har skjedd ofte. Jeg husker det skjedde da den første kjæresten min gjorde det slutt også. Jeg tror han gjorde så godt han kunne. Han fortalte bare at han ikke ville være kjæreste med meg mer. Det begynte å koke inni meg, og jeg ble livredd. Jeg husker at jeg løp ut av rommet, og etterpå kjentes det nesten som om det var jeg som hadde ska-



det han. Jeg begynte å skjære meg i armen med et barberblad. Det kjentes ut som jeg fortjente smerten på den måten.»

Terapeut: «Så en miks av følelser som ble aktivert den gangen også? I møte med avvisningen kjente du raseriet. Og etterpå var det nesten som om raseriet hadde skadet ham? Litt som du kjente deg i stad, da du bare tenkte på kraften og impulsen i sinne? Men i stedet for å få kjent empati og skyldfølelse som vil reparere, så har du fått impulser om å skade deg selv? Straffe deg selv for det du har følt, på et vis?»

Nadine er her i stand til å bevisst kjenne motstridende følelser og impulser mot Bjørn i stedet for å bli kvalm og sliten som hun ble i starten av timen. Hun kjenner fysisk en impuls som vil skade, og en som vil beskytte og trøste. Når hun får kjent og symbolisert disse gjennom å se for seg hvordan de ville kommet til uttrykk overfor terapeuten, kobler Nadine spontant opplevelsen av slike motstridende følelser til bruddet med den første kjæresten sin også. Opplevelsen av de komplekse følelsene etterfølges altså av økt tilgang til tidligere ubevisste sammenhenger – en delvis åpning av det ubevisste.

Avhengig av Nadines kapasitet til å kunne kjenne på aktiverte følelser fysisk og integrere det fortrenge materiale som aktiveres i terapien, vil de neste timene inneholde eksponering og kognitiv bearbeiding av fortrenget materiale som dukker opp gjennom de erfaringene hun ønsker å utforske. Utfordringene i samlivet med Bjørn så ut til å ha en kopling til utfordringer med tidligere kjæreste, og det vil gjenstå å se om de ubevisste følelsene som kom til overflaten i forbindelse med det tidligere bruddet, har sammenheng med tidligere fortrenge følelser fra enda tidligere tilknytningssituasjoner. Arbeidet med å utforske, eksponere seg for og å integrere ubevisste følelser og erfaringer vil pågå til eksterne faktorer krever avslutning av terapien, eller til Nadine opplever å selv kunne arbeide videre på egen hånd med å forholde seg til sitt eget ubevisste på en måte som øker livskvalitet og helse. Det vil si at hun i møte med både kollegaer og Bjørn kan kjenne på hvilke gamle følelser som aktiveres, og forstå aktiveringen som nettopp det – gamle følelser – i stedet for å få somatiske symptomer eller depressive plager som følge av å fortrenge dem til det ubevisste. Hun vil altså kunne klare å ha motstridende følelser overfor en og samme person uten å måtte fortrenge disse, med de helsemessige kostnadene det har for henne.

### Hvordan måle endring?

Det er en lang tradisjon for bruk av systematiske utfallsmål i ISTDP, og det vil være naturlig å følge

behandlingen med selvutfyllingsmål på Nadines opplevelse av for eksempel symptomer, relasjonell fungering, selvbilde og opplevd livskvalitet. I tillegg følges ISTDP-terapien i hovedsak gjennom videoopptak, slik at utdrag av terapitimene kan studeres sammen med kollegaer eller veileder for å få innspill, dersom utfallsmål skulle vise manglende helsegevinst. Etter hvert som Nadine ikke lenger umiddelbart fortrenger følelser og blir kvalm og sliten, men heller bevisst klarer å forstå og kjenne på følelser, vil man forvente å se færre somatiske plager og depressive symptomer og bedre relasjonell fungering.

De fleste behandlingstimer i ISTDP varer fra 45 til 90 minutter. Forløp varierer fra 5 til 50 timer for pasienter som hovedsakelig har angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, og som har intellektualisering som primære forsvarsmekanismer. For pasienter med angst hovedsakelig kanalisert i glatt muskulatur eller i kognitivt/perseptuelt system, og som i større grad har umiddelbar fortrenge og/eller splitting og projeksjon som primære forsvarsmekanismer, er det vanlig med forløp fra 50 til 200 timer før ønsket forbedret livskvalitet er oppnådd. Med en pasient som Nadine, med relativ stor kapasitet til å integrere ubevisst følelsesmessig materiale, vil en kunne tilby korttidsterapi med omkring 12 til 14 timer og forvente god helsegevinst. Desto større vansker pasienten har med å tåle fortrenge følelser, jo lengre behandlingssløp må forventes. Vanskene vil typisk fremstå som kognitive og perseptuelle forstyrrelser (øresus, vansker med å fokusere blikket etc.), og det å bygge toleranse for eksponering av de fortrenge følelsene vil strekke seg over lengre tid.

### Avslutning

ISTDP er en behandlingsmodell som er anvendbar i møte med mange ulike psykiske helseutfordringer, da den er transdiagnostisk og inneholder et standardformat og et tilpasset gradert format for pasienter som lett overvældes av angst og følelser. Modellen, med sin teori om patologi og endring, inneholder ikke en manual for terapi, kun prinsipper og strategier i møte med fenomener som oppstår i terapirommet. Samtidig gjør graden av responsivitet og skreddersøm til pasientens utfordringer at det blir krevende for terapeuten å tilegne seg modellen. Den fordrer stor grad av tilstedeværelse, tilpasning og aktivitet fra terapeuten, særlig i innledende faser av terapien. Dette oppsummerer kanskje den største styrken og svakheten ved ISTDP som terapimodell. ✕

### Referanser

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing It Sooner through Emotion-Focused Interviewing. *Journal of Family Practice*, 54(3), 231–224.
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves.
- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2), 245–280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
- Abbass, A. & Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. *AD HOC Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 11(2), 26–40.
- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Library*, 1(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Town, J. & Driessen, E. (2012). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. MD. Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*. Wiley.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I B.J. Sadock & V.A. Sadock (Red.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (s. 2628–2652). Lippincot Williams & Wilkins.
- Lilliengren, P. (2023). A Comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117–140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy and Science of Psychodynamics*. Butterworth-Heinemann.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books.
- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC Psychiatry*, 14(12), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-12>
- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic 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>
- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2016). Symptom and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5), 257–271. <https://doi.org/10.1017/neu.2016.5>
- Town, J.M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D. & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*, 273, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035>
- Town, J.M., Salvadori, A., Falkenström, F., Bradley, S. & Hardy, G. (2017). Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 54(2), 148–158. <https://doi.org/10.1037/pst0000108>

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 821-830 DOI: <https://doi.org/10.52734/PDTF4789>

# Unified Protocol

## Transdiagnostisk behandling for emosjonelle lidelser

Jon Vøllestad<sup>1,2</sup>, Berge Osnes<sup>1</sup>, Elisabeth Schanche<sup>1</sup><sup>1</sup> Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen<sup>2</sup> Solli DPS

### Sammendrag

Unified Protocol (UP) er en transdiagnostisk behandling som har som mål å fremme ferdigheter i emosjonsregulering hos pasienter med emosjonelle lidelser. Tilnærmingen retter seg mot opprettholdende faktorer felles for mange lidelser, i tråd med ny kunnskap om brede dimensjoner i personligheten som ligger til grunn for ulike diagnoser. Det åpner for å behandle komorbide tilstander samtidig, og kan forenkle opplæring i og implementering av behandling. Sentralt i emosjonelle lidelser er personens negative reaksjoner på egne følelser, og forsøk på å håndtere dem gjennom å unngå eller dempe dem. Målet i UP er å styrke kjerneferdigheter som gjør at det mulig å forholde seg til egne følelser på mer hensiktsmessige måter. Disse ferdighetene er forståelse av følelser, ikke-dømmende oppmerksomhet, fleksibel tenkning, evne til å gjøre det motsatte av å unngå følelser, økt toleranse for fysiske fornemmelser og evne til å planlegge og gjennomføre emosjonell eksponering. I denne teksten vil vi gi en oversikt over hva en UP-tilnærming innebærer, og illustrere dette gjennom kasuset Nadine.

*Nøkkelord:* psykoterapi, transdiagnostisk, Unified Protocol, emosjonsregulering, emosjonelle lidelser

**KONTAKT** jon.vollestad@uib.no

**MERKNAD** Ingen interessekonflikter oppgitt

**FAGFELLEVDERT**

## Teori og menneskesyn

Psykisk lidelse handler ofte om følelser. Menneskelige reaksjoner som i utgangspunktet er normale og nyttige, oppleves som ukontrollerbare og uakseptable. Dette fører til ulike former for unngåelse som blir til hinder i livet og hverdagen. Unified Protocol (UP) er en transdiagnostisk behandling der målet er å hjelpe personer å forstå og forholde seg mer hensiktsmessig til følelsene sine. UP er utviklet av David Barlow og kollegaer og bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (KAT), moderne emosjonsteorier og «tredjebølge»-strategier som aksept, ikke-dømmende oppmerksomhet og kognitiv fleksibilitet (Barlow et al., 2004; Kennedy & Barlow, 2018).

UP retter seg mot underliggende emosjonsreguleringsvansker som er felles for ulike lidelser. Dette er en annen tilnærming enn den som har preget diagnostikk og behandling av psykiske lidelser de siste tiårene. Diagnosesystemene deler psykiske lidelser inn i distinkte kategorier, og det har blitt utviklet mange virksomme behandlinger for spesifikke lidelser. En utfordring med en slik tilnærming er at mennesker som søker behandling, svært ofte fyller kriteriene for flere psykiske lidelser samtidig (Brown et al., 2001; Kessler et al., 2005; Saha et al., 2021). Dermed kan det bli vanskelig å avgjøre hvilken manual en skal velge. Videre er det urealistisk for klinikere å lære seg en manual for enhver spesifikk lidelse som de møter i sin praksis (Dalgliesh et al., 2020). På systemnivå er det ressurskrevende og komplisert å implementere mange ulike behandlingstilnærminger rettet mot enkelt-diagnoser. Det er også økende anerkjennelse for at det finnes brede dimensjoner i personligheten som ligger til grunn for ulike kategoriske diagnoser (Kotov et al., 2021; Lahey et al., 2021). Dette kan bidra til en transdiagnostisk tilnærming der en retter behandlingen mot det som er felles på tvers av lidelser (Hagen et al., 2012; Mansell et al., 2008).

De transdiagnostiske faktorene som adresseres i UP, er forhold som forårsaker og opprettholder en rekke emosjonelle lidelser. En grunntanke her er at det ikke er følelsene i seg selv som utgjør lidelsen, men hvordan personen forholder seg til og handler på dem. Målet er å gi pasienten kjerneferdigheter som gjør at de kan forholde seg til egne følelser på måter som er til hjelp (Barlow et al., 2018a, 2018b). Menneskesynet som ligger til grunn i UP er optimistisk, med tiltro til at personen gjennom å ta aktivt del i et terapeutisk samarbeid kan få økt frihet til å leve i tråd med egne mål og verdier. Tilnærmingen kan tilbys både som individuell psykoterapi og i gruppeformat. I denne

teksten vil vi beskrive tilnærmingen ut ifra en individuell behandling av Nadine.

## Utløser og opprettholdere

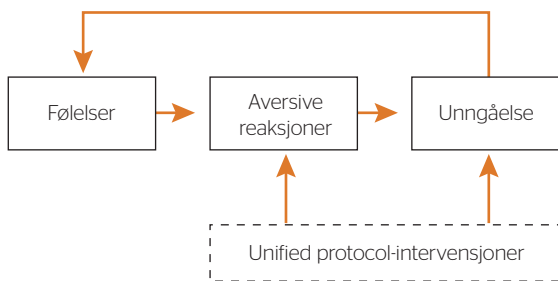
En grunnleggende antakelse i UP er at følelser er medfødte og i utgangspunktet adaptive respons-systemer som gir informasjon, motiverer for handling og kommuniserer til andre. Men på grunn av en kombinasjon av medfødt sårbarhet og læringserfaringer utvikler noen et forhold til egne følelser som skaper vansker i livet. UP beskriver tre mekanismer som ses som årsak til at emosjonelle lidelser oppstår og holdes ved like. Kombinasjonen av disse tre mekanismene omtales i UP som nevrotisme (se Barlow et al., 2004; Bullis et al., 2019).

For det første har personer med emosjonelle lidelser en tilbøyelighet til å oppleve negative følelser lettere, hyppigere og mer intenst enn andre (Bullis et al., 2019). De kan både bli mer følelsesmessig aktivert når ting skjer, og bruke lengre tid på å samle seg igjen. Kroppslig uro, grubling og bekymring er vanlig. For det andre reagerer de ofte aversivt på egne følelser, det vil si at de på ulike måter tolker og forholder seg til dem som noe truende, uakseptabelt eller ukontrollerbart. Den aversive reaksjonen har gjerne form av negative fortolkninger som «Jeg burde ikke hatt det sånn», «Jeg er svak som gråter», «Andre vil synes jeg er stakkarslig som reagerer på denne måten». Manglende aksept av egne opplevelser bidrar til at følelsene blir opplevd som enda mer ubehagelige og vanskelige å håndtere (Barlow et al., 2014). For det tredje forsøker personer med emosjonelle lidelser å mestre følelser gjennom å unngå dem, enten ved å forhindre at følelsen vekkes, å dempe følelsen eller å flykte fra den (Payne et al., 2021). Dette kan ta ulike former, som å unngå konkrete steder eller situasjoner hvor det kan oppstå vanskelige følelser. Det kan også være mer subtilt, som å unngå aspekter ved en situasjon som vekker ubehag, for eksempel øyekontakt, å tiltrekke seg oppmerksomhet eller å si meningen sin. Unngåelsen omfatter også ting folk gjør for å få kontroll over indre opplevelser, som å distrahere seg selv eller forsøke å ikke tenke på ting. Felles for alle former for unngåelse er at de ofte vedlikeholder eller forverrer den emosjonelle lidelsen.

UP ser på samspillet mellom disse tre mekanismene som sentralt ved emosjonelle lidelser. I stedet for å rette behandlingen mot spesifikke symptomer legger UP vekt på å endre denne underliggende nevrotiske dynamikken (Kennedy & Barlow, 2018). Figur 1 gir en visuell illustrasjon av behandlingsfokus i UP.

Figur 1

Funksjonell modell for emosjonelle lidelser



*Merknad.* Det funksjonelle forholdet mellom følelser, aversive reaksjoner på disse og unngåelse. Basert på Barlow et al. (2018b).

### Sentrale prosesser og intervensjoner

I UP er målet å endre uhensiktsmessige måter å møte egne følelser på. Dette innebærer å tillate egne følelsesreaksjoner, la seg informere av dem og ikke lenger å snevre inn sitt eget opplevels- og handlingsrom gjennom flukt og unngåelse. Behandlingen består av åtte moduler som gir ulike kjerneferdigheter for å håndtere intense og vanskelige følelser. Ved å tilegne seg disse ferdighetene kan en fortsette å øve på dem i møte med de utfordringene livet byr på også etter behandlingen. Vi presenterer modulene kort her, før vi illustrerer dem nærmere ved å beskrive hvordan de kan se ut i behandlingen av Nadine. I det følgende bygger vi på andre utgave av UP-manualen (Barlow et al., 2018a, 2018b; se også Payne et al., 2021, for en oppsummering av behandlingsprinsippene).

Som i all behandling er første steg i UP etablering av kontakt og utredning av pasientens vansker, for så å utarbeide en kasusformulering som kan gi retning til det terapeutiske prosjektet. Hvis vedkommende opplever at rasjoalet i UP gir mening som en forståelsesramme for vanskene, vil terapeuten introdusere den første modulen i behandlingen, «Målsetting og motivasjonsavklaring». Her settes det mål, som blir konkretisert i delmål og praktiske steg for å nå disse. Utgangspunktet for målene er alltid det pasienten selv ønsker å forandre i livet sitt. Det må oppleves som både relevant og viktig. Gjennom modulen får personen mulighet til å utforske hva som er utfordrende med å skulle gjøre endringer i livet. Innenfor UP gjøres dette etter prinsipper fra motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2013). Målet er å styrke troen på at endring er mulig, og motivere pasienten til å delta aktivt i behandlingen selv om det er krevende.

Den andre modulen er «Forståelse av følelser». Her får pasienten psykoedukasjon om hva følelser er, og hvilken funksjon de har. For eksempel at sinne gjør det lettere å sette grenser, og at tristhet og sorg er viktig for å bearbeide tap og invitere andre til å tilby trøst og støtte. Her lærer en også å skille mellom de tre ulike komponentene som følelser består av (tanker, kroppsformennelser og atferd). Videre øves det på å observere hva som utløser følelser, og hva som kan være konsekvensen av å unngå følelser. Prinsippet om negativ forsterkning formidles. Dette innebærer at når en unngår følelser, vil det dempe intensiteten på kort sikt, men på lengre sikt forsterker det både ubehaget og livsvanskene. Her er det viktig at kunnskapsformidlingen ikke blir en monolog fra terapeutens side, men i størst mulig grad blir knyttet til konkrete eksempler fra den enkelte pasientens liv.

I de fem påfølgende modulene introduseres det som regnes som kjerneferdighetene i UP. «Ikke-dømmende oppmerksomhet» innebærer å øve på aksept og å tillate følelser å være til stede uten å skulle skyve dem vekk eller endre dem. Målet her er å møte følelser som de er, erfare dem fullt ut og la dem følge sitt naturlige forløp. Her viser UP sin forankring i nyere, såkalte tredjegenerasjons-perspektiver i KAT, som legger vekt på aksept og mindfulness. En aksepterende og herog-nå-fokusert holdning kan være et gode i seg selv, men i UP er det viktig at denne ferdigheten gis et godt rasjonale inn mot pasientens livshemmende vansker.

I likhet med tradisjonell KAT legger UP til grunn at fortolkningene våre spiller en sentral rolle i emosjonelle lidelser. Modulen «Fleksibel tenkning» har til hensikt å gjøre pasienten mer bevisst på at vi hele tiden fortolker virkeligheten, og at ulike tankefeller er vanlige i emosjonelle lidelser. En kan trekke forhastede slutninger og overvurdere sannsynligheten for at det skal skje noe negativt i livet, eller bedrive katastrofetenkning, hvor en undervurderer egen evne til å mestre det verst tenkelige dersom det skulle inntraffe. Vedkommende får her øvelse i å gjøre seg mer nyanserte vurderinger, men ikke med vekt på å endre negative fortolkninger. I stedet legges det vekt på at et hvilket som helst perspektiv bare er ett av mange mulige. Målet er økt fleksibilitet gjennom å klare å se flere alternativer.

I modulen «Å gjøre det motsatte» utforskes først det pasienten gjør for å unngå eller flykte fra følelser. Her ser en på hele spekteret av kontroll- og tryggingstrategier som har til hensikt å regulere ned følelser. Målet er å få pasienten med på å nærme seg fremfor å fjerne seg fra det som er utfordrende, og å være helt og fullt i kontakt med følelsen der den kommer og går i et naturlig forløp.

Etter dette kommer en modul om den kroppslige komponenten i følelser, «Å møte fysiske fornemmelser». Her arbeides det med å fremkalle kroppslige fornemmelser som er mest mulig like de personen strever med i hverdagen, som høy puls, kortpustethet, hjertebank eller svimmelhet. For eksempel vil en løpe på stedet for å få opp pulsen, puste i sugerør for å kjenne på vansker med å få nok luft, og snurre rundt for å kjenne på svimmelhet. Målet er å øke toleransen for disse kroppslige fornemmelsene.

Deretter følger den mest omfattende modulen, «Emosjonell eksponering». Det sentrale i eksponeringen er å fremkalle følelsene som skaper vansker for pasienten (sinne, frykt, tristhet, skam etc.), og å erfare dem fullt ut uten å unngå dem. Pasienten oppfordres til å ta i bruk alle ferdighetene de har øvd på hittil. Under eksponeringen inviteres pasienten til å innta en ikke-dømmende holdning og å være oppmerksom på hva som dukker opp i tankene og kroppen, og på tendensen til å ville handle. Oppfordringen er å gjøre det motsatte av å unngå, for eksempel noe som øker intensiteten i den ubehagelige følelsen heller enn regulerer den ned. Eksponeringen adresserer altså personens reaksjon på følelsen og ikke følelsen i seg selv. Målet er ikke en habituering til følelser, men å erfare at en kan håndtere dem på en fleksibel måte. Med andre ord at det er mulig å handle i tråd med egne ønsker, planer og verdier selv når en erfarer ubehagelige følelser. I løpet av behandlingen oppfordres pasienten til å gjøre sitt beste for å møte følelser de tidligere har unngått når disse oppstår i hverdagen.

I siste modul oppsummeres hva den enkelte pasienten har lært, og hvordan de opplever at terapien har påvirket vanskene de søkte hjelp for. Her legges også en konkret plan for hvordan pasienten kan fortsette eksponeringen i tiden som følger etter behandlingen.

### Empirisk grunnlag

Den teoretiske utviklingen av UP har gått hånd i hånd med systematisk klinisk forskning: fra kase-studier, ukontrollerte studier, til randomiserte kontrollerte studier (Carlucci et al., 2021). En tidlig randomisert kontrollert studie viser at UP er virksom for en rekke angstlidelser, og at pasientene var i fortsatt bedring 18 måneder etter avsluttet behandling (Farchione et al., 2012). En større randomisert kontrollert studie av UP har vist at metoden er like virksom som diagnosespesifikk KAT for pasienter med generalisert angstlidelse, sosial angstlidelse, OCD og panikkangst (Barlow et al., 2017). Foreløpige data indikerer også at metoden kan være virksom i behandling av andre emosjonelle lidelser, som emosjonelt ustabil person-

lighetsforstyrrelse, PTSD, OCD og somatiseringslidelser (Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019). Studier på UP i gruppeformat har funnet at UP er mer virksomt enn standard behandling (Osma et al., 2021). UP er også vist å være like virksomt som gruppebasert diagnosespesifikk KAT (Reinholt et al., 2021). En nylig gjennomført metaanalyse av UP for emosjonelle lidelser fant at behandlingen har store til moderate effekter i ukontrollerte studier, og at behandlingen hadde større effekt enn både aktive og passive kontrollbetingelser i randomiserte studier (Carlucci et al., 2021). Det er derfor god støtte fra forskning på at denne transdiagnostiske tilnærmingen er virksom.

### Status i Norge

Så vidt vi kjenner til, tilbys UP i gruppeformat ved psykologisk poliklinikk ved Universitetet i Bergen, Kronstad DPS, Solli DPS, Øyane DPS og Sammen Psykisk Helse i Bergen. I Bergen er det også etablert et fagnettverk for de som arbeider med modellen i området. Det etableres nå et UP-behandlingstilbud for pasienter med bipolar lidelse ved Nydalen DPS i Oslo. Fra høsten 2023 undervises det i behandlingsformen ved institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.

### Kasus Nadine

#### Predisponerende faktorer

Innledningsvis vil UP-terapeuten bruke tid på å bli kjent med Nadine for å forstå bakgrunnen og den nåværende livssituasjonen hennes. Dette er grunnleggende for at hun skal få tillit til terapeuten og behandlingstilnærmingen, og for at hun skal kunne ta et informert valg om å begynne i behandling. Hun kommer til behandling fordi hverdagen er vanskelig: Hun strever med angst, har lav selvtillit, er redd for nye depressive episoder, vegrer seg for å være sosial og strever med å uttrykke seg og hevde sine meninger i samspill med andre. Målet for de innledende samtalene vil være å få fram hvilke følelser som særlig skaper vansker for henne nå, og hva hun typisk gjør for å unngå disse følelsene. Her vil terapeuten også utforske sammenheng med Nadines om det er noe i hennes bakgrunn som kan medvirke til vanskene hennes. Dette kan være særlig viktig med Nadine da hun har tanker om at hun har vært et krevende barn, at hun er for følsom og at noe er «galt» med henne. Hun var et sjenert og forsiktig barn som vokste opp i en familie med lite toleranse for følelsesuttrykk og med erfaringer av å bli avvist når hun viste tristhet og bedt om å gå på rommet da hun

var uenig med sin mor. Terapeuten vil validere at det er høyst forståelig at hun har lært seg å unngå følelser i en familiekultur uten gode rollemodeller som viste at følelser kan tolereres og bli møtt og respektert.

Terapeuten vil så utforske i hvilken grad Nadine i dag, basert på det hun har med seg av tidligere erfaringer, forsøker å unngå, kontrollere eller flykte fra følelsene sine. Her vil terapeuten be Nadine hente fram og utforske konkrete episoder hun opplever som utfordrende. Det kan være situasjoner hvor hun har vansker med å være sosial, eller episoder hvor hun er uenig med kollegaene sine eller med ektemannen Bjørn. Nadine vil inviteres til å utforske hvilke følelser som vekkes både i og etter disse situasjonene. Dette kan for eksempel være tristhet, sinne/selvhevdelse, skam, frykt eller positive følelser overfor seg selv. Siden fokus i UP er på emosjonsregulering heller enn de diagnose-spesifikke symptomene, er det viktig å utforske hvordan hun typisk forholder seg til og reagerer på egne følelser. Spesifikt vil terapeuten være oppmerksom på om hun har aversive og dømmende reaksjoner på følelsene når de oppstår. Det går fram av kasesbeskrivelsen at hun har lett for å tenke at tristhet ikke vil gå over, og at det signaliserer at hun er på vei inn i en ny depresjon. I tillegg er selvkritikk en annen reaksjon i form av Nadines tanker om at hun er mislykket eller håpløs. Når det gjelder Nadines sosiale vegring, vil terapeuten være opptatt av hvordan hun møter angsten, for eksempel om hun får tanker om at den skal eskalere ut av kontroll, at det gjør henne til en svak person, eller at andre skal synes at hun virker nervøs eller uinteressant. Videre har Nadine over tid hatt vansker med å formidle egne meninger, særlig i konfliktsituasjoner. På jobb kan hun bli redd for at kollegaer ikke vil tåle at hun er uenig med dem, og når det gjelder Bjørn, ser hun for seg at forholdet skal ta slutt fordi han ikke godtar henne slik hun er. I kasesformuleringen vil en i UP ikke bare være opptatt av negative følelser, da emosjonsreguleringsvansker ofte gjør seg gjeldende overfor positive følelser også. Kanskje kan Nadine få aversive reaksjoner på følelser som lyst, interesse og engasjement? Terapeuten vil så utforske i hvilken grad Nadine forsøker å unngå, kontrollere eller flykte fra følelsesmessige opplevelser.

### Opprettholdende faktorer

Ut fra kasesbeskrivelsen synes Nadine å ha en tendens til å unngå konflikter ved å bli stille og trekke seg tilbake. Hun unngår også sosiale situasjoner mer generelt, eller velger en passiv rolle når hun er sammen med andre. I tillegg bruker hun strategier som alkohol eller det å holde seg aktiv for å dempe indre opplevelser og

slippe å kjenne etter. Terapeuten vil her vise forståelse for de ulike formene for unngåelse og forklare dem som mestringsforsøk, men samtidig utforske kostnadene de har for henne. Nadine har også en klar tendens til å gruble. I et UP-perspektiv vil det være relevant å undersøke om denne negative repetitive tenkningen kan være en atferd som har som funksjon å holde mer ubehagelige følelser unna. Nadine har videre en historikk med impulsiv følelsesstyrt atferd i form av selvskading, som i UP vil forstås som et forsøk på å flykte fra vanskelige følelser gjennom å erstatte følelsesmessig ubehag med konkret fysisk smerte. Her vil terapeuten være oppmerksom på selvmordstankene hennes, som en kan utforske og forstå i lys av samme dynamikk.

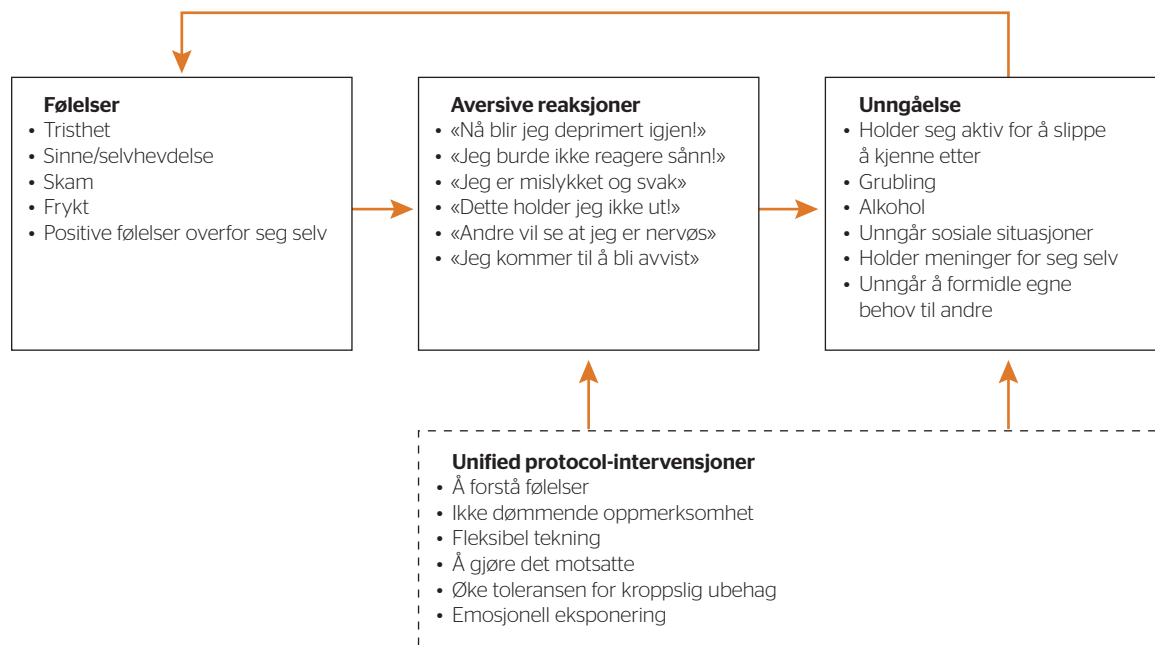
Sammen med Nadine vil terapeuten sette disse ulike momentene inn i en UP-kasesformulering (se figur 2). Hensikten vil være å se om det er mulig å få en felles forståelse av at Nadines vansker ikke skyldes de ubehagelige følelsene i seg selv, men strategiene hun bruker for å håndtere dem. Forhåpentligvis vil det å få et rasjonale for hva som opprettholder vanskene hennes, skape håp om at endring er mulig. Terapeuten vil formidle at målet med UP ikke er å fjerne følelsene Nadine opplever, men å øve på ulike ferdigheter som kan hjelpe henne å forholde seg til dem på måter som er mindre livshemmende. Med andre ord betyr dette at hun skal kunne nærme seg følelser i stedet for å fjerne seg fra dem, og dermed gi uttrykk for opplevelser, meninger og behov i møte med andre mennesker, selv om det vekker frykt eller skam. Det å arbeide på denne måten kan også hjelpe henne å bryte sitt nåværende mønster av passivitet og sosial vegring som hemmer henne i livet. Dersom dette rasjonale gir mening for Nadine, vil de gå videre til å definere konkrete mål for behandlingen.

### Mål for terapien

Konkrete behandlingsmål innenfor UP må være forankret i hva Nadine selv ønsker mer av i livet sitt, eller hva hun ser på som verdifullt, men som hun nå hindres i å gjøre på grunn av vanskene sine. Siden Nadine har tilbrakt mye tid i en depressiv tilstand, har hun fått forsterket følelsen av å være mislykket og har trukket seg mer bort fra andre mennesker. Dette synes å være noe hun ikke er fornøyd med. For Nadine er et mulig mål derfor: «Å være mer aktiv sammen med andre.» Hun har også en rekke katastrofetanker omkring situasjoner hvor hun er uenig med andre. Dette blir særlig tydelig i forholdet til mannen, Bjørn. Et annet mål for Nadine kan dermed tenkes å være: «Å si det jeg mener til andre.» Det Nadine ønsker å håndtere bedre i livet sitt, settes opp som det langsiktige målet for terapien.

Figur 2

UP kasusformulering for Nadine



Terapeuten vil så sammen med Nadine bryte disse ned i delmål med konkrete steg som hun kan ta for å nærme seg de mer langsiktige målene. Disse delmålene må være spesifikke, relevante i forhold til det mer langsiktige målet og realistiske å gjennomføre innenfor en tidsavgrenset ramme. Disse delmålene er ikke tenkt som trinn i et hierarki, men mer som en liste over ulike områder eller oppgaver Nadine kan øve på for å nå det målet hun tenker er helt sentralt for behandlingen. Hvert delmål vil utgjøre en treningssituasjon hvor Nadine kan øve på de ulike ferdighetene som er målet å tilegne seg i UP. For hovedmålet om å være mer aktiv sammen med andre kan mulige delmål for Nadine være å ringe til en venninne hun ikke har snakket med på en stund, å delta i lunsjen fremfor å spise på kontoret, å invitere noen på tur, å komme i gang med gruppetrening igjen, å bli med kollegaer på kino og å stille på juleavslutningen på jobben. Når det gjelder hovedmålet om å si meningen sin, kan mulige delmål være å si til en venn hva hun synes om en matrett eller film, å argumentere for sitt syn på en omstridt sak overfor terapeuten, å si meningen sin i en samtale på jobben eller å si seg uenig med Bjørn.

I forbindelse med at Nadine konkretiserer målene, vil terapeuten systematisk utforske ambivalens og skiftende motivasjon for å gjennomføre disse. Det gir Nadine en anledning til å få satt ord på sin egen tvil

og skepsis til å gjennomføre det endringsprosjektet som terapi er. Dermed kan Nadine og terapeuten bli bevisst på hva som kan hindre det videre forløpet. På kort sikt kan det være en lettelse å unngå de ubehagelige følelsene som det å gjennomføre disse delmålene vil aktivere. Kanskje hun er usikker på om behandlingen vil være til hjelp for henne. Samtidig er det viktig å få fram ulempene ved å fortsette som før. Det å unngå egne følelser har en høy pris for Nadine. Hun har i perioder kjent seg mislykket og håpløs, og hun har hatt tanker om å skade seg selv og gjøre slutt på livet. Det at hun ikke får satt ord på meninger og opplevelser, gjør henne ensom, og hun kjenner at hun eksisterer mer enn å leve. Hun er også redd for å miste livspartneren sin. Det å tenke over de mulige langsiktige konsekvensene ved å fortsette som før kan motivere henne til å utsette seg for ubehag og øve på å håndtere følelsene sine på mer hjelpsomme måter.

### Sentrale intervensjoner

**Å forstå følelser.** UP legger til grunn at følelser er funksjonelle og adaptive responsystemer som har tre likeverdige komponenter: tanker, fysiske fornemmelser og handling/handlingsimpulser. For eksempel vil terapeuten utforske Nadines tristhet eller selvhevdelse/sinne som bestående av tankene hun gjør



seg, hva hun kjenner i kroppen, og hva denne følelsen får henne til å ville gjøre. Hensikten er at hun skal bli mer bevisst på egne følelsesmessige opplevelser, og å klare å sortere i de ulike komponentene som følelser består av. Dette vil være nyttig fordi vi kan anta at følelser kjennes uklare for henne, eller som noe som «bare skjer med henne» automatisk. Det er også et mål å hjelpe Nadine å se hvordan samspillet mellom tanker, kropp og handling påvirker den helhetlige emosjonelle opplevelsen. Her er det gjensidige koblinger mellom alle komponentene – for eksempel ved at det Nadine tenker om fysiske fornemmelser, har noe å si for hvor ubehagelige de blir, eller at intensiteten av kroppslige signaler kan virke inn på hvordan hun fortolker dem.

Gjennom psykoedukasjon om funksjonen følelser har, vil Nadine få hjelp til å se at selv ubehagelige følelser i utgangspunktet har en nytteverdi. For å sikre at forståelsen av følelser blir mest mulig tilgjengelig, er det en klar fordel om terapeuten i timene også kan arbeide med opplevelser som Nadine har her og nå. Hun kan for eksempel bli bedt om å se for seg en nylig episode med Bjørn hvor de var uenige og hun valgte å trekke seg unna. Gjennom å legge merke til og sette ord på tanker, kroppslige fornemmelser og hva hun kjenner impulser til å gjøre, kan hun få en erfaring av at disse følelsene er noe som kan utforskes og forstås sammen. Det er viktig å også få fram funksjonen de ubehagelige følelsene har.

Med utgangspunkt i listen over egne delmål vil Nadine til neste time oppfordres til å nærme seg noen situasjoner hun vanligvis unngår. Selv om den formelle eksponeringsmodulen kommer først midtveis i behandlingsforløpet, legger UP opp til at Nadine helt fra starten av terapien skal gjøre seg erfaringer med å nærme seg følelseladete situasjoner. Ved at Nadine tar steg på målsettingslisten mellom timene, får hun materiale som hun kan se på sammen med terapeuten i timen. I tillegg får hun mulighet til å prøve ut og øve seg på hver av ferdighetene som introduseres i behandlingen. Nadine vil bli invitert til å føre en logg over følelsesmessige episoder, som terapeuten så kan se på sammen med henne neste time. Her brukes egne registreringsskjema som ligner det terapeuter med KAT-bakgrunn vil være vant til. Den selvobserverende ferdigheten som Nadine her øver på, vil bli svært viktig videre i behandlingen når de skal begynne å finne alternativer til de innarbeidede måtene som hun unngår følelser på.

*Ikke-dømmende oppmerksomhet.* Den neste modulen legger opp til å arbeide videre med å kunne observere egne følelsesreaksjoner. Nå blir det lagt vekt på en her-og-nå-fokusert og ikke-dømmende oppmerksomhet. I denne modulen vil terapeuten veilede Nadine i å

tillate egne tanker, kroppsforannelser og handlingsimpulser å være akkurat som de er, og være vennlig mot seg selv og nysgjerrig på hva hun legger merke til og kjenner på. Det kan føre til en opplevelse av at følelser har et naturlig forløp. Nadine kan da etter hvert erfare at de kommer og går når hun lar dem være der uten å evaluere dem negativt eller forsøke å få kontroll over dem.

Terapeuten vil introdusere korte mindfulness-øvelser som de gjør sammen i timen, samt oppfordre Nadine til å gjøre disse hjemme. Hun vil også få lære en såkalt trepunktssjekk, en komprimert øvelse på en her-og-nå-fokusert, ikke-dømmende oppmerksomhet. Her lærer hun å stoppe opp og observere hva som 1) skjer i tankene, 2) skjer i kroppen og 3) hva hun føler for å gjøre. Ved å øve seg på å observere seg selv og møte seg selv med en romslig holdning kan Nadine etter hvert øke toleransen for både tristhet, frykt, skam og sinne og la dem komme og gå fremfor å forsøke å kontrollere dem. Samtidig er den ikke-dømmende oppmerksomheten en ferdighet som kan tjene som en plattform for de andre ferdighetene hun vil bli kjent med gjennom behandlingen. Det å kunne observere seg selv med en ikke-dømmende holdning er en forutsetning blant annet for det å håndtere egne tanker mer konstruktivt, som er temaet for neste modul.

*Fleksibel tenkning.* I denne modulen vil terapeuten fokusere nærmere på den kognitive komponenten av følelser. Som vi allerede har beskrevet, har Nadine en rekke negative evalueringer av seg selv og situasjonen sin. Hva er det Nadine tenker i følelseladete situasjoner, og hvordan kan hun forholde seg mer konstruktivt til egne tanker? Med utgangspunkt i Nadines egne eksempler vil terapeuten sammen med henne identifisere eksempler på såkalte tankefeller. La oss for eksempel se på tanken «Forholdet til Bjørn er ødelagt». Sammen vil de forsøke å se om det er mulig å få fram andre måter å se disse aktuelle situasjonene på. Målet er ikke først og fremst å endre Nadines negative tanker i positiv retning, men å øke den kognitive fleksibiliteten ved å frembringe flere mulige fortolkninger. Terapeuten vil her bruke ulike intervensjoner for å legge til rette for dette, som forestilte emosjonelle scenarioer eller bruk av et flertydig bilde. Hensikten er å gjøre henne oppmerksom på at sinnet er subjektivt fortolkende snarere enn et speilbilde av virkeligheten. Målet her vil være at hun i tillegg til katastrofetanken «Forholdet til Bjørn er ødelagt» kan overveie andre muligheter, som at «Bjørn vil heller at jeg skal si det jeg mener enn at jeg blir stille og trekker meg» eller «Kanskje blir han litt irritert på meg og er uenig, men det betyr ikke at han vil gå fra meg». Ved å holde oppe flere perspektiv samtidig tenker en seg at katastrofetanken «vannes ut» og mister noe av sin kraft.

Å gjøre det motsatte. Neste modul tar for seg den atferdsmessige komponenten av følelser. Her vil terapeuten se på de ulike strategiene Nadine bruker for å unngå egne følelser, og sammen med henne utforske alternative måter å handle på. For eksempel holder Nadine seg ofte aktiv for å skyve vekk følelser. Her vil terapeuten introdusere en overordnet strategi om «å gjøre det motsatte» av de innarbeidede unngåelsesmønstrene. For henne vil det å gjøre det motsatte innebære å stoppe opp og tillate seg å fullt ut kjenne og eie sin egen emosjonelle reaksjon, og å se hva som skjer med følelsen da. Det vil også være å aktivt bryte med tilbaketreking gjennom å velge aktivitet sammen med andre fremfor å bli hjemme. Og i sosiale situasjoner vil det innebære å gjøre det motsatte av det angsten forteller henne, som å møte blikket, ta ordet og på andre måter velge å være til stede i fellesskapet fremfor å distrahere seg og unngå kontakt ved hjelp av mobiltelefonen.

Det er viktig å understreke at målet om å gjøre det motsatte ikke er en enkel løsning. Terapeuten forventer ikke at Nadine ved å velge å gå inn i emosjonelt ladede situasjoner og bryte med mønsteret sitt skal oppleve at den vanskelige følelsen fordufter. Hun vil kunne oppleve negative tanker, kroppslig ubehag og sterke impulser til flukt og unngåelse. Det hun imidlertid arbeider med i denne modulen, er å til tross for dette velge handlinger som er i tråd med det hun ønsker og verdsetter. Her vil terapeuten gjerne invitere Nadine til å bruke andre ferdigheter hun allerede har lært, som å legge merke til hva som utfolder seg av tanker og kroppsfornemmelser med en ikke-dømmende oppmerksomhet.

*Øke toleranse for kroppslig ubehag.* I denne modulen vil Nadine få direkte erfaring med å vekke kroppslig ubehag og øve på å møte dette på en ikke-dømmende måte. Nadines vansker har en klar kroppslig komponent, med både nedstemthet og energimangel samt ulike former for angst og uro. Det vil være viktig for terapeuten å rette søkelyset mot hvordan hun forholder seg til disse fysiske fornemmelsene. UP benytter her interoceptive eksponeringsøvelser vi vanligvis forbinder med behandling av panikkangst. Dette kan være øvelser som hyperventilering, pusting i sugerør, løping på stedet for å få opp pulsen eller å svive rundt til du blir svimmel. Selv om Nadine ikke har panikksymptomer, vil disse øvelsene likevel kunne vekke ubehag. Hun kan her øve seg på å gi rom til ubehaget og la det gå sin gang uten å starte med kontroll- eller unngåelsesstrategier. Målet er å utvide toleransen for kroppslig ubehag. Underveis i øvelsene vil terapeuten hjelpe Nadine å legge merke til og sette ord på de kroppslige fornemmelsene og å tillate dem å være

der. Hun vil også oppfordres til selv å gjøre ting som øker ubehaget, avhengig av hvordan hun erfarer de kroppslige fornemmelsene.

*Emosjonell eksponering.* Hovedmålet for eksponeringen er at Nadine i møte med ubehag skal anvende de ulike kjerneferdighetene hun har øvd på gjennom de foregående modulene. Poenget er altså ikke at det å for eksempel stå i konflikter ikke skal vekke ubehag lenger. Gjennom å stadig oppsøke situasjoner som vekker ubehagelige følelser, vil Nadine få mengdetrening på å sjekke inn med følelser (tanker, kroppslige fornemmelser og handlingstendenser) underveis, å utfordre katastrofetanker og å tenke mer fleksibelt. Hun kan også gjentatte ganger øve seg på å tillate ubehaget å være der og møte det med en holdning av «sånn er det akkurat nå, og det kan få lov til å være sånn». Eksponeringen vil ta utgangspunkt i de konkrete delmålene som Nadine kom fram til sammen med terapeuten helt i starten av forløpet. Rammene for eksponeringen i timene er: «Hva kan vi gjøre sammen i denne timen for å vekke de følelsene og det ubehaget som hemmer deg i livet ditt nå?» Den emosjonelle eksponeringen kan foregå enten ved å oppsøke konkrete situasjoner, ved å gjøre interoceptive øvelser som beskrevet i forrige avsnitt, eller å bruke andre måter å få fram opplevelser på som er mest mulig analoge til de Nadine synes er vanskelige.

Ved å klare å legge merke til det som skjer og akseptere ubehagelige følelser som dukker opp, vil Nadine kunne oppsøke situasjoner som gir henne påfyll, eller gi uttrykk for det hun mener, til tross for ubehaget det vekker. Vi kan se for oss at Nadine velger å øve seg på å si meningen sin på et område som vekker skam eller frykt – enten til terapeuten eller til en kollega som hentes inn dersom det blir behov for å øke utfordringen. Tilsvarende kunne en se for seg at Nadine og terapeuten finner måter å sette Nadine i berøring med tristhet på, enten ved å se/lytte til triste stimuli eller visualisere / skrive ned scenarioer knyttet til tap og avvisning. Her legger UP vekt på at en med fordel kan eksponere pasienten også for de fysiske fornemmelsene av tristhet og nedstemthet (tyngde, energimangel) gjennom kreative tiltak som å bære en tung ryggsekk eller feste vekter rundt håndledd og anklær.

I forkant av eksponeringen bruker terapeuten tid på å hjelpe Nadine å få fatt på hva hun ser for seg skal skje (katastrofetanker), og hvilke av ferdighetene hun har øvd på gjennom behandlingen som kan være særlig viktig for henne å bruke underveis. Når hun så setter ord på noe hun vanligvis holder for seg selv, vil terapeuten sjekke inn med henne om hun klarer å legge merke til hva som skjer i kroppen, i tankene og hva hun får lyst til å gjøre (f.eks. unngå øyekontakt

eller snakke fort for å bli ferdig). Terapeuten vil også oppfordre henne til å tillate ubehaget, men samtidig gjøre det motsatte av tendensen hun kjenner – det vil si å opprettholde øyekontakt og snakke rolig og tydelig. I etterkant av en eksponeringsøvelse vil de utforske hva Nadine lærte av å gjennomføre øvelsen, og om dette er noe hun kan ta med seg inn i uken som kommer. Mellom timene vil hun bli oppfordret til å arbeide målrettet med å designe og gjennomføre egne eksponeringsøvelser rettet mot de områdene av livet hun ønsker å endre. Målet med eksponeringen er å sikre at Nadine får erfaringer med å kunne møte sterke følelser i en rekke forskjellige situasjoner og å øke intensiteten på dem fremfor å regulere dem ned. IUP er ikke vekten på diagnosespesifikke prosesser eller habituering til de ulike situasjonene hvor vanskene spiller seg ut. Det viktigste er heller å endre de underliggende emosjonsregulerende vanskene ved å bli mer villig til å nærme seg og håndtere sterke følelser.

**Forebygging av tilbakefall.** Behandlingen har foregått innenfor en kort tidsavgrenset periode (12–14 timer). Det er vesentlig at Nadine fortsetter å øve på å møte vanskelige følelser fremfor å unngå dem også etter at behandlingen er avsluttet. I siste time legger derfor Nadine og terapeuten en konkret plan for hvilke situasjoner hun kan fortsette å bevisst øve seg i, og hva som kan hjelpe henne både å huske på dette og gjennomføre det (ferdigheter). Nadine har i tillegg hatt en rekke depressive episoder fra hun var 18 år. Det blir derfor særlig viktig å legge en plan for hvordan hun kan ta i bruk de nye ferdighetene hvis hun igjen opplever depressive symptomer. Dette kan involvere å skrive et brev hvor hun formidler det hun trenger å høre når hun kjenner seg nedstemt og håpløs, og å minne seg selv på hva hun av erfaring vet kan hjelpe henne å snu en depressiv spiral. Hun kan også gå gjennom notatene fra de ulike modulene i behandlingen.

### Hvordan vurdere endring?

Overordnet vil endring vurderes i lys av om Nadine er bedre i stand til å håndtere situasjonene i livet som hun kom til terapi for å mestre. I hvilken grad har hun utviklet ferdigheter som hjelper henne å møte følelser på måter som gjør at hun kan leve det livet hun ønsker? For Nadine vil dette særlig gjelde i situasjoner hvor hun trenger å sette av tid til aktiviteter som gir påfyll, eller i situasjoner hvor hun er redd for å si hva hun mener. Klarer hun å forholde seg til ubehaget som vekkes i disse konfliktsituasjonene, uten å unngå følelsene ved å trekke seg unna eller å dempe dem gjennom alkohol eller grubling? Mindre unngå-

else antas å ha direkte sammenheng med en reduksjon av symptomer på depresjon og angst.

IUP benyttes også to selvrapportskjema kalt OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) og ODSIS (Overall Depression Severity and Impairment Scale). I ukene behandlingen varer, vil Nadine få i oppgave å fylle ut disse skjemaene hver uke. Hver time starter med en gjennomgang av hvor sterke symptomene hennes har vært i uken som gikk, og hva hun tenker har påvirket symptomene enten i negativ eller positiv retning. Dette åpner også for muligheten til å reflektere rundt hva som har vært til hjelp i vanskelige situasjoner, og hva som oppleves som hindringer.

### Avslutning

Unified Protocol bygger på en grunnantakelse om at ulike psykiske vansker oppstår når personer reagerer på følelser med aversjon og unngåelse. Målsettingen med UP er å hjelpe pasienten til å utvikle et sett med ferdigheter for å kunne forholde seg til følelser på måter som er til hjelp. Disse ferdighetene omhandler evnen til å stoppe opp og legge merke til tanker, kroppslig aktivering og hva en får trang til å gjøre, å møte disse ulike følelseskomponentene med en ikkedømmende holdning, å tenke fleksibelt og å gjøre det motsatte i situasjoner hvor impulsen vanligvis er å unngå det som gir ubehag. Disse ferdighetene antas å endre den underliggende prosessen der en på lite hensiktsmessige måter forsøker å regulere ned følelser som kjennetegner et bredt spekter av lidelser. For behandlere tilbyr denne modellen derfor en fleksibel tilnærming som kan tas i bruk for en rekke vanlige kliniske problemstillinger. For pasienter tilbyr den en aktiv og fokusert måte å arbeide på som gjør dem mindre hemmet av ubehag og bedre i stand til å leve livet i tråd med egne ønsker og verdier. ✕

### Referanser

- Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2018a). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2018b). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook* (2. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001>
- Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Carl, J.R., Bullis, J.R. & Ellard, K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Bullis, J.R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Carlucci, L., Saggino, A. & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M.W., Tirpak, J.W. & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W. & Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Hagen, R., Johnson, S.U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/03/mot-en-felles-grunn-en-transdiagnostisk-tilnaerming-til-psykologisk-behandling?redirected=1>
- Kennedy, K.A. & Barlow, D.H. (2018). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An introduction. I D.H. Barlow & T.J. Farchione (Red.), *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190255541.003.0001>
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Cicero, D.C., Conway, C.C., DeYoung, C.G., Eaton, B.R., Forbes, M.K., Hallquist, M.N., Latzman, R.D., Mullins-Sweatt, S.N., Ruggero, C.J., Simms, L.J., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A. & Wright, A.G. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Lahey, B.B., Moore, T.M., Kaczkurkin, A.N. & Zald, D.H. (2021). Hierarchical models of psychopathology: Empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry*, 20(1), 57–63. <https://doi.org/10.1002/wps.20824>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E.R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181–191. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2021). Emotional disorders. A Unified Protocol for transdiagnostic treatment. I D.H. Barlow (Red.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Publications.
- Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A.B., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M.B., Rosenberg, N.K., Gryesten, J.R., Aharoni, R.N., Alrø, A.J., Christensen, C.W. & Arnfred, S.M. (2021). Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000516380>
- Saha, S., Lim, C.C., Cannon, D.L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y. & McGrath, J.J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286–306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sakiris, N. & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 831-840 DOI: <https://doi.org/10.52734/VFBM1057>

# Eksistensiell psykoterapi

Per-Einar Binder, Institutt for klinisk psykologi,  
Universitetet i Bergen

## Sammendrag

Eksistensiell psykoterapi er en pluralistisk tradisjon med bakgrunn i eksistensiell filosofi og humanistiske, opplevelsesorienterte og psykodynamiske terapitradisjoner. Et grunnleggende premiss er at psykiske vansker oppstår når vi ikke klarer å håndtere emosjonell smerte som på en gang er spesifikk for vårt eget individuelle liv, og samtidig er knyttet til fellesmenneskelige anliggender. Dette kan skyldes mangel på indre verktøy for å håndtere følelser, eller mangel på tilgang til den type kontakt med andre mennesker som kan gjøre smerten utholdelig. Det kan også handle om at man er låst fast i selvfortolkninger som får en til å anta at følelser, behov og lidenskaper kan skade eller ødelegge. Målet med eksistensiell terapi er å hjelpe pasienten til å bli fri til å være til stede i sitt eget liv, slik det er, med nysgjerrighet, ydmykhet og ærefrykt, og til å kunne forholde seg konstruktivt til både mulighetene og begrensningene som uunngåelig er der.

*Nøkkelord:* eksistensiell psykoterapi, terapitradisjoner, emosjonell smerte, terapeutiske mål

### KONTAKT

[Per.binder@uib.no](mailto:Per.binder@uib.no)

### MERKNAD

Ingen interesse-  
konflikter oppgitt

### FAGFELLEVDERT

Eksistensiell psykoterapi har ambisiøse mål: å forstå menneskers søken etter mening og helhet, deres relasjonsliv, lengsler og smerte i lys av eksistensens grunnstruktur. Går det an å skape en terapiretning med slike mål? Kan vi da si at «ja, dette forstår vi bedre enn alle andre, vi har funnet selve veien til måloppnåelsen»? Skråsikkerhet på egen eksistensiell innsikt er først og fremst kjennetegn ved en kult; et miljø hvor rettroenhet blir statusmarkør og spørsmål diskrediteres. Dessverre er ikke psykoterapifeltet fritt for kultlignende grupper. Dette er grunnen til at en av den eksistensielle terapi tradisjonens mest sentrale talspersoner i etterkrigstiden, Rollo May (1958), hevdet at eksistensiell psykoterapi

ikke har til hensikt å etablere en ny skoleretning som en overlegen motsetning til andre skoleretninger, eller tilby en ny terapiteknikk som en overlegen motsetning til andre terapiteknikker. Den søker heller å analysere den menneskelige eksistensens struktur – et prosjekt som, hvis det lykkes, skal gi forståelse av den virkeligheten som ligger til grunn for alle situasjoner hvor mennesker er i krise. (s. 7, min oversettelse)

Når vi arbeider med de store spørsmålene, er vi bedre hjulpet av mangslungen dialog enn svar som gir følelsen av at «alt stemmer». Å arbeide eksistensielt er å forstå den enkeltes lidelse innenfor en større sammenheng enn hva vi mer avgrenset kaller «psykisk lidelse». Bruce Wampold (2008) argumenterer for at alle terapeuter trenger å forstå prinsippene for eksistensiell terapi; det tilfører perspektiv på meningsskaping og meningssøken, som er basis for all effektiv behandling. Allerede i 1987 påpekte John Norcross (1987) at «den eksistensielle orienteringen ofte ligger til grunn for klinisk praksis uten eksplisitt erkjennelse eller bevissthet» (s. 42, min oversettelse).

Innledningsvis vil jeg beskrive dette feltet av eksistensiell psykologi og psykoterapi mer overordnet, i og med at det her er et mangfold av stemmer og retninger. Deretter avgrenser jeg inn mot det humanistisk-eksistensielle perspektivet når jeg kommer til det kliniske eksempelet (Nadine), for slik å kunne drøfte og eksemplifisere praksis på en mest mulig konkret måte.

Eksistensiell psykologi undersøker hvilken rolle det har for hvordan vi føler, tenker og handler at vi er oppmerksomme og uoppmerksomme på livets eksistensielle grunnanliggender (Binder, 2020). Disse anliggendeene peker mot erkjennelser som ofte er smertefulle, men samtidig åpner for vekst. Yalom (1980) beskriver dem som «endelige vilkår» (*ultimate concerns*), slik som det å forholde seg til dødens realitet, i tillegg til meningsløshet, isolasjon og frihet. Gree-

ning (1992) påpeker at slike anliggender er del av paradokser – død henger uunngåelig sammen med liv, frihet henger sammen med begrensning. Heidegger (1927/2018) vektlegger at innsikt i livets endelighet også er det som vekker innsikten om vår individualitet: Jeg kan kun dø min egen død, og derfor kan jeg også kun leve mitt eget liv. Væren til døden, beskriver Heidegger, er ikke først og fremst døden som konkret hendelse, men erkjennelsen av at den tiden vi kan kalle vår egen, er endelig og begrenset, og at vi derfor har et særskilt ansvar for den. Kirk Schneider (1991) tenker at eksistensielle grunnanliggender peker mot polariteter i livet, hvor en pol representerer det ekspansive, den andre begrensningen. Slik vil dødsinnsikt også være livsinnsikt. I tillegg til de anliggender som Yalom trekker frem, vil flere eksistensielle psykologer påpeke at kroppslig væren også er et ufravikelig vilkår ved menneskelivet (Gendlin, 1982; Merleau-Ponty, 1962).

Om vi integrerer tenkningen om eksistensielle polariteter og utvider med den kroppslige dimensjonen, kan vi tenke oss fem grunnanliggender med særskilt klinisk relevans (Binder, 2022c):

- døden og erkjennelsen av å ha et liv som er ens eget
- friheten og innsikten i begrensningene, og ansvaret for eget liv som erkjennelsen av frihet og begrensning kan gi oss
- medværen og innsikten i at livet utspiller seg i en relasjonsvev, samtidig som vi også står alene med våre valg og vår unike livserfaring
- mening, og innsikten i denne er noe vi må skape selv i en verden som er mangetydig og ofte kaotisk
- kroppsligheten, og erkjennelsen av denne som sete for både handlekraft, emosjonell reseptivitet og del av et økologisk hele med verden rundt

Når vi erkjenner slike anliggender og evner å forholde oss til paradoksene, innser vi på en gang vår sårbarhet og vår styrke (Binder, 2022b; Greening, 1992; Schneider, 1990). I eksistensiell psykoterapi vil vi øke oppmerksomheten på hvordan måten en forholder seg til eksistensielle grunnanliggender, fletter seg inn i følelser, tanker og handlingsvalg. En slikt økt eksistensiell bevissthet kan fremme endring og utvikling. Vi antar at mennesker har en iboende følelse av ansvar for eget liv, og vil – når forholdene ligger til rette – søke måter å leve det med tilstedeværelse og forpliktelse (Binder, 2022a).

## Teori og menneskesyn

Det eksistensielle perspektivet sies å ha bakgrunn i 1800-tallsfilosofene Friedrich Nietzsche (1872/1993)

og Søren Kierkegaard (1844/2014), og enkelte av denne tidsepokens sentrale forfattere, slik som Fjodor Dostojevskij og Henrik Ibsen. Ut fra definisjonen jeg gav, kan en egentlig gå lengre tilbake i tid og inkludere både Platon og Aristoteles, og for den saks skyld Buddha og Lao Tse. Grunnen til at slutten av 1800-tallet trekkes frem, er at det er en periode hvor religionens tradisjonsbundne autoritet begynte å slippe festet. Det ble tydeligere hvordan mennesker er frie til selv å velge, finne og skape verdiene som skal lede dem. Aller tydeligst er kanskje dette innenfor retningen som ble kalt eksistensialismen, med Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Albert Camus og Karl Jaspers som sentrale eksponenter (se Bakewell, 2016 for en oversikt). Disse tenkerne fremhevet sterkt det individuelle autonome valget. Mange vil si for sterkt. Den eksistensielle psykoterapien lener seg også i stor grad på Martin Heidegger, Martin Buber og etter hvert Emmanuel Lévinas. De ville ikke definere seg som eksistensialister, og har en mer relasjonell og kontekstuell orientering til å forstå menneskelivet. Med disse tenkerne som bakgrunn, tok eksistensiell terapi først form i etterkrigstiden – som daseinsanalyse – med Ludwig Binswanger (1963) og Medard Boss (1963) som sentrale eksponenter. Dette er fortsatt en levende tradisjon. Gjennom etterkrigstiden har det også vokst frem flere eksistensielle terapitradisjoner. Viktor Frankl (1946/2004) utviklet en egen vekstorientert terapiform, logoterapi, som på flere områder har tangeringspunkter med moderne positiv psykologi. Emmy van Deurzen (2010) utviklet en filosofisk orientert terapiform som bygger på eksistensiell fenomenologi. Rollo May (1958), Irvin Yalom (1980), Kirk Schneider (Schneider & Krug, 2010) og Mick Cooper (2015) har utviklet humanistisk-eksistensielle tilnærminger som i større utstrekning integrerer dynamiske og opplevelsesorienterte arbeidsformer. Det nyeste tilskuddet kommer fra Paul Wong (2011), som har lansert eksistensiell positiv psykologi og meningsterapi. Her vil han integrere den positive psykologiens forskning på vilkår for menneskelig vekst med den eksistensielle psykologiens mer utfordrende refleksjon over menneskets grunnvilkår.

I denne artikkelen er det den humanistisk-eksistensielle arbeidsformen som ligger til grunn. Samtidig vil jeg jeg på det teoretiske nivå også trekke vekslers på Boss (1963) og van Deurzen (2010) sin tenkning, som ofte bedre lykkes i å konseptualisere den eksistensfilosofiske bakgrunnen. Styrken i humanistisk-eksistensielle tilnærminger ligger etter mitt syn i å åpne seg mer for den empiriske delen av psykologifaget, og ikke minst for et rikere tilfang av intervensjoner. Den kalles derfor også ofte for «eksistensiell integrativ terapi» (Schneider, 2008). Dette er kanskje den eksis-

tensielle tradisjonen som bygger mest på psykoanalytiske grunnforståelser, og forholder seg til overføring og motoverføring, motstand og forståelse av indre konflikt som sentrale terapifenomen (Cooper et al., 2019; Schneider & Krug, 2010).

### Utløser og opprettholdere

Menneskers sårbarhet kan forstås både på nivå av den enkeltes spesifikke livsomstendigheter, og på et ontologisk og eksistensielt nivå (Binder, 2022b). Lidelse vil oppstå i den enkeltes liv på grunn av motgang, tap, overveldelse eller traume innenfor rammen av de spesifikke relasjonelle og psykobiologiske ressursene den enkelte måtte ha. Noen erfaringer setter psykobiologiske sår som aldri helt heles, slik som massiv traumatisering og langvarig stress, selv om mennesker heldigvis kan oppleve eksistensiell innsikt og vekst etter disse (Pals & McAdams, 2004). Denne smerten – og veksten – berører oss også på måter som peker mot det dypere fellesmenneskelige; det ontologiske nivå av eksistensielle grunnanliggender. Psykiske vansker utløses ofte ved trusler mot mening, liv eller frihet, og når relasjoner eller kroppslig integritet står på spill.

Psykiske vansker har aspekter som kan forstås i lys av hva Yalom (1980) beskriver som eksistensiell psykodynamikk: Eksistensielle anliggender har en angstvekkende side som lett gjør at mennesker mobiliserer forsvar mot å erkjenne dem og forholde seg til dem. I narsissistiske vansker søker en for eksempel tilflukt i det uavgrensede, og prøver å heve seg over relasjonsveven av likeverdige, og å eliminere dødens brodd ved å ville gjøre seg større enn livet gjennom eksepsjonelle prestasjoner eller berømmelse. I depresjon er opplevelsen av hensikt rammet, en søker tilflukt i begrensningen, med en tilbaketrekning fra relasjoner og kroppslighet. Den eksistensielle psykodynamikken, med forsvar mot å forholde seg til hva som dypest sett rører seg i våre egne liv, er allmenn og ikke bare et kjennetegn ved psykiske lidelser. Som Schneider (2010) sier «Vi krymper alle verden til et format som kjennes trygt» (s. 56, min oversettelse).

Når psykiske vansker opprettholdes, vil dette ut fra det eksistensielle perspektivet henge sammen med våre forsvarsstrategier for å unngå smerte og angst med opphav i eksistensielle anliggender. Franz Kafka (2006) sammenfatter kjernen i denne vonde sirkelen i en kjent aforisme: «Du kan trekke deg tilbake fra verdens lidelse, det er noe du er fri til og det er i tråd med din natur, men kanskje denne tilbaketrekkingen er den eneste lidelsen du kan unngå» (s. 102, min oversettelse).

Inspirert av Paul Tillich (2011) beskriver Schneider (2007) måten vi forholder oss til vår tilværelse gjennom begrepene ekspansjon, konstriksjon og sentring. Ekspansjon er den psykologiske og kroppslige opplevelsen av å vinne nye muligheter og å bevege seg fremover; å vinne nye livsområder, akselerere og spre seg utover. Konstriksjon er opplevelsen av å trekke seg tilbake og begrense tanker, følelser og sansninger og snevre inn mulighetsrommet. Både ekspansjon og konstriksjon er psykologisk sett nødvendige prosesser. I noen situasjoner skal vi tillate oss å ekspandere. I andre livssituasjoner er det mest riktig å skjerme oss og trekke oss vekk. Det sentrale er å kunne «sentrere», som innebærer å være til stede i både de ekspansive og restriktive mulighetene. Som May (1969) beskriver vil frihetsrommet alltid vil være rammet inn av det livet som er gitt oss og som er utenfor vår kontroll, hva han kaller vår «skjebne». I møte med eksistensielle grunnanliggender kan både de ekspansive og de restriktive mulighetene vekke angst. Hyperekspansiv angst er knyttet til mulighetene for kaos. Hyperkonstriktiv angst knytter seg til å bli låst og fanget. Slike angster kan føre oss inn i overreaksjon eller overkompensering, hvor vi flykter fra muligheter eller benekter begrensning. Om en har fått erfare at frihet gir overveldende ansvar eller kraft til å ødelegge, kan en reagere med hyperkonstriktiv overkompensering; å trekke seg inn i rituelle vaner, overtilpasning til omgivelsenes krav eller depressiv tilbaketrekning. Og omvendt; har en erfart at grensesetting først og fremst betyr å bli overkontrollert, låst eller ydmyket, kan en rømme inn en hyperekspansiv overkompensering med antisosial og normbrytende grenseløshet eller narsissisme.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Andre terapiretninger, som for eksempel kognitiv atferdsterapi, er vokst frem fordi klinikere har opplevd det bestående teknikkerpertoaret som utilstrekkelig. Eksistensiell psykoterapi har først og fremst bakgrunn i klinikerens behov for en dypere forståelse av menneskelige anliggender, en forståelse som står i dialog med filosofi, litteratur og kunst. Cooper (2015) påpeker at pluralisme er en naturlig konsekvens av et eksistensielt perspektiv. På et eksistensielt nivå finnes ikke «one-fit-for-all», hverken for pasienter eller terapeuter. I en studie hvor man spurte et større utvalg terapeuter som alle beskrev at de driver eksistensiell terapi, var det likevel noen fellestrekk: å vektlegge fenomenologi, relasjon og utforskning av eksistensielle grunnanliggender (Correia et al., 2017). Kombinasjonen av å vektlegge det intersubjektive nærvær, terapirelasjonen som endringsfaktor, meningsskaping og utforsk-

ning av eksistensielle grunnanliggender blir særlig sentralt for terapeuter som regner seg som humanistisk-eksistensielle, slik som Yalom (2002), Schneider (Schneider & Krug, 2010) og Cooper (2016). Dette kan sammenfattes slik:

*Tilstedeværelse.* Hjelp pasienten å være til stede i det fenomenologiske her-og-nå; hvordan tanker, følelser og sansninger spontant utfolder seg.

*Meningsskaping.* Utforske og utfordre pasientens etablerte selv-fortellinger og selv-definisjoner, og utvide rommet for opplevelse, erkjennelse og handling gjennom å skape ny mening.

*Agens.* Hjelp pasienten til å bli aktør i eget liv gjennom å bli bevisst både det som er gitt og det som er foranderlig, og gjøre valg av livsmål og forplikte seg i tråd med prioriterte verdier: «Hva er det som virkelig er viktig for deg, og menneskene du er glad i, slik ditt liv er?». Her vil refleksjon over kulturelle og samfunnsmessige rammer og hvordan en blir påvirket av og forholder seg til dem, ofte også inngå.

*Å åpne seg for eksistensen.* Utforske pasientens måte å forholde seg til eksistensielle grunnanliggender der dette er blitt smertefullt og vanskelig. Og å fremme en holdning av undring, nysgjerrighet, aksept og ærefrykt i møte med disse anliggende.

*Å åpne seg for det sammensatte.* Anerkjennelse og utforske de polariserte aspektene ved menneskelig erfaring; kjærlighet og hat, frykt og mot, mening og tomhet.

*Relasjon.* Terapirelasjonen, hvor terapeutens ekthet og genuinitet spiller en avgjørende rolle, blir en arena for nye og vekstfremmende erfaringer.

### Empirisk grunnlag

Relativt lite forskning er gjort på eksistensielle terapiformer spesifikt. Det som er gjort, kan tyde på at systematisk arbeid knyttet til opplevelse av mening i livet er et viktig bidrag fra disse terapiformene (Vos et al., 2015). Det å jobbe meningssentrert, med fokus på subjektiv opplevelse av hensikt i livet, verdier og handlingsmål, selvforståelse, egenverdi og selvregulering, synes å kunne bidra til økt livskvalitet og bedre relasjoner, og å redusere stress (Vos & Vitali, 2018). Særlig gjelder dette for mennesker som står i store livsoverganger, eller sliter med kroniske eller livstruende sykdommer, som nettopp er eksistensielle kontekster som gjør spørsmål om mening sterke og påtrengende. Om en her tenker eksistensiell terapi som humanistisk-eksistensiell terapi, i tråd med Schneider og Cooper, kan en også trekke på forskningen på humanis-



tiske og opplevelsesorienterte terapiformer generelt. Dette er ofte virksomme terapiformer for flere grupper av pasienter, særlig der terapeuten trer frem og kan være tydelig og aktiv, benytter utforskende intervensjoner slik som to stols-dialoger, og der terapien vekker følelser på en måte som gjør at pasienten kan bli tryggere på dem gjennom empatisk utforskning i terapirelasjonen (Elliott et al., 2013). Arbeid med emosjoner kan sies å utgjøre en av kjernekomponentene i eksistensiell praksis, noe som gjør at en her også kan støtte seg på den rike forskningen som er gjort innen den emosjonsfokuserede tilnærmingen (Hoffman et al., 2015). Forskning på korrigerende erfaringer i terapi og betydningen av terapeutens genuinitet kan dessuten sies å underbygge grunnantakelsene om terapeutens rolle i eksistensielle terapiformer (Farber et al., 2018).

### Status i Norge

I Norge har eksistensiell psykoterapi ikke utkrystallisert seg som skoleretning med egen utdanning, men har først og fremst fungert som et overordnet perspektiv for psykologer og psykiatere med ulike orienteringer. Hovedtyngden var i starten psykodynamiske terapeuter. Einar Dannevig, Per Mentzen og Endre Ugelstad, som i 1962 startet opp Institutt for psykoterapi, integrerte eksistensiell terapi som del av sine kliniske tilnærminger (se for eksempel Ugelstad (1959). Gry Stålsett og Vita-miljøet på Modum Bad har gjennom mange år hatt det eksistensielle psykoterapeutiske perspektivet som en sentral del av sin kliniske religionspsykologiske tilnærming (Stålsett et al., 2012). I det norske psykologmiljøet i dag vil en finne klinikere med en eksistensiell orientering som har sin grunnutdannelse både fra psykodynamisk, kognitiv, systemisk og emosjonsfokuseret psykoterapi, noe en blant annet ser i Facebook-gruppen «Forum for eksistensiell psykoterapi».

### Predisponerende faktorer

På det mest konkrete og relasjonelle og psykobiologiske nivå, kan vi anta en sårbarhet hos Nadine som har tatt form gjennom vanskelige tilknytningsrelasjoner til mor og far. De trakk seg unna når hun ble trist. Nadine ble gående alene med sin psykiske smerte. Når Nadine sa imot mor, fikk det skremmende konsekvenser; hun ble overlatt til ensomhet. Selvhevende sinne og tristhet fremstår da som følelser som kan skade relasjoner. Nadine går inn i livsbegrensende væremåter for å unngå dem – hun trekker seg vekk, hun bedøver seg med alkohol eller selvskader. Som barn måtte Nadine prøve å roe seg selv, i ensomhet.

Eller kanskje mest av alt prøve å holde seg samlet og stoppe følelsene, slik hun gjorde oppe i treet utenfor hjemmet sitt når venninnene hadde avvist henne. Repertoaret av evne til å trøste og roe seg selv kom ikke på plass. Angst og fortvilelse kan fort eskalere for Nadine. Hun mangler indre redskaper å møte sterke følelser med. Hun har heller ikke tilegnet seg et samhandlingsrepertoar som lar henne søke og finne trøst hos andre. Mønsteret synes å være at hun selv tok på seg ansvaret for det som gikk galt, og ser mor og far som de gode og seg selv som den krevende, ikke ulikt hvordan Fairbairn (1952/1994) beskrev det – bedre å være en djevel i en verden styrt av Gud, enn å være en engel i helvete. En destruktiv og nedvurderende indre kritiker blir til, som senere kommer til å nære skam og håpløshetsfølelse. Dette kan predisponere henne for depresjon. Nadine anklager seg selv for å være følsom. Og kanskje er hun følsom – uten at dette er en egenskap som fortjener anklage. Kanskje har hun en medfødt sårbarhet for angst og depresjon. Eller kanskje er hun blant dem som Belsky (2013) beskriver som «differensiert sårbare» – de som er lite robuste i møte med negative oppvekstmiljø, men kan blomstre i støttende og positive miljø. Kanskje kan følsomheten også peke frem mot områder for vekst.

Kan vi også tenke oss at sårbarhetene hennes har ontologiske – og i denne forstand – eksistensielle røtter? Svaret på dette spørsmålet er i en viss forstand alltid «ja». Vi er alle eksistensielt sårbare. Spørsmålet er om det blir meningsfullt i den terapeutiske prosessen å også berøre sårbarhetenes røtter på det eksistensielle nivået. Svaret vil nødvendigvis bli: «Det vil vise seg». Uansett kan refleksjon over eksistensielle anliggender være med å veilede terapeuten, og gi en inngang til å forstå kontekst for Nadines vansker. Hvordan forholdet Nadine seg til disse anliggender?

*Død og levendehet.* Kan Nadine erkjenne endelighet på en måte som gir opplevelse av å ha et liv som virkelig er «hennes eget»? Nadines forestillinger om døden virker knyttet til ideen om døden som lindring. Det kan se ut til at Nadine har gått inn i hva Greening (1992) kaller en forenklet overbetoning av den negative siden av død-liv-paradokset – en forestilling om å kunne «samarbeide» med døden.

*Frihet og ansvar.* Føler Nadine at hun kan gjøre valg som former livet hennes? Hun har lyktes å gjøre noen forpliktende valg. De gir livet en viss grad av struktur og retning; arbeid og ekteskap. Men en del av Nadine søker også tilflukt i begrensningen; hun unngår både å føle og handle.

*Medværen og eksistensiell alenehet.* Har Nadine en rotfestet opplevelse av fellesskap og trygghet på å være alene? Å gi seg hen til relasjonene kjennes farlig, og

hun synes å mangle en trygghet på at noen virkelig er der for henne.

*Mening.* Opplever Nadine sammenheng og hensikt? Tanke og følelse synes å ha skilt lag, og det er lite tilgang til vitalitet og tilstedeværelse. Hun fremstår fanget i en «livet bare er slik»- posisjon uten å kunne bli den aktive skaperen av neste livskapittel, og uten å kunne engasjere seg i noe som er større enn henne selv.

*Kroppsligheten.* Opplever Nadine å være trygt til stede i egen kroppserfaring? Hun synes å bruke mye krefter på å få avstand til den sansende kroppen og følelsene. Hun overkompenserer med det tenkende sinn; hun vil resonnerer seg frem til hva som gjør henne trist. Hun har en historie hvor kropp og sansning skulle temmes, dels ved at selvskadingen kan ha gitt henne en følelse av kontroll, dels ved å døyve inntrykkene fra følelsesapparatet gjennom alkohol. Den reseptive emosjonelle kroppsligheten har ikke fått utvikle seg, heller ikke kroppslig agens.

### Oppretteholdende faktorer

Et overordnet spørsmål, som springer ut av Boss (1963) sin tilnærming, er: Hvilke aspekter ved verden har Nadine tilgang til? Og hvilke aspekter ved verden har hun sperret av? Det kan virke som Nadine befinner seg i en verden hvor særlig de avvisende sidene ved relasjoner, alle feilene hun gjør og hverdagens grå monotoni, trer tydeligst frem for henne. Mottakelighet for at andre setter pris på henne, handlekraft og kreativitet er områder av verden som sperres av og ligger i skyggen. Å avsperre deler av verden blir lett selvoppretholdende; forskansningen hindrer Nadine i å få de erfaringene hun mest av alt trenger for å vokse.

May (1969) beskriver eros og aggresjon som *daimoniske* lidenskaper; de har en potensielt kreativ kraft i seg til å bygge relasjon og handlekraft, men de kan også bergta oss, gjøre oss blinde og føre oss på villspor. Aggressivitetsens flertydighet er særlig utfordrende; den kan både skade relasjoner og bidra til kreativitet og selvhevdelse (Diamond, 2013).

Nadine kan ha forestillinger om at aggressivitet kan skade og ødelegge relasjoner. Slike antakelser blir ofte lett opprettholdere av vansker. De gangene sinnet får slippe til, slik som i konflikt med kjæresten, går det ofte galt. Nadine får gjentatte erfaringer med at sinnet faktisk er gift for relasjonene hennes. Hun trekker seg derfor vekk der hun heller trenger å selvhevide. Nadine retter sinnet mot seg selv, i form av destruktiv selvkritikk. Noe som igjen eskalerer følelser av frustrasjon og skam, og gir enda mer sinne og angst.

Kjærligheten, den andre av de daimoniske lidenskapene, er også blitt vanskelig for Nadine. Nærhets-

søken er knyttet til forventning om avvisning; kanskje kjenner Nadine det som at avvisningen blir en realitet allerede idet behovet for nærhet vekkes. Å søke nærhet og bli avvist er den prototypiske situasjonen for skam. Nadine kan trekke seg vekk og komme avvisning i forkjøpet. Kanskje kan hun også bli klamrende i desperasjon, noe som lett støter andre vekk. Resultatet blir i begge tilfeller eskalering av en angstvekkende ensomhet.

Meningsløshet er et problem for Nadine; hun trenger sterkere opplevelse av hensikt i tilværelsen sin. I tråd med Frankl (1946/2004), kan vi anta at den passive tilbaketrekningen fra aktiviteter som potensielt kan gi mening, er opprettholdende for hennes vansker. Jeg tenker imidlertid at meningssskaping først og fremst blir et fokus senere i terapien. Hovedproblemet nå synes å ligge i hennes væren med andre og tilgangen til de «daimoniske» kreftene som kan nære vitalitet og kreativitet.

### Mål for terapien

Hvilke mål kan terapeuten og Nadine enes om å arbeide mot? Vi kan anta at Nadine vil beskrive relasjoner som et særskilt smertefullt område av sitt liv. Hun vil gjerne også formidle at hun kjenner seg ufri og tappet for mening. I og med at dette er en kortvarig terapi vil fokus på terapiavslutning og hvordan Nadine kan arbeide videre mot målene på egen hånd, være viktig gjennom hele forløpet.

Langsiktig mål 1): å bli kjent med og gi plass til de selvhevdende delene av seg selv, og bli trygg på å stå frem og si ifra på en måte som kommuniserer godt med andre.

Langsiktig mål 2): å bli kjent med og gi plass til de nærhetssøkende og triste delene av seg selv, og våge å vise sårbarhet og søke kontakt når livet kjennes smertefullt.

Langsiktig mål 3): å kunne åpne seg opp mot de sidene ved verden som gir mulighet for friere valg og meningssskapende engasjement.

Delmål på veien mot dette, kan bli:

- å kunne gi oppmerksomhet til følelser slik de spontant dukker opp
- å kunne sette navn på følelsene, og møte dem med vennlighet, og selvmedfølelse der det smerter
- å bli kjent med behovene som ligger bak følelsene, og begynne utforskningen av hva hun virkelig trenger, både fra seg selv og andre
- å romme mer av seg selv og livet sitt slik det virker i livsfortellingen, og gjøre valg med utgangspunkt

punkt i verdier og refleksjon over hvordan hun ønsker de neste kapitlene skal bli.

### Sentrale intervensjoner

Psykoterapi vil alltid ha elementer av teknikk. Men grunnleggende sett er terapi en form for hva Aristoteles (2013) kaller *fronesis* (fra gresk *phronesis*), en etisk informert form for praktisk klokskap (Colman, 2020; Orange, 2009). I dette ligger det at etiske dyder – som vennlighet, medfølelse, ydmykhet og ofte også mot – må lede terapien. Og ikke teknikk i seg selv. Et grunnaspekt ved relasjonen til den andre, er at den andre er et «du» som alltid overskrider hva vi forstår og kjenner fullt ut (Buber, 1970/2010). Det å erkjenne pasientens annerledeshet er en grunnleggende bestanddel i terapeutens nærvær. Eric Craig (1986) beskriver dette som at terapeuten tilbyr et nærvær som lar pasienten oppleve trygghet til å bli kjent med og være seg selv, og ta opp igjen sine autentiske muligheter for å være i verden. Jeg vil tro at Nadine er særlig sensitiv for terapeutens integritet, ekthet og emosjonelle stødighet.

De første par timene kan ha en *narrativ modus* – «Få høre hva som skjedde en gang du kjente deg sint på Bjørn, og ting låste seg inni deg?», og «Kan du fortelle om en gang du ble sint på mor eller far? Hva skjedde da?» Detaljer i samspill gjør historien levende og konkret. Ikke sjeldent er emosjonelle minner knyttet til stemmebruk, ordvalg og blikk. Terapeuten foreslår etter å ha hørt Nadines beretning at det å bli tryggere på selvhevdelse og nærhet kan være mål å jobbe mot. Kanskje vil Nadine da bli litt avventende og stille: «Jeg vet ikke helt. Jeg kjenner meg så nedfor. Jeg føler at alt bare er et stort rot og at ingenting er egentlig vits i lenger.» Terapeuten lener seg frem og sier «Få høre». Nadine forteller at hun føler seg utenfor sosialt, og er redd for at ektemannen snart skal få nok av henne.

Schneider (2007) beskriver å «vekke det faktiske» som en fundamental prosess; å hjelpe pasienten til å være til stede her og nå, som en åpning til å bli mer bevisst hvordan det står til i livet som et hele. Terapeuten inviterer pasienten inn i *tematisk fokus* med spørsmål som «hva er det viktigste for deg akkurat nå?», og «gi deg selv et øyeblikk til å legge merke til hva som er fremme i deg nå». Kanskje Nadine da beskriver «Akkurat nå kjenner jeg meg bare kjempeflau over å være her. Hele tiden kommer denne tanken om at det er noe helt alvorlig feil med meg.»

Et neste steg er *tematisk ekspansjon*. Dette innebærer å invitere pasienten til å gå dypere inn i opplevelsen, slik som å si «få høre», «kan du fortelle mer om dette» eller «se om du kan være der litt med den følelsen.» I tillegg kan en benytte intervensjoner som gir

andre tilganger til følelser og uartikulerte forestillinger. Kanskje er Nadine en person som forholder seg til drømmene sine. Da kan også drømmearbeid være en viktig inngang til dypere opplevelse – gjerne å gjenfortelle drømmen i nåtidsform, la den bli levende, «hvordan kjennes det å være der, når dette skjer – hva er den tydeligste følelsen som dukker opp?» (Yalom, 2002)

Det som Schneider (2010) beskriver som «guidet meditasjon» kan hjelpe pasienten til sansende og kroppsforankret tilstedeværelse. Her kombineres rolig, dyp pust med oppmerksomhet på områder i kroppen hvor det er spenninger, og invitasjon til å assosiere til følelser, fantasier og forestillinger knyttet til disse områdene. Det slekter på hva Gendlin (1982) beskriver som *fokusering*; å rette oppmerksomhet til sansningene, høre hva kroppen har å si, og spille videre på sansningenes metaforikk. Økt oppmerksomhet til sansning kan være viktig for Nadine i og med at hun lett blir fanget i grubling og låste tankelooper.

Kanskje dukker det opp en dirring i magen, kanskje en sammentrekning i overkroppen. Den minner Nadine om å gjøre seg liten. Og å beskytte seg. Slik som da hun lå sammenkrøllet i treet som liten.

Det er også vanlig å benytte to stols-dialog og tom stols-dialoger med bakgrunn i gestalt- og emosjonsfokusering. Dette kan bidra til å lette depressiviteten raskere (Goldman et al., 2006) Kanskje kan det være nyttig for Nadine å iscenesette hva som skjer inni henne i møte med den indre stemmen som forteller at hun er mislykket og håpløs. Fokus er da hvordan hun bedre kan forholde seg til denne stemmen, utvikle empati med den delen av henne selv som er under angrep, og bli kjent med hvordan hun trenger å møte seg selv når livet blir vondt.

Disse måtene å jobbe på kan oppleves intense, og innebærer å følge opplevelsesspor som ofte vil kjennes smertefulle. Det er viktig at terapeuten sjekker ut – og gjerne også avtaler med Nadine at hun sier fra – om denne her og nå-utforskningen oppleves overveldende.

På intervensjonssiden er det også mer praktiske veier å gå. Kanskje Nadine trenger konkret hjelp til å komme seg opp av depressiv stemning i hverdagen, og at aktivisering kan være et nyttig redskap (Shahar & Govrin, 2017). En slik type intervensjon med bakgrunn i kognitiv atferdsterapi kan i en eksistensiell ramme sees som en hjelp til å ekspandere, og å få kontakt med egen vitalitet.

På tvers av intervensjoner er det noen bærende spørsmål for terapeuten, «hva er det som foregår her, mellom meg og pasienten, og inne i pasienten?», «Hvordan kjennes kontakten? Hva slags samspill kjenner jeg meg dratt med inn i? Hvordan fremstår pasien-

ten – med mimikk og gester, måte å sitte på, energinivå, skift i følelser og stemninger underveis i samtalen?» Kanskje veksler terapeuten mellom å kjenne medfølelse med Nadine, og å kjenne seg utestengt, avvist, ja, kanskje også irritert.

Terapeutens særskilte måter å føle, tenke og handle på vil være med å forme pasientens væremåte. Samtidig vil det være sider ved måten pasienten går inn i dette møte som reflekterer hvordan personen forholder seg – og konstruerer selvet sitt – i møter med andre i livet ellers (Yalom, 2002). Parallelt til hvordan overføring innenfor relasjonell psykoanalyse betraktes som mønstre av meningsskapning (se for eksempel Mitchell, 1988), defineres overføring innen eksistensiell tradisjon som «et mønster i måten å være i verden som involverer en signifikant annen og blir reaktivert i møtet med terapeuten» (Bugental, 1981, s. 138, min oversettelse). For Nadine kan det være opplevelsen av å være «den avviste» og terapeuten som «den avvissende andre» som vekkes. Gjerne også opplevelsen av å «være for mye» med terapeuten som «får nok» og potensielt blir straffende tilbake. Kanskje er det detaljer i samspillet mellom dem, slik som noe ved terapeutens intonasjon, valg av ord eller et blikk, som hun knytter til opplevelsen av å være avvist. De kan utforske både hva som skjer her og nå, og det indre scenariet som vekkes i henne. Følelsen av avvisning er gammel. Å kunne være til stede i opplevelsen sammen med et menneske som lever seg inn i angsten og skamfølelsen, er noe nytt.

Etter hvert som dette arbeidet skrider frem, kan her og nå-samspillet bli et utgangspunkt for å øke «andre-oppmerksomhet» eller metapersepsjon (Cooper, 2009): «Hvordan forestiller du at jeg opplever deg når du kjenner deg avvist? Hvordan forestiller du deg at mannen din opplever deg når ting blir vanskelig mellom dere?»

Terapien kan gjøre Nadine kjent med de livsbegrensende mønstrene innenfra, slik de utfolder seg her og nå. Slik kan hun bli friere til å gjøre nye valg, og etablere mønstre som gir dypere kontakt med omgivelsene. Arbeid med å levendegjøre motstand – å øke pasientens bevissthet om hvor og hvordan hun unngår å føle, tenke og handle – vil inngå i dette (Schneider, 2007). Motstand er her å forstå som en form for selvbeskyttelse. Motstandsarbeid er speilingsarbeid hvor både delen av pasienten som yter motstand, og delen som blir undertrykket, fortjener innlevelse og anerkjennelse. Bugental (1992) beskrev motstanden som pasientens «romdrakt». Den er noe pasienten en gang tok på seg i et miljø hvor det var nødvendig å beskytte seg. Men den er tungvint og skaper dårlig kontakt med omverdenen i pasientens nåtidige miljø.

Kanskje viser motstanden seg i diskrepanser i måten Nadine snakker på, som det går an å invitere henne til å bli oppmerksom på: «Du sier at ting går bra på jobben, men det høres ut som om kraften går litt ut av deg når du sier det.» Andre ganger går det kanskje an å mer direkte adressere hvordan hun synes å blokke seg selv her og nå: «Det virker som det kjennes vanskelig for deg å se på meg når du uttrykker sinne.»

*Meningsskapning* er en rød tråd i hele terapiforløpet, men får gjerne en særskilt plass i terapiens siste timer, når Nadines verden er blitt åpnere. Det blir rom for en dypere intensjonalitet og en åpenhet mot verden med rom for oppdagelse. Schneider (2017) beskriver denne holdningen som «ærefrykt»; følelsen av undring og glede over å være del av en større verden som også rommer utsikkerhet knyttet til livsprosjektene og angsten dette alltid kan vekke. Spørsmålene vil kunne handle om å finne veier videre, å gjøre verdivalg og utforske hva som nå skal være det viktigste, å finne nye livsprosjekter eller gå inn i gamle livsprosjekter på nye måter. Nadine er 34 år, hun er i det relativt korte, men svært viktige intervallet i livet som hverken er «ung voksen» eller «middelaldrende», men bare «voksen». Om terapien har styrket forholdet til Bjørn, kan det hende at spørsmålet om å få barn melder seg med styrke. Kanskje er det blitt tydeligere for henne hvem de virkelige nære vennene hennes kan være. Nye fellesskap utvikler seg. Kanskje finner hun nye måter å forholde seg til sin opprinnelsesfamilie.

### Hvordan vurdere endring?

Vi kan tenke oss at Nadine opplever at en endring har funnet sted når hun kjenner seg mer levende og trygg, og opplever å ha redskaper til å både søke nærhet til andre når ting kjennes vondt, og si ifra på en konstruktiv måte når hun er uenig eller frustrert. Dette betyr ikke at sporene av de gamle livsbegrensende mønstrene er helt vekk. De vil iblant melde seg, som et sug mot å trekke seg vekk, kanskje også sug mot selvskadning eller alkohol. Men hun kjenner seg sterkere til å møte disse sidene ved seg selv; hun ser hvor de kommer fra, kan reflektere over hvor de kan føre henne, og kjenner seg fri til å ikke lenger være dem. Hvordan kan terapeuten vurdere at det har skjedd endring? Primært ved å lytte til Nadines vurdering. Men også ved å holde et våkent øye til Nadines «romdrakt», og da særlig at hun ikke avslutter terapien ut fra ideen om å ikke være til bry eller for å foregripe en fantasert avvisning.

## Avslutning

I eksistensiell psykoterapi er grunnpremisset at psykiske vansker oppstår når vi ikke klarer å forholde oss til det som er blitt smertefullt i livet. Dette kan bero på å mangle indre redskap å møte følelser med, eller å ikke ha tilgang til den type kontakt med andre som kan gjøre det smertefulle utholdelig. Det kan også handle om å ha blitt låst i selvfortolkninger som får en til å tro at følelser, behov og lidenskaper kan skade eller ødelegge. Målsettingen med en eksistensiell terapi er å hjelpe pasienten å bli fri til å være til stede i eget liv, slik det er, med nysgjerrighet, ydmykhet og ærefrykt, og konstruktivt kunne forholde seg til både mulighetene og begrensningene som uunnngåelig er der. ✘

## Referanser

- Aristoteles. (2013). *Den nikomakiske etikk* (Ø.R. Arnfinn Stigen, Overs.). Vidarforlaget.
- Bakewell, S. (2016). *At the Existentialist Café: Freedom, Being, and Apricot Cocktails with Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Albert Camus, Martin Heidegger, Karl Jaspers, Edmund Husserl, Maurice Merleau-Ponty and Others*. Other Press, LLC.
- Belsky, J. (2013). Differential susceptibility to environmental influences. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 7(2), 15–31. <https://doi.org/10.1007/2288-6729-7-2-15>
- Binder, P.-E. (2022a). The call of the unlived life: On the psychology of existential guilt. *Frontiers in Psychology*, 13, 991325. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991325>
- Binder, P.-E. (2022b). Facing the uncertainties of being a person: On the role of existential vulnerability in personal identity. *Philosophical Psychology*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2129002>
- Binder, P.-E. (2022c). Suffering a Healthy Life—On the Existential Dimension of Health. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.803792>
- Binder, P.E. (2020). *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi*. Fagbokforlaget.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. 1963. Selected papers of Ludwig Binswanger ix, 364 pp Basic Books.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. 1963. Basic Books.
- Buber, M. (1970/2010). *I and Thou*. Martino Publishing.
- Bugental, J.F. (1981). *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy*. Irvington Pub.
- Bugental, J.F. (1992). *The art of the psychotherapist*. WW Norton & Company.
- Colman, W. (2020). Psychotherapy as a skilled practice. *Journal of Analytical Psychology*, 65(4), 624–644. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12613>
- Cooper, M. (2009). Interpersonal perceptions and metaperceptions: Psychotherapeutic practice in the interexperiential realm. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 85–99. <https://doi.org/10.1177/0022167808323152>
- Cooper, M. (2015). *Existential psychotherapy and counselling: Contributions to a pluralistic practice*. Sage.
- Cooper, M. (2016). *Existential therapies*. Sage.
- Cooper, M., Craig, E. & van Deurzen, E. (2019). *The Wiley world handbook of existential therapy*. Wiley-Blackwell.
- Correia, E.A., Cooper, M., Berdondini, L. & Correia, K. (2017). Characteristic practices of existential psychotherapy: A worldwide survey of practitioners' perspectives. *The Humanistic Psychologist*, 45(3), 217. <https://doi.org/10.1037/hum0000061>
- Craig, P.E. (1986). Sanctuary and presence: An existential view of the therapist's contribution. *The Humanistic Psychologist*, 14(1), 22–28. <https://doi.org/10.1080/08873267.1986.9976749>
- Diamond, S.A. (2013). *Anger, Madness, and the Daimonic: The Paradoxical Power of Rage in Violence, Evil and Creativity*. In: New River: Booknook. biz. Amazon Kindle ebook edition.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J.C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. I M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. John Wiley & Sons.
- Fairbairn, W.R.D. (1952/1994). *Psychoanalytic studies of the personality*. Psychology Press.
- Farber, B.A., Suzuki, J.Y. & Lynch, D.A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423. <https://doi.org/10.1037/pst0000171>
- Frankl, V.E. (1946/2004). *Man's search for meaning: the classic tribute to hope from the Holocaust*. Random House.
- Gendlin, E.T. (1982). *Focusing*. Bantam.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537–549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Greening, T. (1992). Existential challenges and responses. *The Humanistic Psychologist*, 20(1), 111–115. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08873267.1992.9986784>
- Heidegger, M. (1927/2018). *Væren og tid* (L. Holm-Hansen, Overs.). Pax.
- Hoffman, L., Vallejos, L., Cleare-Hoffman, H.P. & Rubin, S. (2015). Emotion, relationship, and meaning as core existential practice: Evidence-based foundations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 11–20. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9277-9>
- Kafka, F. (2006). *The Zürau Aphorisms*. Random House.
- Kierkegaard, S. (1844/2014). *Begrepet angst*. Oktober forlag.
- May, R. (1969). *Love and Will*. Norton.
- May, R., Angel, E. & Ellenberger, H.F. (Red.). (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. 1958. Basic Books/Hachette Book Group. <https://doi.org/10.1037/11321-000>

- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
- Nietzsche, F. (1872/1993). *Tragediens fødsel*. Pax.
- Norcross, J.C. (1987). A rational and empirical analysis of existential psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27(1), 41–68. <https://doi.org/10.1177/0022167887271005>
- Orange, D.M. (2009). *Thinking for clinicians: Philosophical resources for contemporary psychoanalysis and the humanistic psychotherapies*. Routledge.
- Pals, J.L. & McAdams, D.P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 65–69.
- Schneider, K. (2017). The resurgence of awe in psychology: Promise, hope, and perils. *The Humanistic Psychologist*, 45(2), 103. <https://doi.org/10.1037/hum0000060>
- Schneider, K.J. (1990). *The paradoxical self: Toward an understanding of our contradictory nature*. Insight Books/Plenum Press.
- Schneider, K.J. (1991). Paradox and health. *The Humanistic Psychologist*, 19(1), 68–81. <https://doi.org/10.1080/08873267.1991.9986752>
- Schneider, K.J. (2007). The experiential liberation strategy of the existential-integrative model of therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 33–39. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9032-y>
- Schneider, K.J. (Red.). (2008). *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice. Guideposts to the core of practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Schneider, K.J. & Krug, O.T. (2010). *Existential-humanistic therapy*. American Psychological Association.
- Shahar, G. & Govrin, A. (2017). Psychodynamizing and existentializing cognitive-behavioral interventions: The case of behavioral activation (BA). *Psychotherapy*, 54(3), 267. <https://doi.org/10.1037/pst0000115>
- Stålsett, G., Gude, T., Rønnestad, M.H. & Monsen, J.T. (2012). Existential dynamic therapy («VITA») for treatment-resistant depression with Cluster C disorder: Matched comparison to treatment as usual. *Psychotherapy Research*, 22(5), 579–591. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.692214>
- Tillich, P. (2011). *Systematic Theology, Volume 3* (Vol. 3). University of Chicago Press.
- Ugelstad, E. (1959). Daseinsanalytik, psykiatri og psykoanalyse: En orientering om Medard Boss arbeider. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 13(1), 25–36. <https://doi.org/10.3109/08039485909130588>
- van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy*, 2nd ed.. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Vos, J., Craig, M. & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Vos, J. & Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care*, 16(5), 608–632. [10.1017/S1478951517000931](https://doi.org/10.1017/S1478951517000931)
- Wampold, B.E. (2008). Existential-Integrative Psychotherapy: Coming of Age. *PsycCRITIQUES*, 53(6). <https://doi.org/10.1037/a0011070>
- Wong, P.T. (2011). What is existential positive psychology? *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(1).
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I.D. (2002). *The gift of therapy: Reflections on being a therapist*. Piatkus.

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 841-850 DOI: <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924>

# Emosjonsfokuseret terapi

Jan Reidar Stiegler<sup>1</sup>, Anne Hilde Vassbø Hagen<sup>1</sup><sup>1</sup> Institutt for Psykologisk Rådgivning, Bergen

## Sammendrag

Emosjonsfokuseret terapi (EFT) er en terapiform med røtter i den humanistiske terapitradisjonen. Grunnantakelsen i EFT er at livserfaringer organiseres i emosjonelle skjema. For eksempel vil vonde barndomserfaringer som ikke bearbeides, kunne fortsette å påvirke oss på problematiske måter i voksen alder, og de omtales da som maladaptive emosjonelle skjema. Målet i et typisk EFT-forløp er å hjelpe klienten til å kunne aktivere, prosessere og endre maladaptive emosjonelle skjema. En slik endring skjer typisk i en sekvens som går fra sekundære emosjoner (for eksempel depressiv resignasjon), via den maladaptive emosjonen (for eksempel maladaptiv skam) og til en adaptiv emosjon (for eksempel selvhverdende sinne). Denne sekvensen omtales ofte som å endre følelser med følelser og bygger på omfattende prosess-forskning. I artikkelen vil vi beskrive hvordan psykisk lidelse oppstår ut fra et EFT-perspektiv, og hva som er betingelsene for at terapeutisk endring kan skje. Vi vil vise til det empiriske grunnlaget for modellen og illustrere noen spesifikke intervensjoner ved hjelp av kasuset Nadine.

*Nøkkelord:* emosjonsfokuseret terapi, transdiagnostisk terapi, humanistisk terapi, opplevelsesbasert terapi

**KONTAKT** jan.  
stiegler@gmail.com

### INTERESSE- KONFLIKTER

Begge forfatterne driver private tjenester basert på modellen emosjonsfokuseret terapi og er medeiere i Institutt for psykologisk rådgivning AS (IPR), som tilbyr utdanning innen tilnærmingen. J.R. Stiegler er styremedlem i IPR.A. H. Vassbø Hagen er daglig leder og partner i IPR og Empty Chair Publisher.

**FAGFELLEVDERT**

Emosjonsfokuset terapi (EFT) er intensiv terapi retning fundert i den humanistiske terapitradisjonen. Teoretisk har ordene emosjoner og følelser litt forskjellig betydning, der følelser er en større kategori. I modellen og i denne teksten bruker vi derimot begrepene om hverandre. En sentral antakelse i EFT er at mennesket på et fundamentalt plan er organisert av emosjoner. Det betyr at hvordan vi ser og opplever verden, springer ut av vår emosjonelle tilstand i øyeblikket. Psykisk lidelse forstås i forlengelsen av dette som at klienten har tilbakevendende vansker med å kunne erfare og benytte emosjoner på en hensiktsmessig måte, og symptomer på psykiske vansker er ofte en reaksjon på vonde eller truende følelser. EFT-terapeuter forsøker å skape en varig endring i de emosjonelle betingelsene som klienten lever under. En jobber terapeutisk med å endre hvordan klienten forholder seg til egne følelser, og hvordan de gjenkjenner og kommuniserer følelser. Det terapeutiske arbeidet er også siktet mot å transformere de emosjonelle vanskene som ofte ligger bak det symptomatiske bildet. Arbeidet kan føre til at klienten får større klarhet i følelsene sine og får økt aksept for egne behov. Dette vil hjelpe klienten til å bli bedre på å løse små og store vansker, være mer autentisk i nære relasjoner og i større grad klare å ta gode valg i tråd med egne verdier.

### Teori og menneskesyn

EFT har tre sentrale historiske kilder som utgjør hovedstrukturen for modellen: den klientsentrerte tradisjonen (Rogers, 1951, 1961), Fritz Perls' gestaltterapi (Perls et al., 1951) og den fenomenologiske forståelsen til Eugene Gendlin (1978).

Carl Rogers, en av fagets første psykoterapiforskere, var opptatt av å forstå hva som kjennetegnet den hjelpende relasjonen når klienten fikk til ønsket forandring. Gjennom sine arbeider fant han særlig fire momenter som syntes å være til stede i terapeutens væremåte:

- 1) En *empatisk* terapeut som evner presist å fange opp klientens indre livsverden. Terapeuten må følge klienten i utforskningen, leve seg inn i klientens livsverden og tilby ivaretakende og klargjørende beskrivelser av klientens indre verden slik terapeuten oppfatter den. Slik blir klienten tydeligere for seg selv.
- 2) En terapeut som konsekvent viser *aksept* for klientens indre verden, som evner å se forbi det til enhver tid normative og moralske, og som er i stand til å gi klienten en opplevelse av at hans livsverden alltid er sann og meningsfull i seg selv.
- 3) En terapeut som evner å tre inn i terapirelasjonen på en *ekte* måte, uten å gjemme seg bak en rolle, teori eller modell. Terapeuten må bringe med seg sine egne følelser og opplevelser inn i terapien og formidle disse på en oppriktig måte. Klienten trenger dermed ikke å lure på om terapeuten holder noe skjult. Slik gir terapeuten klienten en følelse av at det er trygt å være sammen.
- 4) En terapeut som er *tilstedeværende*, som med hele seg er relasjonelt mottakelig for klienten med alle sine sanser, som i øyeblikket kan gi slipp på for forståelse og teori, og hvor oppmerksomheten er fokusert, åpen og vennlig rettet mot her og nå.

Empati, aksept, ekthet og tilstedeværelse var ifølge Rogers (1951) nødvendige og tilstrekkelige betingelser for klientens selvrealisering og vekst, i tråd med det autentiske selvet. Disse betingelsene finner vi i stor grad igjen i de senere års forskning på betydningen som fellesfaktorene har for utfall i psykoterapi (Elkins, 2022). De har blitt omtalt som en ekvivalent til legenes hippokratiske ed (Greenberg & Geller, 2001), og store deler av opplæringen i EFT er rettet mot å etterleve disse prinsippene.

Den andre sentrale kilden i EFT er Fritz Perls' gestaltterapi (Perls et al., 1951). Perls var opptatt av at mennesket organiseres i ulike deler eller gestalter som gjør at vi erfarer verden på en bestemt måte. Ulike gestalter dannes gjennom våre erfaringer med verden. For eksempel kan mobbing føre til at en ser på seg selv som ikke god nok. Perls' terapitilnærming handlet blant annet om å synliggjøre ulike deler av selvet for klienten. Han er kjent for å legge til rette for dialoger mellom de ulike delene av selvet, som representeres i hver sine stoler i terapirommet. I EFT benyttes stolarbeid når det oppstår spesifikke emosjonelle konflikter, for eksempel selvkritikk eller vedvarende vanskelige følelser overfor en viktig annen.

Den tredje sentrale kilden i EFT er fra en elev av Carl Rogers ved navn Eugene Gendlin (1978). Han var filosof og særlig opptatt av fenomenologisk filosofi. Hans interesse i psykoterapifeltet var rettet mot hvordan klienter evnet å fange opp, forholde seg til og gi mening til sin egen opplevelse. Gendlin studerte likheter og forskjeller på hvordan ulike klienter ga uttrykk for sin opplevelse. Han og kolleger fant at klienter som typisk beskrev de emosjonelle opplevelsene sine på en nyansert og ikke-innøvd måte, hadde bedre utfall av terapi enn klienter som var abstrakte, eller som hadde etablerte og fastlåste sannheter om seg selv. Hans største praktiske bidrag til psykoterapifeltet var det som kalles fokusering. Det er en intervensjon som øker klientens evne til å lytte, være i kontakt med og gi mening



til sin egen opplevelse. For Gendlin var fokusering en hensiktsmessig og sannferdig måte å forholde seg til sin egen opplevelse. I EFT er denne arven inkorporert som en grunnholdning – vi trenger alle å være i kontakt med og til stede i vår egen opplevelse – og som en spesifikk intervensjon som kan hjelpe klienten til å være mer og bedre i kontakt med egne følelser og opplevelser.

### Utløser og opprettholdere

I EFT forstår man mennesker som grunnleggende sett organisert av emosjoner. Teoretisk vil man hevde at enhver bevisst opplevelse er påvirket av det emosjonelle apparatet vårt, også når vi ikke er det bevisst. Dette sammenfaller med Damasio (2010) beskrivelser av at ingen menneskelig sansning – det være seg en tanke, følelse eller kroppslig opplevelse – kan være uten en emosjonell opplevelsesmessig kvalitet. Det betyr at vår opplevelse alltid er farget av en bestemt emosjonell tilstand. Når du våkner opp om morgenen, er du allerede emosjonelt organisert på en bestemt måte, for eksempel at du gleder deg til noe, kjenner et ubehag knyttet til dagens gjøremål, en behagelig ro eller en uklar, vond klump i magen. Denne organiseringen er mer eller mindre bevisst og skifter i takt med at ulike ytre og indre hendelser aktiverer en ny emosjonell tilstand. Primære adaptive emosjoner som sinne, frykt, avsky, skam, tristhet, glede og iver gir oss viktig informasjon om hva vi trenger, og forbereder oss til å handle på måter som sørger for at egne emosjonelle behov i nåtid blir ivaretatt. Psykisk lidelse forstås som at vår emosjonelle organisering stadig gir oss en opplevelse av smerte, ubehag, håpløshet, engstelse eller lignende. Da er det som regel primære *maladaptive* emosjoner, som gammel skam og frykt, som aktiveres i nåtid, hvorpå sekundære emosjoner som håpløshet, avvisende sinne eller angst kommer som en reaksjon på de maladaptive emosjonene. Den smertefulle emosjonelle organiseringen er på ingen måte stabil. Selv de tungt deprimerte klientene vil med god hjelp kunne skille mellom ulike grader av eller kvaliteter ved å være deprimert.

Sett fra et EFT-perspektiv består den emosjonelle organiseringen av aktiverte emosjonelle skjema (Greenberg et al., 1993). Emosjonelle skjema kan forstås som nettverk i vår nevrologi som er dannet av emosjonelle erfaringer. For eksempel vil erfaringer av å vokse opp med en truende og voldelig forelder danne emosjonelle strukturer som lett vil kunne gi en opplevelse av å være i fare, selv når du har blitt voksen og ikke lenger er i fare. Slike skjema forstås best som betingelser for din tilstand heller enn bevis-

ste representasjoner av noe som skjedde. De kan derfor påvirke din opplevelse, selv når du ikke husker de spesifikke hendelsene som dannet dem. Det å bli utsatt for mye utrygghet i barndommen skaper ikke bare utrygghet når du tenker på eller møter situasjoner som minner om barndommen. Det kan også gi en opplevelse av at verden generelt er utrygg. Parallelt med vår emosjonelle organisering foregår det kontinuerlig meningsdannelse av en mer kognitiv kvalitet. Som mennesker forsøker vi hele tiden å forstå oss selv i verden og symbolisere denne forståelsen i språk eller bilder. I EFT tenker vi at meningsdannelsen er preget av den emosjonelle tilstanden i øyeblikket (Greenberg & Pascual-Leone, 2001). Tankene står i emosjonenes tjeneste. Antakelsen i EFT er ikke at det er uvirksomt å jobbe med kognitive prosesser, men at en endring i betingelsene for den kognitive aktiviteten kan skape en dypere og mer varig endring (Greenberg, 2021).

Når vi blir emosjonelt organiserte på en bestemt måte, følger det av EFT at vi er organisert av maladaptive emosjonelle skjema (Greenberg & Paivio, 1997). Det kan for eksempel være at verden ofte oppleves utrygg fordi vi tidligere har erfart mye utrygghet, mens vi egentlig trengte å bli møtt på behov som beskyttelse og omsorg. Erfaringene som klienten bærer med seg i form av maladaptive emosjonelle skjema skapt av gamle umøtte behov, antas å være det som utløser psykiske vansker. I EFT snakker vi om kjerneskjema som berører to ulike grunnleggende menneskelige behov: behovet for trygg tilknytning og frykten som oppstår når man ikke er beskyttet eller får den nærheten man trenger, og behovet for en trygg identitet og skammen som oppstår når man ikke blir møtt med tilstrekkelig anerkjennelse. Hvis en person derimot har erfart tilstrekkelig med trygghet og anerkjennelse i egen barndom og opplever verden som et trygt sted hvor de er verdifulle medlemmer, er personen i større grad organisert av adaptive emosjonelle skjema. De adaptive emosjonelle skjemaene er sentrale ressurser i personens liv. Vi har ofte emosjonelle reaksjoner på vår egen emosjonelle tilstand. Dette kalles som nevnt for sekundære emosjoner. Et typisk eksempel kan være at du på en fest opplever at noen du snakker med, er høylytt og intens, og du merker en gammel maladaptiv frykt. Men i stedet for å uttrykke at du er skremt, blir du sint på personen for å være voldsom. Sinne kan da forstås som en sekundær reaksjon på den primære maladaptive emosjonen av frykt. Det er nyttig å vite at alle mennesker organiseres av både adaptive, maladaptive og sekundære emosjoner i hverdagen, og at mye av dette skjer utenfor vår bevisste prosessering. Psykisk lidelse forstått på denne måten er når den emosjonelle organiseringen hos en person fører

med seg mye smerte og personen ikke finner en farbar vei ut av smerten. For eksempel kan en depressiv tilstand forstås som en sekundær tilbaketrekningssreaksjon på emosjonelle opplevelser av å føle seg alene og redd i verden. Klienten kan ha med seg emosjonelle skjema som er fundert i barndomsopplevelser av å være overlatt til seg selv (primær maladaptiv frykt). Erfaringene har ført til en opplevelse av at behovene for nærhet og omsorg ikke kan bli møtt. Når klienten opplever at det er umulig å få dekket slike viktige behov, kan den depressive tilbaketrekningssreaksjon forstås som en sekundær emosjonell tilstand (Greenberg & Watson, 2006).

Alle emosjoner kan teoretisk sett være primære adaptive, primære maladaptive eller sekundære. Likevel ser vi fra forskning på EFT og andre modeller at noen typiske tilstander går igjen (Pascual-Leone, 2018). Oppsummert kan vi si at klienter innledningsvis i terapi viser mange sekundære emosjoner, som sekundær angst, avvisende sinne, eller håpløshet. Gradvis hjelpes klienten inn i primære maladaptive emosjoner, som for eksempel tilbakevendende erfaringer av ikke å være god nok som den de er (skam), eller erfaringer av at verden ikke er trygg (frykt). Når klienter kommer i dyp kontakt med sine primære maladaptive emosjoner, er det kontakt med adaptive emosjoner som selvhverdende sinne, sorg eller adaptiv selvomsorg, som typisk hjelper dem videre. Denne sekvensen – sekundær maladaptiv, primær maladaptiv, primær adaptiv – er den postulerte endringsmekanismen i EFT, og vi kaller den for å endre følelser med følelser (Greenberg, 2023).

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Den nevnte sekvensen av emosjoner innebærer at en innenfor EFT antar at klienten trenger å komme i kontakt med tidvis intense og vonde følelser. Et slikt arbeid kan ikke og bør ikke skje uten at det er etablert en trygg allianse. For klienter som har brukbare emosjonelle ressurser og god funksjon på noen områder i livet, vil det som tommelfingerregel kreve minimum tre timer med alliansearbeid før en hjelper klienten i gang med de dype endringsprosessene. For klienter som strever med relasjonell og emosjonell ustabilitet, kan alliansefasen bli langvarig og endringsarbeidet skje gradvis. Det er spesielt to faktorer som er sentrale når en skal vurdere om en kan benytte de mer intense intervensjonene. Den første handler om hvorvidt klienten erfarer terapeuten som en stabil, trygg person. Den andre handler om hvorvidt klienten er i stand til å ha sterke følelser uten å regulere disse på skadelige måter. For klienter som strever med en av disse to

aspektene, vil de rogerianske betingelsene for endring få større plass, og det anbefales en gradvis inngang til de mest sårbare følelsene.

En stor del av opplæringen i EFT handler om at terapeuten skal bygge differensierte empatiske ferdigheter og etterleve rogerianske idealer. Forskning på EFT tyder på at både allianse og utfall henger sammen med terapeutens empati (Malin & Pos, 2015). Nokså tidlig i terapiforløpet vil terapeuten sammen med klienten lage en kasesbeskrivelse. I korte trekk er dette en felles beskrivelse av dagens utfordringer, hvor de kommer fra, og hva som skal til for å få det bedre. Kasesbeskrivelsen danner grunnlaget for behandlingsmålet. Den brukes aktivt gjennom hele terapiforløpet og oppdateres og endres underveis. Når både terapeut og klient er trygge på hverandre og de har etablert et klart fokus for terapien, kan terapeuten invitere til å arbeide med de spesifikke emosjonelle problemstillingene som klienten presenterer, også kalt markører. Markører kan best forstås som spesifikke emosjonelle problemstillinger som står i veien for at klienten kan benytte følelsene sine på en produktiv måte. De tre mest typiske markørene i EFT er at klienten opplever fastlåste vansker i en nær relasjon (*uoppgjort forhold*), at klienten kritiserer seg selv og føler seg skamfull (*selvkritisk splitt*), og at klienten ikke klarer å få tak i hva hen føler (*uklar sansning*). For hver av disse markørene hører det til konkrete intervensjoner. Under gis en kort presentasjon av intervensjonene.

Mange klienter presenterer markører for uoppgjorte forhold. Dette kommer ofte til uttrykk som å klage på en relasjon til eller rette sinne mot en viktig annen. For eksempel kan klienten uttrykke misnøye eller sinne mot egne foreldre. Da inviteres klienten til en imaginær dialog mellom seg selv og den viktige andre ved hjelp av en tom stol. Terapeuten ber klienten forestille seg at den viktige andre sitter i stolen. Sammen med klienten forsøker terapeuten å få tak på og uttrykke de negative budskapene som den viktige andre formidler, og få tak på de vonde følelsene som disse vekker. Målet er typisk å få tilgang til den maladaptive emosjonen (for eksempel opplevelse av å være forlatt), få tak i det umøtte behovet (for eksempel å trenge omsorg eller nærhet) og deretter erfare og uttrykke den adaptive emosjonen (for eksempel å kunne hevde sin sannhet og sitt behov overfor den viktige andre).

Markøren for selvkritisk splitt er at klienten er kritisk og går til angrep på seg selv. Terapeuten foreslår da å jobbe med de to ulike delene, den som kritiserer og den som blir kritisert, i stolarbeid hvor to stoler representerer hver sin del. Gjennom å tydeliggjøre det kritiske budskapet når en sitter i den ene stolen

er målet å få en tydeligere opplevelse av smerten av å bli kritisert i den andre stolen. Smerten viser seg ofte å være maladaptiv skam. Når klienten klarer å kjenne og gi mening til skammen, forsøker terapeuten å hjelpe klienten å komme i kontakt med umøtte behov, som typisk kan være å føle seg akseptert og god nok. Tilgang til dette behovet vekker som oftest adaptive emosjonelle ressurser, som selvhevdende sinne mot det kritiske budskapet eller selvaksept gjennom å se seg selv som verdifull og verdig. Målet er å endre den maladaptive skammen med de adaptive emosjonelle tilstandene.

Markøren for uklar sansning innebærer at klienten typisk sier: «Jeg kjenner noe, men jeg vet ikke hva jeg føler.» I denne tilstanden er noe emosjonelt viktig blitt aktivert, men klienten klarer ikke å erfare emosjonen tydelig nok til å kunne symbolisere den. Klienten inviteres da til intervensjonen fokusering. Fokusering innebærer at terapeuten hjelper klienten å komme i kontakt med sansningene i kroppen og til gradvis å symbolisere og gi mening til denne sansningen. Dette er en intervensjon som noen ganger kan være kort og enkel: «Så se om du kan kjenne etter i kroppen hva det er som skjer med deg.» Andre ganger kan intervensjonen ta størsteparten av en terapitime, der en jobber med å få klarhet i klientens kroppslige signaler, som gradvis kan symboliseres og bli til en meningsfull emosjonell opplevelse.

I tillegg til disse tre intervensjonene vil et typisk EFT-forløp innebære å jobbe med hvordan klienten stopper seg selv fra å føle bestemte følelser (markør som kalles selvavbrytelse), og hvordan klienten gjør seg selv mer engstelig (markør som kalles angstspilt). Et forløp vil også ta sikte på å jobbe med hvordan klienten kan gi seg selv omsorg og aksept ved intense smertefulle følelser (kalt intens sårbarhet), samt å jobbe med små og store alliansebrudd ved at terapeuten inviterer til en åpen og empatisk dialog om det som blir vanskelig.

### Empirisk grunnlag

Det er gjennomført en rekke effektstudier på EFT som viser effekt i behandling av ulike psykiske lidelser (se for eksempel Timulak et al., 2019, for en utfyllende oversikt). Når det gjelder depressive lidelser spesifikt, har EFT vist å ha like god (Greenberg & Watson, 1998) eller til og med bedre effekt enn en ren rogeriansk tilnærming (Goldman et al., 2006). Forskning har også vist at EFT har like god effekt som kognitiv atferdsterapi i behandling av depresjon (Watson et al., 2003). I en nyere studie på behandling av generalisert angst hadde EFT og kognitiv atferdsterapi (KAT) sammen-

lignbare resultater (Timulak et al., 2022). EFT har blitt systematisk utviklet til å behandle komplekse traumer (Paivio & Pascual-Leone, 2023). En studie viste store effektstørrelser for EFT brukt ved komplekse traumer, men da uten en direkte sammenligning med annen behandlingsmodell (Paivio et al., 2010).

Greenberg (1996) er tilhenger av at vi må forstå terapi på et mer fundamentalt nivå enn vi gjør i dag. Han mener forskningen bør undersøke hva som skjer på mikronivå i den terapeutiske prosessen, før vi bruker ressurser på de større sammenligningene som typisk gjøres i randomiserte kliniske studier (RCT). Han beskriver den sterke vektleggingen av RCT-studier som om feltet vårt forsøker å sprinte på to bein før vi har lært oss å krype på alle fire. Forskning på EFT er derfor gjerne prosess-utfallsstudier hvor forskerne forsøker å identifisere hva som er avgjørende prosesser for et godt utfall. Denne forskningen kan oppsummeres med å si at klienten trenger å få hjelp av en empatisk terapeut (se for eksempel Mlotek, 2013) til å aktivere emosjoner (se for eksempel Carryer & Greenberg, 2010). Deretter må klienten få hjelp til å være i kontakt med og gi mening til sin opplevelse på en utfyllende måte (se for eksempel Pos et al., 2003) og til å kunne regulere sterke emosjoner (se for eksempel Pos & Greenberg, 2007). Til sist trenger klienten å erfare emosjonelle sekvenser, typisk i mønster av å gå fra sekundære emosjoner, via primære maladaptive emosjoner og et umøtt emosjonelt behov, til primære adaptive emosjoner (se for eksempel Pascual-Leone, 2018). Forskning tyder på at stolarbeid gir en økt grad av emosjonell aktivering, større grad av kontakt med og symbolisering av egne opplevelser, og er forbundet med bedre utfall (Goldman et al., 2006; Greenberg & Webster, 1982; Stiegler et al., 2018a, 2018b). En metaanalyse fant at evnen til å være i kontakt med og gi mening til egen opplevelse kan ha like stor betydning for utfall som den terapeutiske alliansen (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017).

### Status i Norge

Videreutdanningen i EFT er godkjent av Norsk psykologforening som spesialisering i psykoterapi. Omtrent 85 nye kandidater starter på EFT-utdanning hvert år, og omtrent 400 psykologer og 100 terapeuter har utdannet seg innen EFT ved Norsk institutt for emosjonsfokuset terapi. Disse terapeutene jobber på ulike offentlige og private klinikker. De største enkeltstående klinikkene som har EFT-utdannede psykoterapeuter er Institutt for Psykologisk rådgivning i Oslo og Bergen og Alternativ til Vold i ulike byer. Det er flere psykologer med EFT-utdanning som jobber på offent-

lige klinikker, og hovedtyngden av disse finnes på Østlandet, Sørlandet og Vestlandet. EFT har de siste ti årene vært undervist ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. EFT er også utviklet for behandling av ungdom og finnes i gruppeformat. Det er spesifikke tilpasninger av modellen rettet mot behandling av traumer og spiseforstyrrelser. Det finnes en egen familiemodell, emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (EFST), hvor psykiske vansker hos barn primært behandles via å veilede foreldrene. Det er også en egen modell for emosjonsfokuset parterapi (EFT-C), og i den reviderte versjonen til Greenberg og Goldman inkluderes individuelle prosesser og stolarbeid i arbeidet med paret. Vi ser samme tendens i Norge som ellers i verden, at EFT er en populær terapiform blant både psykologer og klienter, og at det er en terapiretning som typisk vokser frem som følge av stor etterspørsel.

### Kasus Nadine

Når vi som EFT-terapeuter blir bedt om å demonstrere metoden basert på en skriftlig beskrivelse av klienten, byr det på noen utfordringer. For det første er vi mest opptatt av de nonverbale følelsesmessige signalene i øyeblikket. Vi er mindre opptatt av narrativet, inkludert i nedskrevet format, som er ubevegelig og frosset i tid. Vi vil ha den ferske historien her og nå, også om den gang da. Den levende historien som påvirkes av følelseslivet. Dermed mangler vi vesentlig informasjon når vi skal beskrive hvordan vi kan forstå og jobbe med Nadine. For det andre er det et viktig premiss hvem som har skrevet notatet om klienten, og hvorvidt det er en direkte gjengivelse av Nadines ord eller en annens tolkninger av henne. I EFT bruker vi ikke tolkninger i psykodynamisk forstand. En sjelden gang bruker vi det vi kaller empatiske tolkninger, der vi knytter samme to opplevelser klienten er bevisst på og har delt med oss. Vi legger til grunn at all informasjon om Nadine er formidlet direkte til terapeuten. Vi har også valgt å illustrere sentrale intervensjoner gjennom å presentere tenkte dialoger mellom terapeuten og Nadine for å få frem hvordan samtlige intervensjoner er sammenvevd med empatiske ferdigheter, og hvordan terapeuten etterlever de rogerianske idealer.

### Predisponerende faktorer

Nadine har hatt et forsiktig (*slow-to-warm-up*) temperament fra hun var barn. Trolig har hun hatt behov for voksne som var fininnstilte på hennes følelser og behov, og som hjalp henne å uttrykke dem. I stedet vokste hun opp i et hjem hvor følelser som tristhet og

iver ble møtt med avvisning, særlig fra mor. Et relasjonelt sår som ikke er forsonet, kaller vi et oppgjort forhold. Nadines meningsdannelse i starten av terapi er at det er noe i veien med henne, og at hun burde vært annerledes. Vi antar at denne forståelsen dannet seg i oppveksten, ut ifra verdensperspektivet til Nadines barnesinn. Hun har opplevd tilknytningssår: lite nærhet og trygghet når hun var sårbar og trengte omsorgspersonene som mest, og identitetssår: foreldrenes underliggende budskap om at hun *er for* sårbar og ikke må gjøre så mye ut av seg. Nadine opplevde at følelsene hennes ikke var ønsket – og dermed at hun ikke var ønsket som den hun er. Vi antar at tidlige erfaringer av avvisning og indirekte kritikk har bidratt til at Nadine har utviklet et maladaptivt kjerneskjema for både tilknytning og identitet. Den maladaptive tilknytningsfrykten og identitetsskammen antas å ha gjort det vanskelig for henne å inngå i sunne nære relasjoner hvor de emosjonelle behovene hennes har blitt ivaretatt. Vi antar at relasjonelle brudd kan ha aktivert den maladaptive frykten for å bli overlatt til seg selv og forsterket følelsen av ikke å være god nok.

I EFT vil vi forstå Nadines symptomer på angst og depresjon (nervøsitet, hjertebank, synkende humør, håpløshet) som sekundære følelser som beskytter henne mot de vonde primære maladaptive følelsene. Vi antar at hun begynte å utvikle denne beskyttelsen som en respons på at hun som barn ble stående i en situasjon der ingen møtte behovene hennes for trygghet og anerkjennelse. Dette har trolig ført til at hun strever med å være i kontakt med primære følelser nå i dag, også de adaptive. Da blir det vanskelig for henne å vite hva hun trenger og ønsker seg.

### Opprettholdende faktorer

Nadines atferd, som å trøstedrikke og å unngå sosiale situasjoner, ses på som et forsøk på å håndtere de sekundære følelsene, angst og håpløshet, og å holde primær smerte på avstand. Selv om de sekundære følelsene og strategiene antagelig var helt nødvendige tidligere i livet, ser det ut til at de har skapt nye problemer for henne over lang tid. I EFT vil vi forstå det slik at uprosesserte gamle vonde følelser vil opprettholde dagens symptomer og vansker. Den viktigste årsaken til at det er vanskelig for Nadine å gå inn i det smertefulle og prosesserer vonde følelser, er at hun, bevisst eller ikke, er redd for om andre, inkludert terapeuten, vil tåle henne. Tendensen hennes til å unngå å kjenne på og uttrykke primær smerte og manglende aksept for egne følelser vil kunne opprettholde vanskene. I tillegg kjenner Nadine på skam fordi hun ikke mestrer ulike situasjoner slik som hun

ønsker, som ytterligere lammer henne i å handle på en måte som er i tråd med egne behov.

### Mål for terapien

I starten av et EFT-forløp står alliansen sentralt. Det innebærer å skape en trygg relasjon til Nadine og bli enige om mål og metode. I en tenkt terapi starter terapeuten allerede i første time med å følge de smertefulle følelsene og hjelpe Nadine med å få kontakt med egne følelser og sette ord på dem. Først da kan de få tak i hvilke mål som er relevante å jobbe med ut ifra et emosjonsfokus. Nadine sier at hun ønsker å gjøre noe for å få det bedre, men er samtidig usikker på om terapi kan være til hjelp. Hun forklarer at hun ikke vet hva hun føler, og at det er vanskelig å tro at noe skal endre seg og bli bedre.

I tråd med den rogerianske holdningen validerer terapeuten Nadines følelser for å skape kontakt. «Så det høres ut som du er redd for at du aldri skal få det bedre. Og det er ikke så rart, for det høres ut som du har det vondt.» Nadine nikker og blir blank i øynene. Terapeuten bruker en empatisk gjetning for å se om de allerede nå kan gå dypere inn i det vanskelige hun kjenner på. «Det er tortur å være fanget i en tilstand du ikke har lyst å være i, og samtidig er du kanskje redd for at det skal bli enda verre ...?» Nadine nikker og begynner å gråte. Hun sier at hun har et håp om at livet kan bli verdt å leve, for hun finner lite mening i kun å eksistere. Terapeuten forsterker smerten ved å bruke evokativ empati: «Å bare eksistere, det er som å bli frarøvet noe vitalt og essensielt ved å være menneske», bekrefter håpet; «Klart du vil ha et liv som er verdt å leve», og starter prosessen med å formulere et mål om å få et bedre forhold til egne følelser og leve mer i tråd med egne behov.

Konkrete mål for terapien springer ofte ut av en samkonstruert kasusformulering. Denne inneholder tre overordnede steg:

- 1) Hva er vanskelig i livet, og hvordan forsøker hun å håndtere vanskene med sekundære følelser og strategier som ikke hjelper: «Kjenn etter om dette er riktig mens jeg oppsummerer. Det er et stort problem for meg at jeg blir redd når det oppstår vansker eller konflikt i relasjonen til andre, og spesielt når det er Bjørn, som er den aller viktigste. Problemet er at i stedet for å stå opp for meg selv og si det jeg mener, eller å si unnskyld hvis jeg har dummet meg ut, så rømmer jeg», sier terapeuten. «Ja, det kjenner riktig ut. Der har du meg», svarer Nadine. «Og så søker jeg tilflukt i håpløsheten, og angsten ... og alkoholen», fortsetter hun. «Ja, så jeg har funnet

noen fantastiske strategier, som hjelper meg der og da, så jeg slipper unna følelsen av at ingen tåler meg og vil ha meg med alle mine følelser», svarer terapeuten.

- 2) Hvor kommer vanskene, de maladaptive følelsene og umøtte behovene fra: «Det er som om den gamle frykten for å bli avvist av mor og mangelen på trygghet (maladaptivt kjerneskjema for tilknytning) blander seg inn i nåtiden og lager trøbbel for meg», sier terapeuten. «Ja, og den følelsen av at mamma aldri tålte følelsene mine, gjelder liksom fremdeles, selv om Bjørn viser om og om igjen at han jo faktisk tåler meg. Problemet er at jeg er for feig. Jeg var feig den gang og er feig nå», sier Nadine. «Så det er en sterk selvkritikk der også, mot henne som var feig og fortsatt er feig», sier terapeuten (maladaptivt kjerneskjema for skam og identitet).
- 3) En mulig vei videre via adaptive følelser: «Det er noen omkostninger med de strategiene som handler om å unngå det vonde som har skjedd før, som en veldig ung versjon av meg virkelig trengte en gang i tiden», fortsetter terapeuten. «Ja, så nå må jeg gjøre noe annet ...» sier Nadine. «Ja, og det jeg tror kan være løsningen, det er at vi jobber med den ekle følelsen av å være feig, at vi går inn i den gamle frykten, og at du får kjenne på de gamle vonde følelsene her og nå, sånn at du kan komme ordentlig i kontakt med hva det var du trengte den gangen, som du aldri fikk. Og kanskje først da finne en måte å trøste den lille jenta på selv, og stå opp for henne. Kanskje du da kan leve friere, uten at den gamle frykten er med deg overalt», sier terapeuten. «Møte monsteret, liksom? Gå inn i det skumleste? Klatre opp i treet i hagen hvor jeg satt og følte meg helt alene, og finne ut av hva den lille jenta trengte?» sier Nadine. «Ja», sier terapeuten. «Ikke faen!» sier Nadine og ler. «Men så har jeg litt lyst også.» Her får Nadine opp en tydelig og bevisst inkongruens, som er et godt utgangspunkt for å lage behandlingsmål og jobbe målrettet mot at hun skal komme mer i kontakt med følelsene knyttet til de opprinnelige hendelsene som har påført henne emosjonelle sår.

Terapeuten forklarer Nadine hvordan nye følelser (adaptive) kan endre de gamle vonde følelsene (maladaptive), som i essens er endringsmodellen i EFT: «Jeg har sett mange ganger at når vi kommer inn i det skumleste mørket, så skjer det noe fint – og det er at det ikke bare er utrygghet der, men det dukker opp selvhevdende sinne for det som ikke var greit, sorg over alt man måtte igjennom og gikk glipp av, og omsorg for barnet i seg som hadde det så vanskelig. Og da er det som at frykten og skammen blir mindre, og så

endrer historien seg. Kanskje den endrer seg fra å være historien om at jeg følte meg for krevende og for feig, til historien om en ensom og redd jente som trengte og fortjente nærhet og omsorg», sier terapeuten. Nadine har tårer i øynene. «Jeg får håp når du forteller», sier hun. Sammen blir Nadine og terapeuten enige om å gå inn i viktige og vonde episodiske minner for å se om de kan finne ut av hvordan fortiden og gamle vonde følelser, som tristhet, utrygghet og skam, kan strekke seg inn i nåtiden og påvirke parforholdet, hverdagsfungeringen og arbeidslivet. Når Nadines maladaptive kjerneskjemaer for frykt og skam aktiveres, kan hun tilføre nye følelser og endre skjemaene. De adaptive følelsene vil transformere Nadines gamle frykt og skam og bidra til en ny og oppdatert meningsdannelse om hvem hun var, og hva hun trengte.

### Sentrale intervensjoner

Basert på Nadines vonde erfaringer med at særlig mor avviste hennes følelser i oppveksten, vil arbeid med uoppgjort forhold være en sentral intervensjon. Målet med intervensjonen er en indre forsoning eller å gi slipp på de gamle umøtte behovene for trøst og anerkjennelse og å endre de maladaptive kjerneskjemaene for tilknytning og identitet.

Her kommer et tenkt eksempel på starten av et arbeid med uoppgjort forhold, hvor terapeuten vil hjelpe Nadine til å se for seg moren fra den gang sårene oppstod, på en måte som aktiverer følelser og kontakt med følelsene: «Husker du at jeg så vidt nevnte dette med å plassere mamma i den tomme stolen?» Nadine nikker. «Hvis det er ok for deg, så vil jeg gjerne at vi inviterer mamma inn her. Kan du prøve å få opp et bilde av henne i stolen her?» spør terapeuten. «Ja, vi kan prøve», svarer hun og ser på den tomme stolen. «Jeg får opp et bilde av at hun sitter og ser ut av vinduet på kjøkkenet. Jeg er på utsiden, på vei mot huset. Jeg har hatt en kjip opplevelse på skolen hvor jeg ble avvist av en venninne, og er lei meg», sier Nadine. «Hvordan ser ansiktet hennes ut? Og øynene?» spør terapeuten. «Hun har et sånt kaldt blikk», sier Nadine. Leppen begynner å skjelve. «Hva skjer på innsiden din i møte med det kalde blikket?» spør terapeuten. «Jeg føler meg uvelkommen... og jeg blir enda mer lei meg», svarer hun. «Si det til henne. Det er litt rart i starten, å snakke til henne som om hun var her, men jeg skal hjelpe deg. Jeg føler meg uvelkommen», foreslår terapeuten. «Jeg føler at du ikke vil at jeg skal komme inn», sier Nadine og gråter.

Det neste steget i uoppgjort forhold er at Nadine setter seg over i den tomme stolen. Nå forestiller hun seg at hun er den avvisende moren og setter ord på det mor faktisk sa og det smertefulle underliggende

budskapet: «Jeg tåler deg ikke når du er trist. Og jeg liker deg ikke når du er for ivrig. Du er for mye. Jeg vil at du skal være usynlig.» Vi antar at dette vil lede Nadine inn i gammel frykt og skam. Terapeuten fordyper de maladaptive følelsene med evokativ empati, og betrygger henne om at terapeuten er med henne i det vonde. På vei inn i de maladaptive følelsene vil det typisk oppstå en del hindringer, og de trenger å jobbe over flere timer med det samme stolarbeidet. På et tidspunkt dukker det opp selvhevdende sinne mot mor, en sorg over alt hun ikke fikk, og en selvomsorg for den lille jenten. Det er flere mulige måter å oppnå forsoning på i uoppgjorte forhold. En variant er at når den imaginære moren ser smerten hun har påført Nadine, så mykner moren og imøtekommer det umøtte behovet. Dersom Nadine tar imot den imaginære morens omsorg og kjenner seg mindre redd og mer elsket, vil hun ikke lenger kjenne på sterk gammel frykt og skam eller sekundær uro eller nummenhet i møte med moren i stolen, og det emosjonelle kjerneskjemaet har begynt å endre seg. Dette er et steg på veien mot å kunne kjenne bedre egne følelser og behov, også i nåtid.

Nadine sier ofte at hun burde vært tøffere, modigere og stått mer opp for seg selv. I EFT oppfattes dette som markører på selvkritisk splitt. I arbeidet med Nadine er det sannsynlig at skam og selvkritikk vil komme opp. Da bruker vi stolarbeid, og ved å benytte selvkritikk forsøker vi å vekke, prosessere og endre den maladaptive skammen. Siden Nadine er redd egne følelser, er det sannsynlig at det vil dukke opp markører for selvavbrytelse, som vi har et eget stolarbeid for. I tillegg til å jobbe med gammel utrygghet og skam trenger terapeuten muligens å hjelpe henne ut av angstskapende tanker og automatisert unngåelsesatferd. Disse kan opprettholde symptomer på angst til tross for endring av maladaptive kjerneskjema. Dette kan vi gjøre gjennom arbeid med *angstsplitt*, hvor vi jobber med sekundær frykt (angst) i stolene for å bevisstgjøre Nadine hvordan hun skremmer seg selv. Målet er at hun skal få økt agens og en strategi for å kunne stå opp mot den angstskapende delen.

### Hvordan vurdere endring?

Terapeutisk endring antas å skje når Nadine får hjelp til å gjenopprette den adaptive emosjonelle funksjonen som frykt og skam hadde før hun som barn erfarte for mye utrygghet og kritikk. Endringen innebærer at Nadine må gjennom en sekvens av emosjonelle prosesser, fra sekundære, via maladaptive til adaptive følelser. Terapeuten vurderer først og fremst om endring har funnet sted basert på Nadines emosjo-

nelle responser i møte med mor, sin indre kritiker eller andre stimuli. Når det som tidligere vekket gammel frykt eller skam, med en påfølgende følelse av å være slapp, svimmel, kvalm eller nummen og tendens til tilbaketrekking, nå vekker selvhevdende sinne, sorg eller selvmedfølelse, vurderer vi at endring har funnet sted. Økt aksept for egne følelser og en endring i Nadines historie om seg selv vil være viktige indikatorer på endring. Det samme er fortellinger om økt mestring i hverdagen, som at hun forteller at hun og Bjørn var uenige om en filleting, at hun ble redd og kunne kjenne trangten til å rømme, men ble stående og erfarte at det gikk fint.

### Avslutning

I EFT er smertefulle følelser det viktigste kompasset. For at terapeuten skal kunne bruke metoden, er det en forutsetning at de har etablert en allianse, og at klienten er enig i at det gir mening å gå inn i gamle vonde følelser. Dersom klienten ikke har tro på at dette kan være hjelpsomt, bør terapeuten benytte seg av en annen tilnærming eller henvisne videre til en kollega som jobber på en måte som kan passe bedre for klienten. Selv om klienter ønsker å gå inn i smertefulle følelser og har tro på at det kan være produktivt, kan det oppstå mange utfordringer på veien. Over- og underregulering, protest mot prosjektet og alliansebrudd er noen av de vanligste. Den største risikoen ved bruk av EFT er antagelig å vekke maladaptive følelser hos klienten som terapeuten blir redd for, avviser eller ikke aksepterer, uten at terapeuten fanger det opp, tar ansvar og reparerer alliansebruddet. På grunn av denne risikoen står arbeid med egne følelser sentralt under opplæring i metoden. EFT-terapeuter må kjenne til det indre følelsesmessige skyggelandskapet vi selv beveger oss rundt i. Vi må akseptere våre egne følelser for å kunne tre inn i den andres livsverden på en ikke-dømmende måte. Hvis ikke risikerer vi å miste oss selv eller bli hjemsoekt av egne gamle følelser midt i en viktig terapiprosess. ✘

### Referanser

- Carryer, J.R. & Greenberg, L.S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 78*(2), 190–199. <https://doi.org/10.1037/a0018401>
- Damasio, A. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. William Heinemann.
- Elkins, D.N. (2022). Common Factors: What Are They and What Do They Mean for Humanistic Psychology? *Journal of Humanistic Psychology, 62*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1177/0022167819858533>
- Gendlin, E.T. (1978). *Focusing: How to Gain Direct Access to Your Body's Knowledge*. Rider Books.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 537–549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Greenberg, L.S. (2021). *Changing emotion with emotion*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-004>
- Greenberg, L. (2023). Changing emotion with emotion. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1*–16. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>
- Greenberg, L.S. & Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. I G. Wyatt (Red.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Vol. 1: Congruence*. PCCS Books.
- Greenberg, L.S., & Newman, F.L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(3), 435. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.435>
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review, 1*(3), 205–220. <https://doi.org/10.2307/44394018>
- Greenberg, L. & Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 165–186. <https://doi.org/10.1080/10720530125970>
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. Guilford Press.
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210–224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Greenberg, L. & Watson, J.C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>
- Greenberg, L.S. & Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology, 29*(5), 468–477. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.5.468>
- Malin, A.J. & Pos, A.E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research, 25*(4), 445–459. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Mlotek, A. (2013). *The contribution of therapist empathy to client engagement and outcome in emotion-focused therapy for complex trauma* [Doktorgradsavhandling]. University of Windsor. <https://doi.org/10.1037/e540272014-001>
- Paivio, S.C., Jarry, J.L., Chagigiorgis, H., Hall, I. & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research, 20*(3), 353–366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>

- Paivio, S.C. & Pascual-Leone, A. (2023). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000336-000>
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients «change emotion with emotion»: A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165–182. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1349350>
- Pascual-Leone, A. & Yeryomenko, N. (2017). The client «experiencing» scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653–665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Perls, F., Hefferline, G. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. Dell.
- Pos, A.E. & Greenberg, L.S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25–31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
- Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. & Korman, L.M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007–1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.
- Stiegler, J.R., Molde, H. & Schanche, E. (2018a). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 86–95. <https://doi.org/10.1002/cpp.2144>
- Stiegler, J.R., Molde, H. & Schanche, E. (2018b). Does the two-chair dialogue intervention facilitate processing of emotions more efficiently than basic Rogerian conditions? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(3), 337–355. <https://doi.org/10.1080/13642537.2018.1495245>
- Timulak, L., Iwakabe, S. & Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy. I L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Red.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (s. 93–109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K. & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Watson, J.C., Gordon, L.B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.773>



**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 851-859 DOI: <https://doi.org/10.52734/WADZ5804>

# Emosjonsfokuset parterapi

Sindre Kvithyld Aasli<sup>1</sup><sup>1</sup>Psykologvirke, avdeling for par- og familierapi, Oslo

## Sammendrag

Emosjonsfokuset parterapi har siden 1980-tallet vært en godt dokumentert modell for behandling av par med ulike problemstillinger, fra ulike kulturer og hvor en eller begge opplever psykiske plager. Metodens teoretiske fundament er basert på tilknytningsteori, og søker å styrke tilknytningsbåndet mellom partnere gjennom et sett av ulike intervensjoner. Denne artikkelen presenterer metodens teorigrunnlag og forståelse av hva som utløser og opprettholder vansker mellom par og psykiske plager. I tillegg tar den for seg sentrale mål og prosesser for å endre pars samhandlingsmønstre, som igjen har vist seg å ha god effekt på en rekke psykiske lidelser. Artikkelen presenterer også behandlingen gjennom et klinisk kasus hvor det demonstreres hvordan emosjonsfokuset parterapi nyttiggjør seg av tilknytningsbåndet mellom partnere som en ressurs i behandling av gamle tilknytningssår.

*Nøkkelord:* emosjonsfokuset parterapi, tilknytning, samspillsmønstre

**KONTAKT** [sindre@psykologvirke.no](mailto:sindre@psykologvirke.no)

**MERKNAD** Ingen interessekonflikter oppgitt

**FAGFELLEVDERT**

## Teori og menneskesyn

Emosjonsfokusert parterapi (EFT par) som metode så dagens lys i Canada tidlig på 1980-tallet. Metodens utviklere er psykologene Susan Johnson og Leslie Greenberg (Greenberg & Johnson, 1985; Johnson & Greenberg, 1985).

I EFT par er den grunnleggende antakelsen at vi mennesker er sosiale vesener med et iboende behov for å skape og opprettholde sterke emosjonelle bånd med våre nærmeste. Dette understreker hvor sterkt knyttet vi faktisk er til partneren vår, og hvor avhengige vi er av partnerens trøst og støtte. Dette er en sunn tilknytning som hjelper oss å være sterkere og dristigere i møte med verden (Johnson, 2004).

I modellen EFT par blir vanskeligheter i parforhold sett i sammenheng med tapet av en trygg emosjonell forbindelse. Når dette skjer, utvikler det seg en negativ syklus eller «runddans» der hver partner prøver på sitt vis å håndtere tapet av forbindelsen. I disse syklusene reagerer par gjerne med sinne, kritikk, distanse eller taushet overfor hverandre. Når reaksjonene først er etablert som mønstre, kan de negative syklusene dukke opp for den minste bagatell, og over tid er de skadelige for tilknytningsbåndet i forholdet. EFT par har som mål å hjelpe par ved først å identifisere og kartlegge syklusen, deretter hjelpe partnerne med å identifisere og artikulere behovene sine på en måte som hjelper dem med å oppnå større forståelse, medfølelse og empati. Det kan føre til at hver partner deretter gir en mer kjærlig og medfølelse respons (Johnson, 2004).

EFT par ser på emosjoner som et ledende element for endring (Johnson, 1998). Teksten vil av plassensyn ikke ta for seg skillet mellom affekter, følelser og emosjoner. I denne artikkelen brukes begrepene følelser og emosjoner om hverandre. Følelser gjør oss oppmerksomme, de påvirker fysiologi og kognisjon, og de driver oss til handling. I EFT par skiller vi også mellom to nivåer av følelser: primære og sekundære. Primære følelser er mer sårbare, ofte ubevisste, og er vanligvis knyttet til opplevd tap av egenverd eller frykt for manglende respons fra andre. Sekundære følelser uttrykkes som respons på primære følelser (Harvey, 2019). For eksempel kan du kritisere partneren din for at hun ikke kom hjem til avtalt tid (sekundært sinne), mens innerst inne er du redd for at du ikke lenger er viktig for henne (primær frykt). Å være i kontakt med og uttrykke sine primære følelser kjennes alltid sårbart. For å beskytte oss selv mot sårbarhet kan vi ubevisst unngå våre primærfølelser og heller vise frem sekundærfølelser. Den emosjonsfokuserte parterapeuten er opptatt av å utforske og fremheve primære følelsesmessige opplevelser i terapirommet for

å endre samhandlingsmønstrene til paret og dermed fremme trygg tilknytning (Johnson, 2004).

## Utløser og opprettholdere

I tråd med tilknytningsteori tar EFT par utgangspunkt i at alle mennesker har et naturlig behov for kontakt med andre mennesker, fra vugge til grav. Fravær av kontakt, samhörighet, nærhet og trygghet skader oss (Bowlby, 1969; House et al., 1988).

Ifølge tilknytningsteori vil tilgjengelige, responsive og engasjerte omsorgsgivere gjøre at barnet kan etablere en trygg tilknytning, som igjen bidrar til at barnet utvikler robusthet og emosjonell fleksibilitet. Mennesker med trygg tilknytning er i større grad i stand til å rette seg mot og være i kontakt med vanskelige følelser, uten frykt for å miste kontroll eller bli overveldet. De trenger ikke endre, blokkere eller fornekte disse følelsene og kan bruke dem til å adaptivt orientere seg i verden og rette seg mot egne behov og mål. Mennesker med en trygg tilknytning kan også regulere seg raskere etter å ha vært i kontakt med såkalte negative følelser, som sinne og tristhet (Sbarra, 2006).

Oppvekstforhold preget av at barnet i for stor grad må håndtere følelser på egen hånd, kan føre til en *utrygg* tilknytning (Bowlby, 1988). Mennesker som er mer utrygt tilknyttet, har lært seg å regulere følelser enten ved å bli pågående og insistere på kontakt for å føle seg i balanse igjen, eller ved å trekke seg tilbake og isolere seg for å håndtere overveldende følelser. De fleste studier finner at utrygg tilknytning henger sammen med sårbarhet for utvikling av depresjon og angst (Spruit et al., 2020), to av de vanligste problemene mennesker oppsøker terapi for (Johnson, 2019). Depressive tilstander resulterer også i mindre grad av støtte for den andre partneren, som igjen vil trigge mer relasjonelt stress og symptomatisk atferd (Bhatia & Davila, 2017).

Et utrygt tilknytningsbånd vil altså påvirke samspillet og kan opprettholde psykiske vansker. Hvis du aldri har erfart at du kan gå til noen og be om trøst når du trenger det, gir det mening at du enten blir pågående eller unngikende overfor din partner når du innerst inne føler deg trist, skamfull og utrygg, og har behov for trøst, aksept og omsorg. Slik kan emosjonelle vansker opprettholdes gjennom negative mønstre i samspillet mellom partnere (Johnson, 2004). Jo mer den ene gjør av det ene, jo mer gjør den andre av det andre. Jo mer stille, tilbaketrukket og deprimert den ene blir, desto mer høylytt og pågående blir den andre. En slik dynamikk motvirker effektiv emosjonsregulering og fanger par i en selvforsterkende syklus som lever sitt eget liv mellom dem. Partnerne drives

lenger og lenger ned i hver sin skyttergrav, og de blir mer rigide, ensomme og sårbare for psykisk og fysisk uhelse fordi tilknytningsbåndet mellom dem blir stadig mer tynnslitt og utrygt.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

EFT par er konkretisert gjennom en modell med tre faser og ni steg. Modellen er ikke trinnvis i den forstand at terapeuten jobber seg ferdig med ett steg for så å bevege seg til det neste. Vi beveger oss i modellen etter der paret befinner seg i sin prosess (Johnson, 2004).

Modellens *første fase* dreier seg primært om å hjelpe paret med å deeskalere syklusen som har tatt over forholdet deres. Her er terapeutens oppgave å skape allianse til paret og kartlegge hvordan partnerne håndterer følelser i sårbare øyeblikk (Johnson, 2004). Partneres behov, lengsler og primære emosjonelle responser sees generelt på som sunne og adaptive (Rogers, 1951). Det er hvordan disse behovene og lengslene *uttrykkes* som skaper problemer. Først når primære emosjonelle responser som frykt hemmes, fornektes eller forvrir, leder de til dysfunksjonalitet. Det antas av terapeuten at hvert individ har en sammenhengende og god grunn til at hen prosesserer sine emosjoner og interagerer som hen gjør. Det er terapeutens oppgave å fange opp den «gjemte rasjonaliteten» bak tilsynelatende destruktive responser (Johnson, 2019).

I tillegg til å være fastlåst i måter å prosessere følelsene sine på er par som strever, fastlåst i et sett av måter å interagere med sin partner på. I EFT par kartlegger vi dynamikken hvor parets konflikter kommer til uttrykk. Dette kan gjøres på ulike måter. Terapeuten kan for eksempel be paret fortelle om et vanskelig øyeblikk, men oftest spiller mønsteret seg ut i terapisaamtalen. Slik får terapeuten innblikk i parets syklus her og nå.

Når mønsteret er kartlagt og partnerne har bedre kjennskap til følelsene sine, reformuleres problemene som paret opplever, til å dreie seg om et negativt mønster, underliggende følelser og tilknytningsbehov. Når paret etter hvert gjenkjenner mønsteret og kan beskrive hvordan det forhindrer kontakt, hvilke posisjoner de havner i når mønsteret fanger dem, hverandres grunner for defensive reaksjoner, og får tilgang på egne underliggende primærfølelser, er mønsteret *deeskalert*.

Når mønsteret er deeskalert, kan vi bevege oss videre til modellens andre fase, som handler om å hjelpe partnere å *endre sine posisjoner* i mønsteret. Her arbeider vi med å få tilgang til dypere og tidligere uerkjente tilknytningsrelaterte følelser og behov, og dele disse med partneren. For eksempel kan en unn-

vikende partner be om aksept og dermed få hjelp til å regulere primær skam og frykt for å være feil i den andres øyne. En pågående partner kan be om å bli holdt og tålt når hen er redd, og dermed få hjelp til å regulere sin tilknytningsrelaterte frykt for avvising, og skam for å være for mye med alle følelsene sine. Samtalene i modellens andre fase redefinerer tilknytningen mellom partnerne til å bli tryggere og endrer posisjonene hver av dem har i mønsteret. I tillegg berører disse samtalene ofte gamle arbeidsmodeller og lager korrigerende emosjonelle erfaringer (Johnson, 2004). Når du opplever aksept, støtte og omsorg når du deler av din sårbarhet, kan du kan bevege deg fra å se deg selv som feig og uelskbar til modig og elskbar.

*Fase tre* dreier seg i hovedsak om å konsolidere arbeidet som er gjort. Terapeuten støtter paret i å finne nye løsninger på gamle problemer, som de nå kan snakke om på en ny og mer fleksibel måte. Når paret har klart å styrke båndet seg imellom, ser vi at partnerne selv løser problemene de i utgangspunktet oppsøkte terapi for. Pragmatiske problemer blir klarere og mindre tyngende når de ikke infiltreres av tilknytningslengsler og -frykt. Mot slutten av forløpet hjelper terapeuten paret med å lage et felles narrativ om hvordan de har fått til endring. De snakker om hva de har lært som kan hjelpe dem når mønsteret fanger dem, og terapeuten støtter paret i å lage ritualer som bekrefter tilknytningen de har (Johnson, 2004).

### Tangoen: Hjertet av intervensjoner i EFT par

Hvis modellens tre faser og ni steg er kartet terapeuten leser, er EFT-«tangoen» selve bilen vi kjører for å komme oss fremover. Tangoens fem bevegelser gjentas igjen og igjen gjennom behandlingsforløpet, i alle faser og steg av modellen (Johnson, 2004). Tangoens funksjon er å hjelpe par inn i, og gjennom, adaptive prosesser for å styrke tilknytningen.

Den *første bevegelsen* i tangoen er å speile prosessen som utspiller seg i rommet her og nå. Terapeuten inntoner seg og reflekterer empatisk over hva som skjer på innsiden av klienter (for eksempel: «*Det gjør så vondt når du ikke føler deg bra nok i hans øyne, det sårer deg virkelig. Når du blir såret, lukker du ned og vender deg bort for å beskytte deg selv. Høres det riktig ut?»*) og imellom dem («*Når du hører kritikken i stemmen hans, gjemmer du deg, som igjen trigger sinnet ditt enda mer fordi hun forsvinner fra deg når du vil nå henne*»).

I tangoens *andre bevegelse* hjelper terapeuten klienten med å gå dypere inn i følelselivet for å oppdage og sammenføre elementene i emosjoner (både sekundære og primære), og sette dem inn i en tilknytningskontekst (eks: «*Det er ikke rart du blir både irritert,*

*redd og skamfull når hun går ut av rommet i det øyeblikket. Akkurat da kjennes det ut som den viktigste du har, ikke liker deg.»). Å sette sammen hele klientens emosjonelle virkelighet resulterer i dypere kontakt med eget emosjonsregister og økt bevissthet på hva det er klienten føler i øyeblikket. De får hjelp til å styrke kontakten med hva de føler overfor den de elsker.*

Tangoens *tredje bevegelse* har som mål å hjelpe klientene til å snakke sammen på en ny, mer sårbar måte for å bryte det destruktive mønsteret. Terapeuten støtter partnerne i å dele sårbarheten som ble avdekket i forrige steg, direkte med sin partner, og hjelper den lyttende part til å ta imot det nye budskapet. Dette kalles ofte en iscenesettelse (Minuchin & Fishman, 1981) og innebærer at klienten som deler, tar en risiko, at hen for eksempel våger å si: *«Jeg vet at jeg bare ser sint og oppgitt ut der jeg står, men egentlig føler jeg meg sårbar, liten og usikker.»*

I tangoens *fjerde bevegelse* prosesseres iscenesettelsen sammen med klientene. Terapeuten spør den som delte, hvordan det var å dele det sårbare budskapet med sin partner, og hvordan det var for den lyttende part at den andre tok en risiko og gjorde seg sårbar. Terapeuten hjelper partnerne å prosessere eventuelle blokkeringer som oppstår under iscenesettelsen. Prosesseringen hjelper partnerne å se at de strekker seg mot hverandre når de trenger hverandre, og kaster lys over tilknytningen de har mellom seg.

Tangoens *femte og siste bevegelse* handler om å integrere og validere det paret nettopp fikk til sammen. Terapeuten feirer i fellesskap med paret at de våget å snakke sammen på en ny, mer sårbar måte som fører dem nærmere hverandre og styrker båndet mellom dem. Terapeuten validerer at de får det til sammen for å bygge selvtillit hos paret. Jo lenger ut i terapiprosessen og jo tryggere parets tilknytningsbånd er, desto dypere våger partnere å lene seg inn i sin egen sårbarhet og dele budskapet med den andre. Dette bygger enda sterkere og tryggere tilknytning. Av plasshensyn vil denne teksten legge vekt på modellens overordnede tre faser og tangoens fem bevegelser.

### Empirisk grunnlag

Den første EFT-parterapimanualen ble skrevet på bakgrunn av en utfallsstudie som sammenlignet par som fikk emosjonsfokuset terapi, med ubehandlede par og par som gjennomgikk et atferdsrettet kommunikasjonsprogram (Johnson & Greenberg, 1985). Resultatene fra denne første studien ble startskuddet på snart fire tiår med forskning på EFT.

I årene som har fulgt, har det kommet økende empirisk belegg til å hevde at emosjoner, emosjons-

regulering og emosjonelt engasjement spiller en avgjørende rolle i pars opplevelse av velvære og fravær av stress (Gottman, 1999; Johnson & Bradburry, 1999). Blant annet viste en metaanalyse at 70 til 73 prosent par opplevde bedring etter 12 sesjoner med EFT par (Johnson, 2003). Etter 15–20 sesjoner opplevde 90 % av parene betydelig bedring (Johnson, 2003). En nyere metaanalyse fra 2020 (Spengler et al., 2022) gir støtte til EFT par som en evidensbasert tilnærming til parterapi, da 70 % par ble symptomfrie etter endt behandling.

Emosjonsfokuset parterapi har hittil vist seg å være effektiv i møte med mange ulike klienter, både fra ulike kulturer og sosioøkonomisk bakgrunn (Denton et al., 2000), samkjønnede par (Josephson, 2003), eldre par (Bradley & Palmer, 2003), par med kroniske lidelser (Kowal et al., 2003) eller med depressive lidelser (Wittenborn et al., 2019) og angstlidelser som posttraumatisk stresslidelse (Ganz et al., 2022; Johnson, 2002). Den tradisjonelle «tause mannen» har også vist seg å respondere godt på emosjonsfokuset parterapi (Ceniza & Allan, 2021).

### Status i Norge

Det første grunnkurset i emosjonsfokuset parterapi i Norge ble gjennomført i 2012. Siden har det blitt holdt minst ett kurs i året, de siste 3–4 årene er det holdt flere grunnkurs per år. Kursene holdes enten i regi av Senter for Emosjonsfokuset Terapi (SEFT) eller Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). De aller fleste familievernkontor i region øst og sør har blitt introdusert for EFT par, og det har også vært holdt grunnkurs i Trondheim og Tromsø. I skrivende stund har vi 24 sertifiserte emosjonsfokusede parterapeuter i Norge. Sertifiseringen gis av The International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy (ICEEFT).

### Kasus Nadine

Nadine beskriver mange erfaringer gjennom livet hvor hun har vært alene med vonde følelser. Hun forteller at foreldrene trakk seg unna henne dersom hun viste tristhet som barn, og at hun ble sendt på rommet sitt dersom hun forsøkte å si imot moren. Et viktig poeng her er hva som skulle til for at den fysiske og emosjonelle kontakten med foreldrene ble gjenopptatt: Det krevde at hun måtte be om unnskyldning. Tilknytningsteori understreker menneskers grunnleggende behov for kontakt, samhörighet og nærhet. Med denne bakgrunnen gir det mening at Nadine tidlig i livet lærte seg å undertrykke tristhet og frykt for å holde på kontakten med foreldrene sine. Konsekven-

sen av dette kan tenkes å være at hun ikke fikk den nødvendige hjelpen til emosjonsregulering, og at hun som barn utviklet en indre arbeidsmodell om å være feig og mangelfull for å gi mening til de vanskelige følelsene som oppstod i henne.

Episoden der hun klatret opp i et tre med greiner formet som armer etter å ha blitt avvist av en venninne, tydeliggjør behovet for å bli holdt. Men Nadine hadde ikke tillit til at det eksisterte muligheter for å bli holdt av andre når hun trengte det. Dette illustrerer en utrygg tilknytningsstil. Når hun har det vanskelig, trekker hun seg tilbake fra andre for å beskytte seg mot å få det enda verre. Hun har lært at tilbaketrekking er den mest effektive måten å regulere vanskelige følelser på, i motsetning til individer i en mer pågående posisjon, som heller insisterer på kontakt for å bli roligere. Prisen for tilbaketrekkingen er at hun ikke får prosessert følelsene sine adaptivt, de blir ikke «følt ferdig», og hun ender med å skamme seg i stillhet over å være «feil».

Når hun ikke har fått hjelp til å utvikle den nødvendige kapasiteten til å tolerere tristhet, gir det mening at hun utvikler et fobisk forhold til denne følelsen og strategier for å håndtere denne, som selvskading og overforbruk av alkohol. Strategiene kan dempe følelsen der og da, men kan ikke erstatte det forståelige behovet for trøst, støtte og omsorg som vekkes i oss alle når vi blir avvist av en venn eller etter brudd med en kjæreste.

### Opprettholdende faktorer

Starten på forholdet til Bjørn hadde vært roligere og tryggere enn starten på tidligere forhold. De var venner en lang periode, hun beskriver ham som rolig og snill og opplever seg nært knyttet til ham når de er enige. Han har, i alle fall slik Nadine ser det, tålt at hun har trukket seg tilbake når det har vært vanskelig mellom dem. Det er også han som har tatt initiativ til å gjenopprette kontakt etter vanskelige episoder. Dette mønsteret har vært med dem i forholdet deres fra starten av, men det er først nylig Bjørn har sagt at han begynner å bli utmattet av hennes depressivitet, og han mener at de må skille lag hvis ikke noe endrer seg.

Dette tyder på at mønsteret deres har eskalert, og nå truer det forholdet. Det antas at Nadines mønster av tilbaketrekking når de har stått i uenigheter, ikke har vært enkelt for Bjørn. Det gir mening at han er i ferd med å bli utmattet av hennes tilbaketrekking. I tilknytningskontekst betyr det at han mister kontakt med den personen han har behov for nærhet til.

Bjørn uttaler at det kan være bedre om de går fra hverandre hvis det ikke skjer en endring. Dette tyder

på at den negative runddans mellom dem har eskalert til et punkt hvor et brudd kan bli utgangen. Uttalet fører til videre runddans i mønsteret fordi det vekker frykt hos Nadine for å bli forlatt. Dermed gjør hun det hun alltid gjør når hun blir redd eller trist: trekker seg tilbake. Når hun trekker seg tilbake, føler Bjørn seg mindre støttet av Nadine, og er tilbøyelig til å tenke enda mer på å bryte ut av forholdet. Dette er det selvforsterkende sampillsmønsteret som opprettholder vanskene, og som en vil jobbe med å endre gjennom emosjonsfokusert parterapi med Nadine og Bjørn.

### Mål i fase én: stabilisering

De første stegene i EFT par involverer stabilisering og deeksalering av den negative dynamikken i samspillet mellom Nadine og Bjørn. Ofte vil en partner klage og kritisere, mens den andre er distansert og defensiv. (Johnson, 2004). Målet i denne fasen er å stabilisere Nadine og Bjørns parforhold ved å gi dem håp og tro på at de sammen kan finne en vei ut av mønsteret sitt.

Som terapeut antar jeg at Nadine og Bjørn ikke er klar over den negative påvirkningen de har på hverandre. De har på dette tidspunktet nok med å forsøke å håndtere sine egne overveldende følelser: Nadine ved å trekke seg vekk og Bjørn ved å «true» med brudd. Jo mer Nadine trekker seg tilbake, desto mer hjelpeløs og utmattet føler Bjørn seg. Konsekvensen er at de begge kjenner seg isolerte, utrygge og ensomme i parforholdet. Hovedoppgaven i fase én er å tydeliggjøre mønsteret paret er fanget i, slik at de begynner å se på mønsteret som problemet, og ikke Nadine.

Terapeuten hjelper så paret med å løfte de mykere, primære følelsene deres frem i lyset og koble dem sammen. Det fører til økte positive strategier for emosjonsregulering og invitasjon til kontakt (Johnson, 2004). Når Nadine og Bjørn får oversikt over mønsteret sitt i et metaperspektiv og ser mønsteret som årsaken til at de drives fra hverandre, antas det at de viser mer aksept overfor hverandre. Nadine kan bevege seg fra å si: «Jeg er mislykket og en krevende person som ikke fortjener å ha det bra» til «Jeg har aldri forstått hvor sårt det har vært for Bjørn at jeg har trukket meg unna. Jeg ser nå hvor ensom han har følt seg. Det er vondt å høre at han har det sånn, men det er også litt godt å høre det. Jeg føler meg viktig for ham.»

### Mål i fase to: Restrukturere selvet og systemet

Fase to handler om å fordype Nadines og Bjørns bevissthet omkring de tilknytningsrelaterte redslene og lengslene deres, og forme samtaler preget av at de er tilgjengelige, responsive og engasjerte overfor hverandre. Essensen i denne fasen er å forme konstruktiv

avhengighet (Johnson, 2004). Målet er at den om trekker seg tilbake, i dette tilfellet Nadine, blir mer åpen og engasjert, og at partneren som er pågående, i dette tilfellet Bjørn, ber om å bli møtt på en mykere og mer utforskende måte.

Nadine og Bjørn guides i hvordan de kan tilby hverandre en trygg base hvor de ideelt sett begge evner å strekke seg etter, og respondere på, hverandre. Dette gjøres ved å gjentatte ganger jobbe med å fordype kontakten hver av dem har til sine egne emosjoner. Nadine oppmuntres i begynnelsen av fase to til å bevege seg inn i – og bli værende i – sin frykt for å være utilstrekkelig for Bjørn. Ved å bli møtt empatisk styrkes toleransen hennes for å kunne tåle følelsen, altså frykten for å være uverdigg og uelskbar i Bjørns og andres øyne. I tillegg vil disse samtaler ofte berøre gamle, emosjonelle sår som ikke er blitt bearbejdet (Johnson, 2004). Korrigerende emosjonelle erfaringer i nåtid har potensialet til å lege emosjonelle sår fra fortiden, og kan dermed endre Nadines syn på seg selv i positiv retning.

### Mål i fase tre: Konsolidering

Målet for tredje fase er å stabilisere, forsterke og feire endringene Nadine og Bjørn har gjennomgått i tidligere samtaler. I tillegg støtter terapeuten partnerne i å ta opp utfordringer de tidligere ikke fikk til å snakke sammen om. I Nadine og Bjørns tilfelle kan det for eksempel være at Nadine nå kan snakke med Bjørn når hun opplever uenighet eller konflikter med kollegaer på jobben, hvor hun tidligere ikke tok det opp i det hele tatt. Den nyetablerte tryggheten og kjennskapet til hverandres indre verden gjør at paret kan løse problemer sammen som tidligere fremstod som uløselige. Trygghet øker fleksibiliteten og evnen til å utforske alternativer (Johnson, 2019).

Fase tre har også som mål å hjelpe Nadine og Bjørn med å integrere et felles narrativ om hvordan de har transformert forholdet sitt, der de har beveget seg fra ensomhet og hjelpeløshet til agens, nærhet og økt trygghet (Johnson, 2004).

### Sentrale intervensjoner

Nadine møter alene til den første timen på mitt kontor. Når samtalen nærmer seg slutten, har hun konkretisert hva som plager henne mest: frykten for nye depressive episoder. Hun er redd det vil føre til at Bjørn går fra henne, som er det siste hun ønsker. Jeg validerer hennes frykt for å miste personen hun elsker, og spør om hun vil invitere Bjørn med seg til neste samtale slik at jeg kan få høre litt fra ham og hvordan han har det i forholdet. En del av Nadine er redd for at Bjørn vil slå opp med henne om de skal

snakke sammen på mitt kontor, men det er også en del av henne som ønsker å ha ham der. Jeg anerkjenner motet hennes for å tørre å be ham med, og vi avtaler et nytt tidspunkt der de skal komme sammen.

De møter begge til neste avtalte tid. I den første parsamtalen forteller Bjørn og Nadine at de har færre dype samtaler, mindre sex og ler mindre i hverandres selskap sammenlignet med tidligere. Nadine er fryktelig redd for at Bjørn skal få nok av henne og vil gå. Bjørn føler seg hjelpeløs i møte med Nadines mørke tanker og følelser. Han vet ikke hva han kan gjøre for at hun skal få det bedre med seg selv. Samtidig sier begge at de ønsker å være sammen resten av livet, og at de fortsatt har kjærlighet for hverandre. De opplever å stå fast i et repeterende samspillsmønster. Som terapeut vil jeg være opptatt av å validere og normalisere gjennom kommentarer som: «*Alle par har sin destruktive dans som lager avstand, vi er utrolig sårbare for negative responser fra de som står oss nærmest. Det er fordi de er så viktige for oss, og vi trenger dem for trygghet og aksept. Det er slik alle mennesker er skrudd sammen.*»

Jeg blir enig med Bjørn og Nadine om å gå inn i en parterapi prosess sammen. Målet er å løse opp i det fastlåste, slik at de kan strekke seg etter hverandre og invitere til kontakt når de trenger det.

Tidlig i behandlingsforløpet leter jeg etter hovedmønsteret i Nadine og Bjørns samspill for å danne meg et bilde av hvordan akkurat deres mønster arter seg. Ofte er nonverbale tegn essensielle (Kailanko et al., 2021). Når Nadine forteller at Bjørn tar opp problemer i parforholdet deres, vil hun bare «vekk og ut av rommet». Jeg kommenterer eksplisitt hva jeg observerer på en enkel, konkret og spesifikk måte: «*Nadine, når du begynner å snakke om dette, legger jeg merke til at du ser bort fra Bjørn og ned i gulvet. På samme tid ser jeg at også du Bjørn ser ned i gulvet og synker sammen. Høres det riktig ut for dere?*»

Videre kobler jeg sammen hver av partnernes steg for å tydeliggjøre mønsterets sirkulære natur. Jeg peker på mønsteret som årsaken til at de står fast, heller enn den andre personen eller forskjeller mellom dem. Dette er første bevegelse i tangoen og kan se sånn ut med Nadine og Bjørn: «*Bjørn, det virker som at jo mer du forteller Nadine at du ikke orker å forholde deg til hennes psykiske strev lenger, og prøver å få gjennom poenget at du er utslitt, desto mer snur du deg vekk og lukker ned, Nadine. Du lukker ham ute fra å fortelle deg at du er udugelig. Ja? Og jo mer du lukker ham ute, jo mer prøver du å få gjennom poenget ditt, Bjørn. Dere er begge fanget i en dans som skaper så mye avstand mellom dere. Dansen har tatt over forholdet deres og gjør det umulig for dere å snakke om ting dere virkelig trenger å snakke med hverandre om.*»

I tillegg vil jeg legge til normalisering og *tilknytningskontekst* ved for eksempel å si: «*Mange par fanget i en dans som deres, og det er så vanskelig å se den når dere står midt oppe i den. Den blir en automatisk måte å snakke sammen på, og det blir som om dere spiller en kamp mot hverandre som ingen av dere egentlig vil spille. For det er ingen vinner. Dere ender begge opp med å føle dere alene, lite sett og forstått av hverandre – noe vi virkelig trenger å oppleve fra den som står oss nærmest. Passer denne beskrivelsen for dere? Hjelp meg om jeg tar feil her.*» Det er i tillegg nyttig å veilede paret i å gi mønsteret sitt et navn. Det kan gjøre det lettere for dem å identifisere det og å hjelpe hverandre å stoppe dansen når den oppstår igjen, både i terapi-samtaler og hjemme.

I tangoens andre bevegelse vil jeg skifte perspektiv fra syklus og det som skjer dem imellom, til å fokusere på innsiden til Nadine og Bjørn og på hvordan emosjonene deres er konstruert. Dette gjøres hos en av partene om gangen. Jeg forsøker å hjelpe Nadine til å øke kontakten og toleransen til sin indre verden i stedet for å snu seg vekk fra den, og hjelper henne til å reformulere følelsene hennes til enkle kjernedeler av det å være et menneske. Jeg lytter samtidig etter det hun antar vil være responsen fra andre.

Når Nadine snakker om at hun er feig og mislykket, snur hun seg vekk fra Bjørn. Det gjør påkobling nærmest umulig. Jeg hjelper henne til å gå inn i og uttrykke hvor ensom og skamfull hun føler seg over den hun er, at det føles som om hun ikke er verdt å elske, og at hun går i konstant frykt for når han skal innse det. Dette har hun aldri sagt høyt til Bjørn før, hun har bare snudd seg vekk og blitt stille. På denne måten hjelper jeg Nadine å gjøre det synlig for Bjørn hvor viktig han er for henne. Når disse kjerneemosjonene er oppe i lyset i tilstrekkelig grad, det vil si når hun har satt ord på noe nytt, mykt og sårbart, oppfordres Nadine til å snu seg mot Bjørn, sin viktigste tilknytningsperson, og gjenta budskapet.

Når jeg fokuserer inn på Bjørns indre verden i tangoens andre bevegelse, kan jeg for eksempel stoppe opp ved uttalelsen om at det er best er om han og Nadine går fra hverandre hvis ting ikke bedrer seg. Ved å aktivt utforske uttalelsen og hjelpeløsheten hans kommer han i dypere kontakt med ensomheten og savnet han føler i parforholdet når hun forsvinner, og følelsen av å «ikke være nok for henne». Her vil jeg be ham se på Nadine og dele dette direkte med henne. Når han deler sin virkelighet og er i kontakt med sårbarheten sin, klarer Nadine i større grad å ta inn beskjeden og være der sammen med ham i stedet for å trekke seg unna. Hun er i stand til å ta inn tilknytningsbeskjeden om at hun er viktig for at han skal ha det bra.

Etter at Bjørn har delt av sin indre verden til Nadine, vil jeg spørre ham hvordan det var å ta risikoen ved å si at han føler seg ensom og «ikke nok for henne». Samtidig vil jeg i dette steget støtte Nadine i å være engasjert i hans virkelighet, snarere enn å falle ned i sin egen skam og trekke seg tilbake, som mønsteret får henne til å gjøre ellers. Iscenesettelsen prosesserer med begge partnere, og de får en følt opplevelse av å være sterkere knyttet sammen.

I tangoens femte bevegelse vil jeg eksplisitt feire sammen med dem hva de nettopp har fått til, og som står i motsetning til det som skjer når det negative mønsteret tar over. Oftest blir jeg selv emosjonelt berørt av å være sammen med par som våger å lene seg inn i sin egen sårbarhet og gi tydelige signaler til partneren sin om hvordan de har det, og hva de trenger. Dette uttrykker jeg til Nadine og Bjørn, at jeg blir beveget av hvor viktige de er for hverandre, og hvor modige de er.

Gjentatte runder i tangoen med Nadine og Bjørn øker gradvis tryggheten i båndet mellom dem, ved at de gang på gang får erfaringer med at de er der for hverandre når de deler av sin indre verden. Det resulterer i at det destruktive mønsteret reduseres, og at vi etter hvert kan bevege oss inn i fase to av modellen.

I fase to har Nadine kapasitet til å identifisere den dype frykten hun har for å føle seg trist og å trenge støtte og omsorg. Hun er klar over sin årvåkenhet for signaler om at hun er «feil», slik at Bjørn vil avvise henne, akkurat som foreldrene gjorde, og hun vil bli enda mer overlatt til seg selv. Nadine kan nå dele med Bjørn hvor redd hun er for å vise sine innerste følelser, og hvordan hun har brukt alkohol og selvskading for å trykke disse følelsene ned. Hun kan dele opplevelsen fra barndommen der hun klatret opp i treet som omfavnet henne og ga henne en form for trygghet fordi hun da følte seg holdt. Nadine gråter kraftig når hun forteller dette, og beveger seg mot å dele sin tilknytningslengsel. Selv om hun har vanskelige følelser som hun selv ikke vet hvordan hun skal håndtere, trenger hun at han er der for henne, at han holder henne når hun blir redd og trist. Jeg oppmuntrer Nadine til å spørre Bjørn direkte i timen: «*Kan du holde meg når jeg føler meg så fortapt og liten?*» Når Bjørn svarer med å holde henne i timen og si at han er der for henne blir trossystemet hennes restrukturert. Hun klarer nå å tro på at andre kan være der for henne når hun trenger det, og hun behøver ikke å flykte inn i ensomhet og skam når hun har det vanskelig.

Nå som Nadine er til stede og engasjert i sin deling, blir det lettere for Bjørn etterpå å dykke ned i sine tilknytningsredsler og -lengsler. Det at han er redd for ikke å være nok eller elskbar sånn som han er, en

følelse som har røtter fra hans oppvekst. Nadine kan nå respondere med inntonet omsorg, og Bjørn kan dele mer av sin tilknytningslengsel, som handler om å bli fortalt at han er elsket, at hun trenger ham og at de hører sammen. Han kan uttrykke at han har behov for at hun er nær og ikke løper fra ham når de har det vanskelig eller er uenige. De har begge erfart å få støtte, omsorg og bekreftelse av hverandre. Slike samtaler er transformerende på flere nivåer. De endrer individuelle, eksistensielle realiteter. Arbeidsmodeller som partnerne har om seg selv og andre, formes til mer adaptive modeller. Partnerne blir mer fleksible i emosjonsreguleringen, og hver enkelt sin opplevelse av agens i parforholdet blir styrket.

I fase tre av modellen nærmer vi oss avslutning av terapien. Nadine og Bjørn kjenner nå godt til det destruktive mønsteret de har vært fanget i. De forstår dets suggererende kraft og har utvidet mønsteret og erfart hvordan det er å «danse sammen i harmoni». I tillegg vet de hvordan de kan stoppe opp og resette musikken når dansen bærer galt av sted. Nadine har ikke lenger et fobisk forhold til vonde følelser, blir mindre overveldet av konflikter med Bjørn og trekker seg ikke lenger unna når hun blir redd, skamfull eller trist.

### Hvordan vurdere endring?

Vurdering av endring foregår kontinuerlig gjennom hele forløpet ved å observere samspill og emosjonsprosessering. Jeg observerer om Nadine og Bjørn uttrykker seg friere overfor hverandre, om de selv kan beskrive sin negative syklus i et metaperspektiv, om de blir mindre defensive, og om de er mer selvsikre når de deler smerte og behov med den andre.

Jeg vil jevnlig spørre partnerne om de opplever endring. Derfor er aktiv monitorering av alliansen mellom meg og paret så viktig (Johnson, 2004). Ved en trygg arbeidsallianse er Nadine og Bjørn mer tilbøyelige til å være ærlige mot meg og si ifra om de ikke opplever bedring. Slik kan vi reparere brudd i alliansen og gjøre nødvendige tilpasninger som hjelper dem mot ønsket endring.

### Avslutning

Når psykiske lidelser spiller inn i mønsteret mellom par, vil generelt alle modellens steg og faser ta lengre tid og kreve flere repetisjoner enn de vanlige 15–20 konsultasjonene i EFT par (Johnson, 2019). Klinisk praksis og forskning forteller oss at interaksjonene Nadine og Bjørn har vært gjennom i sin parterapiprosess, der sårbarhet utforskes og deles, fungerer

som emosjonelle korrigerende erfaringer som beveger partnere fra utrygg til trygg tilknytning og leder til stabile endringer i selvet (Johnson, 2019). De dype samtalene i fase to predikerer suksess ved avslutning av terapien (Greenman & Johnson, 2013), positive oppfølgingsresultater så vel som reduksjon i engstelig og unnvikende tilknytningsstil (Burgess Moser et al., 2015). I kontrast til et individualforløp bruker vi i EFT par partneren som en ressurs i behandling av psykiske plager. Ved å tilrettelegge for nye erfaringer i en nåværende relasjon får Nadine hjelp til å lege gamle tilknytningssår. Sår som er oppstått i relasjoner, repareres best i relasjoner, og særlig effektivt i relasjon til en betydningsfull partner. ✘

### Referanser

- Bahita, V. & Davila, J. (2017). Mental Health Disorders in Couple Relationships. I J. Fitzgerald (Red.), *Foundations for Couples' Therapy: Research for the Real World*. (s. 268–278). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315678610-27>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Bradley, J.M. & Palmer, G. (2003). Attachment in later life: Implications for intervention with older adults. I S.M. Johnson & V. Whiffen (Red.), *Attachment processes in couple and family therapy* (s. 281–299). Guilford Press.
- Burgess Moser, M., Johnson, S.M., Dalgleish, T.L., Lafontaine, M.F., Wiebe, S.A. & Tasca, G.A. (2015). Changes in Relationship-Specific Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(2), 231–245. <https://doi.org/10.1111/jmft.12139>
- Ceniza, M. & Allan, R. (2021). Conceptual and Application Considerations of Emotionally Focused Therapy With White Heterosexual Working-Class Rural Males. *Family Journal*, 29(2), 200–207. <https://doi.org/10.1177/1066480720966525>
- Denton, W.H., Burleson, B.R., Clark, T.E., Rodriguez, C.P. & Hobbs, B.V. (2000). A rationalized trial of emotionally focused therapy for couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 65–78. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00277.x>
- Ganz, M.B., Rasmussen, H.F., McDougall, T.V., Corner, G.W., Black, T.T. & De Los Santos, H.F. (2022). Emotionally focused couple therapy within VA healthcare: Reductions in relationship distress, PTSD, and depressive symptoms as a function of attachment-based couple treatment. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11(1), 15–32. <https://doi.org/10.1037/cfp0000210>
- Gottman, J.M. (1999). An agenda for marital therapy. I S.M. Johnson & L.S. Greenberg (Red.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (s. 256–296). Brunner-Mazel.



- Greenberg, L.S. & Johnson, S.M. (1985). Emotionally focused therapy: An affective systemic approach. I N. S Jacobson & A.S. Gurman (Red.), *Handbook of clinical and marital therapy* (s. 79–112). Guilford Press.
- Greenman, P.S. & Johnson, S.M. (2013). Process Research on Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples: Linking Theory to Practice. *Family Process*, 52(1), 46–61. <https://doi.org/10.1111/famp.12015>
- Harvey, A.M. (2019). Primary Emotions in Emotionally Focused Therapy. I J.L. Lebow, A.L. Chambers & D.C. Breunlin (Red.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8\\_181](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_181)
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Johnson, S.M. (1998). Listening to the music: Emotion as a natural part of systems theory. *Journal of Systemic Therapies*, 17(2), 1–17. <https://doi.org/10.1521/jsyt.1998.17.2.1>
- Johnson, S.M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1080/00926230390155140>
- Johnson, S.M. (2003). The Revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365–384. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01213.x>
- Johnson, S.M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Therapy* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203490419-15>
- Johnson, S.M. (2019). *Attachment Theory In Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. The Guilford Press.
- Johnson, M.D. & Bradbury, T.N. (1999). Marital satisfaction and topographical assessment of marital interaction: A longitudinal analysis of newlywed couples. *Personal Relationships*, 6, 19–40. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1999.tb00209.x>
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1985). The differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175–184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.175>
- Josephson, G.J. (2003). Using an attachment-based intervention with same-sex couples. I S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Red.), *Attachment processes in couple and family therapy* (s. 300–317). Guilford Press.
- Kailanko, S., Wiebe, S.A., Tasca, G.A. & Laitila, A.A. (2021). Impact of repeating somatic cues on the depth of experiencing for withdrawers and pursuers in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(3), 693–708. <https://doi.org/10.1111/jmft.12544>
- Kowal, J., Johnson, S.M. & Lee, A. (2003). Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 299–310. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01208.x>
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1981). *Family Therapy techniques*. Harvard University Press.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton-Mifflin.
- Sbarra, D.A. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 298–312. <https://doi.org/10.1177/0146167205280913>
- Spengler, P.M., Lee, N.A., Wiebe, S.A. & Wittenborn, A.K. (2022). A comprehensive meta-analysis on the efficacy of emotionally focused couple therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. Online forhåndspubliserings. <https://doi.org/10.1037/cfp0000233>
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G.J. & Colonnese, C. (2020). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 23(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>
- Wittenborn, A.K., Liu, T., Ridenour, T.A., Lachmar, E.M., Rouleau, E. & Seedall, R.B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 395–409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 12 S. 860–875 DOI: <https://doi.org/10.52734/IDVP596>

# Integrativ terapi

Hanne Weie Oddli<sup>1</sup>, Peder Kjøs<sup>2</sup><sup>1</sup> Psykologisk institutt, Universitet i Oslo<sup>2</sup> Selvstendig næringsdrivende

## Sammendrag

Integrativ terapi er den vanligste formen for psykoterapeutisk praksis. Vi presenterer den historiske utviklingen av denne brede, sammensatte tradisjonen, og gjør rede for de vanligste formene for integrasjon: teknisk eklektisisme, fellesfaktortilnærming, teoretisk integrasjon og assimilativ integrasjon. Videre presenterer vi en nyere, metateoretisk trend der integrasjon betraktes som en prosessuell aktivitet, med større fokus på forholdet til kunnskap og teori enn på de spesifikke teoriene i seg selv. Den integrative tradisjonen springer ut av et mangfold av empirisk dokumenterte aspekter ved terapi, der de kliniske teoriens rolle har vært gjenstand for diskusjon. Gjennom kaset demonstrerer vi samspillet mellom klinisk teori, teknikker og felles endringsprinsipper i det aktuelle kliniske møtet.

*Nøkkelord:* integrasjon, eklektisisme, fellesfaktorer, terapeutrolle, allianse

**KONTAKT**

[h.b.w.oddli@psykologi.uio.no](mailto:h.b.w.oddli@psykologi.uio.no)

**MERKNAD**

Ingen interessekonflikter er oppgitt

**FAGFELLEVDERT**

Det har lenge vært mer vanlig at terapeuter lar seg informere av flere teoretiske tilnærminger enn at de arbeider konsekvent etter én spesifikk modell. En rekke studier fra 1960-, 70- og 80-tallet rapporterte at majoriteten av klinikere, rundt 40–50 %, oppga at de var eklektisk orienterte (Garfield & Kurtz, 1976; Kelly, 1961; Smith, 1982). Trenden har holdt seg. En omfattende undersøkelse i 1990 viste at 68 % regnet seg som eklektisk orienterte (Jensen et al., 1990). På samme måte viste Norcross, Karpiak og Santoros (2005) gjennomgang av 40 års forskning at den eklektiske/integrative tilnærmingen har dominert helt fra 1960-tallet, der psykodynamisk og kognitiv terapi har alternert om andreplassen.

Mulige forklaringer på den eklektiske trenden er en sviktende tro på det unike og suverene ved de rådende modellene og en økt nysgjerrighet og kommunikasjon på tvers av skoleretningene (f.eks. Gold & Stricker, 2006; Goldfried, 1980). Parallelt med dette har det stadig blitt utviklet nye teorier og metoder. Vi har i dag hundrevis av evidensbaserte metoder, noe som nok både gjenspeiler og forklarer den økte interessen for mangfoldet. To motsatte strømninger ser ut til å kunne forklare den samme trenden (Oddli & Kjøs, 2021). På den ene siden har en postmoderne og pluralistisk dreining i tidsånden fra midten av 1900-tallet (Lyotard, 1979; Rescher, 1993) bejaet diversitet og mangfold. Samtidig har en dreining mot standardisering og krav til kostnadsanalyser og kvalitetssikringssystemer stimulert til å stadig utvikle nye evidensbaserte terapiformer (Goldfried & Wolfe, 1996; Oddli, 2016).

Utviklingen av eklektiske og integrative strategier for å velge i mangfoldet av teorier og intervensjoner strekker seg langt tilbake, og tiltok på 1960- og 70-tallet (se Oddli & Kjøs, 2021). Integrativ terapi er nå en tradisjon med ulike varianter og utforminger. I litteraturen om integrasjon har det vært vanlig å skille mellom hovedretningene eklektisisme, fellesfaktortilnærming, teoretisk integrasjon og assimilativ integrasjon. En mer nylig vending er å overskride disse tradisjonene og betrakte integrasjon som et metaperspektiv, altså mer som en måte å forholde seg til teori og kunnskap på enn en spesifikk strategi for å utforme konkrete intervensjoner. Vi skal kort ta for oss alle disse formene. Deretter beskriver vi et eksempel på et metaperspektiv som vi vil kalle en *interpersonlig* integrering (Oddli & Kjøs, 2002, 2013, 2021), og vi viser hvordan dette kan informere oss i møte med Nadine.

### Eklektisisme

I begynnelsen av den integrative bølgen var 'eklektisisme' det vanligste uttrykket for bruken av mer enn én spesifikk teori eller metode. Begrepet har vært

brukt på ulike måter og rommer ulike former for praksis. Antall teorier og hvilke teorier som brukes, varierer, selv om det typiske bildet er at eklektikere drar veksler på et vidt spenn av teorier framfor å begrense seg til en kombinasjon av noen få teknikker (f.eks. Jensen et al., 1990). Begrensningene ved eklektisisme har blitt påpekt både innenfor og utenfra tradisjonen selv. En innvending har vært at praksisen blir løs og tilfeldig (f.eks. Garfield, 1982). Vilkårligheten – de mangfoldige, unike kombinasjonene – har vært betraktet som et potensielt hinder for adekvate beskrivelser og evalueringer av terapi. Ut fra en lignende bekymring har det vært argumentert for at terapeuter trenger visse *organisierende prinsipper* når de skal bestemme hvilke kliniske prosedyrer som er hensiktsmessige under hvilke omstendigheter (Lazarus & Beutler, 1993). 'Teknisk eklektisisme' er et uttrykk for en slik systematisering. Her fremmes systematiske beslutningsprosesser basert på empirisk kunnskap om hvilke prosedyrer som virker under hvilke betingelser, i møte med hvilke problemer og klienter. Begrepet ble lansert av Arnold Lazarus (1967), som la til grunn at teknikker kan settes sammen uavhengig av teorien de springer ut av. Om du arbeider innen et spesifikt teoretisk rammeverk, er ikke det til hinder for også å bruke teknikker fra andre tradisjoner, selv om disse teknikkene skulle stride mot de grunnleggende premissene for denne teorien (Lazarus, 1967, 2006). Lazarus' (f.eks. 1978, 2006) multimodale terapi er et eksempel på et slikt teknisk eklektisk beslutningssystem. Her er det organiserende prinsippet for valg av teknikker en vurdering av klientens fungering på en rekke modaliteter som atferd, affekt, sansing, forestillingsbilder, interpersonlige forhold, kognisjon og fysisk fungering/medisinering. Beutlers (1983) systemiske eklektiske psykoterapi er et annet eksempel.

### Fellesfaktortilnærmingen

Fellesfaktortilnærmingen kan betraktes som en forlengelse av teknisk eklektisisme. Det organiserende prinsippet for valg av teknikker er faktorer som har vist seg effektive på tvers av de teoretiske tradisjonene. Interessen for fellesfaktorene kan dateres tilbake til Saul Rosenzweigs (1936) essay «Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy». Her hevdet han at effekten av terapi best kan forklares av faktorer terapimodellene har til felles. Senere fulgte sentrale forskere og teoretikere opp denne ideen/tanken (f.eks. Frank, 1961; Frank & Frank, 1991). Hva som inkluderes blant fellesfaktorene, varierer noe i litteraturen. De kan favne så bredt som klientfaktoren og terapeutfaktoren, i tillegg til aspekter ved endrings-

prosessen, som relasjonen/alliansen og andre prinsipper for endring (for mer detaljerte redegjørelser, se for eksempel Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2021; Goldfried, 1980, 2009; Grençavage & Norcross, 1990; Norcross & Wampold, 2019; Wampold & Imel, 2015). Særlig faktorene som adresserer endringsprosessen har vært viet interesse innen integrasjonslitteraturen, og de omtales for eksempel som *pan-teoretiske/felles endringsprinsipper*. Ut fra en litteraturgjennomgang identifiserte Marvin Goldfried (1980, 2009) følgende felles prinsipper: forventninger om at terapien kan bli nyttig, motivasjon, terapeutisk allianse, klientens bevissthet om hva som virker inn på problemene de har, korrektive erfaringer og pågående realitetstesting. En korrektiv erfaring vil for eksempel kunne arte seg annerledes hos en terapeut som er informert av psykodynamisk teori, enn hos en som er mer kognitivt orientert. Likevel vil den virksomme komponenten, altså selve den korrektive erfaringen, være en fellesfaktor, eller mer spesifikt: et felles endringsprinsipp. Likeledes er arbeidsalliansen (Bordin, 1979; Flückiger et al., 2018; Wampold & Flückiger, 2023) en sentral fellesfaktor som har fått mye oppmerksomhet i psykoterapiforskningen. Opplevd samarbeid om hva man skal endre (målasppektet), og hvordan man skal gå fram (oppgaveaspektet), og et samarbeidsklima preget av respekt, tillit og det at man liker hverandre (båndaspektet) er vesentlige aspekter i en arbeidsallianse. Hvordan dette konkret arter seg, vil derimot variere på tvers av de ulike tradisjonene og terapiutformingene. Mål-, fase- og motivasjonsforskningen (f.eks. Faris et al., 2009; Grawe, 1997; Grosse Holtforth et al., 2006; Krebs et al., 2018; Miller & Rose, 2009) bør også nevnes som leverandører av organiserende prinsipper i en fellesfaktortilnærming (se ellers avsnittet om empirisk dokumentasjon).

### Teoretisk og assimilativ integrasjon

Forholdet til teori har vært mye diskutert i integrasjonslitteraturen (f.eks. Gelso, 2009; Hill, 2009). Mens den eklektiske og fellesfaktororienterte tilnærmingen vier kliniske teorier lite oppmerksomhet, tar en annen integrativ tilnærming, *teoretisk integrasjon*, utgangspunkt i nettopp tenkningen bak intervensjonene. Det finnes mange eksempler på denne formen for integrasjon. Ett eksempel er å utvikle en integrert metamodel – en ny integrert teori – som kan forklare effekten av alle de ulike intervensjonene fra de ulike teoriene (f.eks. Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Wachtel, 1977). Assimilativ integrasjon (f.eks. Messer, 1992; Stricker, 2006; Stricker & Gold, 2019) er et eksempel på en mer pragmatisk tilnærming og en slags utledning

av både teoretisk integrasjon og teknisk eklektisisme (Stricker & Gold, 2006). Her tar man utgangspunkt i én teori og integrerer elementer fra andre teoretiske rammeverk. Disse nye elementene *assimileres* heller enn å utfordre de opprinnelige teoretiske premissene (Stricker, 2006).

### Interpersonlig, prosessuell integrasjon - et metaperspektiv på teori

En nyere dreining innen integrasjonsfeltet overskrider diskusjonen om hvorvidt teori er viktig, og hvilke som eventuelt må inngå i et samlende integrativt teoretisk rammeverk. Teoriene tilskrives betydning, men hvilke som blir aktuelle, avgjøres i den fortløpende terapiprosessen. Dermed er det ingen spesifikk sammenstilling av teori som får forrang. Det organiserende prinsippet for kliniske avgjørelser tar utgangspunkt i det vi har omtalt som fellesfaktorene, det vil si det som har vist seg effektivt på tvers av de ulike teoriene og tradisjonene. Fellesfaktorene blir viktige holdepunkter for valgene som tas, og hvilke teoretiske tradisjoner man så lar seg informere av. Til forskjell fra det som vanligvis benevnes som fellesfaktortilnærmingen, vektlegger en interpersonlig, prosessuell integrasjon betydningen av teori. Intervensjonene har teoretiske rasjoner vi må kjenne godt for å kunne bruke dem på en hensiktsmessig måte.

Det viktigste for integreringen er *tilpasningen til den aktuelle klientens relevansområde*. De kjente prinsippene for endring tilpasses arbeidet med å etablere arbeidsallianse og å avklare mål og motivasjon på måter som sikrer at klienten opplever samtalen – prosjektet og samarbeidet – som *relevant*. Begrepet relevans likner på begreper som *mening* og *betydning*, men kan vel sies å ha en mer konkret handlingsappell: Dette er viktig, det har betydning *for noe vi holder på med*. Den bestemte sammenhengen begrepet viser til her, er et terapeutisk endringsprosjekt. Endringen kan være stor eller liten, gjennomgripende eller bare en justering. Den kan gi seg uttrykk i konkret atferd eller som en forsoning med noe som er, og så videre. Uansett handler terapi om endring, om en villet bevegelse fra en tilstand til en annen. Sett i en terapeutisk sammenheng er intervensjonene relevante i den grad de oppleves som betydningsfulle for driften framover mot det personen *vil*, altså forenlig med klientens intensjoner. Klientens prosjekt er gjerne mer eller mindre avklart, mer eller mindre bevisst, og ofte viklet inn i motsetninger med andre intensjoner og prosjekter.

Terapeutens bidrag til den felles utforskningen av en forståelse og mulige veier videre springer ut av hvordan terapeuten forstår klientens endringsprosjekt

og de intensjonene dette omfatter, og hvilke intervensjoner som vil være relevante innenfor dette endringsprosjektet. Forståelsen av endringsprosjektet vil i sin tur være informert av terapeutens overordnede forståelse av psykisk lidelse og endringsprosesser, en form for metaperspektiv som er informert av teori, forskning og erfaring fra flere kilder. Fordi de ulike kildene en terapeut har brukt er mangfoldige, vil et slikt metaperspektiv normalt være et resultat av en integrativ prosess hos terapeuten. Underveis i det integrative arbeidet med den spesifikke klienten lar vi oss informere av den kunnskapen som blir relevant overfor akkurat denne personen, slik problemet arter seg og interaksjonen utspiller seg etter hvert i samtalene. De kliniske teoriene inngår i det brede kunnskapstilfanget, ved siden av psykologisk teori og forskning som ikke er spesifikk klinisk, klinisk erfaring, og så videre.

Observasjonen og fortolkningen i det terapeutiske møtet kan beskrives som en *hermeneutisk prosess* (Gadamer, 1975/2004) der vi tillater oss å vurdere flere mulige teoretiske forklaringer i møte med klienten. Vi lager hypoteser, tester dem ut og forfølger den forklaringen som synes mest rimelig. Vi prøver å komme fram til en solid, felles forståelse – forklaringer og tilhørende handlingsalternativer – sammen med akkurat denne personen, passende til hans aktuelle livssituasjon. Vi kaller denne prosessen *interpersonlig integrasjon* for å understreke betydningen av at klienten og terapeuten utvikler en felles forståelse. *Alliansen* blir knutepunktet for integrasjonen i det konkrete terapeutiske møtet (Oddli & Kjøs, 2013). Tilnærmingen representerer en måte å forholde seg til teori på som er pragmatisk innrettet mot den aktuelle terapiprosessen, uten å på forhånd ha bestemt seg for noen spesifikk teori eller metode.

Vi finner lignende måter å forholde seg til teori på innenfor kontekstuell integrativ psykoterapi (Consoli & Chope, 2006), pluralistisk psykoterapi (Cooper & McLeod, 2011) og «Unified Psychotherapy Movement», som favner flere varianter av en metateoretisk tilnærming (Constantino et al., 2013; Magnavita & Anchin, 2014). I en slik tilnærming vil man anerkjenne betydningen av teori, selv om man ikke tar utgangspunkt i én spesifikk eller en fast kombinasjon av to eller flere teorier. Selv om effekten av terapi ikke demonstreres på teori-nivået, altså at de ulike teoretiske tradisjonene i all hovedsak demonstrerer lik effekt (Barkham & Lambert, 2021), betyr ikke dette at terapeutisk praksis fungerer uavhengig av teori. Tiltro til metoden har vist seg å bidra sterkt til effekten av den (f.eks. Luborsky et al., 1975; Luborsky et al., 1999), og *rasjonalet* for intervensjonene har stor betydning for både terapeut og klient (Frank & Frank, 1991; Wampold & Imel, 2015).

Rasjonalet – begrunnelser for hvorfor vi gjør som vi gjør – er et av de sentrale bidragene fra kliniske teorier. Flere har argumentert for teoriens fundamentale rolle som ramme for de terapeutiske intervensjonene. De hjelper en til å gi mening til problemkomplekset og til å planlegge intervensjoner (f.eks. Castonguay, 2000; Eells, 2007; Gelso, 2009; Hill, 2009; Safran & Messer, 1997). Poenget fra et forskningsperspektiv er imidlertid at ulike teorier ser ut til å kunne iverksette de samme virksomme prinsippene. Slik sett vil alle de nevnte fellesfaktorene/-prinsippene fungere som organiserende prinsipper for praksis, mens teoriene med sine spesifikke intervensjoner betraktes som kilder til kunnskap/perspektiver vi til enhver tid må benytte oss av. Det er vår lesning av den aktuelle klientens behov som bestemmer hvilken spesifikk kunnskap (teorier og teknikker) vi lar oss informere av, og nøyaktig hvordan vi bruker den. I terapi vil forståelsen av klienten og hans prosess, og den tilhørende utformingen av intervensjoner, være en kontinuerlig tilpasning mellom de to aktørene. En slik prosessorientert, responsiv tilnærming, der terapien utformes individuelt i en nær og responsiv kommunikasjon, forutsetter en høy grad av fleksibilitet og lydhørhet hos terapeuten. Dette er godt dokumentert som gunstige kvaliteter ved en terapeut (f.eks. Hilsenroth et al., 2012; Stiles et al., 1998; Wampold, 2014). En slik fleksibilitet er ikke en spesifikk teknikk eller atferd, men et generelt, gjennomgående prinsipp for interpersonlig regulering og tilpasning (Kramer & Stiles, 2015). Denne holdningen vil ligge til grunn for en praktisk integrering av teori og metoder i interaksjon med klienten. I siste del skal vi se på hvordan et slikt perspektiv kan gi seg uttrykk i eksempelet med Nadine.

### Grunnleggende menneskesyn

Som vi har sett, er integrasjon i hovedsak en tilpasning basert på den aktuelle lesningen av situasjonen med klienten og det kunnskapsgrunnlaget terapeuten har på repertoaret. Tilnærmingen vil dermed romme stor variasjon i klinisk teori. Det samme vil gjelde spørsmålet om tradisjonens grunnleggende menneskesyn, selv om de fleste kliniske teorier vil kunne sammenfattes innunder et generelt humanistisk menneskesyn, med vekt på betydningen av relasjoner og menneskets iboende agens, samt tendensen til og behovet for autonomi og meningsdannelse. Disse aspektene er grundig behandlet i eksistensiell og fenomenologisk litteratur, samt i språkfilosofien (f.eks. Buber, 1923/1992; Frankl, 1993; Merleau-Ponty, 1945/1994; Sartre, 1946/1993; Wittgenstein, 1922, 1953/1993). De har på ulike måter inspirert vestlige kli-

niske teorier siden begynnelsen av 1900-tallet. Kliniske teorier vektlegger de forskjellige aspektene noe ulikt. Der noen betoner sterkt relasjonens betydning for endring og vekst (f.eks. klient-sentrerte, humanistiske og psykodynamiske retninger), vil andre legge mer vekt på meningsdannelse (f.eks. retninger innen den brede kognitive tradisjonen og ulike systemiske og språkbaserte retninger). Andre igjen er mer opptatt av behovet for å forholde seg til opplevelser, følelser og fenomenologi (f.eks. emosjonsfokusede retninger). Atter andre vil være mer basert på språk-filosofiske grunnpremisser og vektlegge potensialet i sosial og språklig interaksjon (ulike systemiske og språkbaserte retninger). På tvers av de ulike betoningene vil all klinisk teori legge vekt på relasjon, autonomi, agens, meningsdannelse og sosial og språklig interaksjon som potensielt viktige for utvikling og opprettholdelse av problemer og som kilder til endring. En integrativ tilnærming vil rimeligvis bygge på de samme filosofiske grunnantakelsene om menneskers behov og tendenser, men den vil særlig betone den enkeltes iboende behov for å tolke seg selv på måter som vedkommende opplever som relevant, uten at det settes en generell standard eller ramme for denne fortolkningen.

### Empirisk grunnlag

Det foreligger færre empiriske studier av eklektiske/integrative tilnærminger enn av de spesifikke modellene. I tillegg er tradisjonen mangfoldig, noe som gjør det vanskelig å gi et generelt og dekkende svar på effekten av integrasjon. Imidlertid finnes det solid empirisk dokumentasjon på effekten av enkelte av tilnærmingene (se Castonguay et al., 2015, for en omfattende gjennomgang). I stedet for å fokusere på diagnoser og behandlingsform (og teknikker innenfor disse) har man i den eklektiske og integrative forskningstradisjonen sett på forholdet mellom pan-teoretiske intervensjoner og klient-karakteristika som mestringsstil, interpersonlig fungering, temperament, sensitivitet / lav toleranse / unngåelse av følelser og motivasjonsnivå (f.eks. Beutler et al., 2011, 2012; Boswell, 2017; Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992). Forskningen opererer med relativt komplekse spørsmål som bryter opp og nyanserer spørsmålene om hva som virker for hvem, og når. Et kjennetegn ved flere av de eklektiske og integrative tilnærmingene og forskningen på dem er at man har fokusert på hvordan ulike former for intervensjoner, eller pan-teoretiske behandlingsprinsipper, har ulik effekt i forskjellige *faser* eller *stadier* av behandlingen (f.eks. Grawe, 1997; Howard et al., 1993; Prochaska et al., 1992; Sti-

les, 2001). En av de mest kjente fase-beskrivelsene er «endringsspiralen» (Krebs et al., 2018; Prochaska et al., 1992). Spiralen illustrerer hvordan endring foregår gjennom stadier – føroverveilelse, overveilelse, forberedelse, handling, opprettholdelse – og at ulike intervensjoner bør velges og tilpasses ut fra disse stadiene.

All denne empiriske litteraturen inngår i det vi har beskrevet som en fellesfaktortilnærming til forskning og terapi, og som kan ses som en videreføring av den eklektiske tradisjonen. Som tidligere nevnt er arbeidsalliansen en sentral fellesfaktor med solid empirisk dokumentasjon (Flückiger et al., 2018; Wampold & Flückiger, 2023). Målaspektet har i seg selv vært viet mye oppmerksomhet. Dette favner bredt både begreps- og forskningsmessig (Oddli et al., 2021), har vist seg betydningsfullt for utfallet av terapi (Michalak & Grosse Holtforth, 2006; Michalak et al., 2004; Tryon et al., 2018) og gjenspeiler seg i fenomener som *motivasjon*, *endringsstadier*, *motstand mot endring* (Faris et al., 2009; Grawe, 1997; Grosse Holtforth et al., 2006; Krebs et al., 2018; Miller & Rose, 2009), *agens* (Bandura, 2006; Tallman & Bohart, 1999; Williams & Levitt, 2007), *forventninger* (Ahmed et al., 2012; Constantino et al., 2011; Frank & Frank, 1991), *preferanser* (Swift et al., 2018) og *håp* (Irving et al., 2004; Snyder et al., 1999). Se også Crits-Christoph & Connolly Gibbons (2021) og Krause (2023) for omfattende gjennomganger av prosessvariabler og prosess-utfallsforskningen i psykoterapi, som inngår i det større bildet av empirisk dokumenterte endringsstrategier på tvers av spesifikke teoretiske tradisjoner.

I tillegg til forskningen på forholdet mellom pan-teoretiske endringsprinsipper, klient-karakteristika, terapifaser og utfall har vi mer indirekte belegg for å hevde at det er hensiktsmessig med et rikt tilfang av perspektiver. Det er for eksempel nå godt empirisk dokumentert hvor viktig det er for en god terapeutisk allianse og et godt utfall at terapeuten er fleksibel, åpen og tilpasningsdyktig (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Hilsenroth et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2023; Wampold, 2014). En åpen, reflektert holdning til teori går også igjen som sentrale forutsetninger for en sunn terapeututvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003, 2013).

### Status i Norge

Så vidt vi kjenner til, foreligger det ikke studier av norske psykologers teoretiske tilhørighet, men vi ser ingen grunn til at den skulle skille seg fra den internasjonale tendensen til å la seg informere av flere enn én teoretisk retning (Garfield & Kurtz, 1976; Jensen et al., 1990; Kelly, 1961; Norcross et al., 2005; Smith,

1982). Som vi har beskrevet, vil bruken av ulike teoretiske kilder arte seg forskjellig avhengig av den aktuelle terapeuten, klienten, samspillet og så videre. Det gir ikke mening å omtale integrasjon som en enhetlig terapeutisk retning. Følgelig vil det heller ikke være mulig å gi noe dekkende bilde av implementeringen av den sammensatte eklektiske/integrative tradisjonen i Norge. Vi antar at de fleste norske klinikere gjør individuelle tilpasninger ut fra egne ferdigheter og teoretiske horisont, og ut fra klientens relevansområde. Et konkret eksempel på opplæring og formidling innen en integrativ ramme er organisasjonen Institutt for aktiv psykoterapi (IAP), som over flere tiår har tilbudt integrative utdanningsprogrammer til de ulike spesialitetene i psykologi i Norge.

### Kasus Nadine

Vi vil i det følgende presentere noen momenter til en integrativ tilnærming. Her er de tekniske intervensjonene så vel som teoriene som informerer bruken av dem, forankret i terapiens *interpersonlige* aspekt (Oddli & Kjøs, 2013, 2021). Hvilke tanker terapeuten har om mulige predisponerende og opprettholdende faktorer, mekanismer for endring og egnete intervensjoner, følger av den teoretiske horisonten terapeuten har opparbeidet seg, og lesningen av den aktuelle situasjonen. Det samme vil gjelde utformingen av relevante mål og vurdering av hvorvidt ønsket endring har funnet sted. Vi vil gjennom et utdrag av et terapiforløp med Nadine illustrere hvordan vi som terapeuter kontinuerlig må vurdere et helt spekter av aktuelle endringsprinsipper og teori. Dette finvevde samspillet mellom fellesfaktorer og teori danner utgangspunktet for våre kliniske avgjørelser. Når det gjelder de konkrete, kliniske teknikkene og prosedyrene, blir disse beskrevet i litteraturen om de spesifikke retningene.

Tilnærmingen kan illustreres gjennom en diskusjon av vårt første møte med Nadine:

Terapeuten: Ja, nå har jo jeg fått dette skrevet med en del informasjon om deg her ... Så da lurer jo jeg på hva av dette som er mest relevant for deg nå ... Hva som er viktig for deg, i det prosjektet du har gående akkurat nå?

Nadine: Ja, nei, jeg vet ikke helt, jeg ... Vet ikke helt hvor jeg skal begynne ... Hmm, prosjekt (ler)

Terapeuten: Prosjekt høres kanskje litt svært ut, ja. Jeg sier det sånn fordi jeg tenker at vi alle har prosjekter gående hele tiden. Små og store, mer eller mindre bevisst. Noe som er viktig, et eller annet vi har lyst til å forandre på. Og det er det jeg har lyst til å finne ut av sammen med deg. Hva du vil bruke disse samtalene

til. Kanskje du bare vil begynne å fortelle litt, så ser vi hva som peker seg ut?

Dette er et naturlig sted å begynne en terapeutisk prosess, vil kanskje de fleste si. Vi anerkjenner at det er mange ting som spiller inn i livet og situasjonen til Nadine, og at det er mye hun kunne tatt tak i. Vi viser at vi er innstilt på å sirkle inn det som oppleves mest relevant for henne, siden det er hun som best kan avgjøre hvor det er lurt å gå, at vi skal gjøre dette sammen, og at retningen vil peke seg ut underveis. Dette er en enkel og samtidig helt vesentlig første markering av forutsetningen for enhver terapeutisk samtale: Den må oppleves relevant. Den må treffe akkurat denne personens situasjon, historie, intensjoner og potensial for handling, og veve seg inn i og understøtte den videre utviklingen. Ikke utenpå, ikke «riktig» ut fra en viss teori, men *viktig* – relevant – for klienten selv, i hennes eget arbeid med seg selv.

En forutsetning for å kunne intervensere på måter som oppleves som relevante, er at terapeuten stiller seg åpen for å forstå Nadines relevansområde. En slik forståelse forutsetter i sin tur at terapeutenes eget relevansområde er åpent og minst mulig begrenset av forfåelser. Et eksempel på en tilnærmet ateoretisk utforskning kan være å spørre Nadine slik:

Terapeut: Hva skulle du ønske at du kunne gjøre nå?

Nadine: Å, det er så mye! Eller egentlig ingenting også. Jeg vet ikke helt, skulle ønske at jeg kunne vært gladere og mer positiv. Bedre mor, bedre partner, liksom. Og så få en slags, få en slags, bedre kontroll, kanskje, på den trangen ... trangen til å drikke ... og kutte meg ...

Terapeut: Ja, skjønner. Og så er det vel en del ting som gjør at alt dette ikke er så lett, da.

Nadine: Neeei, eller burde vært, men, det er så tungt, vondt, og da vil jeg bare få vekk ...

Terapeuten tar utgangspunkt i en forståelse av Nadine som aktør i sitt eget liv (hva skulle du ønske at du kunne gjøre?), og uttrykker samtidig forståelse for hvor vanskelig det er å handle effektivt på egne vegne. Terapeuten forutsetter ambivalens og konfliktfylte intensjoner, og legger seg et hakk bak et enkelt løsningsfokus ved å poengtere hindringer. Ut fra Nadines svar aner vi at en mer aktiv formulering av mål og handlingsstrategier ville ha forutsatt en sterkere opplevelse av egen handlekraft og kontroll enn det Nadine kan kjenne seg igjen i nå. Hun uttrykker først og fremst hva hun ønsker at skal ha skjedd, og er mer vag og generell i angivelsene av hva hun selv kan gjøre. Sannsynligvis er det klokt å holde seg et skritt lenger

bak med en formulering som: *Går det an å si noe mer om hva det er som gjør det vanskelig nå?* Slik vil man sammen kunne utforske det komplekse bildet av alt som virker inn i Nadines liv, og sikre en problemforståelse som peker ut endringsstrategier som er relevante for nettopp dette. Dermed vil hun gradvis kunne aktivere mer av sin egen investering i endringsarbeidet.

Her er vi inne på viktige prinsipper for endring som går igjen i effektive terapier uavhengig av spesifikt teoretisk ståsted. Disse involverer det innledende alliansearbeidet og fleksibel, responsiv tilpasning. Tilpasning til riktig endrings- eller motivasjonsfase inngår i dette arbeidet. I den tidlige fasen, som er preget av ambivalent motivasjon, er det nødvendig å arbeide med å utvikle innsikt og forståelse, for eksempel ved å utforske det vanskelige ved å endre seg. I et slikt fase- og motivasjonsperspektiv kan man for eksempel spørre seg om i hvilken grad Nadine er rede til å investere i et aktivt endringsarbeid. Hvilke eventuelt konfliktfylte ønsker og mål må avklares før hun gradvis kan inngå i et forpliktende samarbeid om et endringsprosjekt? Hvordan forstår hun problemene sine? Ut fra disse vurderingene kan vi introdusere intervensjoner som mer aktivt utfordrer fastlåste problemmønstre. Eksempler på aktive, mer krevende endringsrettede intervensjoner kan være ulike former for stolarbeid (emosjonsfokusert/gestalt), overføringstolkninger (psykodynamisk) eller å utsette seg for en problemaktiverende situasjon uten å bruke vanemessige unngåelsesstrategier (kognitiv atferdsterapi). Disse intervensjonene er teorispesifikke eksempler på det generelle endringsprinsippet *eksponering*, som vanligvis vil passe i en aktiv endringsfase når motforestillinger og ambivalens er mer avklart. Endringsprosessen beskrives som en spiral snarere enn som en rettlinjert utvikling. Dette illustrerer hvordan man i en vellykket terapiprosess gjerne vender tilbake til de samme temaene og intervensjonene gjentatte ganger, men hver gang på et høyere utviklingsnivå.

De teoretiske tilnærmingene vil ha egne nyanserte, teorispesifikke forståelser og utforminger av intervensjoner som fremmer disse felles prinsippene. Det finnes for eksempel mange måter å arbeide med motivasjon og motstand på. De ulike tradisjonene tilbyr egne svar på hvordan problemer oppstår og opprettholdes, *problemforståelse*, og hvordan de endres, *endringsmekanismer*, og anbefaler spesifikke intervensjoner i tråd med dette. Problemforståelsene og endringsmekanismene i de ulike teoriene dekker dermed et spenn av ulike endringsmedier som følelser, kognisjoner, intrapsykisk dynamikk, interpersonlige relasjoner, familiesystemer og så videre. *Prinsippene* for endring kan likevel være de samme. Dette kan være

en av forklaringene på at de ulike teoretiske tilnærmingene i all hovedsak demonstrerer lik effekt (f.eks. Barkham & Lambert, 2021).

Hvis vi har en god forståelse og kunnskap om fellesfaktorer, teorier og teknikker, kan vi altså tilpasse intervensjonen der og da. For eksempel kan vi ute i terapiforløpet med Nadine ha kommet fram til en forestillingsøvelse for å bearbeide en grunnleggende opplevelse av å være ensom, fortapt og handlingslammet, med en tilbakevendende følelse av skam. Informert av traumeteori bruker vi en prosedyre der Nadine forestiller seg en bestemt episode fra da hun var barn. En av de spesifikke komponentene er at hun nå skal være den støttende, regulerende voksne hun selv sjelden opplevde å ha hos seg. Når vi kommer til dette punktet, stopper hun opp:

Nadine: Nei, jeg ... klarer ikke.

Terapeut: Er det noe du kan si til henne?

Nadine: Jeg ... nei, jeg får ikke til. Jeg vet ikke hva jeg skal si ... Kan du si ... kan du isteden?

Nadine finner ikke fram til denne voksendelen, og får ikke til å regulere seg selv. Vi må bestemme oss for om vi skal etterkomme ønsket hennes om å trå til. Hvis vi gjør nettopp det, vil intervensjonen få en annen karakter. I stedet for å erfare at hun selv kan regulere seg, får hun erfare at en annen voksen hjelper. Det er heller ikke dårlig og kan være et nødvendig om enn et kortere skritt på veien mot bedre selvregulering. Samtidig gjør vi oss en rekke betraktninger: Var intervensjonen i sin opprinnelige form godt nok forberedt? Var jeg for kjapp med å tre støttende til? Ble mitt inngrep mest en bekreftelse av at hun ikke kan klare seg selv? Hvilke motoverføringer var i spill her? Og så videre. Disse diskusjonene kan vi også ha med Nadine, og de kan da forstås som en form for psykoedukasjon eller en utvidelse av hennes selvinnsett.

Som vi ser av dette eksempelet, handler ikke integrasjon nødvendigvis om å gjøre store sprang fra det ene perspektivet til det andre. Ofte gjør man små, men vesentlige justeringer som svar på klientens respons. Det er dette som ligger i *responsivitet* (responsiveness; Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009). Responsivitet er ikke en teknikk eller intervensjon i seg selv, men en innstilling og væremåte som innebærer en kontinuerlig årvåkenhet og vilje til å tilpasse seg og svare på selv små innspill fra den andre i en evig dialogisk improvisasjon. Tilnærmingen forutsetter at terapeuten kjenner teknikkene med sitt tilhørende teoretiske rasjonale godt nok til å kunne gjøre spontane endringer som likevel har en tilsiktet effekt. I eksempelet ovenfor var det ikke selve prosedyren, men kan-



skje snarere timingen som ikke var godt nok tilpasset Nadine. Kanskje var det slik at en noe prematur intervensjon her avdekket et behov for en intervensjon rettet mot en hittil ukjent mangel i Nadines kapasitet for selvregulering. Terapeuten gjorde en kreativ manøver for å tilpasse øvelsen det aktuelle behovet hennes. Manøveren krevde ikke bare god kunnskap om prosedyren, metoden og teorien. Den krevde kunnskap om felles endringsprinsipper som timing og responsivitet og om fasetilpassning, altså kunnskap om hva som er mest virksomt i ulike terapifaser. En slik oppmerksomhet om endringsprinsipper – og justering deretter – kan innebære at vi henter passende intervensjoner fra et annet teoretisk rammeverk, men ikke nødvendigvis. Som vi har vist i eksempelet over, kan en justering i selve intervensjonen være tilstrekkelig. Vi endret ikke det teoretiske rammeverket, men forholdt oss til fellesfaktorkunnskap og dreide intervensjonen inn mot et annet endringsprinsipp enn det som opprinnelig var begrunnelsen for den. Det vil si at vi gikk fra å utfordre problemdynamikken til en mer støttende intervensjon som mer gradvis bygger tiltro til egen agens. Vi bruker altså kontinuerlig kunnskap om både teori, tilhørende prosedyrer/teknikker/intervensjoner og fellesfaktorkunnskap som prinsipper for endring.

Andre ganger kan vi vurdere større perspektivendringer. Hvis vi for eksempel opplever at Nadine strever med å innta et metaforhold til bekymringstankene sine, selv etter fokusert arbeid med både rasjonale og teknikkene ved en metakognitiv tilnærming, kan vi vurdere å rette oppmerksomheten mot de mer grunnleggende oppfatningene hun synes å ha om seg selv. Vi spør oss selv om det kunne være gunstig å bruke andre metoder som vi behersker, for eksempel skjematapi (Young, 2006), Compassion-focused therapy (CFT; Gilbert & Simos, 2022) eller Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, 2019). Et annet alternativ kunne være å arbeide emosjonsfokusert (EFT; Greenberg, 2015) eller mer spesifikt med selve samarbeidsforholdet, gjerne informert av en psykodynamisk tilnærming (f.eks. McWilliams, 2004). Vi vurderer kontinuerlig hvilke deler av vårt eget repertoar som kan være relevant. Eventuelle skifter mellom disse vil ikke nødvendigvis si at vi vinger eller gjør helomvendinger. Snarere er de del av den løpende, bevisstgjørende refleksjonen om selve endringsprosessen som vi gjør på egen hånd, eller sammen med klienten når vi vurderer at det passer. Parallelt gransker vi våre egne avgjørelser og mulige beveggrunner for disse: Hvorfor begynner jeg å lure på dette akkurat nå? Er det jeg som ikke orker å følge henne inn der det gjør vondt? Bli jeg utålmodig av en tilsynelatende stillstand som jeg helst bør tåle, og der jeg burde stole på at noe gun-

stig skjer etter hvert? En sunn terapeututvikling kjennetegnes av en slik kontinuerlig selvrefleksjon (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003).

## Avslutning

Slik vi har beskrevet den metateoretiske tilnærmingen til integrasjon, er den i tråd med alminnelige definisjoner av profesjonell kompetanse og klinisk ekspertise. Klinisk kompetanse og ekspertise består i å beherske et spekter av teknikker og ha kunnskap til å vurdere når og på hvilken måte vi bruker ulike deler av repertoaret i møte med en spesifikk problemstilling. Vi må vurdere når det synes rimelig å la seg informere av et annet teoretisk perspektiv, og om det kreves tilpassning på et teknisk eller et mer prinsipielt nivå. Vurderingene gjøres ofte raskt og avhenger av en viss grad av automatisering, implisitt resonnering og improvisasjon, noe som generelt preger arbeidet til profesjonelle eksperter (Oddli, 2014; Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021; Oddli & Halvorsen, 2014; Oddli & McLeod, 2017). I den omfattende litteraturen om ekspertise, profesjonskunnskap og klinisk kompetanse mer spesielt blir det å kunne håndtere kompleksitet og kontinuerlig tilpasse seg framhevet som avgjørende. Ekspertise omfatter kapasiteten til å integrere ulike kunnskapskilder – teoretiske og vitenskapelige – så vel som ulike prosesseringsmodaliteter som analytiske/deklarative, episodiske, prosedurale, eksplisitte og implisitte, bevisste og intuitive (Epstein & Hundert, 2002; Fairburn & Cooper, 2011; Fraser & Greenhalgh, 2001; Gigerenzer, 2008; Rodolfa et al., 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003, 2013; Sharpless & Barber, 2009; Stoltenberg et al., 2000). En fleksibel, men fokusert bevegelse mellom disse modalitetene er et sentralt kjennetegn ved ekspertise og klinisk kompetanse (Oddli et al., 2016). Som vi ser, er en reflektert og informert integrasjon et godt utgangspunkt for å opprettholde et relevant fokus i det kliniske møtet. ✘

## Referanser

- Ackerman, S.T. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ahmed, M., Westra, H.A. & Constantino, M.J. (2012). Early therapy interpersonal process differentiating clients high and low in early outcome expectations. *Psychotherapy Research*, 22, 731–745. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.724538>
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>

- Barkham, M. & Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 50<sup>th</sup> anniversary edition* (s. 135–189). Wiley.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: a systematic approach*. Pergamon.
- Beutler, L.E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thomson, L. & Tomlins, J.B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 255–281. <https://doi.org/10.1037/a0029695>
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Kimpara, S., Verdirame, D. & Blau, K. (2011). Coping style. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 336–353). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0017>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J.F. (2017). Psychotherapy integration: Research, practice, and training at the leading edge. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 225–235. <https://doi.org/10.1037/int0000055>
- Buber, M. (1923/1992). *Jeg og du*. Cappelen.
- Castonguay, L.G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263–282. <https://doi.org/10.1023/A:1009496929012>
- Castonguay, L., Eubanks, C.F., Goldfried, M.R., Muran, J.C. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P.L. (2013). Integrativ psykoterapi – historie og nåværende status. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 50–81). Pax.
- Consoli, A.J. & Chope, R. (2006). Contextual integrative psychotherapy. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 185–210). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11436-014>
- Constantino, M.J., Boswell, J.F., Bernecker, S.L. & Castonguay, L.G. (2013). Context-Responsive Psychotherapy Integration as a Framework for a Unified Clinical Science: Conceptual and Empirical Considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1–20.
- Constantino, M.J., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Ametrano, R.M. & Smith, J.Z. (2011). Expectations. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 354–376). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0018>
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. Sage.
- Crits-Christoph, P. & Connolly Gibbons, M.B. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. I M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 50<sup>th</sup> anniversary edition* (s. 263–295). Wiley.
- Eells, T.D. (Red.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2. utg.). Guilford Press.
- Epstein, R.M. & Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Faris, A.S., Cavell, T.A., Fishburne, J.W. & Britton, P.C. (2009). Examining motivational interviewing from a client perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 955–970. <https://doi.org/10.1002/jclp.20599>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, third edition*. Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V.E. (1993). *Kjempende livstro*. Aventura.
- Fraser, S.W. & Greenhalgh, T. (2001). Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*, 323, 799–803. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.799>
- Gadamer, H.-G. (1975/2004). *Truth and method*. Continuum.
- Garfield, S.E. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 610–623. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(82\)80019-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80019-1)
- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.1.1>
- Gelso, C.J. (2009). Confessions of a non-believer: The merits and mythology of integration. *Applied and Preventive Psychology*, 13, 14–15. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.007>
- Gigerenzer, G. (2008). Why Heuristics Work. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 20–29. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2008.00058.x>
- Gilbert, P. & Simos, G. (2022). *Compassion focused therapy. Clinical practice and applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- Gold, J. & Stricker, G. (2006). Introduction: an overview of psychotherapy integration. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 3–16). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11436-001>
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Goldfried, M.R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13, 32–34. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.013>

- Goldfried, M.R. & Wolfe, B. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, *51*, 1007–1015. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1007>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *7*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2. utg.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 372–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Grosse Holtforth, M.G., Grawe, K. & Castonguay, L.G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, *16*, 639–644. <https://doi.org/10.1080/10503300600608215>
- Hayes, S.C. (2019). *Acceptance and commitment therapy. A liberated mind. The essential guide to ACT*. Vermilion.
- Hill, C.E. (2009). Reaction to Goldfried (1980): What about therapist techniques? *Applied & Preventive Psychology*, *13*, 16–18. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.006>
- Hilsenroth, M.J., Cromer, T.D. & Ackerman, S.T. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. I R.A. Levy, J. Ablon & H. Kächele (Red.), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. Current Clinical Psychiatry. [https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1\\_22](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22)
- Howard, K.L., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *61*, 678–685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Irving, L.M., Snyder, C.R., Cheaven, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *14*, 419–443. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.4.419>
- Jensen, J.P., Bergin, A.E. & Greaves, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 124–130. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.2.124>
- Kelly, E.L. (1961). Clinical psychology – 1960. Report of survey findings. *Newsletter: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, *14*, 1–11. <https://doi.org/10.1037/e587062009-002>
- Kramer, U. & Stiles, W.B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*, 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Krause, M. (2023). Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2200151>
- Krebs, P., Norcross, J.C., Nicholson, J.M. & Prochaska, J.O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *74*, 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, *21*, 415–416. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.21.2.415>
- Lazarus, A.A. (1978). What is multimodal therapy? a brief overview. *Elementary School Guidance & Counseling*, *13*, special issue on multimodal approaches (October 1978), 6–11.
- Lazarus, A.A. (2006). Multi modal therapy: a seven-point integration. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 17–28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11436-002>
- Lazarus, A.A. & Beutler, L.E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development*, *71*, 381–385. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02652.x>
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A «Wild Card» in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*, 95–106. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that «Everyone Has Won and All Must Have Prizes»? *Archives of General Psychiatry*, *32*, 995–1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lyotard, L.-F. (1979). *The postmodern condition: A report on knowledge*. University of Minnesota Press.
- Magnavita, J.J. & Anchin, J.C. (2014). *Unifying psychotherapy. Principles, methods, and evidence from clinical science*. Springer.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy. A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Messer, S. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 130–168). Basic Books.
- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*, 346–365. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2004). Goal conflicts: Concepts, findings, and consequences for psychotherapy. I W.M. Cox & E. Klinger (Red.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (s. 83–98). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713129.ch5>
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, *64*, 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W. & Heinonen, E. (2023). Do Therapists Differ in their General Effectiveness? Therapist Effects and their Determinants. I F.T.L. Leong (Red.), *APA Handbook of Psychotherapy*. American Psychological Association.

- Norcross, J.C., Karpiak, C.P. & Santoro, S.O. (2005). Clinical psychologists across the years: the division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467–1483. <https://doi.org/10.1002/jclp.20135>
- Norcross, J.C., Krebs, P.M. & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2.utg., s. 279–300). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0014>
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness. Third edition*. Oxford. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Oddli, H.W. (2014). Klinisk ekspertise: Hvordan bruker erfarne terapeuter kunnskap? I A. von der Lippe, H.A. Nissen-Lie & H.W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 70–93). Gyldendal Akademisk.
- Oddli, H.W. (2016) Nytt av dekantering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 135–138. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2016/02/nytt-av-dekantering>
- Oddli, H.W. & Halvorsen, M.S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy*, 51, 295–307. <https://doi.org/10.1037/a0029843>
- Oddli, H.W., Halvorsen, M.S. & Rønnestad, M.H. (2014, november). *Expertise demonstrated: What does it mean to be an expert psychotherapist?* [nettartikkel].
- Society for the Advancement of Psychotherapy. <http://societyforpsychotherapy.org/expertise-demonstrated>
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapi-modeller. Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 403–410.
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 194–215). Pax.
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2021). Integrasjon i psykoterapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 163–178). Fagbokforlaget.
- Oddli, H.W. & McLeod, J. (2017). Knowing-in-Relation: How Experienced Therapists Integrate Different Sources of Knowledge in Actual Clinical Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 107–119. <https://doi.org/10.1037/int0000045>
- Oddli, H.W., McLeod, J., Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H. & Halvorsen, M.S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 1307–1329. <https://doi.org/10.1002/jclp.23108>
- Oddli, H.W., Nissen-Lie, H.A. & Halvorsen, M.S. (2016). Common Therapeutic Change Principles as «Sensitizing Concepts»: A Key Perspective in Psychotherapy Integration and Clinical Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, 160–171. <https://doi.org/10.1037/int0000033>
- Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rescher, N. (1993). *Pluralism. Against the demand for consensus*. Oxford.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347–354. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30, 5–44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Safran, J.D. & Messer, S.B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 140–152. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x>
- Sartre, J.-P. (1946/1993). *Eksistensialisme er humanisme*. Cappelen.
- Sharpless, B.A., & Barber, J.P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.008>
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802–809. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.7.802>
- Snyder, C.R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S. (1999). Hope as a foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 179–200). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-005>
- Stiles, W.B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462–465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>
- Stiles, W.B. (2009). Responsiveness as an Obstacle for Psychotherapy Outcome Research: It's Worse Than You Think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stoltenberg, C., Pace, T.M., Kashubeck-West, S., Biever, J.L., Patterson, T. & Welch, I.D. (2000). Training models in counseling psychology: scientist-practitioner versus practitioner-scholar. *Counseling Psychologist*, 28, 622–640. <https://doi.org/10.1177/0011000000285002>

- Stricker, G. (2006). Assimilative psychodynamic psychotherapy integration. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 55–63). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11436-005>
- Stricker, G. & Gold, J. (Red.). (2006). *A casebook of psychotherapy integration*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11436-000>
- Swift, J.K., Callahan, J.L., Cooper, M., Parkin, S.R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1924–1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. I M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Red.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (s. 91–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-003>
- Tryon, G.S., Birch, S.E. & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 55*, 372–383. <https://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration*. Basic Books.
- Wampold, B.E. (2014). The contribution of therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. von der Lippe, H.A. Nissen-Lie & H.W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51–67). Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B.E. & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry, 22*, 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*, 66–82. <https://doi.org/10.1080/10503300500469098>
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus logico-philosophicus*. Routledge.
- Wittgenstein, L. (1953/1993). *Filosofiske undersøkelser*. Pax.
- Young, J.E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide Paperback*. The Guilford Press.

**Elisabeth Schanche  
& Roger Hagen**  
Gjesteredaktører

**V**i vil som gjesteredaktører takke alle bidragsyterne til dette temanummeret. Det er en utfordring å fremstille en sammensatt terapeutisk tilnærming på et begrenset antall sider. Målet for temanummeret var å vise forskjeller og likheter i både hvordan terapeuter forstår kliniske problemstillinger, og i hva de gjør i møte med pasienten. Vi setter stor pris på at alle tok utfordringen vi ga dem.

De ulike bidragene plasserer seg ulikt på noen sentrale dimensjoner i forståelsen av hva psykoterapi *er* og hva det har som *mål å endre*. En dimensjon er knyttet til vektleggingen av kognitive eller emosjonelle prosesser. En annen er graden av struktur – fra fastlagte

tema eller standardiserte moduler til en mer åpen prosess som får retning ut fra den individuelle pasienten. En ytterligere dimensjon er betoningen av bevisste eller ubevisste prosesser, og ikke minst; dimensjonen knyttet til terapi som systematisk ferdighetstrening versus relasjonsarbeid for å få utviklingsprosesser på sporet igjen.

Noen spørsmål vi kan stille i møte med de ulike bidragene, er: På hvilken måte forklarer tilnærmingen hvordan livshemmende mønstre og psykiske lidelser oppstår og blir opprettholdt? Hvilke aspekter av menneskelig erfaring vektlegges i forklaringen av pasientens vansker? Hva er den viktigste veien til endring? Hvilke konkrete intervensjoner tas i bruk? Hvilken rolle har relasjonen mellom pasient og terapeut? Stiller en seg disse spørsmålene, vil man kunne se at bidragene har en rekke forskjeller, men også noe felles. Her vil du som leser helt sikkert ha egne gode spørsmål.

Klinisk psykologi har som fagfelt ikke klart å utvikle en metode som virker for alle. Det er mange gode veier til endring. De ulike fagmiljøene som har kommet til orde i temanummeret, har forskjellig spisskompetanse på å forstå og fremme endring innenfor ulike problemområder. Noen tilnærminger har høy kompetanse på negative og lite fleksible tankemønstre, andre på mangelfull kontakt med og regulering av følelser. Enkelte har perspektiver og intervensjoner som kan være til hjelp for å forstå og håndtere situasjoner som involverer sterke følelsesmessige reaksjoner mellom terapeut og pasient, mens noen fokuserer mer eksplisitt på å forstå hvordan livshemmende mønstre kan opprettholdes og endres i relasjonen til en part-



ILLUSTRASJON: CECILIE MAURUD BARSTAD

ner eller andre personer pasienten omgås. Enkelte tilnærminger retter seg i større grad mot tema som døden eller eksistensiell ensomhet. Kanskje vil forskning gi oss økt kunnskap om hvem som vil ha utbytte av å arbeide med bestemte problemområder eller metoder. For pasientene våre og for psykologene på feltet blir det uansett viktig at vi ivaretar og utvikler den kompetansen som er bygget opp over tid innenfor ulike tradisjoner, tilnærminger og fagmiljø. Vi vil trenge kompetanse på å forstå og fremme endring innenfor en bredde av tilstander og problemområder nettopp fordi ikke én vei til endring virker for alle, verken pasienter eller terapeuter. Vi håper at temanummeret har fått vist frem noen viktige perspektiver og metoder innen psykoterapi med voksne som kan gjennomføres innenfor en avgrenset tidsramme.

En gjennomgripende oppgave vi står overfor, er hvordan vi best kan organisere offentlig psykisk helsevern i Norge. Forhåpentligvis vil stemmer fra ulike tradisjoner komme til orde og bli hørt når det skal besluttes hvilke tilnærminger vi skal tilby i spesialisthelsetjenesten. Det er av stor betydning å utvikle og ivareta bærekraftige og vitale fagmiljø hvor fagpersoner kan oppleve faglig fellesskap. Selv om vi ser på mangfoldet innen fagfeltet som viktig, er det ikke uproblematisk når det gjelder organisering av tjenester. Fagmiljøer kan bli mindre effektive dersom de ikke i tilstrekkelig grad snakker samme språk. Det er også viktig å sikre robust kompetanse som ikke blir personavhengig. Hva skal avgjøre hvilke tilnærminger en skal velge å satse på i en gitt setting? I hvor stor grad skal den enkelte terapeut stå fritt til å følge egne preferanser? Selv om det ikke er sterke indikasjoner på at noen metoder er overlegne andre, kan det være pragmatiske grunner til å prioritere noen færre metoder i et implementeringsperspektiv. Samtidig blir det av stor betydning at psykologer ikke pålegges å benytte tilnærminger som ikke er meningsfulle for dem. Her står vi overfor noen dilemma og vanskelige valg som vil kreve at vi lytter fordomsfritt til hverandres perspektiver. Hvordan skal vi organisere oss slik at tjenestene våre når de som trenger hjelp, treffer pasientenes behov og samtidig legger til rette for at terapeutene kan tilby behandling som oppleves meningsfull og mulig å gjennomføre? Når arbeidet en gjør som psykolog blir opplevd som meningsfullt, er det større sannsynlighet for at også erfarne psykologer trives og ønsker å bli værende i det offentlige helsevesen over tid. Det vil komme pasientene, nyutdannede kollegaer, ulike fagmiljø og samfunnet til gode. ✕



Forhåpentligvis vil stemmer fra ulike tradisjoner komme til orde og bli hørt når det skal besluttes hvilke tilnærminger vi skal tilby i spesialisthelsetjenesten

# God jul

Året 2023 har vært spesielt og begivenhetsrikt, og redaksjonen har mange å takke:

alle dere som har stilt opp på våre arrangementer, som foredragsholder, paneldebattant og deltaker i salen. Takk til deg som har fagfellevurdert manus for oss. Takk til deg som deler sakene våre i sosiale medier og som kaster deg inn debattene våre. Takk til deg som har skrevet til oss og delt av dine erfaringer med psykologkolleger rundt om i landet. Takk til deg som har kritisert oss. Takk til medlemmene i vårt redaksjonsråd. Takk til deg som har lest.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke Per Halvorsen som i år takker av som journalist og debattredaktør i redaksjonen. Per Halvorsen har gitt psykologmiljøet et stort arkiv av journalistsaker som ingen andre kunne ha skrevet og som blir verdifulle i mange år fremover. Og han har gitt redaksjonen viktig kunnskap om betydningen av redaksjonelle standarder. Ingen kan erstatte Per Halvorsen sin kombinasjon av erfaren og kunnskapsrik journalist, med stort nettverk i fagmiljøet og evne til å veilede oss andre i redaksjonen i spørsmål om mediets plikter.

Med ønske om en riktig fin og fredfull juletid.

Katharine Cecilia Williams  
Sjefredaktør





## Løfter frem seksuell helse

**Nylig ble åpningen av CENSE, norsk forskningscenter for seksuell helse, feiret. Forskningscenteret ved Psykologisk institutt vil bidra til å fremme kunnskap om seksuell helse.**

Det nyopprettede senteret er tverrfaglig og har spisskompetanse på kjønn, seksualitet og seksuell helse. Bente Træen tok initiativ til senteret i 2022, som nå ledes av Nantje Fischer.

- Forskning på seksuell helse har alltid vært relevant, men dessverre ikke hatt nok fokus innenfor helsevitenskapen. At seksualitet er en grunnleggende dimensjon av helse, er illustrert ved det nye kapitlet om seksuell helse i den siste utgaven av ICD-kodeverket, sier Fischer.

Utover å bidra til ny kunnskap om seksualitet og relaterte temaer, ble CENSE opprettet for å bygge kapasitet for langsiktig forskning om seksuell helse i Norge, og å styrke samarbeidet internt i forskningsmiljøet.

Fischer er tydelig på at kunnskap om seksuell helse er helt sentralt for psykologer og deres virke.

- Seksualitet er relevant som tema i nesten alle områder innen psykologien.

Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning stiller krav til at nyutdannede psykologer kan kommunisere åpent om kjønn, seksualitet og seksuell helse og anvende sin kunnskap om disse temaene i sin yrkesutøvelse.

- Undervisning er derfor et viktig satsningsområde for CENSE. Senteret viderefører og videreutvikler ikke bare to kurs som har vært et tilbud ved Psykologisk institutt i over 10 år, men jobber også med å utvikle et etterutdanningstilbud om seksuell helse for leger og psykologer i klinisk praksis.

*Hva er målene til forskningscenteret?*

- Vi har ambisjoner om å bli et internasjonalt anerkjent forsknings- og undervisningscenter og landets ledende kunnskapsleverandør på fagfeltet seksuell helse. Vi skal utvikle ny kunnskap med betydning for politikk, praksis og forskning, og derigjennom bidra til å utjevne sosial ulikhet.



**LEDER AV CENSE**

Nantje Fischer

Foto: UiO

## Gratis webinarer for sakkyndige

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) har som mandat å samarbeide med de regionale kompetansesentrene om undervisning, utvikling av faglige retningslinjer og standarder, initiere forskning, samt sørge for videre utvikling av fagområdet rettspsykiatri.

I den forbindelse gjennomfører NERS, i samarbeid med SIFER og andre sentrale fagmiljø, en webinar-rekke med relevante tema for sakkyndige og andre som er interessert i å utvide sin kompetanse innen sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri.

13. desember kl. 14-15.30

**Fenomenforståelse og risikovurdering ved seksuell vold og bruk av seksuelt overgrepsmateriale**

Foreleser: Psykologspesialist Svein Øverland

30. januar kl. 14-15.30

**Fra oppnevning til salær oppgave. Tips og triks om praktiske forhold knyttet til rettspsykiatrisk sakkyndighet.**

Foreleser: Overlege Karl Henrik Melle

Arrangør: Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk enhet/ Kompetansesenteret for Sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri, St. Olavs hospital

Webinarer er tilgjengelige via <https://sifer.no/ners-mini-webinar/>

Der finner du også oversikt over flere webinarer.

Deltagelse er gratis og krever ingen påmelding.

Kilde: [www.sifer.no](http://www.sifer.no)



# Meninger

## DEBATT

### Å ta pasienten på alvor

Utfordringen er å akseptere nye måter å leve og uttrykke kjønn på, som psykiatrien og psykoanalysen tradisjonelt har sykelliggjort og søkt å endre.



**TEKST** Siri Erika Gullestad, professor emeritus, Psykologisk institutt, UiO

#### KJØNNS- INKONGRUENS

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**EN RAPPORT NYLIG** utgitt av Bufdir viser at transpersoner i alarmerende grad opplever at de ikke blir tatt på alvor av helsepersonell – de opplever at de *ikke* får den hjelpen de trenger. Stemmer av denne typen er utgangspunktet for min kronikk i Tidsskrift for Norsk psykologforening (09/2023). Jeg merker meg særlig opplevelsen av å ikke bli «tatt på alvor». Dette er et uttrykk som går igjen når pasienter klager på medisinsk behandling generelt: Overraskende nok dreier det langt største antall klager seg *ikke* om selve behandlingen, men om holdninger hos helsepersonellet de har møtt – om å ikke føle seg respektert, ikke lyttet til, ikke tatt på alvor.

#### MØTT OG FORSTÅTT

Det jeg ønsket å tematisere i min kronikk, er nettopp klinisk *holdning*. Selv om jeg skriver at det å «anerkjenne identitet ikke er det samme som at man automatisk sier ja til all behandling», innser jeg at Brusets og Tenebroso tolker meg dit hen. Når jeg snakker om å bekrefte og anerkjenne kjønnsidentitet, beskriver jeg en holdning der den andre møtes som *subjekt* – den subjektive opplevelsen tas på alvor, slik at individet føler seg møtt og forstått.

Kjønnsdysfori er selvsagt multideterminert, som Tenebroso skriver, og må utforskes

sammen med pasienten. Transungdom er ikke én gruppe, men består av individer med egne subjektiviteter som må tas på alvor. Slik utforskning kan romme et «hvorfor», når den som søker hjelp, (som jeg skrev) er «alliert med meg i denne utforskningen». Som eksempel har jeg fulgt en pasient som søkte psykolog fordi hen var dypt nedstemt og ønsket å «skifte kjønn». I behandlingen kom det frem at depresjonsfølelsen langt på vei var knyttet til smertefulle erfaringer i oppveksten – erfaringer som ble bearbejdet i terapien. Pasienten avsluttet behandlingen med en ikke-binær identitet, blant annet uttrykt i et dobbelt navn – men hadde ikke lenger noe ønske om ytterligere endring.

Når jeg i min kronikk skrev at «'hvorfor' ikke er et nøytralt spørsmål», var det for å problematisere Brusets innlegg om at kjønnsinkongruens ofte er respons på underliggende patologi som må undersøkes *først*. Vi vet at de som henvender seg til hjelpeapparatet, ikke sjelden har psykiske lidelser og andre diagnoser. Mitt poeng er at dette ikke gjør opplevelsen av egen kjønnsidentitet mindre sann eller reell. Selvopplevelsen har en egen validitet og skal respekteres. Når Brusets snakker om «komorbiditet», impliserer hun at transkjønn i seg selv er noe patologisk. Mitt synspunkt er at transkjønn må anerkjennes som menneskelig variasjon.

Tenebroso spør, retorisk, hva slags andre «naturlige, ikke-patologiske tilstander» krever medisinsk behandling «for å kunne leve som seg selv». Hun argumenterer mot transkjønn som menneskelig variasjon. Men er ikke medisinsens oppgave å lindre lidelse uansett? Jeg tilhører den generasjon kvinner som kjempet frem selvbestemt abort – vi trengte medisinsk hjelp for ikke å være overlatt til strikkepinnene. Og jeg tilhører dem som er evig takknemlig for de hormoner jeg fikk for å hjelpe meg gjennom den «naturlige» tilstanden som overgangsalderen er.

### FRAVÆRENDE I DEBATTEN

Tenebroso skriver at jeg «prostituere og ofrer psykoanalysen», og at jeg (i likhet med Freud!) uttaler meg om samfunnet så lenge det ikke dreier seg om «upopulære sannheter». Jeg skjønner rett og slett ikke hva hun mener. Jeg synes også det er en ubehagelig aggressiv debattstil. Tenebroso hevder at debatten om kjønnsidentitet er «asymmetrisk politisert og sensurert», og at fagpersoner ikke tør snakke høyt om temaet. Det jeg ser, er at fagpersoner i Psykologtidsskriftet snakker med høye og sinte stemmer, mens transpersoner selv er fraværende i debatten. Der ligger asymmetrien.

I internasjonal psykoanalyse er det i dag en bred diskusjon av «transgender». Jeg har på flere kongresser deltatt i denne diskusjonen sammen med Mette Hvalstad, psykoanalytiker og barne- og ungdomspsykiater som har bred erfaring med transbarn og -ungdom. Det er nå en økende erkjennelse av faren ved å la egne normative oppfatninger om hva som er normal og sunn identitetsutvikling, farge hvordan vi ser på transungdom. I psykoanalytisk litteratur finnes atskillige karakteristikk av transkjønn som avvik – *narsissistisk forstyrrelse, perversjon, motstand mot å akseptere forskjellen mellom mann og kvinne*. Eller man søker, som David Bell (som Brusset anfører som en psykoanalytisk autoritet), etter årsaker til kjønnsdysfori – Bell fremhever internalisert homofobi (Bell i Blass et al., 2021, s. 1000). Tanken er at om vi forstår «hvorfors», kan vi behandle for å endre.

Psykoanalysens historie rommer mange stemmer. Psykoanalytiker Robert Stoller utmyntet et begrep om «core gender identity» som fikk stor innflytelse sin tid. I dag vil mange av oss følge Avgi Saketopoulou når hun kritiserer dette begrepet som essensialistisk og lite

åpnende. Freuds begrep om psykoseksualitet er langt mindre normativt og fastlåst, og gir et teoretisk utgangspunkt for å ta innover oss at kjønn i vår kultur nå er i flyt på nye måter som kan være utfordrende å forstå. Seksualitet og kjønnsidentitet er ikke naturgitt, all variasjon er uttrykk for en dialektikk mellom «indre» og «ytre», vi er i senere år blitt langt mer bevisst det komplekse samspillet mellom psyke, soma og kultur. Det dreier seg om dynamiske prosesser uten mål om et bestemt endepunkt. Et psykoanalytisk lytteperspektiv gir mulighet for å gripe ubevisste lag i de prosessene som former vår opplevelse av seksualitet, kjønn og identitet.

Slik jeg ser det, må vi som psykologer spørre hva pasientene kan lære oss om menneskers opplevelse av og uttrykk for kjønn, ikke forsøke å presse dem inn i en eller annen kategori eller teori. Utfordringen er å lytte til nye subjektiviteter og måter å leve og uttrykke kjønn på som psykiatrien – og også psykoanalysen – tradisjonelt har sykeliggjort og søkt å endre.

At helsevesenet *ikke* klarer å lytte med respekt, er Bufdirs rapport et uttrykk for. Det er dette som bør bekymre oss. ✕

### REFERANSER

- Blass, R., Bell, D. & Saketopoulou, A. (2021). Can we think psychoanalytically about transgenderism? An expanded live Zoom debate with Avgi Saketopoulou, moderated by Rachel Blass. *International Journal of Psychoanalysis*, 102(5), 968–1000. <http://dx.doi.org/10.1080/00207578.2021.1939940>
- Langeland, F., Gulle, M. & Rigrtrup-Lindeman, B. (2023). *Likeverdig helsehjelp for personer med kjønnsinkongruens* (NF-rapport nr. 6/2023). Nordlandsforskning. <https://www2.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005814>.



Trans-  
ungdom  
er ikke én  
gruppe,  
men består  
av individer  
med egne  
subjektiv-  
iteter som  
må tas på  
alvor

# Medisinsk behandling kan være til stor hjelp

Som psykologer bør vi lytte med nysgjerrighet når unges erfaringer utfordrer våre oppfatninger av hva det vil si å være mann og kvinne.



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

## KJØNNS-INKONGRUENS

**MERKNAD** Forfatteren var nestleder i Skeiv Ungdom fra 2013-2016. Han disputerte i 2021 på en doktorgradsavhandling om unge transpersoners subjektive opplevelse av kjønnsinkongruens, og prosjektet var støttet av Stiftelsen Dam i samarbeid med brukerorganisasjonene Harry Benjamin Ressurscenter, FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold og Skeiv Ungdom.

**I NOVEMBERUTGAVEN AV** Psykologtidsskriftet refererer Marit Brusset og Alexandra Tenebroso selektivt til den internasjonale forskningslitteraturen, og etterlater et inntrykk av at ungdom med kjønnsinkongruens er en gruppe mennesker som *egentlig* skulle ha blitt homofile og lesbiske i fremtiden, men som har blitt forledet av ny kjønnsteori til å tro at de er noe annet.

Bruset og Tenebroso er også bekymret for de såkalte angrerne. Dette er en gruppe som er forsvinnende liten, og ofte handler «angeren» om at omkostningene ved å leve som transpersoner er for stor, eller de slutter på kjønnsbekreftende behandling fordi de har oppnådd ønskede kroppslige endringer (ikke alle ønsker et stereotypet kjønnsuttrykk!).

### «HJEMMESNEKREDE» TEORIER

Som forsker på kjønnsinkongruens med empiriske forpliktelser kan jeg ikke avvise slike spekulasjoner – til det er den akademiske åpenheten for viktig. Men jeg oppfatter at Brusset og Tenebrosos bekymringer uttrykker et intenst ønske om å presse erfaringene til ungdom med kjønnsinkongruens inn i tradisjonelle rammer for kjønn og seksualitet. Det finnes ikke dokumentasjon i forskningslitteraturen som støtter opp om deres «hjemmesnekrede» utviklings-

teorier. Min forskning på tematikken indikerer at ungdommer med kjønnsinkongruens har ulike grunner for å søke medisinsk behandling, og disse lar seg ikke sammenfatte i enkle teorier om årsak og virkning (Jessen et al., 2021a; Jessen et al., 2021b).

Forskningen har i snart tre tiår dokumentert at medisinsk behandling for kjønnsinkongruens kan være til stor hjelp for mange ungdommer med kjønnsinkongruens. Individuelle vurderinger er gullstandard, og her har psykologer en rolle å spille som åpne og nysgjerrige fagfolk. En annen rød tråd i forskningslitteraturen er betydningen av sosial støtte og bekjempelse av stigma for å bedre levekårene til personer med kjønnsinkongruens. Hatefulle innlegg på sosiale medier, mobbing på skolen, familier som ikke klarer å forholde seg til at sine barn opplever kjønn på en annerledes måte; flere tiår med forskning har vist at mangel på anerkjennelse støter ungdommer med kjønnsinkongruens fra oss (Hammack et al., 2022).

### KLOKE STØTTESPILLERE

Som psykologer kan vi selvsagt holde fast på tradisjonelle kjønnsforståelser og møte disse ungdommene med en teori om at deres opplevelser er uttrykk for alt mulig annet enn det de selv tenker og føler. Men vi kan også være



**KJØNNSRAMMER** Artikkelforfatteren oppfatter at Bruset og Tenebroso uttrykker et ønske om å presse erfaringene til ungdom med kjønnsinkongruens inn i tradisjonelle rammer for kjønn og seksualitet. Foto: LunarScarlet, Shutterstock / NTB Scanpix

kloke støttespillere som tør å la deres erfaringer utfordre vår egen forståelse av hva det vil si å være mann og kvinne – og slik utvide vår felles streben etter å forstå hva kjønn betyr i samfunnet. ✖

#### REFERANSER

- Hammack, P.L., Pletta, D.R., Hughes, S.D., Atwood, J.M., Cohen, E.M. & Clark, R.C. (2022). Community support for sexual and gender diversity, minority stress, and mental health: A mixed-methods study of adolescents with minoritized sexual and gender identities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000591>
- Jessen, R.S., Haraldsen, I. & Stänicke, E. (2021a). Navigating in the dark: Meta-synthesis of subjective experiences of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth. *Social Science and Medicine*, 281. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114094>
- Jessen, R.S., Wæhre, A., David, L. & Stänicke, E. (2021b). Negotiating Gender in Everyday Life: Toward a Conceptual Model of Gender Dysphoria in Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>



Det finnes ikke dokumentasjon i forskningslitteraturen som støtter opp om deres «hjemmesnekrede» utviklingsteorier

# Samlebåndsterapi er ikke svaret

Hvordan skal vi bruke psykologene i psykisk helsevern best mulig? I sin kronikk i novemberutgaven genererer Brage Kraft og Joar Øveraas Halvorsen flere spørsmål enn svar.



**TEKST** Espen Håland, psykologspesialist

## PRODUKTIVITET

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

### HVA MENER DE PSYKISK LIDELSE ER?

Det kan virke som at Kraft og Halvorsen forstår psykisk lidelse som en objektiv tilstand på linje med somatisk sykdom. Det stemmer ikke overens med klinisk erfaring. De fleste pasienter som blir tatt inn til behandling i psykisk helsevern nå, er alvorlig psykisk syke med sammensatte problemstillinger og komorbide tilstander. Psykisk lidelse er ikke noe som lar seg avgrense verken av diagnoser eller fra den relasjonelle sammenhengen de oppstår i. Det er helt avgjørende for god behandling at psykisk lidelse forstås i lys av den enkeltes liv og som et mellommenneskelig fenomen.

### HVA MENER DE BEHANDLING ER?

Slik jeg leser de to kronikkforfatterne, mener de at behandling i psykisk helsevern mest av alt er råd, oppskrifter og i hovedsak manualbasert. Slik de skriver, kan en få inntrykk av at det er irrelevant hvem som utfører behandlingen; at relasjon ikke har betydning. Kraft og Halvorsen legger til grunn at det er tilstrekkelig at psykologen er observatør og ikke involvert i behandlingen. Jeg skulle ønske det var så enkelt.

Psykologer er uunngåelig involvert, enten vi liker det eller ikke, i behandlingsrommet. Terapiforskning viser med all tydelighet at relasjonen har stor betydning for utfallet av terapi.

Det er vesentlig hvem det er som gir behandlingen, og at behandleren har bred relasjonskunnskap.

### HVA ER PSYKOLOGER BEST TIL?

Er psykologers fremste styrke å vurdere tilstand og tiltak?

Vurdering av tilstand og tiltak kan ikke skilles fra behandlingen, det er en grov forenkling. I behandling vil det foregå kontinuerlig vurderinger av tilstand og tiltak (intervensjoner).

Setningen «Forskning viser at utdanningsbakgrunn ikke har betydning for utfall av psykologisk behandling» framstår i beste fall underlig.

Stemmer dette? Tenker Kraft og Halvorsen at psykologers utdanning, eller for den slags skyld psykiaters utdanning, er uten betydning? Erfaringer fra terapirommet forteller en annen historie. Det er mange pasienter som forteller om behandlingserfaringer med helsepersonell med lavere utdanning, hvor de ikke har opplevd å få hjelp for sine vansker.

### PRODUKSJON ELLER VÆRE TIL HJELP?

Spørsmålet Kraft og Halvorsen stiller, er imidlertid viktig. Hvordan skal vi bruke psykologene på best mulig måte? Det virker som at deres oppskrift på å bli mer produktive er at psykologer i fremtiden veileder annet helse-



## Psykologer må bli mer produktive

Vi vil øke produktiviteten i klinikken, kan mer behandling gis av helsepersonell med lavere utdannings- og lønnskostnader enn psykologer.

**DETTE ÅRET HAR** ressursbruk i helsevesenet vært aktualisert både gjennom Helsepersonellkommissionens rapport og i Psykologidokumentet. Framskrivninger viser at behovet i DPS og BUP vil øke med 20-30% innen 2020 (Fimsson, 2021). Både det å opprettholde dagens standard vil kreve enorme økonomiske ressurser. I tillegg kommer kravene fra Psykologforeningen og mange av dens medlemmer om en ytterligere økning av budsjettene i psykisk helsevern, og store ansidelser om et fallværig psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten.

Debatte rundt arbeidsbelastning i psykisk helsevern viser at mange psykologer ønsker seg mer tid til pasientene. I vår eier byder det som følgende bevilgning: «Gi oss mer penger og la oss fortsette som før.»

**DRIVKREFTENE** Befolkningen blir eldre, og (inkludert det mellemløse antallet pensjonister og yrkesaktive, som må dekke pensjonskostnadene, øker (NOU 2022: 7). Frekvensen av psykisk lidelse er betydelig lavere hos eldre (PHH, 2022). En eldre befolkning trenger mer somatiske enn psykiske helsetjenester. Sammenlignet med psykisk helsevern er økningen i behovet for helsepersonell frem mot 2022 nesten dobbelt så stor i somatikken (SSB, 2019). En omfordeling av samfunnets ressurser mot psykisk helsevern er et legitimt politisk krav, men det blir ikke enkelt å få innfaldt dette i tiden fremover.

Gitt den aldrende befolkningen må produktiviteten fortsette å øke dersom dagens

vedtaksnivå skal kunne opprettholdes (NOU 2015: 1). Dette gjelder for alle sektorer i samfunnet, også der psykologer jobber. For å opprettholde dagens tjenestenivå må psykologer gjøre flere reise søn i dag, ved bruk av mindre ressurser. Hvis ikke vil tjenestene bli dårligere, ønsker vi en kraftig forbedring av tjenestene, må psykologer gjøre enda mer for enda mindre.

Psykologer er en høykompetent, mest begrenset ressurs (i en høy pris. Det tar lang tid å utdanne en psykolog. Utanningen er dyrt, og tjenestenivået er relativt høyt. For samfunnets og våre pasienters skyld må vi bruke denne ressursen mest mulig effektivt. Vi må ta ansvar for å bli mer produktive!

**LEDE, IKKE UTFØRE BEHANDLING**

I et intervju publisert på Psykologforeningens hjemmeside for snart ti år siden påpekte daværende direktør for Helsestiftelsen, Jan Fredrik Andersen (Halvorsen, 2014), at

[]jøre måler blir (...) hvor vi trenger psykologkompetansen. Psykologer kan jo utredning og diagnosestilling, og de kan planlegge et behandlingsforløp. Selvs behandling kan gjennomføres av andre. Psykologer kan kanskje inn og evaluere på fasette tilpasninger og når man er kommet frem til utredning...

Vi mener det er på høy tid å gjennomgå diskusjonen om hvordan vi best mulig utnytter de psykologressursene vi har tilgjengelig. Psykologer fremstår styrke som kliniker og avslutnings-

**TEKST**  
Blage Araf, helsepersonell og psykologspesialist, 2018 Ovaras Halvorsen, forelesningsleder og psykologspesialist

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**PRODUKTIVITET**

**MERKNAD**  
Ingen utgitte interessenklarer

Faksimile fra novemberutgaven. Illustrasjon: Hilde Thomsen

personell som kan gi en avgrenset, oversiktlig og effektiv behandling. Jeg tror dette er viktig, særlig i førstelinjetjenesten. Her vil psykologer kunne ha en viktig rolle i å hjelpe andre hjelpe. Men å skulle gjøre dette i stor utstrekning i spesialisthelsetjenesten er jeg skeptisk til.

Pasienter med alvorlig sammensatt problematikk trenger spesialister også i behandlingen, og det er vi psykologer som er spesialistene. Ville noen i somatisk avdeling overlatt operasjonen til en sykepleier? Vi trenger å snakke sant om behandlingsevne og virkeligheten vi står i. Det innebærer å si noe om at vi kan ikke hjelpe alle, og at noen må vente. Det å «smøre» behandling tynt utover til «alle» pasienter er ikke svaret. Ingen behandler kreft halvveis, vi må behandle psykisk lidelse med samme respekt, det fortjener pasientene våre.

Halvveis behandling er dårlig behandling også i psykisk helsevern. Vi blir mest effektive og produktive hvis vi kan behandle pasienten ferdig. Så er det ikke alltid like lett å si når pasienten faktisk er ferdigbehandlet. Det er mange av oss som skulle ønske at det finnes klare svar på dette spørsmålet, men det er ikke den virkeligheten vi praktiserer i. ❌



Det kan virke som at de forstår psykisk lidelse som en objektiv tilstand på linje med somatisk sykdom

# Når treffsikkerhet diskriminerer

Kognitive evnetester er treffsikre i ansettelsesprosesser, men kan slå uheldig ut for minoritetsgrupper og dermed undergrave mål om mangfold i arbeidslivet.



**TEKST** Rudi Myrvang  
Leder av Testpolitisk  
utvalg og Fagutvalget  
for organisasjons-  
psykologi, NPF

**TEST- OG KART-  
LEGGINGSVERKTØY**

**MANGFOLDSKONFERANSEN 2023** I regi av Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) satte søkelys på tiltak som norske virksomheter kan iverksette for å bli mer inkluderende. Bakteppet var en undersøkelse fra 2023 (Anderesen & Sterri). Den avslører at selv om et flertall av norske arbeidsgivere oppgir at de vurderer etnisk mangfold som positivt både for omdømmet, relasjonen til kunder og brukere, samt for trivsel, innovasjon og produktivitet, vises dette i liten grad igjen i virksomhetens faktiske inkluderingspraksis.

## KOGNITIV DISKRIMINERING

I kraft av å være leder av Psykologforeningens Testpolitiske utvalg deltok jeg i en paneldebatt der temaet var ansettelsesprosesser som vektlegger kognitive evner og mulige negative konsekvenser dette kan ha for mangfoldet. Utgangspunktet var flere studier som indikerer at ensidig vektlegging av kognitive evner kan føre til at minoritetsgrupper stiller svakere i ansettelsesprosesser enn de ellers ville ha gjort (De Soete et al., 2013; Ployhart & Holtz, 2008; Rottman et al., 2023). Samtidig er seleksjonsmetoder som helt eller delvis kartlegger kognitive

evner, effektive for å kunne forutse jobbytelsen til kandidater, spesielt i komplekse roller (Salgado & Moscoso, 2019; Schmidt & Hunter, 1998). Det sentrale spørsmålet er da om det er mulig å kombinere lav grad av diskriminering med høy treffsikkerhet, også kjent som *diversity-validity-dilemmaet*.

*Diversity-validity-dilemmaet* Kognitive evner er sentrale for våre forutsetninger for å utføre både enkle og komplekse oppgaver, og betegner komplekse og sammensatte prosesser som persepsjon, oppmerksomhet, tenkning, læring og problemløsning. I og med at vi her snakker om prosesser som er sentrale for å lykkes i arbeidslivet, gir det god mening å sette søkelyset på kognitive evner nettopp i en ansettelsesprosess. Kartlegging av kognitive evner gjøres på ulike måter, fra tradisjonelle kognitive tester til simuleringer og vurderingssentre (*assessment centre*, AC). Samtidig viser det seg at selv om disse metodene generelt sett er treffsikre, kommer de med en kostnad: De kan slå uheldig ut for minoritetsgrupper (De Soete et al., 2013; Ployhart & Holtz, 2008; Rottman et al., 2023). Bør vi derfor som en konsekvens droppe





**UTVELGELSE** Å plukke ut de beste fruktene, krever kompetanse og ferdigheter. Foto: Øyvind Holmstad / Wikimedia

de mest effektive metodene for å unngå diskriminering av allerede utsatte grupper?

*Hvordan motvirke skjevheter* Et helt sentralt moment for en god ansettelsesprosess er at den baseres på en grundig vurdering av *kunnskap, ferdigheter, evner og andre karakteristika* som kreves for å kunne fylle stillingen. Hvis en slik *kravprofil* mangler, er det fare for at kognitive evner vektlegges i for stor grad. Da Filosofisk institutt ved Universitetet i Bergen krevde minst mastergrad for en administrativ stilling(!), ble majoriteten av i utgangspunktet aktuelle kandidater (de med relevant, kortere administrativ utdannelse) med et pennestrøk diskvalifisert fra å delta i prosessen (Myrvang, 2023). Et eksempel på den positive effekten av mer balanserte krav er opptaket til politiutdannelsen i Nederland. Der la de mindre vekt på kognitive evner og mer på interpersonlige ferdigheter, noe som reduserte diskrimineringen samtidig som treffsikkerheten i seleksjonsprosessen ble opprettholdt (De Soete et al., 2013). Ikke bare vektleggingen av metodene, men også selve metodenes utforming spiller en sentral rolle. Språkbruk, kulturelle referansepunkter og valg av medium (papir, computer-

eller videobasert) kan bidra til at metodene slår skjevt ut. For å motvirke dette må metodene som benyttes for å kartlegge kognitive evner, være relevante for den aktuelle stillingen. Man må legge vekt på kulturell kontekst og på om det finnes språkversjoner på kandidatens morsmål tilgjengelig. Samtidig viser metoder som bygger på simuleringer, gjerne videobasert, mindre grad av diskriminering enn mer tradisjonelle, tekstbaserte tilnærminger (De Soete et al., 2013). I tillegg kommer ulike kompensatoriske tiltak før, under eller etter selve kartleggingen, der bruk av maskin- og dyplæring er en lovende tilnærming (Rottman et al., 2023).

*Krav til kompetanse* Det å designe rettferdige og treffsikre ansettelsesprosesser krever omfattende kunnskaper og ferdigheter innen feltet. Det kan være alt fra hvordan man gjennomfører stillingsanalyse og utarbeider kravprofil for stillingen, til hvordan man evaluerer ansettelsesprosessen i etterkant. Likeså kreves det solid kompetanse innen felt som intervju-teknikk og i bruk av tester og kartleggingsverktøy. En må vite hvordan man kan kombinere kognitivt og ikke-kognitivt orienterte metoder, »



(..) også selve metodenes utforming spiller en sentral rolle



Det å designe rettferdige og treffsikre ansettelsesprosesser krever omfattende kunnskaper og ferdigheter

som vurderinger av kandidatens personlighet og holdninger, for å tilrettelegge for en mer helhetlig vurdering der kognitive aspekter ikke vektlegges i urimelig grad. Dette er kunnskaper og ferdigheter man tradisjonelt sett forbinder med psykologen. Samtidig er realitetene at rekrutterings- og seleksjonsfeltet domineres av andre faggrupper, der ferdigheter innenfor salg og kundebehandling gjerne verdsettes mer enn dyp kompetanse innen kartlegging og analyse av menneskelige egenskaper.

Psykologforeningens hovedsatsingsområde for inneværende landsmøteperiode 2022–2025 er *Helse gjennom arbeid*. Gjennom å engasjere oss som psykologer og som profesjonsforening ved å delta i samfunnsdebatten om temaet seleksjon og mangfold har vi en gyllen anledning til endelig å sette hovedsatsingsområdet ut i praksis. Målet er ikke bare å bidra til mindre diskriminering og økt mangfold generelt i norsk arbeidsliv, men også å bedre arbeidsforholdene for vår egen stand. Ifølge Riksrevisjonens rapport fra 2021 (Brean) er psykiske helsetjenester underdimensjonerte og feilstyrte, noe som går ut over så vel behandlingskapasitet som ansattes arbeidsforhold. Samtidig vil kravet om effektivitet øke i årene fremover. For at dette regnestykket skal gå opp, holder det ikke bare å endre de politiske rammevilkårene. Det handler også i stor grad om god ledelse og riktig personell. Her bør psykologene bidra. ✕

## REFERANSER

- Andersen, R.K. & Sterri, E.B. (2023). *Arbeidsgiveres holdninger til etnisk mangfold* (Fafo-rapport 2022:27). Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- Brean, A. (2021). Helse og trygghet først. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2021/09/fra-redaktoren/helse-og-trygghet-forst>
- De Soete, B., Lievens, F., Oostrom, J. & Westerveld, L. (2013). Alternative predictors for dealing with the diversity–validity dilemma in personnel selection: The constructed response multimedia test. *International Journal of Selection and Assessment*, 21(3), 239–250. <https://doi.org/10.1111/ijasa.12034>
- Myrvang, R. (2023, 26. januar). Medisin mot mastersyke. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/innlegg/medisin-mot-mastersyke/2-1-1394160>
- Ployhart, R.E. & Holtz, B.C. (2008). The diversity–validity dilemma: Strategies for reducing racioethnic and sex subgroup differences and adverse impact in selection. *Personnel Psychology*, 61(1), 153–172. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00109.x>
- Rottman, C., Gardner, C., Liff, J., Mondragon, N. & Zuloaga, L. (2023). New strategies for addressing the diversity–validity dilemma with big data. *Journal of Applied Psychology*, 108(9), 1425–1444. <https://doi.org/10.1037/apl0001084>
- Salgado, J.F. & Moscoso, S. (2019). Meta-Analysis of the Validity of General Mental Ability for Five Performance Criteria: Hunter and Hunter (1984) Revisited. *Frontiers in Psychology*, 10(2227). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02227>
- Schmidt, F.L. & Hunter, J.E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological bulletin*, 124(2), 262. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.262>

# Et forsøk på oppklaring om anoreksi

Vi forstår godt foreldres behov for hjelp til å sortere om anoreksi. Her er vårt bidrag.



**I NOVEMBERUTGAVEN BESKRIVER** en anonym mor utfordringer i møte med det hun oppfatter som motstridende informasjon om behandling av anoreksi. Her er et forsøk på oppklaring: Spiseforstyrrelser er mye mer enn å være overopptatt av mat, kropp og vekt. Samtidig tror vi at mange som arbeider med denne lidelsen, har kjent på hvor lett det er å bli fanget i oppmerksomheten på adferdssymptomene: Hva og hvor mye har pasienten spist? Har vekten gått tilstrekkelig opp? Har pasienten fremprovosert oppkast? Brukt avføringsmiddel?

Når vi som behandlere kan kjenne på uro, hvordan må det ikke da være for ungdommen og foreldre som dette faktisk handler om?

For å kunne stå i denne kampen er det avgjørende at behandlere, foreldre og ungdommen selv har inngående forståelse for, og kunnskap om, hvor sentralt det er å gjenoppta normalvekt for å bli frisk. Dette er et fellesprinsipp i all behandling av anoreksi, og like viktig uavhengig av hvilken behandlingstilnærming som benyttes (Helsedirektoratet, 2017).

## HVORFOR ER DET SÅNN?

Undervekt påvirker hjernen. Det påvirker hvordan vi tenker, resonnerer, føler og forstår. Undervekt kan i seg selv gi depressive symptomer, angstsymptomer, tvangsmessig adferd og rigiditet. Dette betyr at om vi blir undervektige av andre årsaker enn spiseforstyrrelse, så vil disse symptomene også ramme oss. Når kroppen trenger vann, blir vi tørste. Får kroppen for lite mat, sender den ut signaler om sult. Hos pasienter med anoreksi fører ikke sultsymptomer til at en blir motivert for å spise. Sult fører kanskje heller til en opplevelse av kontroll og mestring. Eller til frykt for å spise.

Da er det ikke rart det er vanskelig for ungdommen med anoreksi å spise mer mat. Da er det forståelig at det blir kamp, at ungdommen blir desperat, og at det å øke næringsmengde er svært krevende.

Det kan ikke presiseres nok at tilstrekkelig mat lenge nok er viktig. Slik en anorektisk hjerne fungerer, vil for lite vektoppgang kunne bidra til en selvforsterkende og ond sirkel der effektene av undervekt bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen. På samme tid hevder vi at det er viktig å rette oppmerksomhet mot følelsene. Vi kan være sammen med foreldre og ungdom og vise at vi vet at behandlingsprosessen er skremmende, fortvilende og ufattelig vanskelig. Vi kan la foreldrene få uttrykke hvor mislykket de kanskje føler seg, og åpne opp for at det er forståelig om man inni seg er inderlig sint på ungdommen.

## Å STÅ I FØLELSER

Ungdom som har hatt anoreksi, kan gå glipp av relasjoner med andre ungdommer, og puberteten kan utsettes. Dette får ikke bare fysiske, men også psykologiske følger. I tillegg er den spiseforstyrrede adferden en effektiv måte å unngå følelser på. Det er nødvendig å arbeide med dette i behandling, i tillegg til adferdsendringene. Gjennom arbeidet med spiseforstyrrelser har vi ofte erfart at pasienter som har hatt anoreksi over tid, gir uttrykk for at de er prisgitt egne følelser, ofte med liten innsikt i hva følelsene betyr. Dette er også veldokumentert i litteraturen (Nowakowski et al., 2013).

Forskning har vist at pasienter med spiseforstyrrelser har problemer med å regulere følelser og adferd, noe som igjen øker symptomene på spiseforstyrrelse (Goetz et al., 2020). Vår erfa-

**TEKST** Guro Rekkedal, Cecilie Nordenson, Marit N. Albertsen, Hanna Aardal og Bente Austbø, alle Institutt for Psykologisk Rådgivning

## ANOREKSI

### MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Det kan ikke presiseres nok at tilstrekkelig mat lenge nok er viktig

ring er at pasienter som har hatt spiseforstyrrelse over tid, ofte har stor nytte av kunnskap om hvordan følelser er uttrykk for behov, og hvordan disse påvirker vår adferd. Men dette betyr ikke at de ikke må gjenoppta vekt. Hjernen må fungere for at behandling skal nå inn. For å få effekt av psykoterapi trenger vi en hjerne som er i stand til å ta imot ny læring.

Det store spørsmålet er ikke hvilken forståelsesmodell som er riktig, men hva som er riktig behandling for den enkelte ungdom, i den enkelte familie. Vi må tåle å diskutere at ikke alle behandlinger automatisk er den beste, selv om den på gruppenivå kan ha god effekt. Og vi må kunne møte foreldrenes fortvilelse. Hvordan kan de i fase med vektoppgang både forstå og akseptere hvor vanskelig dette er for ungdommen – samtidig som de bidrar til vektoppgang?

Det vil være viktig å hjelpe foreldrene å skille mellom hvor mye oppmerksomhet følelser bør få *under* et måltid, og hva man kan romme og møte av følelser *etter* et måltid. Om vi under måltidet, i selve kampen, går for mye inn i følelsene, risikerer vi å stå på stedet hvil etter en time. Men det er ikke det samme som at ungdommen ikke skal få føle. Vi kan si: «Jeg skjønner om du er både sint og redd på samme tid nå. Og så er det slik at dette er en viktig del av det å bli bedre. Vi skal derfor holde oss til planen og gjennomføre måltidet. Jeg er her sammen med deg hele tiden. Nå starter vi.» Foreldre som er i FBT-behandling, trenger støtte og oppfølging slik at følelsene ikke blir glemte i arbeidet med vektoppgang.

#### «JEG VIL JO IKKE HA DET SLIK»

Etter å ha jobbet med pasienter med spiseforstyrrelser i mange år ser vi at det ofte gir mening når vi snakker om hvor mye mest-

ring man kjente på i starten, når man kunne bestemme seg for å spise mindre, og klarte det. Hvor god kontroll man kjente på, og hvor godt det var å kjenne på denne kontrollen. Vår erfaring er at det er viktig å få tak i hva funksjonen til spiseforstyrrelsen er. Hvorfor kom den? Hva er det som opprettholder at den er der?

Når vi mener at man samtidig kan være oppatt av både vektoppgang og følelser, så kan det kanskje høres slik ut:

Terapeut: Vi har snakket om at spiseforstyrrelsen er noe som hjelper deg til å unngå vonde følelser. Da er det ikke rart at det er vanskelig å skulle spise mer, og at du til og med kan kjenne at du ikke vil det. Det at du vil bort fra de vonde følelsene, gjør deg mer lik andre mennesker, ikke mer ulik dem. For din del er det som om spiseforstyrrelsen har lagt seg over smerten og beskytter deg fra det som er så vondt.

Pasient: Ja ... jeg vet liksom ikke om noen annen måte ...

Terapeut: Så viktig er spiseforstyrrelsen for deg, som om den er det eneste som kan hjelpe og trøste. Og så er det slik at det kanskje kjennes ut som om du er helt fanget i dette ...

Pasient: Jeg vil jo ikke ha det slik ...

Terapeut: Kan du si det en gang til? «Jeg vil ikke ha det slik.» Si det med så mye kraft som du klarer.

Pasient: «Jeg vil ikke ha det slik.»

Terapeut: Så modig du er som tør å kjenne på og dele noe av det som kjennes så vondt og vanskelig. Og samtidig si høyt hva du ikke vil. Du vil ikke ha det slik. ❌

## REFERANSER

Auger, N., Potter, B.J., Ukah, U.V., Low, N., Israël, M., Steiger, H., Healy-Profitós, J. & Paradis, G. (2021). Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World Psychiatry*, 20(3), 448–449. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20904>

Goetz, D.B., Johnson, E.C., Naugle, A.E. & Borges, L.M. (2020). Alexithymia, state emotion dysregulation, and eating disorder symptoms: A mediation model. *Clinical Psychologist*, 24(2), 166–175. <http://dx.doi.org/10.1111/cp.12210>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. [www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser](http://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser)

Nowakowski, M.E., McFarlane, T. & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, 21. <http://dx.doi.org/10.32920/ryerson.14638170>



# Veien ut av anoreksiens klør

Å forstå både anoreksien og det syke barnet er en krevende oppgave også for psykologer.

**EN MOR TIL** en tidligere anoreksipasient forteller i novemberutgaven om sine erfaringer med familiebasert behandling (FBT). Hun beskriver hvordan hun opplever at forståelse av anoreksi som ligger til grunn for FBT, skiller seg fra andre beskrivelser «i media, hos interesseorganisasjoner og i tidsskrifter samt i bøker av noen av Norges fremste eksperter på feltet».

Å forstå anoreksi fullt ut er krevende. Årsakene til anoreksi har vist seg å være multifaktorielle. Men det vi vet, er at uansett årsak må pasienten opp i vekt for å bli frisk. Årsaksforståelse alene gjør ingen frisk.

### VEKTOPPGANG

Vi FBT-behandlere er svært opptatt av rask vektoppgang. Grunnen er at flere av spiseforstyrrelsessymptomene avtar når vekten går opp. I første del av behandlingen bruker vi liten tid på å lete etter årsaker til sykdommen. I denne

fasen handler det mest om re-ernæring. Vi ønsker å se hva reduksjon av undervekt kan gjøre med symptomer som rigiditet, angst for kalorier, uro og treningstrang hos pasienten. Vi opplever at pasienten sjelden har mange gode innspill å komme med for å få til en vektoppgang i første fase av behandlingen. Da er det ofte kun anoreksien «som snakker». Og den ønsker vi ikke å forhandle med.

Når pasienten er forbi den verste undervekten, reduseres ofte rigiditeten, og det blir lettere å diskutere behandlingsmål med pasienten. Etter hvert som vekten går opp, vil de fleste pasienter bli mer tilgjengelig for samtalerterapi og temaer som kropp, mat og vekt. Hos oss får de da tilbud om individualsamtaler, parallelt med FBT. Vi kartlegger også andre ting som ikke handler om spiseforstyrrelsen. Vi behandler og foreldre prøver sammen å forstå mer av hvilken funksjon spiseforstyrrelsen har i livet

Faksimile fra novemberutgaven.

**TEKST** Olivia Herlaug Kristoffersen, psykologspesialist

### ANOREKSI

### MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Årsaks-  
forståelse  
alene gjør  
ingen frisk

til den anorektiske, og hva det var som gjorde at sykdommen oppstod.

### RIGIDITET

Noen ganger går vekten opp, mens rigiditeten og angsten for mat og vektoppgang forblir like intens. Det er krevende for foreldre å skulle fortsette kampen for å få i barnet sitt mat når de ikke ser bedring på andre områder enn at vekten går opp. Da danner vi behandlere oss hypoteser om at det er mer enn undervekt som driver anoreksien, og tar dette opp med foreldrene. Etter vektoppgang blir andre og mulig utløsende problemer synlig. Eksempler kan være opplevelser av mobbing eller andre typer traumer. For noen er det en depresjon som førte til vektnedgang, og sult som stagget de depressive symptomene ved å tilføre en nummenhet som kjentes lindrende. Når matinntaket normaliseres igjen, vender tristheten tilbake i full styrke, og pasienten kan fremstå mer syk enn da hun/han var undervektig.

Det er i andre tilfeller nødvendig å tematisere at både behandling og vektoppgang utfordrer rigiditeten som ligger innbakt i komorbide lidelser som OCD, autismspekterforstyrrelser og personlighetstrekket perfeksjonisme. FBT-behandlingen utfordrer blant annet undervektsrigiditet. Det skjer ved at foreldrene overtar kontroll over alt matinntak i første fase av behandlingen. Hvis vi med behandling utfordrer både spiseforstyrrelsesrigiditet og for eksempel autismerigiditet (som ofte handler om angsten som oppstår ved fravær av forutsigbarhet), kan vi få massiv motstand fra pasienten, og behandlingen kan bli fastlåst. Det er derfor viktig å avklare hva som kan ligge til grunn når FBT-behandlingen ikke fører til bedring på tross av vektoppgangen.

### KOMORBIDITET

Komorbide lidelser som autismspekterforstyrrelser, OCD og ADHD ser alle ut til å være forstyrrelser som både gir økt sårbarhet for å utvikle anoreksi, og gjør behandling mer krevende. Det er viktig med tidlig og bred kartlegging av alle spiseforstyrrelsespasienter. Ved manglende fremgang i behandling bør komorbiditet tematiseres på nytt sammen med foreldrene. Jeg har som behandler i spiseteam vært med å behandle flere pasienter der vi nok ikke har vært gode nok til å oppdage komorbiditet

fordi undervektsrigiditet minner om både OCD, autismspekter og ADHD. Det var i mange tilfeller ikke tydelig mistanke om underliggende vansker da spiseforstyrrelsen oppstod. I disse tilfellene har behandlingen blitt krevende, og fastlåst. Flere av disse pasientene har måttet legges inn sammenlignet med pasienter vi behandler i FBT med «bare» spiseforstyrrelse. Jeg tror derfor det er viktig at vi behandlere justerer behandlingen når vi sammen med foreldre får mistanke om komorbiditet, eller avdekker dette, eller at vi opplever at FBT ikke virker.

Noen ganger er dessverre heller ikke disse justeringene tilstrekkelig til å hjelpe pasienten, og vi må endre behandlingsform helt og gi ansvaret til pasienten. Andre ganger får vi ikke noen former for behandling til å virke, og vi må ta en pause dersom pasienten ikke er alvorlig undervektig.

Vi opplever også at flere foreldre enn det vi var forberedt på, trenger mer veiledning for å klare å stå i FBT-behandling. Da må vi intensivere hjelpen foreldrene får, eller gi dem annen type veiledning i tillegg. I noen tilfeller kommer vi til kort med å veilede. Da må vi prøve å koble inn andre hjelpeinstanser.

### HALVPARTEN BLIR HELT FRISKE

Vi som jobber i dette feltet, opplever at vi klarer å behandle litt over halvparten av pasientene helt friske, og en del flere enn dette blir bedre, men ikke friske. Vi skulle selvsagt ønske at tallene var høyere. Som psykolog stiller jeg meg tvilende til at vi vil klare å finne behandlingsmetoder som får alle friske av anoreksi, selv om vi skulle klare å finne alle årsakene bak tilstanden. Jeg tror likevel at vi behandlere kan bli bedre til å skreddersy behandling, og tydeliggjøre overfor dere foreldre hvilken sorteringsjobb vi står i når vi skal behandle, og få barna deres ut fra anoreksiens klør. ✕



**KLIMA** Mer miljøvennlig med tillitsvalgtkurs i Norge, mener artikkelforfatteren. Foto: Kabelleger / David Gubler / Wikimedia

# Er tillitsvalgtarbeid uforenlig med klimavennlighet?

Psykologforeningens og Akademikernes manglende klimapraksis er et hinder i mitt tillitsvalgtarbeid.

**DET ER FLOTT** at Psykologforeningen og Akademikerne arrangerer seminarer for sine tillitsvalgte. Gjerne seminarer som innebærer å reise til et fint sted med overnatting. På den måten dannes gode rammer for samlingen, som inkluderer opplevelser både sosialt og kulturelt.

Noen seminarer arrangeres imidlertid langt utenfor Norges grenser, noe jeg anser som problematisk. Jeg skulle ønske at slike kurs kunne gitt et mindre klimaavtrykk, i tråd med Psykologforeningens prinsippprogram. Det kan skje ved å begrense reiseavstand til det som er nødvendig for å samle deltakerne, slik at færrest mulig trenger å fly.

Som virksomhets- og regionstillitsvalgt i Bufetat er det viktig at jeg deltar på tillitsvalgtkurs, både for å bli oppdatert, men også for å delta sammen med andre tillitsvalgte jeg samarbeider med.

Men for meg innebærer klimavennlighet å la være å delta på seminarer arrangert på Svalbard, i Spania eller tilsvarende steder. I praksis innebærer derfor Psykologforeningens og Akademikernes etter mitt syn manglende klimapraksis et hinder i mitt tillitsvalgtarbeid. Å reise langt bort er nok et trekkplaster for deltagelse og ses på som et gode av mange. Men det viktigste trekkplasteret for meg – og mitt inntrykk er at det gjelder også for de tillitsvalgte jeg følger opp og samarbeider med – er selve tillitsvalgtarbeidet og det sosiale vi skaper rundt arrangementet. Dette trenger jeg å kunne delta i. Det kan skje i Norge, som byr på mange flotte steder. For de fleste kan tog benyttes som hovedtransportmiddel. Det gir en behagelig og miljøvennlig reisemåte – og er også sosialt ved reservering av plasser i felles vogn. ✕



**TEKST** Jan Sjøberg, tillitsvalgt i Bufetat

## KLIMA

### MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

# Nyansering av Frankls tanker om mening

Anders Malkomsens omtale av Viktor Frankls bruk av begrepet «mening» i novemberutgaven krever nyansering.



**TEKST** Kay Oxholm,  
psykologspesialist

**MENINGSLØSHET I  
TERAPI**

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**I SITT FAGESSAY** «Å møte meningsløshet i terapirommet» skriver Malkomsen at: «Kuren (for meningsløshetsnevrose, min anm.) var å finne en mening med livet. Det synes fortsatt å være en alminnelig oppfatning i psykologien at opplevelsen av meningsløshet best kan kureres med tilførsel av mening, slik en kroppslig mangelsykdom enkelt kan kureres.»

Slik jeg leser Viktor Frankl, er ikke mening noe simsalabim som skal tilføres. Det er ikke noe abstrakt og rart som skal trylles frem. Det er tvert imot noe veldig grunnleggende. Det kanskje viktigste bidraget hans var jo nettopp dette: at mening ikke er noe som trenger å jaktes på. Man trenger ikke å legge ut på en ekspedisjon med mål om å «oppdage» meningen med livet et sted sør for Sahara eller på Nordpolen, som om det var en skjult skatt.

## DET BESTE TREKKET

Tvert imot, for det er der allerede. Det er nærmere bestemt opp til hver enkelt å avdekke hva som er meningen i den enkelte situasjon man til enhver tid står oppe i. Frankl mente at det å spørre etter meningen med livet generelt er som å spørre en sjakkspiller om hva som er det beste trekket på sjakkbrettet.

Spørsmålet gir ikke mening. Hvorfor ikke? Fordi det avhenger av hvordan brikkene er stilt

opp på brettet. Slik er det også i dagliglivet vårt. Hva som er mest meningsfullt å gjøre, avhenger av hvilken situasjon vi er i til enhver tid. Om man sitter på en full buss og en eldre dame stiger på, kan man velge å bli sittende, eller man kan velge å reise seg og tilby personen plassen sin. Man må uansett foreta et aktivt valg. Det slipper man ikke unna, fordi livet krever at vi tar ansvar for vår egen atferd i situasjonen. Frihet og ansvar i kombinasjon, med andre ord.

Som Frankl skrev flere steder, så mente han (litt på spøk, selvsagt) at Statue of Liberty på østkysten av USA ideelt sett burde suppleres med Statue of Responsibility på vestkysten.

## ANSVAR FOR EGNE HANDLINGER

Det er vanskelig å oppleve mening i livet om man ikke tar ansvar for egne handlinger. Og det er altså i de små hverdagssituasjonene at det meningsfulle finner sted. Og disse hverdagssituasjonene er det fort gjort å gå glipp av. Om man for eksempel sitter på bussen og skroller på Instagram eller nyheter, eller funderer på hva som er meningen med livet, vil man kanskje ikke engang oppdage den eldre damen fordi man er mentalt frakoblet i situasjonen.

Å lete etter en absolutt mening med livet er definitivt også typisk for oss. Men om man svarer bekreftende på dette spørsmålet (har livet



**MENING** Viktor Frankl jakter på mening i fjellveggen.  
Foto APA-PictureDesk / NTB Scanpix



en absolutt mening som gjelder for alle), da er man religiøs, mente han, og da er man ikke lenger innenfor det psykologiske domene.

Det er altså ikke vår jobb som psykologer å fortelle folk at meningen med livet for eksempel er å tro, eller å få barn. Disse målene er dessuten risikable å lene seg på, som Malkomsen selv skriver. For hva skjer om man skulle miste troen? Eller barnet? Eller om disse tingene ikke er nok? Da vil livet igjen oppleves meningsløst. En logisk konsekvens av Frankls tenkning er imidlertid at mening ikke er noe som kan mistes, fordi det er der, hele tiden. Mening i forbindelse med tap er ofte forbundet med å se meningen i lidelsen, altså å velge innstilling til tapet. Han betraktet denne meningen som den dypeste. Det er relevant i tilfeller der det ikke er mulig å endre på selve situasjonen, der det eneste man står igjen med, er valget av innstilling. Eksempler på dette er en nært forestående og uunngåelig død, et stort tap av en nær og kjær person, eller at livet ikke ble slik man ønsket.

#### LOGOTERAPI

Bør så logoterapi (meningsterapi) som Frankl utviklet, satses på som en egen metode igjen? På ingen måte. Dette fordi samtaler om mening etter min erfaring fort kan dra seg inn i kva-

sifilosofisk «prat» med svært begrenset nytte. Men den viktigste grunnen, slik jeg ser det, er at målet i de fleste moderne terapiformer nettopp er mening i logoterapeutisk forstand. Et mål man jobber mot på andre måter enn å snakke om det. For eksempel er det sentrale i ISTDP å øve på å være følelsesmessig tilgjengelig i relasjoner, mens søkelyset i metakognitiv terapi er å droppe å dra seg inn i grublerier om fortiden, eller bekymringer om fremtiden, men heller å være oppmerksomt til stede her og nå. Begge innfallsvinklene legger forholdene til rette for å oppleve mening i Frankls forstand.

Frankl mente selv at logoterapi var et nødvendig tillegg til andre terapiformer, men da han la fundamentet for metoden, var det kun psykoanalyse som var alternativet. Slik situasjonen er i dag, med et vell av terapiformer, vil jeg ikke lenger tenke at logoterapi er nødvendig. En ting kan man imidlertid ikke ta fra Frankl, og det er at han har vært, og fortsetter å være, en viktig inspirasjonskilde for mange av nåtidens terapiretninger og terapeuter. ✕



En logisk konsekvens av Frankls tenkning er imidlertid at mening ikke er noe som kan mistes ...

# Noen forsiktige ord om Asperger

Jeg husker knapt å ha møtt noen med Asperger som vil kalles noe annet.

**TEKST** Børge Holden, psykologspesialist

## AUTISME

### MERKNAD

\* I nettutgaven er tittelen endret til Lynkurs i autisme

**I NOVEMBERNUMMERET** gir Vesle Krey og Caroline O. Nerdal et Lynkurs i Asperger\*. Det er rettet mot Nasrettin Sönmez og medarbeideres artikkel der de beskriver erfaringer med mestingskurs for personer med Aspergers syndrom.

Krey og Nerdal er skeptiske til betegnelsen asperger. For meg kan det hete hva det vil, men inntil videre er det en diagnose, og jeg husker knapt å ha møtt noen med Asperger som vil kalles noe annet. Overdrives problemet?

At målet med betegnelsen Asperger har vært å gjøre en populasjon til en homogen gruppe, lyder rart, og har i så fall mislyktes: Det er stor variasjon i hvordan personer med Asperger, eller aspergere, fungerer. Også at betegnelser på autismefeltet skal skyldes at Krey, Nerdal og andre, eller «vi», ikke betraktes som mennesker, overrasker. De to forfatterne sikter muligens til *Psychology Today's* intervju med Ole Ivar Løvaas i 1974. I intervjuet mente han at autister ikke var mennesker i psykologisk forstand. Han snakket om svært funksjonshemmede mennesker som blant annet manglet språk og selvskadet. En formulering i det 50 år gamle intervjuet har ikke hatt den betydningen som Krey og Nerdal tillegger det, men gir et historisk innblikk i en viktig side ved autismefeltet. At Hans Asperger arbeidet innenfor nazisystemet, er kjent. Det problemet løser seg selv når det som i dag kalles Asperger, ikke lenger skal hete Asperger, men inngå i autismespekterforstyrrelse.

Krey og Nerdal har selvfølgelig rett i at det ikke bare skal fokuseres på problemer (uten at jeg kan si at Sönmez og medarbeidere har gjort det), men også på ferdigheter og positive egenskaper. Et eksempel som de gir, er behovet for oversikt og forutsigbarhet. Krey og Nerdal mener at det ikke er unikt for autister, og at personer med en slik tilbøyelighet gjerne også har

ressurser i form av blant annet strukturering og god praktisk løsningsevne. Ja, men det reiser også spørsmål om hva autisme er. Mitt inntrykk er at stadig flere har egne oppfatninger om det, og mer eller mindre «diagnostiserer» seg selv eller hverandre (hvis ikke betegnelsen «nevro-» betyr at de har fått diagnosen etter nevrologisk undersøkelse?). Det må de gjerne, men autisme og beslektede betegnelser er framfor alt psykiatriske diagnoser. Et generelt krav for å sette en diagnose er at tegn og symptomer som diagnosen kan stilles på grunnlag av, medfører betydelige ubehag og funksjonsvansker i sosiale, yrkesmessige og andre aktiviteter. Ressurser taler ikke for en diagnose. Det finnes for eksempel ikke diagnoser for sunn og regelmessig spising, men for det motsatte, og ikke for flytende tale, men for stamming og andre taleproblemer. Hvis en person som har tegn og symptomer på autisme, har ressurser som overskygger tegnene og symptomene, og god livskvalitet, taler det imot at personen skal ha en autismediagnose. En kvinne med Asperger sa til meg at: «Jeg har ikke et romantisk forhold til dette, og ville ha vært uten mine aspergertrekk. Livet har vært et slit.» Praktiske tips for å redusere stress og annet var hun åpen for.

Jeg reagerer også på Krey og Nerdals omtale av brukerforeninger som for en stor del består av representanter for dem som foreningen er til for, à la Autismeforeningen. Hvis det er noen som trenger medvirkning, samme hvor indirekte man er, må det være personer med autisme, store lærevansker og andre vansker, og med tyngre grader av asperger.

Til slutt: Blant autister, og alle andre, er det enorm variasjon i fungering på utallige dimensjoner. Dikotomien autister–allister kan derfor virke primitiv og unødvendig. ✕



USMAN M. CHAUDHRY er spaltist i desemberluttgaven.

# Norske hjerter brenner

«Blir dette en kampsak kun for muslimer og mørkhudete? Igjen?»

Ved utbruddet av krigen i Gaza stilte jeg meg selv dette spørsmålet i begynnelsen av oktober. Men det engasjementet vi ser i den norske befolkningen, er ikke lenger begrenset til nordmenn med ikke-vestlig bakgrunn. Vi opplever å bli hørt og tatt på alvor. Vi kjemper for samme sak. Og da spiller det ingen rolle om det er influenceren med silikonpupper og blondt hår som roper ut, eller om det er en bekjent fra tidligere jobb- eller skolesammenheng.

## BEKREFTELSESTENDENS

Likevel kan vi kjenne på fremmedgjøring. Hjernen vår er i en konstant skrikemodus. Vi legger ut kritiske innlegg på løpende bånd på sosiale medier. Når det ikke fører til noe, økes inntrykket av både fremmedgjøring og polarisering. Vi kan oppleve det psykologiske fenomenet bekreftelsestendens. Denne tendensen innebærer at hjernen vår legger merke til eller søker etter bekreftelser på det vi allerede tror og mener. For eksempel at vestlige medier fremstiller en subjektiv sannhet som bidrar til skjevhet i forståelsen av krigføringen. At ingen i majoritetsbefolkningen bryr seg. At brune menneskeliv er mindre verdt enn hvite, eller at ytringsfriheten er definert av vestlige spilleregler.

Da hjelper det lite med dagsaktuelle eksempler på slike bekreftelser. At Hanne Skartveit, som inntil nylig var politisk redaktør i VG, trakk seg (tilfeldigvis?) fra sin posisjon etter å ha blitt beskyldt for å ha skrevet partiske kommentarer om Palestinakonflikten (Bugeland, 2023). Eller Europakommisjonens president Ursula von der Leyen, som i oktober 2022 uttalte følgende (European Commission, 2022):

«I går så vi igjen Russlands målrettede angrep mot sivil infrastruktur. (...) Dette er krigsforbrytelser. Målrettede angrep på sivil infrastruktur med det klare mål å kutte menn, kvinner, barn fra vann, strøm og oppvarming med vinteren som kommer – dette er rene terrorhandlinger. Og vi må kalle det slik.»

Leyen kritiseres av EU-ansatte for sin «ukontrollerte» støtte til Israel. Mer enn 800 EU-ansatte og globale diplomater har signert et brev til EU-sjefen, og sier at hennes posisjon muliggjør mer vold (Shankar, 2023).

Andre eksempler på bekreftelsestendens kan være sammenligningen av det faktumet at norske myndigheter brukte 63 millioner kroner på å ta imot og gi behandling til kjæledyr fra Ukraina (Revheim-Rafaelsen et al., 2023), og den subjektive oppfatningen om at regjeringen ikke har gjort nok for å redde de 270 norske borgerne i Gaza som står i fare for å bli drept.

Det gjør også inntrykk når Frankrike forbyr demonstrasjoner til støtte for Palestina (Rajvanshi, 2023). Eller når Steve Bell, karikaturtegner for The Guardian gjennom 42 år, blir anklaget for å være antisemittisk og får sparken etter å ha tegnet karikatur av Israels statsminister Benjamin Netanyahu (Ertesvåg, 2023). Da trekker tankene våre automatisk linjer til karikaturtegnene av profeten Muhammad, og hvordan de ikke ble definert som islamofobi, men heller den vestlige ytringsfrihetens stolteste og modigste øyeblikk (Fritt Ord, 2015).

## MIKROAGGRESJON

Slike episoder og andre fraser som «Israels rett til å forsvare seg selv» og «men fordømmer du Hamas?», som uttales av politikere og journa-

## NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe.



lister, oppleves som hakk i plata og forsterker et fenomen som kalles for mikroagresjon. En mikroagresjon er en uttalelse eller handling som indirekte, vagt eller utilsiktet, oppfattes som nedvurdering av en person eller gruppe. Som da vår utenriksminister Espen Barth Eide uttalte til VG at «spenningen er til å ta og føle på» på et tidspunkt da antall drepte palestinere var 4100 (Bergo, 2023). Nesten tre ganger mer enn antall drepte israelere 7. oktober, hvor alle – inkludert vår egen statsminister – var kjapt på banen og tydelige på å fordømme Hamas' voldsbruk (NRK, 2023).

Mikroagresjoner kan best beskrives som papirkutt. Et kutt er ikke så mye å tenke over eller gråte over. Men mange papirkutt over hele kroppen gjør at man bærer på en sårbarhet som bidrar til usikkerhet, økt sensitivitet for uttalelser og handlinger og mindreverdighetsfølelse.

Bekreftelsestendenser og mikroagresjoner er fenomener som vekker følelser som ekskludering, sinne, frustrasjon, tristhet, irritasjon, bitterhet og redsel. I kombinasjon med den daglige eksponeringen for ekstrem elendighet som gir følelsen av overveldelse og å være frastøtt, settes det i gang en negativ sirkel.

#### **EMPATISK NØD**

Andre fenomener er omsorgstretthet og empatisk nød/stress. Empatisk stress er den sterke aversive og selvorienterte responsen på andres lidelse, ledsaget av ønsket om å trekke seg tilbake fra en situasjon for å beskytte seg selv mot overdrevne negative følelser. Omsorgstretthet er et begrep som egentlig brukes for helsepersonell. Definert som den dype, emosjonelle og fysiske utmattelsen som profesjonelle og omsorgsgivere kan utvikle i løpet av sine karrierer som hjelpere. Kontinuerlig involvering kan føre til at vi blir numne i møte med våre egne emosjonelle behov. Vi er i faresonen for å utvikle apati og emosjonell utmattelse.

#### **DEN MUSLIMSKE ÅNDEN**

Faren for å havne i dette emosjonelle stresset gjelder nok mange nordmenn uavhengig av bakgrunn, tro og kulturell tilhørighet, men kanskje spesielt de over 180 000 norske muslimer. Troende muslimer har et åndelig søskenskap på tvers av landegrenser som er umulig å sette ord på. Den nærmeste sammenligningen jeg kommer på, er når vi kan bli stresset av å se andre barn lide når vi har barn selv.

I disse dager kan dette åndelige fellesskapet virke stressende og utmattende, slik de norske jødene også kan oppleve med sine historiske traumer og sårbarhet som landets minste minoritet. Mange norske muslimer kjenner på emosjonell smerte og ser på det som sin plikt å tale saken til drepte og sårede marginaliserte åndelige brødre og søstre, selv om man merker at man ikke har mer energi eller føler seg psykisk sliten. Troen på at martyrer og døde barn får en direkte plass i paradiset, er en liten trøst som man støtter seg til midt i all elendigheten, men det gjør ikke opp for den psykiske belastningen som mange kjenner på.

Økt følelse av utenforskap som et resultat av polarisering er det jeg er mest bekymret for. Sårbare mennesker som tidlig har følt seg frastøtt i samfunnet, kan bli manipulert og rekruttert av ekstremister som nå har fått store mengder av nytt psykologisk brensel. Brensel som kan tenne sinnet hos utstøtte individer, og deretter gi en falsk form for tilhørighet som de kan bruke til onde hensikter. Vestlige ledere med sine uttalelser

og handlinger kan ha bidratt til økt polarisering og gjort sine respektive nasjoner sårbare for terrorhandlinger.

### KJÆRE KOLLEGA

Så du, min kjære psykolog-kollega, hvordan kan du være med på å forebygge utenforskap, og hvordan bør du møte pasienter som er preget av situasjonen?

Jeg vil at du skal validere og anerkjenne sårbarheten. Jeg vil at du skal hjelpe pasien-

ten med å sette ord på følelser og tanker som dukker opp. Jeg vil at du skal tørre å være nysgjerrig på hvorfor denne virkeligheten tusenvis av kilometer unna føles så hjertenært her i trygge Norge. Jeg vil at du skal hjelpe pasienten med å se det enorme medmenneskelige engasjementet som har funnet sted. Jeg vil at du skal tørre å spørre om troen på livet etter døden. Jeg vil at du skal legge vekk psykologhatten for et øyeblikk og være til stede som et medmenneske. ✕

### REFERANSER

- Bergo, I. (2023, 21. oktober). Utenriksministeren: Reell bekymring for regional krig. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/WRM4rj/utenriksministeren-reell-bekymring-for-regional-krig>
- Buggeland, S.A. (2023, 3. november). Hanne Skartveit slutter som politisk redaktør i VG: – Jeg velger kjærligheten. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/BWLMXQ/hanne-skartveit-slutter-som-politisk-redaktoer-i-vg-jeg-velger-kjaerligheten>
- Ertesvåg, E.R. (2023, 18. oktober). Avis-tegner mistet jobben for Netanyahu-karikatur: – Veldig, veldig drøyt. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/nyheter/avistegner-mistet-jobben-for-netanyahu-karikatur-veldig-veldig-droyt/s/5-95-1398728>

- European Commission. (2022, 19. oktober). Speech by President von der Leyen at the European Parliament Plenary on the preparation of the European Council meeting of 20-21 October 2022. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/%20en/speech\\_22\\_6262](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/%20en/speech_22_6262)
- Fritt Ord. (2015, 31. august). *Flemming Rose og Vebjørn Selbekk får Fritt Ords Honnør*. <https://frittord.no/nb/aktuelt/flemming-rose-og-vebjorn-selbekk-far-fritt-ords-honnor>
- NRK. (2023, 11. oktober). *Støre har snakket med Palestinas president: – Norge fordømmer sterkt angrepene mot israelske sivile*. NRK. [https://www.nrk.no/nyheter/store-har-snakket-med-palestinas-president\\_-\\_-norge-fordommer-sterkt-angrepene-mot-israelske-sivile-1.16591265](https://www.nrk.no/nyheter/store-har-snakket-med-palestinas-president_-_-norge-fordommer-sterkt-angrepene-mot-israelske-sivile-1.16591265)

- Rajvanshi, A. (2023, 20. oktober). In Europe, Free Speech Is Under Threat for Pro-Palestine Protesters. *Time*. <https://time.com/6326360/europe-palestine-protests-free-speech>
- Revheim-Rafaelsen, M., Rotbakken-Gundersen, A., Lie, K. & Waagbø, E. (2023, 29. juli). Norge har brukt 63 millioner kroner på ukrainske kjæledyr. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/norge-har-brukt-63-millioner-kroner-pa-ukrainske-kjaeledyr-1.16494517>
- Shankar, P. (2023, 20. oktober). EU staffers criticise von der Leyen's 'uncontrolled' support of Israel. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2023/10/20/eu-staffers-criticise-von-der-leyens-uncontrolled-support-of-israel>

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

### DELTA I DEBATTEN

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

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

### DEBATTINLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### HOVEDKRONIKK

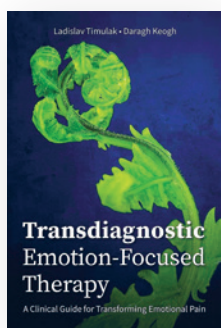
Hovedkronikken i *Psykologtidsskriftet* tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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

**ANMELDT:** BOK

## Praksisnært oppslagsverk om emosjonsfokuset terapi

Velkommen til en bok som viser hvordan emosjonsfokuset terapi kan tilpasses et stadig mer transdiagnostisk terapilandskap.



**BOK** *Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy. A Clinical Guide for Transforming Emotional Pain*

**FORFATTERE**

Ladislav Timulak og Daragh Keogh

**SPRÅK** Engelsk

**ÅR** 2021

**FORLAG** American Psychological Association

**SIDER** 301

**ANMELDT AV** Malin Welander, Institutt for psykologisk rådgivning (IPR)

**I MØTE MED** menneskers lidelse er det viktig å vite veien til kjernen av deres plager og inn dit hvor endring kan skje. Ladislav Timulak og Daragh Keogh, to anerkjente EFT-forskere og klinikere, viser i boken *Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy* med klarhet hvordan emosjonsfokuset terapi kan benyttes i behandling av en rekke psykiske lidelser. De slår også et slag for det pragmatiske og ressursbesparende ved transdiagnostiske tilnæringer. Forfatterne har formulert en utfyllende oversikt over hvordan arbeide emosjonsfokuset både på symptomnivå og på et dypere nivå av underliggende emosjonell sårbarhet. Til forskjell fra tradisjonell markørdrevet emosjonsfokuset terapi inkorporeres det her også diagnostisk klassifisering, inkludert depresjon, angst og relaterte lidelser som posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelse, og det er terapi myntet på disse ulike nivåene som utgjør transdiagnostisk emosjonsfokuset terapi (EFT-T). Forfatterne viser til kjent komorbiditet for å understøtte en transdiagnostisk tilnærming, og belyser at symptomer kan forstås som ulike uttrykk for underliggende psykologiske prosesser heller enn som egne lidelser. Fokuset i terapi blir dermed på årsaken bak symptomene, og det er inn til denne kjernen av smertefulle opplevelser av ensomhet/tristhet, skam og frykt de ønsker å lede det terapeutiske arbeidet.

Boken er bygd opp som en konvensjonell fagbok med en teoretisk og en praksisorientert del. Teoridelen gir en rask, men helhetlig innføring i bakenforliggende teori, antagelser om emosjonell prosessering, selvorganisering, emosjonell dysfunksjon og endring. Grunnlementer i EFT beskrives med gode kliniske eksempler, og forfatternes henvisninger til terapirommet gjør at boken oppleves praksisrelevant. Det bygges bro mellom tradisjonell EFT med søkelys på underliggende emosjonell sårbarhet og den transdiagnostiske tilnærmingen hvor det sekundære symptomnivået med ulike former for angst og unngåelse inkluderes i mer utstrakt grad. Dette er noe utypisk det humanistiske og rogerianske, klient-sentrerte utspringet til EFT. Derfor er det både interessant og forfriskende når forfatterne legger frem underliggende rasjoner og konseptualisering av EFT som transdiagnostisk tilnærming, og synliggjør hvordan man kan inkludere typiske symptomuttrykk i tradisjonell emosjonsfokuset behandling. Særlig i alvorlige tilfeller hvor symptomer har fått anledning til å feste seg så godt at de nærmest nærer seg selv, er det nyttig å vite hvordan disse kan dempes, før man til sist kommer inn til opprinnelsemsmerten. For det er fremdeles i denne smerten potensialet for endring ligger. Timulak og Keogh understreker at behandling skal rette seg inn

mot pasienters kjernesårbarhet og tilhørende umøtete behov, uavhengig av symptomatiske representasjoner. Samtidig viser de hvordan man kan komme gjennom det symptomatiske nivået, og det legges frem intervensjoner og evokativt arbeid i stoler for spesifikke lidelser, slik som sosial angst, generalisert angstlidelse og tvangslidelse. I tillegg får vi presentert mer kjente EFT-intervensjoner rettet mot underliggende vonde, primære maladaptive emosjoner, slik som selvkritisk-splitt og uoppgjort forhold. Dette gir boken både fylde og praktisk nytteverdi.

I bokens andre del begynner forfatterne med grunnmuren – hvordan etablere en trygg relasjon og allianse for arbeid med vanskelige emosjonelle prosesser. Dette er kanskje det viktigste aspektet i nyttig og produktiv emosjonsfokuseret terapi, da det er en forutsetning for utforskning og endring. Likevel blir denne innføringen i empati noe som kun skummer overflaten. Jeg savner mer om konkrete empatiske intervensjoner og kanskje noen «dos-and-don'ts» om hvordan følge og holde klienter i opplevelsen, slik at transformasjon kan skje. Her bør man heller se til Elliott et al. (2004). I påfølgende deler av boken følger det imidlertid flere gode praksisnære eksempler. Forfatterne viser hvordan man gjennom konseptualisering av kasus kan forstå pasienter og mekanismene bak deres lidelse. De gir eksempler på hvordan EFT-T kan tilby et forståelig rammeverk for flere psykiske lidelser, og som leser er det enkelt å følge hvordan ulike erfaringer kan lede til symptomer og uhensiktsmessige mønstre som i utgangspunktet søker å beskytte mennesker fra konsekvensene av emosjonelle sår. Det er også fint hvordan samtlige av de tre postulerte kjernesmertene i EFT (ensomhet/tristhet, skam og frykt) nevnes ved hvert kasus da det viser at denne kategoriseringen er flytende.

Dette understreker nytten av det transdiagnostiske perspektivet på psykoterapi.

#### OPPSLAGSVERK OVER INTERVENSJONER

Boken fungerer som et oppslagsverk for hvordan utføre ulike EFT-intervensjoner. Med hver beskrivelse av tilgjengelige intervensjoner følger gode eksempler som har stor klinisk nytteverdi. Språket er tydelig og innholdsrikt, med stadige påminnere om hva det er viktig å være oppmerksom på ved ulike emosjonelle prosesser og ved ulike steg i intervensjonene. Forfatterne tydeliggjør hva som er produktivt på ulike tidspunkter i den terapeutiske prosessen og gir slik en klar retning for ønskelig endringsarbeid. Samtidig inviterer de til kreativitet og flytende bruk av metoden og påpeker at intervensjoner og terapeutisk arbeid ikke er lineære prosesser. For de som har lengre erfaring med EFT vil mye av dette være kjent stoff, men boken tilbyr likevel nyttige og konsise tilpasninger til en transdiagnostisk tilnærming. For min del ga den både økt fokus og inspirasjon til dypere og mer produktivt emosjonelt arbeid. ✘

#### REFERANSER

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>



Forfatterne tydeliggjør hva som er produktivt på ulike tidspunkter i den terapeutiske prosessen

## Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

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

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

Skriv for oss/anmeldelser:



# Et revitaliserende blikk på ISTDP

På troverdig vis korrigerer *Innføring i intensiv psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP)* oppfatningen av metoden som omnipotent og rigid.



**BOK** *Innføring i intensiv psykodynamisk korttidsterapi - ISTDP*

**FORFATTER**

Jon Anders Lied

**ÅR** 2023

**FORLAG**

Universitetsforlaget

**SIDER** 368

**ANMELDT AV**

Fredrik Lian, Lian & Fjell Psykologtjenester

**ISTDP-LITTERATUREN** har hatt en tendens å etterlate leserne i et hav av komplekse faguttrykk og kompliserte fremstillinger. Disse verkene, selv om de er rike på kunnskap, har ofte et språk og en stil som kan virke avskrekkende og uoverkommelige for mange lesere, og er derfor lite egnet som en innføring i metoden. Resultatet kan bli at leseren opplever seg demotivert og overveldet, i stedet for engasjert og opplyst. *Innføring i ISTDP* markerer seg som en betydelig – og etterlengtet – motvekt til denne trenden. Foruten at den er skrevet på norsk, skiller boken seg ut ved å formidle dyp faglig innsikt på en måte som er både forståelig og tiltalende. Lied har valgt et mer tilgjengelig språk – og klarer på strategisk vis å åpne dørene til ISTDPs komplekse verden, uten å kompromittere faglig dybde og integritet.

Boken skiller seg ut ved å balansere teori med virkelighetsnære eksempler, som tillater leseren å forstå hvordan psykologen kan navigere i vanskelige forsvar, angst og følelser med sensitivitet og varme. Lied klarer å formidle viktigheten av fellesfaktorene og de kritiske mellommenneskelige kvalitetene som er uunnværlige for terapeutisk endring, slik at boken også blir et nyttig verktøy for enhver terapeut som søker å utvikle seg, uavhengig av deres valgte metodikk.

**DEMYSTIFISERENDE OG TROVERDIG**

Det er vanskelig å ikke se denne boken som et tilsvarende i den pågående «ISTDP-debatten». Lied nærmer seg i så måte denne debatten på en

balansert måte, med både oppklaringer og selv-erkjennelser. Han tar både direkte og indirekte oppgjør med dogmatisme og omnipotens som metodikken har blitt kritisert for. Som et alternativ fremhever han verdien av en refleksiv og fleksibel terapeutisk praksis, hvor han retter spesielt mye fokus på varme og empati som kritiske komponenter i terapien. Gjennom transkripsjoner fra rørende pasienthistorier, formidler forfatteren betydningen av disse humane aspektene i ISTDP på en god måte.

Til tross for den kraftige betoningen på terapeutens varme og empati, kan det til tider virke som om boken er noe repetitiv på disse punktene, og som leser kan man stille spørsmål ved om hovedformålet er å rette opp metodens image gjennom å adressere kritikken, eller om innholdet primært er rettet mot å veilede og informere leseren direkte. Selv om repetisjonene til tider kan oppleves overflødig, er det kanskje nødvendig for å nyansere bildet av ISTDP som en fleksibel, empatisk og human terapiform.

*Innføring i intensiv psykodynamisk korttidsterapi* er et betydelig og forfriskende bidrag i ISTDP-litteraturen. Lied tilbyr en pedagogisk og språklig tilgjengelig fagbok, i tillegg til å demystifisere metoden. Selv om den er noe gjentakende, fungerer boken som en viktig ressurs for både erfarne ringrever så vel som uerfarne psykologer og studenter, og utfordrer fordommer og misforståelser omkring ISTDP på en svært troverdig måte.



## MINNEORD

## AASE FROSTAD FASTING

1941-2023



**14. OKTOBER 2023** sovnet vår kjære venninne og kollega Aase Frostad Fasting inn, nær 82 år gammel. Det var vemodig og trist, og savnet etter henne er stort.

Til tross for store smerter og plager de siste årene var Aase alltid interessert i og fulgte engasjert med på det som rørte seg i samfunnet og blant de mange hun brydde seg om.

Aase var født i Bergen og beholdt sin tydelige bergensdialekt livet ut. Vi ble kjent med henne gjennom hennes arbeid som psykolog i Vestfold.

Fra hennes arbeidspraksis vil vi særlig framheve hennes engasjement for mennesker med funksjonsnedsettelse. Hun var klartenkt og nyskapende. Hun deltok i en rekke utvalg og råd knyttet til denne gruppens livsvilkår og psykiske helse, både nasjonalt og internasjonalt. Da Aase kom til Fossnes sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede, ble hun, sammen med mange andre, en som viste at de lukkede sentralinstitusjonene ikke ivaretok beboernes rett til et meningsfullt liv. Arbeidet med å gjøre denne gruppens behov kjent for myndigheter og allmennheten, og å bedre deres livsvilkår, opplevdes nok mange ganger ganske vanskelig. Typisk for Aase og de rundt henne, stoppet ikke det dem. De lagde sine egne buttons hvor det sto «**Det er håpløst og vi gir oss ikke!**» Dette slagordet levde Aase opp til!

Aase var kjent av mange og kjente mange. Likevel hadde hun tid til oss i den såkalte «Psykklubben» som ble dannet i 1992. Vi var seks

kvinnelige psykologer som jobbet ulike steder i Vestfold. Alle kjente vi Aase, men ikke alle kjente hverandre fra før av. Nå har vi holdt sammen i mer enn tretti år. Gjennom disse tretti årene har vi opplevd oppturer og nedturer både privat, som arbeidstager og i rollen som psykolog. I gruppa har vi kunnet dele gleder og sorger, frustrasjoner og seiere. Aase har vært gruppas mentor og lim. Hun viste engasjement og omtanke både for vårt profesjonelle og personlige liv. Aase var vårt faglige tyngdepunkt. Hun var vår kloke inspirator og vårt samlingspunkt. En verdifull kollega og venn. Vi savner henne i takknemlighet. For som Aase sa i en av de aller siste samtalene:

«Det er utrolig godt og viktig med de relasjonene som har så lange linjer.»

Vi lyser fred over Aases gode minne.

Psyk-klubben;

*Miriam Bendiksen*

*Wenke Siljeholm*

*Hilde Jangård*

*Lillian Smith*

*Anne Marie Knutheim*

## MINNEORD

## AUDUN ABILDSNES

1963–2023



**VÅR GODE KOLLEGA** og nære venn Audun Abildsnes døde 10. oktober kort tid etter at han fylte 60 år. I nesten to år sleit Audun med en alvorlig kreftsykdom. Det ble mange og slit-somme behandlinger og sykehusopphold. Den siste tiden fikk han heldigvis være hjemme med familien, noe han satte enormt pris på. Vi holdt kontakten gjennom sykdomsårene, og vennskapet ble både nærere og sterkere. Audun var åpen, ærlig og modig gjennom disse strev-somme årene. Han stoppet ikke å kommunisere før de siste par dagene.

Audun var født og oppvokst i Kristiansand. Han studerte i Bergen, hvor han ble ferdig psykolog i 1988. Der traff han også Gro, og i 1990 flyttet de til Davik, Gros lille og vakre hjembygd ytterst i Nordfjorden. Ved siden av Auduns psykologpraksis hadde de villsauer. De to fikk seks barn og per i dag er det også seks barnebarn. Audun var stolt og opptatt av sin store og flotte familie.

Som kollega var Audun kunnskapsrik, oppdatert og raus. Han delte alltid av sin kompetanse. Hadde vi spørsmål som vi ønsket å diskutere, tok han telefonen når vi ringte, enten det var søndag eller mandag. Eneste unntak var hvis han var ute og fisket. Når vi nå med sorg leser igjennom sms-delen av kontakten vår med Audun, ser vi at han hele veien var opptatt av psykologfaglige problemstillinger og kommenterte på diskusjoner som gikk i mediene.

Som barnefaglig sakkyndig var Audun etter-spurt. I domstolen ble han karakterisert som

faglig sterk, prinsippfast, interessert og med et stort hjerte. Han var dyktig og uredt.

Audun begynte sin karriere i Nordfjord på Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Nordfjordeid. Vi som fikk gleden av å samarbeide med Audun erfarte han som en kollega med et sterkt faglig driv. Audun ville det aldri halvveis, han stilte krav til sine omgivelser, slik han også gjorde til seg selv.

Etter godkjenning som spesialist i voksenpsykologi startet han opp egen praksis som avtalespesialist, først i Svelgen og fra 2000 i kontor-fellesskap med Hans Georg midt i Nordfjordeid sentrum. Her drev han sin kliniske praksis fram til sykdommen rammet høsten 2021. Hver morgen på kontoret startet med kaffe og en god prat før pasientene kom på løpende bånd. Audun hadde en smittende høy arbeidskapasitet. Vi jobbet mye, men hadde alltid tid til korte utvekslinger av tanker og refleksjoner mellom pasientene. Audun var en dyktig diagnostiker og kliniker som var godt likt av sine pasienter.

Som venn var Audun ærlig, rett fram og til å stole på. Han var særdeles lite selvopptatt. Selv når han var så syk som han var, brydde han seg om hvordan vi andre hadde det. Vi har opp gjennom årene hatt mange trivelige møter der vi kunne spise, drikke og diskutere fag, politikk og alt mulig annet uten å skulle på jobb dagen etter.

På sangheftet i begravelsen hadde Audun selv skrevet et etterord. Etter tillatelse fra Gro vil vi sitere det første avsnittet:

*Når dette leses, er jeg ikke her lenger.  
Jeg er ikke her lenger, men jeg fins likevel.  
For du har ennå minner om meg, om hvem jeg var,  
og om det livet jeg levde.  
Derfor fins jeg fortsatt, selv om jeg ikke er **her** fortsatt.*

Vi savner vår gode venn og vil bære med oss alle de gode minnene om Audun i våre levetider.

*Hans Georg Kayser, Svein Kristiansen og Thor Aage Egeland*

## Medvirkning er merverdi

*Som fagforening har vi en plikt og en rett til å medvirke i omstillingsprosesser som berører våre medlemmer. Dette er helt vesentlig for å kunne sikre beslutninger som er til det beste for arbeidsgiver, medlemmene og samfunnet.*

I Helse Nord pågår det nå en omfattende omstillingsprosess under overskriften «funksjons- og oppgavedeling». Dette er et krevende arbeid som kan innebære nedleggelse, sammenslåinger og flytting av tilbud. I denne prosessen er både Akademikerne involvert i det regionale helseforetaket og Psykologforeningen involvert ved sine tillitsvalgte i de lokale helseforetakene.

Det er åpenbart at denne prosessen vil ha store konsekvenser for Nord-Norge som landsdel, både med hensyn til helsetilbudet til befolkningen og arbeidsplassene for helsepersonell. Bakgrunnen for prosessen er også omstridt. Det pekes på demografiske endringer og mangel på helsepersonell som hovedårsak. Samtidig ser man at finansieringsnøkkelen for helseforetakene og store byggekostnader har slått hardt ut for Helse Nord. Uavhengig av denne diskusjonen om årsaker, så har styret i Helse Nord valgt å sette i gang omstillingsprosessen i høyt tempo.

Akademikerne, Unio og LO valgte å be om en forlengelse av tiden avsatt til omstillingsprosessen i en direkte henvendelse til styret i Helse Nord. Hvis vi ser på hvorfor det ble bedt om mer tid, er vi inne i kjernen av hva som ligger i medvirkning.

Hvis man skal ha en omstillingsprosess, så må det være noen sentrale premisser på plass. Det må være etablert en felles målsetning og et faktagrunnlag om nåværende situasjon. Det må være mulighet for alle berørte parter til å si sin mening og spille inn relevante perspektiver og opplysninger i prosessen. Hvis ikke dette er på plass, er det umulig å sikre tillit til beslutningene som fattes.

De tre hovedsammenslutningene var samstemte om at «tidsplanen som er avsatt ikke gir rom for å få på plass et tilstrekkelig forankret og forsvarlig faktagrunnlag». Videre at «tids-

linja setter klare begrensninger for i hvilken grad arbeidet kan forankres hos tillitsvalgte og ansatte, hos brukere, i kommunene, og i de enkelte foretakene. Videre er vi bekymret for om tidslinja i tilstrekkelig grad gir rom for kvalitet i det arbeidet som leveres, og som svært viktige beslutninger skal fattes på grunnlag av.»

Det norske arbeidslivet har hatt stor nytte av samarbeidet mellom arbeidsgiver, arbeidstakere og myndigheter. Ikke bare i lønnsoppgjør, men i utviklingen av arbeidslivet og i forlengelse utviklingen av samfunnet vårt. Det er grunnen til at alle samfunnsaktører er opp-tatt av et organisert arbeidsliv. Hvis vi ikke har organisasjoner og talspersoner som kan snakke på vegne av grupper med legitimitet og som sammen kan fatte beslutninger til alles beste, så taper hele samfunnet på dette.

Derfor er det av vesentlig betydning at det legges opp til prosesser som sikrer at denne samfunnskontrakten kan oppfylles, uansett hvor prekært det oppleves at man kommer til en beslutning. Fordi en beslutning uten legitimitet, er ingen reell beslutning.

Så er ikke det ensbetydende med at en foreslått beslutning er endelig. Her vil det være ulik vektning av hensyn avhengig av arbeidssted, bosted, funksjon, rolle og et utall andre faktorer. Det sier også seg selv at det ikke er en fasit på problemstillinger som må veie helsebehov opp mot reiseavstand, tilgang til personell, befolkningsgrunnlag, tilgjengelig byggmasse, værforhold, økonomiske rammer og et utall andre faktorer.

Dette er en prosess Psykologforeningen er forberedt på å bidra inn i fremover, særlig via de lokale tillitsvalgte. Da er det et minstekrav at prosessen har tid til å skaffe til veie et tilstrekkelig faktagrunnlag som beslutningene skal hvile på.



FOTO: FARTEN RUDJORD

### TEKST

Håkon Kongsrud  
Skard, President

## Taushetsplikt og journalsystemer i landets kommuner

*Ivaretar kommunens journalsystem taushetsplikten og pasientrettighetene?*



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

**TEKST** Ellen Ekre  
Engh, spesialrådgiver/  
advokat

Jus- og arbeidslivsavdelingen får en del henvendelser fra kommunalt ansatte psykologer angående manglende tilgangsstyring i arbeidsgivers journalsystem. Dette får det utslag at alt helsepersonell har tilgang til psykologens journalnotater. Psykologen har også automatisk tilgang til annet helsepersonells journaler. Dette er ikke i tråd med lovgivningen, og her skal vi oppsummere hvilke bestemmelser som er aktuelle i denne sammenheng.

Helsepersonell har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21, og som et utgangspunkt gjelder denne også psykologer. Taushetsplikten innebærer ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Denneplikten samsvarer med pasientenes rett til vern mot spredning av opplysninger. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6.

Kommunen er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d å legge til rette for at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter.

Pasientjournalloven § 7 oppstiller krav til behandlingsrettede helseregistre. Pasientjournalloven § 22 har bestemmelser om informasjonssikkerhet og at den dataansvarlige (arbeidsgiver) skal sørge for tilgangsstyring, logging og kontroll. Et system hvor alt helsepersonell har tilgang til alle journalnotater uten logging, er også i strid med denne bestemmelsen. Dette ansvaret er videre utdypet i pasientjournalforskriften §§ 13 og 14 hvor det fremkommer at «*Den dataansvarlige skal ha oversikt over hvem som har tilgang til hvilke typer opplysninger og kunne kontrollere i ettertid hvem som har benyttet seg av tilgangen*»

Helsepersonelloven § 25 gir hjemmel for unntak fra taushetsplikten mellom helsepersonell, og åpner for å gi helseopplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til en konkret

pasient. Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 45. § 25 regulerer de situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter, mens § 45 regulerer plikten til å gi helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient. Felles for bestemmelsene er at det kun er opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp som kan deles mellom helsepersonell.

For å dele taushetsbelagt informasjon med en kollega, må det altså forelegges et tjenstlig behov. Det er kun «nødvendige og relevante» helseopplysninger som kan utleveres. Det er «need to know»-prinsippet som er kodifisert i lov. I personvernretten kalles dette dataminimeringsprinsippet. Dette må vurderes konkret fra sak til sak, og en generell tilgang til alle journaler for alt helsepersonell i en kommune uten loggføring/tilgangskontroll er strid med taushetsplikten. Den informasjonen som ikke er nødvendig i forbindelse med behandlingen av pasienten er omfattet av taushetsplikten.

Vilkåret for tilgang til disse opplysningene er at slik tilgang er nødvendig for å kunne yte helsehjelp til pasienten. Slik kommunikasjon er tillatt, uten hinder for taushetsplikten, med mindre pasienten har motsatt seg det. Pasienten kan be om at informasjon ikke kommuniseres videre, eller begrense at informasjonen utleveres. Det er ikke et krav om samtykke fra pasienten for å kommunisere slik informasjon, med mindre man har holdepunkter for at pasienten ville motsatt seg det. Ved tvil om hva pasienten ville ønsket, bør pasienter informeres om hvilke planer som foreligger for å dele informasjon, med muligheter for å stanse dette. Et godt tips er å informere pasienten om rammer for behandling og samarbeid, herunder informasjonsutveksling med annet helsepersonell underveis i behandlingsopplegget.

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



**Norsk Karakteranalytisk Institutt**  
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar

Neste oppstart 26. januar 2024 i Oslo

### Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening). Norsk Karakteranalytisk Institutt har per i dag avtale om adgang til økonomisk stønad til veiledning og egenbehandling under utdanningen. Som kandidat ved NKI har du også anledning til å søke refusjon fra HELFO for behandlingstimer du gir under utdanningen.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:  
 telefon **412 56 600** eller  
**www.karakteranalyse.no**

Søk online:  
[www.karakteranalyse.no/soknadsskjema-for-den-karakteranalytiske-utdanningen](http://www.karakteranalyse.no/soknadsskjema-for-den-karakteranalytiske-utdanningen) eller på e-post til **kontor@karakteranalyse.no**

**Søknadsfrist: 31.12 2023.**

På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

#### Andre seminarer ved NKI

- Todagers innføringskurs i Karakteranalyse for leger og psykologer (oppstart 05.04.2024)
- Etterutdanning seksuell helse for psykologer og psykiatere (oppstart 26.08.2024)

## 12 dagers treningsprogram i Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT)



**Kursholdere:** Psykologspesialistene A.T. Elen & T. Andersen

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

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

**Frist påmelding:** 8. mai 2024

**Sted:** Tønsberg, Tollboden, Nedre Langgate 38

**Datoer:** 22.–24. mai, 28.–30. august, 20.–22. november 2023, 15.–17. januar 2025

**Pris:** kr 32 000 inkl. lunsj, kaffe og frukt

**Hjemmeside:** [www.bedreterapeuter.no](http://www.bedreterapeuter.no)

**Kontakt:** [kontekstuell@gmail.com](mailto:kontekstuell@gmail.com)





## Obligatorisk program i **Habiliteringspsykologi**

*Liker du å arbeide med utfordrende problemstillinger i skjæringspunktet mellom utviklingspsykologi, nevropsykologi, nevrologi og psykiske lidelser vil habiliteringspsykologi være noe for deg.*

Habiliteringspsykologen arbeider med utredning og behandling av barn og voksne med komplekse tilstander. Pasientene har ofte med omfattende bistandsbehov som krever samarbeid mellom flere spesialister og med hele systemet rundt pasienten. Spesialister i habiliteringspsykologi arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, statlige kompetansesentra, PPT, og med sakkyndighetsarbeid, offentlig forvaltning, forskning og fagutvikling.

Psykologforeningen starter obligatoriske kurs i spesialiteten i habiliteringspsykologi i mars 2024.

### **Kurs 1: 7.–8. mars 2024**

Modeller og prinsipper for habiliteringspsykologisk arbeid

### **Kurs 2: 29.–30. august 2024**

Kognitiv funksjonsnedsettelse ved komplekse tilstander: Utredning og tiltak

### **Kurs 3: 11.–12. november 2024**

Autismespekterforstyrrelser: Prinsipper for utredning, differensialdiagnostiske utfordringer og oversikt over ulike behandlingstilnærminger

### **Kurs 4: 10.–11. februar 2025**

Språk og kommunikasjon: Utredning, tilrettelegging og behandling

### **Kurs 5: 12.–13. mai 2025**

Psykiske lidelser og utfordrende atferd

### **Kurs 6: 18.–19. september 2025**

Spesifikke utfordringer ved utvalgte tilstander i et livsløpsperspektiv

For å kunne starte på de obligatoriske kursene til spesialiteten må du ha fullført alle fire kursene i Fellesprogrammet. Påmelding gjøres til kurs 1 og det er bindende påmelding til alle kursene i programmet.

Psykologspesialister kan søke om å få delta på enkeltstående kurs som vedlikeholdsaktivitet.

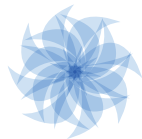
Sted og dato: Oslo, 7.–8. mars 2024 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 1. februar 2024

Medlemspris: kr 7 980,- per kurs

Kursnr.: 10HA124006

For mer informasjon og påmelding: [www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning).



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



## EMDR Norge Dagskonferanse

Oppmøte og digitalt

### Oslo 5. april 2024

kl. 09.00–16.00 på Scandic Solli

Michel Silvestre psykolog, PhD  
EMDR og SORG:

Pris inkl. lunsj medlemmer: kr 1 500,-/  
ikke medlemmer: kr 1 750,-  
Digitalt: kr 750,-/950,- Gruppe: kr 1 250,-

Program og påmelding: [www.emdrnorge.no](http://www.emdrnorge.no)



## Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

### Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon:

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

## MAJORSTUEN/FAGERBORG

Fleksibel kontorutleie i Rosenborggt. 9A.

To store kontorer for psykologer, psykiatere o.a.  
Morgen, dag, ettermiddag.

Ikke depositum. SMS: 975 85 920.

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. desember**, frist  
for å bestille annonse til desember-  
utgaven er **17. november**

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

# Utdanningsprogram

- Fordypning i eksistensiell dynamisk terapi
- For leger og psykologer
- Våren 2024 – våren 2026
- Fagleder Psykolog Gry Stålsett



Utviklet i samarbeid med psykoanalytiker Ana-Maria Rizzuto og den eksistensielt orienterte forfatter og psykiater Irvin Yalom.

Basert på VITA-modellen, Modum Bad.  
Eksistensiell, narrativ, dynamisk-relasjonell  
og emosjonsfokuset behandling.



Bispehagen  
— SAMTALESENTER —

MF VITENSKAPELIG  
HØYSKOLE

Mer informasjon på <https://mf.no>

## Helse Sør-Øst RHF



## Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: [helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)



PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

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

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2024

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonser har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	14.12	02.01
2	18.01	01.02
3	16.02	01.03
4	13.03	02.04
5	17.04	02.05
6	15.05	03.06

### ANNONSEFORMATER

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

### PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

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

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





Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 11 000 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 53 medarbeidere og heltids president.

Norsk psykologforening søker

## SPESIALRÅDGIVER I FAGPOLITISK AVDELING

Vil du være med å påvirke utviklingen av barne- og ungdomspsykologien i Norge?

Er du vår nye kollega i fagpolitisk avdeling? Vi har ledig fast stilling for spesialrådgiver med kompetanse i barne- og ungdomspsykologi. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse vil regjeringen i de kommende årene heve kvaliteten på psykiske helsetjenester for barn og unge. Vi søker en faglig sterk psykologspesialist med fordyping og solid erfaring fra barne- og ungdomsfeltet. Du må ha et sterkt engasjement og interesse for å være med på å utforme psykologenes bidrag og til påvirke tjenesteutviklingen. Fagpolitisk avdeling arbeider med et bredt spekter av psykologfaglige spørsmål. Avdelingen består av fagsjef og syv spesialrådgivere som har ansvar for ulike fagpolitiske områder. Avdelingens hovedoppgaver er å sikre et godt beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkt og bistå politisk ledelse i påvirkningsarbeid. Stillingen gir anledning til å fordype seg i faget og jobbe selvstendig i et stimulerende og kreativt arbeidsmiljø.

### ARBEIDSOPPGAVENE ER:

- Utredning av faglige spørsmål
- Følge med i utviklingen på ulike fag- og tjenestekområder, særlig med relevans for barn og unge
- Bidra i utarbeidelse og formidling av fagpolitikk
- Delta i møter og samarbeid med relevante myndighetsinstanser
- Samarbeid og dialog med tillitsvalgte og medlemmer i psykologforeningen
- Gi råd til medlemmer i faglige spørsmål

Noe reisevirksomhet må påregnes.

### KOMPETANSE OG ERFARING:

Erfaring og personlige egenskaper vil bli vektlagt.

Du må:

- Være autorisert psykolog med spesialisering, fortrinnsvis innen barne- og ungdomspsykologi
- Betydelig erfaring fra arbeid i barne- og ungdomsfeltet slik som i kommunale psykiske helsetjenester, BUP, PPT, barnevern eller relevante forvaltnings- eller myndighetsorganer

- Kjennskap til flere deler av tjenesten og til de tverrsektorielle arenaene for barn og unge
- Andre ønskede erfaringsområder:
- Erfaring med fagutviklingsarbeid og systemarbeid
- Erfaring med strategi- og påvirkningsarbeid
- Gjerne erfaring med politisk arbeid

### VI ØNSKER OSS EN KOLLEGA SOM:

- Brenner for faglig utviklings- og forbedringsarbeid
- Har et godt faglig og/eller politisk nettverk
- Er en sterk formidler, både muntlig og skriftlig
- Samarbeider godt
- Har gode analytiske evner
- Liker å sette seg inn i nye fagområder

Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser og et godt arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse. Vi holder til i trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, sentralt i Oslo.

Tilrettelegges for fleksibel bruk av hjemmekontor.

### SPØRSMÅL OM STILLINGEN:

Fagsjef Kim Edgar Karlsen, tlf. 23 10 31 10/mobil 408 55 553

En kort søknad med CV sendes til [stillinger@psykologforeningen.no](mailto:stillinger@psykologforeningen.no) innen **17. desember 2023**

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### 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 Øhlckers**  
908 81 250  
larsravnohlckers@gmail.com

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

**Emma Røisland Torsvik**  
studentrepresentant  
979 62 540  
emmartorsvik@gmail.com

### 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

**Runar Selaas (1. vara  
studentrepresentant)**  
472 66 616  
runarselaas@hotmail.com

**Frida Tveiten Gundersen  
(2. vara student-  
representant)**  
454 29 809  
frida.tveiten@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**  
**Runa Kongsvik**  
runa.kongsvik@gmail.com  
938 63 918

### Møre og Romsdal

**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 Lindø**  
libi@siv.no  
473 83 123  
916 99 270

**Troms**  
Ida Atalie Falch  
Ida.atalie@gmail.com  
916 99 270

**Vest-Agder**  
Øyvind Buli Føreland  
vestagder@  
psykologforeningen.no  
948 84 351

**Vestfold**  
Paul André Myhrer  
amyhrer@gmail.com  
990 41 900

**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 FAGETISKE KLAGESAKER

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

### LØNNS- OG ARBEIDSLIVS- UTVALGET

**Hanne Indregard Lind**,  
leder/KTV Helse Sør-øst  
tlf. 948 05 153

### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

### SPECIALITETSRADET

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

### FAG- OG PROFESJONSRADET

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

**FAGUTVALGENE**

*Felleselementene*  
**Johan Siqveland**,  
 johan.siqveland@gmail.com,  
 tlf. 922 90 143

*Barne- og ungdomspsykologi*  
**Kjersti Hamre Lotsberg**,  
 k\_hamre@hotmail.com,  
 tlf. 416 57 694

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

*Rus- og avhengighetspsykologi*  
**Eva Karin Løvaas**, leder,  
 evakarinloevaas@gmail.com,  
 tlf. 916 64 076

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

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

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

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

*Habiliteringspsykologi*  
**Tonje Elgsås**,  
 tonjeped@gmail.com,  
 tlf. 922 33 224

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

*Samfunn- og allmennpsykologi*  
**Kjersti Hildonen**, leder,  
 khi@lorenskog.kommune.no,  
 tlf. 907 85 288

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

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

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

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK UTVALG**  
**Emma Røisland Torsvik**,  
 leder, emmartorsvik@gmail.com, tlf. 979 62 540

**KLIMAUTVALGET**  
**Tuva Bræin**,  
 tuvabraein@gmail.com,  
 tlf. 458 52 172

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET**

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

**TESTPOLITISK UTVALG**

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

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Helén Ingrid Andreassen**,  
 ypu@psykologforeningen.no

**SEKTORUTVALG**

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

*Stat*  
**Grethe H. Strand Rolfsen**,  
 Bufetat Region Øst, leder,  
 grethe.strand.rolfsen@bufetat.no, tlf. 959 99 232

*Kommunal sektor*  
**Kristin Haugholt**, leder,  
 Ringsaker, kristinhaugholt@hotmail.com, tlf. 951 72 032

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

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

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

*Administrasjonsavdeling*

**Linda T. Grønås**,  
 administrasjonssjef,  
 linda@psykologforeningen.no

*Jus og arbeidslivsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
 forhandlingssjef,  
 forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

*Fagpolitisk avdeling*

**Kim Edgar Karlsen**, fagsjef,  
 kim@psykologforeningen.no

*Utdanningsavdeling*

**Bjørnhild Stokvik**,  
 utdanningssjef, bjornhild@psykologforeningen.no  
 Kontakt kurs@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](http://www.psykologforeningen.no)

# Innhold

- 766 Forord**  
Det viktige mangfoldet |  
Elisabeth Schanche & Roger Hagen
- 768 Nadine**  
Kasus
- 770 Kognitiv atferdsterapi**  
Teoretisk artikkel | Grande & Røssberg
- 781 Metakognitiv terapi**  
Teoretisk artikkel | Henrik Nordahl et al.
- 792 Aksept og verdibasert atferdsterapi**  
Teoretisk artikkel | Andersen & Elen
- 802 Relasjonsrettet dynamisk psykoterapi**  
Teoretisk artikkel | Råbu & Hytten
- 811 Intensive Short-Term Dynamic  
Psychotherapy**  
Teoretisk artikkel | Myhre & Sandvik Hansen
- 821 Unified Protocol**  
Teoretisk artikkel | Jon Vøllestad et al.
- 831 Eksistensiell psykoterapi**  
Teoretisk artikkel | Per-Einar Binder
- 841 Emosjonsfokuset terapi**  
Teoretisk artikkel | Stiegler & Vassbø Hagen
- 851 Emosjonsfokuset parterapi**  
Teoretisk artikkel | Sindre Kvithyld Aasli
- 860 Integrativ terapi**  
Teoretisk artikkel | Weie Oddli & Kjøs
- 872 Etterord**  
Elisabeth Schanche & Roger Hagen
- 876 MENINGER**  
Debatt: Kjønnsinkongruens (s. 876 &  
s. 878), Produktivitet (s. 880), Test- og  
kartleggingsverktøy (s. 882), Anoreksi  
(s. 885 & s. 887), Klima (s. 889), Meningsløshet  
i terapirommet (s. 890), Autisme (s. 892)
- 893 Norske hjerter brenner**  
Nye stemmer | Usman M. Chaudhry
- 896 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Praksisnært oppslagsverk  
om emosjonsfokuset terapi (s. 896),  
Et revitaliserende blikk på ISTDP (s. 898)
- 899 Minneord**
- 903 Annonser**
- 906 Stillingsannonser**