

Daan van Baalen og Gro Skottun
Forsøk på å forske på gestaltterapi
Norsk gestalttidsskrift 23(1), 27–52.

Sammendrag

Dette er en artikkel om et forskningsprosjekt utført av førstelektor Daan van Baalen ved Norsk Gestaltinstitutt (NGI) i perioden 2017-2019. Motivasjonen for prosjektet var på sikt å få validert gestaltdiagnoseskjemaet som er i bruk ved NGI. Denne forskningen var et første skritt i en slik prosess, der van Baalen ville undersøke om det var en korrelasjon mellom resultatene ved bruk av et CORE-10 evalueringsskjema, som er validert, og gestaltdiagnoseskjemaet når disse ble fylt ut av henholdsvis klient og gestaltterapeut over tid. Artikkelen beskriver først gjennomføringen av prosjektet og deretter hvordan vi etter at prosjektet opphørte, har reflektert over de innsamlete dataene og selve forskningsprosessen.

Nøkkelord:

Kvantitativ forskning, gestaltdiagnoseskjema (GDS), CORE-10-skjema, gestaltterapi, skjemabasert forskning

Forsøk på å forske på gestaltterapi

Av Daan van Baalen og Gro Skottun

Innledning

Vi, Gro Skottun og Daan van Baalen, som skriver denne artikkelen, har et langt liv bak oss som gestaltterapeuter, lærere og forskere. Vi er gift og har vært kollegaer i nesten førti år. For snart sju år siden avsluttet van Baalen et forskningsprosjekt om bruk av to spørreskjemaer i terapi, Core-10 og gestaltdiagnoseskjemaet (GDS) der CORE-10 var validert og godkjent for bruk i forskning, GDS ikke. Hensikten med prosjektet var å begynne en prosess for å få det ikke-validerte skjemaet validert slik at det også kunne brukes i forskning.

Skottun var van Baalens samtalepartner underveis i forskningsprosessen og sammen skrev vi et artikkelutkast om prosjektet da det var fullført. Forskningsspørsmålet for prosjektet var å utforske om det var korrelasjon mellom resultatene fra CORE-skjemaet og gestaltdiagnoseskjemaet. Artikkelen ble sendt til fagfellevurdering med tanke på publisering i Norsk Gestalttidsskrift (NGT). Fagfellene mente imidlertid at artikkelen ikke kunne publiseres i sin daværende form da forskningsspørsmålet ikke kunne besvares på bakgrunn av gjennomført forskning. De mente imidlertid at forskningen var interessant og oppfordret oss til å skrive en ny artikkel, men med en annen vinkling. Det er det vi gjør her. Veien til denne nye artikkelen har imidlertid vært lang.

Bakgrunn for å skrive denne artikkelen

Det var frustrerende og skuffende for begge at artikkelutkastet ikke ble godkjent av fagfellene, men van Baalen forsto og var enig i deres konklusjon. Han brukte en del tid på å kontakte andre forskere med kompetanse i både kvantitativ og kvalitativ forskning for å finne en vei videre til å bruke dataene som var samlet inn. Vi skrev flere nye utkast til artikkel, men klarte ikke å formulere et forskningsspørsmål som var relevant for de innsamlede dataene. Skriveprosessen stoppet opp, og artikkelen ble liggende helt til redaktør av NGT, Per Terje Naalsund, snakket med oss begge om viktigheten av å få den publisert. Naalsund hadde intervjuet van Baalen om dette prosjektet i Gestaltterapeuten

(Naalsund, 2022) og sa at forskning på gestaltterapi er såpass viktig og vanskelig å gjennomføre at fagmiljøet også kan lære mye av å få vite om forskning som ikke kommer fram til noen klar konklusjon. Van Baalen fikk motivasjon til å se på dataene på nytt, og Skottun ble igjen en viktig samtalepartner.

Van Baalen hadde lenge følt seg skyldig fordi han ikke hadde publisert en artikkel om forskningsprosjektet. Terapeutene som hadde deltatt hadde brukt mye tid på å lære om forskningsprosjektet, hvordan skjemaene skulle fylles ut og selve prosessen der klientene og de selv fylte ut skjemaene. Studenter og kontorpersonale ved NGI hadde også investert tid i tillegg til alle dem han hadde rådført seg med underveis i forskningsprosessen. Så det var fint å få en dytt til å komme i gang med det som var uferdig og hadde plaget oss en lang tid. Vi var begge oppmerksomme på sannheten i Kurt Lewins påstand om at mennesker har behov for å avslutte uferdige situasjoner (Skottun & Krüger, 2017, s. 90).

Som forskere har vi lært at det er viktig å være åpen og undrende i forhold til det vi utforsker (Kolmannskog, 2019). Vi hadde stagnert og blitt fikserte i den opprinnelige ideen om å sammenligne resultatene av de to skjemaene for å bruke resultatene i en valideringsprosess. Det som slo oss da vi på nytt så på kurvene som ble laget på bakgrunn av de innsamlete dataene fra de to spørreskjemaene, var at det var samsvar mellom utseendet på kurvene. Fagfellene hadde ikke forholdt seg til dette, da de mente at man ikke kunne sammenligne svarene på skjemaene. Bakgrunnen for at van Baalen valgte å sammenligne CORE og GDS, var at han hadde hatt gode erfaringer med å bruke CORE-skjemaet til evaluering i terapi fra tidligere (Mjelve, Skottun, van Baalen, 2015) og tenkte at CORE og GDS, som begge brukes i evaluering av gestaltterapi, kunne sammenlignes. Så selv om fagfellene mente skjemaene ikke kunne sammenlignes, var det det van Baalen hadde gjort. Denne likheten tenkte Daan at han kunne bruke i sin videre analyse av dataene. Vi var i gang med artikkelskrivingen på nytt.

Vi vil her først presentere bakgrunnen for forskningsprosjektet, før vi deretter beskriver forskningen som ble gjennomført med metode og datainnsamlingen. I siste del av artikkelen reflekterer vi over dataene og ser på bruk av forskningsmetoder i forskningsprosessen. Vi viser her hvordan våre funn kan forstås i lys av tidligere forskning på psykoterapi og drøfter hvilke konklusjoner vi kan trekke.

Begrunnelse for forskningsprosjektet

Det har i lengre tid vært en diskusjon blant gestaltterapeuter og gestaltteoretikere om behovet for å forske på utførelse og resultat av gestaltterapi. Dette behovet for å gi forskningsbegrunnede svar på spørsmålet om hvordan gestaltterapi virker i praksis, er bakgrunnen for Norsk Gestaltinstitutt Høyskole sin satsning på å utforske bruk av spørreskjemaer i terapi. Det er tidligere beskrevet to pilotprosjekter i Norsk gestalttidsskrift

der det første omhandlet bruk av CORE-(Clinical Outcomes in Routine Evaluation) evalueringsskjemaer (Mjelve, Skottun, van Baalen, 2015) og det andre om bruk av gestaltdiagnoseskjema (GDS) i gestaltterapi (Skottun & Mjelve, 2018). Dette prosjektet er en oppfølging av de to foregående pilotprosjekter og gikk over to år.

Det ble i forkant av prosjektet gjort litteratursøk for å utforske hva slags forskning som allerede er gjort på gestaltterapi i forskjellige databaser og litteratur. Resultatene av søkene viser at det er stor enighet i fagmiljøet om viktigheten av å forske på resultater av behandling i gestaltterapi (Joyce & Sills, 2014; Roubal m. fl., 2016; Wong m. fl., 2016; Yontef, 1993; Salinas, 2016), og det er etter hvert publisert flere studier som en konsekvens av denne interessen. For eksempel er det gjort studier om utbytte av gestaltorienterte workshops (Leung, Leung, & Ng, 2013), og utbytte av gestaltgrupper for terapeuter under utdanning (O'Leary m. fl., 2007). Utbytte av gestaltterapi og veiledning der «den tomme stolen» aktivt er blitt benyttet (Greenberg & Malcolm, 2002; Cheung & Nguyen, 2012), er forskningsmessig undersøkt. Videre har det blitt en økende interesse og aksept for at gestaltterapeuter bør forske på egen og andres praksis (Roubal m.fl., 2016; Brownell P., 2016; Melnick J., 2016; Béja V., 2020; Kolmannskog, 2019) der diskusjonen i det siste har dreid seg om hva slags forskning gestaltterapeuter kan delta i og hvilke metoder som er best egnet til dette (Spagnuola Lobb, 2016; Evans C., 2016; Wong A., m. fl. 2016; Kolmannskog V., 2019). Det er også foretatt sammenlignende studier av gestaltterapi og andre terapiretninger (Møklebust, 2013; Stevens, 2011; Strümpfel, 2013). Det er utviklet en guide for å gjennomføre «kasusbasert over tid»-forskning i gestaltterapi (Wong m. fl., 2016) for å støtte klinikere til å forske på utviklingen av terapi med enkeltklienter.

Et av de mest kjente forskningsprosjektene i gestaltterapi er Greenbergs arbeid med indre konflikter mellom forskjellige deler av selv. I dette forskningsprosjektet var de imidlertid mer fokusert på å måle og vurdere prosessen i stedet for resultatet (Greenberg & Foerster, 1996). I 2019 publiserte Raffagnino en systematisk oversikt over forskning som er gjort på effekten av gestaltterapi i løpet av perioden 2006–2018 der 11 prosjekter ble utforsket. I disse prosjektene ble det brukt forskjellige forskningsmetoder, og resultatene viser at gestaltterapi har effekt spesielt ved bruk av grupper i forskjellige sammenhenger. I 2021 ble det publisert en annen viktig oversikt over forskning på effekten av gestaltterapi på barn og ungdom (Stripling, 2021). Forfatterens konklusjon etter å ha samlet analyser av åtte publiserte studier etter år 2000, er at gestaltterapi var nyttig for unge klienter ved angsttilstander, traumatiske symptomer, lettere depresjoner og også lav selvfølelse, kommunikasjonsferdigheter og konflikthåndtering. Det er dessuten gjort forskjellige studier som bekrefter effekten av gestaltterapi i behandling av PTSD (Nazari m.fl., 2014) og depresjon hos eldre tenåringer (Shariat m.fl., 2020), i å forbedre emosjonell regulering blant pasienter med MS

(Javadi Larijani m.fl., 2021), i økende følelse av støtte og håp så vel som smerteredusering blant kvinner med bryst kreft (Mokrivala m.fl., 2022a; 2022b), i redusering av angstnivået hos kvinner som lider av MS (Javadi Larijani m.fl., 2023) og i forminskning av symptomer ved sosial fobi blant kvinnelige medisinerstudenter (Zare m.fl., 2023).

I senere tid er det publisert flere artikler om studenters utbytte av gestaltterapi ved NGI, der den første er fra en spørreundersøkelse av fjerde års studenter i terapiutdannelsen (Nilsen, 2024), den neste er en autoetnografisk artikkel der forfatteren reflekterer over sin egen terapierfaring i løpet av studiet (Heivoll, 2024) og til sist et fokusgruppeintervju med noen av de samme studentene som i spørreundersøkelsen (Moe, 2025). Disse undersøkelsene viser at gestaltterapi er nyttig for alle studentene i større eller mindre grad.

På bakgrunn av en erkjennelse av behovet for forskning på gestaltterapi i Norge i forbindelse med skolens reakkrediteringsprosess i 2012 for å få fortsatt godkjennelse fra NOKUT av terapiutdannelsen, begynte van Baalen å utforske hva slags forskning som ville være hensiktsmessig og nyttig å gjennomføre. Inspirert av forskere på gestaltterapi i England, kjøpte NGI et verktøy, CORE – OM, som besto av flere skjemaer til bruk for måling av klienters opplevelse av hvor bra eller dårlig de hadde det siste uke. Dette verktøyet beskrives senere i artikkelen. Som nevnt i innledningen hadde van Baalen allerede gjennomført et pilotprosjekt med bruk av et av CORE-skjemaene (Mjelve, Skottun, van Baalen, 2015) og gestaltdiagnoseskjemaet (GDS) som van Baalen hadde utviklet og brukt i et senere forskningsprosjekt (Skottun og Mjelve, 2018). Den gangen var vi opptatt av hvordan det var for deltagerne å bruke skjemaene i sitt terapiarbeide. Det ble brukt fokusgruppeintervjuer ved begge prosjektene.

Selv om det er stor enighet blant gestaltteoretikere og forskere om viktigheten av å evaluere og forske på gestaltterapi, så er det svært få som presenterer et måleverktøy basert på gestaltteori. Et av få gestaltnåleinstrumenter er GIRL (Woldt, 2013), som er et eget rapporteringsinstrument som vurderer pasientens bruk av «kontakt/avbrudd-mekanismer». En annen utviklet teori er en test for å diagnostisere depresjon hos barn basert på gestaltteoretisk perspektiv på prosess for å gjenkjenne behov og handle på bakgrunn av disse behovene, som har blitt utviklet av Todd Burley og hans team. Et forskningsprosjekt basert på denne testen er gjennomført (Babakhanyan og Burley, 2016).

Gestaltdiagnoseskjemaet, som vi beskriver nøyere senere i artikkelen, er et skjema basert på gestaltterapiteori og ble opprinnelig utviklet for å evaluere hvordan situasjonen mellom terapeut og klient utviklet seg over tid. Etter litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser, samtaler med kollegaer og søk i kjent gestaltlitteratur, fant van Baalen ikke noe som tilsvarer gestaltdiagnoseskjemaet han hadde utviklet.

Andre teoretikere beskriver måter å diagnostisere eller evaluere på der de inkluderer gestaltteori til en viss grad, men de inkluderer ikke et spesifikt instrument

eller evalueringsskjema som kan brukes i forskning (Brownell, 2010; Roubal, Gecele & Francetti, 2013; Yontef, 1993). Riktignok presenterer Brownell (2010) en tidlig engelsk versjon av van Baalen sitt GDS, som et eksempel på et skjema som kan brukes i diagnostisering, men han sier ikke noe om hvordan det kan brukes i praksis og han har ikke senere referanser til skjemaet. Ellers bruker stort sett all forskning på behandlingsresultater i gestaltterapi uspesifiserte instrumenter som spørreskjemaer, som for eksempel CORE (Mjelve m.fl., 2015; Stevens, 2011; La Rosa m. fl., 2019) eller Beck Depression Questionnaire (Elliot m. fl., 2013).

Beskrivelse av skjemaene

CORE-verktøy og CORE-10-skjemaet

CORE – OM står for Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Barkham m. fl., 2010) og er et verktøy som består av forskjellige typer skjema for å kartlegge og måle behandlingsresultater i psykoterapi. På lang sikt håpet man at bruk av skjemaene ville øke kunnskapen om og kvaliteten av psykoterapi, øke omdømme for forskjellige psykoterapeutiske retninger, legge til rette for kommunikasjon med andre fagmiljøer innen psykoterapi og utvikle en brukbar database for ulike typer forskning. I tillegg var det tenkt at CORE – OM ville medvirke til større åpenhet i forholdet mellom klient og terapeut, og fungere som en tilbakemelding til terapeutene om eget arbeid (Barkham m. fl, 1998).

Det finnes mange forskjellige varianter av CORE-skjemaer, alt avhengig av hva man ønsker å utforske og måle, der noen versjoner er papirbaserte og andre er elektroniske. CORE – OM er det sentrale målesystemet i CORE-systemet og er tilknyttet CORE-A (Assesment og avslutningsskjema). Det finnes skjemaer som brukes bare av terapeuter og andre bare av klienter. CORE – OM er et rapporteringsskjema som fylles ut av klienten selv der hensikten er å kartlegge hvor bra eller dårlig hen har hatt det siste uke. Allerede i 2011 publiserte The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project en artikkel (Stevens m.fl., 2011) om bruk av CORE i terapi. Denne beskriver et forskningsprosjekt som gikk over tre år der CORE ble brukt for å forske på effekten av gestaltterapi. Funnene i prosjektet viste at gestaltterapeuter var like effektive som psykoterapeuter som er utdannet innen andre psykoterapiretninger og som arbeider innenfor det britiske nasjonale helsetilbudet (NHS). Det er senere utført et lignende prosjekt i Italia (La Rosa m.fl., 2019) som bekreftet de engelske funnene. Barkham m. fl. (2013) understreker at CORE – 10 er et skjema som er lett å bruke og egner seg godt for mennesker med vanlige psykiske problemer i primærhelsetjenesten.

I det første prosjektet (Mjelve, Skottun, van Baalen, 2015) brukte NGI-studenter to versjoner av CORE i papirutgave, et med 34 spørsmål, CORE-34, og et med 10 spørsmål, CORE-10, som er en kortere versjon av det første. Begge skjemaene er en

selvevaluering av klientens psykiske helse siste uke. CORE-34 skal fylles ut før terapien begynner, mens CORE-10 fylles ut i begynnelsen av hver terapitime eller i begynnelsen av hver andre eller tredje time underveis i hele terapiforløpet. Begge skjemaene inneholder konkrete spørsmål om klienters erfaringer og opplevelser for å kartlegge graden av hvor bra eller dårlig hen har hatt det siste uke. Klienten blir bedt om å besvare spørsmålene i forhold til følgende kategorier: 0 aldri, 1 sjelden, 2 av og til, 3 ofte og 4 nesten hele tiden. Et eksempel på spørsmål i skjemaet er: «Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs?» (Se vedlegg 1 og 2 for en full oversikt over spørsmålene i begge skjemaene.) Det finnes også skjemaer for terapeuter som brukes for å kartlegge og vurdere klienters egnethet for terapi, og for å sammenholde resultater etterpå. I dette prosjektet ble CORE-10-skjemaet brukt der deltagerne fylte ut skjemaet med ti spørsmål på papir eller elektronisk i begynnelsen av hver terapitime (for å se skjemaet, se vedlegg 1).

Gestalt-diagnoseskjemaet (GDS)

Hensikten med å bruke gestalt-diagnoseskjemaet er å vurdere og dokumentere kontakten og organiseringen mellom terapeut og klient over tid slik at terapeuten lettere kan planlegge utviklingen av terapien. Ettersom skjemaet er forankret i gestaltteori, refererer ordet diagnostisering seg til det terapeutiske feltet og ikke til individuelle symptomer. Slik støtter det seg blant annet på Blooms utsagn: «Gestalt-diagnoser er en hypotese om kontakt» (Bloom, 2003, vår oversettelse).

I 1998 publiserte van Baalen sin første artikkel om gestalt-diagnoseskjemaet i det nederlandske gestalttidsskrift *Gestalt tijdschrift voor Gestaltherapie* (van Baalen, 1998). Artikkelen ble fulgt opp med en videreutviklet og revidert utgave av det samme skjema på norsk noen år senere (van Baalen, 2002/2008). Denne artikkelen var resultatet av mange års arbeid med å utarbeide andre kategoriseringer enn psykiatriske diagnoser i undervisning i gestaltterapi. Van Baalen hadde erfaring med bruk av psykiatriske diagnoser i sitt arbeid som lege og forsker og senere i arbeidet med psykiatriske pasienter. Der erfarte han at disse diagnosesystemene var utilfredsstillende i forhold til å arbeide som gestaltterapeut. Han utviklet derfor et eget evalueringssystem basert på gestaltteori.

Van Baalen utviklet gestalt-diagnoseskjemaet siden han var sterkt kritisk til den medisinske tenkningen og det positivistiske paradigmet som var dominerende i hans tid som lege og forsker. I litteraturstudier fant han god støtte hos blant andre Barkham, Hardy & Mellor-Clark (2010) og Berg (2020) der de skriver at det dominerende behov for forskning på psykoterapi i over 25 år var basert på medisinsk tenkning og psykiatriske diagnoser i evidensbasert forskning. Mye av kritikken på evidensbasert forskning har vært at det har vist seg over tid at resultatene ikke har kunnet kontrolleres eller gjen-skapes ved ny forskning og derfor har mindre verdi (Barkham m. fl., 2010; Berg, 2020).

Berg skriver at selv innen medisin er det stadig mer praksisbasert evidensforskning og at dette har påvirket anseelsen av praksisbasert evidensforskning innen psykoterapi (2020). Innen praksisbasert forskning har det etter hvert utviklet seg det Kolmannskog kaller metodepluralisme (2019) med mange varianter av kvalitative metoder.

I dag er det stor enighet blant psykoterapeuter, og også gestaltterapeuter, at legevitenskapelig og psykoterapeutisk tilnærming kan betraktes som to forskjellige paradigmer (van Baalen, 2013; Jacobs, 2014; Evans, 2016; Berg, 2020). Den legevitenskapelige og den gestaltterapeutiske praksis er allikevel viktige komplementære tilnærminger som kan bidra til økt kvalitet i diagnose og behandling. Innenfor det legevitenskapelige fagfeltet diagnostiseres individets symptomer og syndromer og systematiseres i klassifikasjonssystemer som DSM-5 og ICD-11. Gestaltterapeuten evaluerer og vurderer til enhver tid klienten i relasjon med omgivelsene, hvilket betyr at ulike atferdsmønstre og former for kontakt alltid sees i sammenheng med situasjonene og relasjonene de oppstår i. I sin bok *Gestalt Therapy. Therapy of the Situation* gjør Wollants (2012) det klart at en gestaltterapeut alltid diagnostiserer situasjonen som inkluderer klienten og terapeuten. Han henviser til Lewins kraftfelt-analyse der en terapeut må være oppmerksom på kreftene som er aktive i et felt. Videre hevder han at fordi terapeuten ønsker å påvirke klientens situasjon, er det å diagnostisere en del av den terapeutiske prosessen selv, og at den beste testen på diagnosens verdi er hvorvidt den støtter utviklingen av relasjonen mellom terapeut og klient.

For å tydeliggjøre hvordan forvirringen kan oppstå når man bruker forskjellige kategoriseringssystemer, brukte van Baalen i sin artikkel (2002/2008) en metafor med kart og terreng der leger og psykiatere bruker et bestemt kart over terrenget og gestaltterapeuter bruker et annet kart over det samme terrenget. Når begge parter ser på sitt kart og tror de ser «terrenget», er det naturlig at de får problemer med å snakke sammen om det de ser. Van Baalen advarer derfor i denne artikkelen gestaltterapeuter om at de kan komme til å glemme sin egen tilnærming til kontakt i møte med klienter som har en psykiatrisk diagnose og begynne å se etter tegn og symptomer som bekrefter diagnosen. Dette fører til at de ser etter det som er galt ved klienten i stedet for å være oppmerksomme på hvordan klient og terapeut tilpasser seg til hverandre kreativt i situasjonen.

Skjemaet som ble utviklet, har vært brukt i undervisning av gestaltterapi- og coachstudenter på NGI helt siden det ble publisert (van Baalen, 2002). Høyskolen anbefaler også at skjemaet brukes av gestaltterapeuter som en del av deres dokumentasjon av terapitimene. Van Baalen har endret skjemaet mange ganger i samarbeide med norske og utenlandske kollegaer og studenter etter publiseringen i 1998. En av årsakene til dette er et endret syn på psykiatriske diagnoser og gestaltteorien blant gestaltterapeuter, en annen har vært å gjøre det mer brukervennlig og bruke det til evaluering og forskning. Blant annet brukes ikke lenger begrepene psykotiske forstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser fordi

de ikke passer med kontaktbegrepet og antall spørsmål i skjemaet er redusert fra seks til fire.

Bakgrunnen for at van Baalen valgte å lage gestaltdiagnoseskjemaet med utgangspunkt i kontakt- og feltbegrepet, er begrunnet i Perls teorier og tanker, slik han blant annet formulerer det i Gestalt Therapy: «Vi snakker om organismen som kontakter omgivelsene, men det er kontakten som er den enkleste og første virkelighet» (Perls m. fl., 1951, s. xvi, vår oversettelse). Han sier videre at all kontakt er kreativ tilpasning mellom organismen og omgivelsene og at var respons i feltet er hjelp til å forme vekst. Senere teoretikere som blant andre Robine (2016), Spagnuolo Lobb (2016) og Wollants (2007) fremhever viktigheten av å se at det er kontakt som skaper bevegelse og former en situasjon. Bloom (2012) hevder at kontaktbegrepet i gestaltterapi er som et hengsel der alle de fire aspektene av kontakt: varhet–bevissthet, figurdannelse, kontaktsekvenser og selvfunksjoner, henger på.

I dag inneholder skjemaet fire aspekter av kontakt og organisasjon av situasjonen klient/terapeut og er basert på grunnleggende teoretiske begreper i gestaltterapi slik de er beskrevet i boka Gestaltterapi. Lærebok i teori og metode (Skottun og Krüger 2017; se skjemaet som vedlegg 2). Følgende begreper brukes: varhet, figurdannelse, kontaktformene, kreativt tilpasningsforløp eller kontaktprosessen og selvfunksjonene (van Baalen, 2002/2008). Disse hovedpunktene er alle delt inn i flere underpunkter. Til sammen er det 22 spørsmål som skal besvares.

Hensikten med skjemaet er å dokumentere det som skjer i terapeut/klient-situasjonen i ulike faser av terapien over tid. Terapeuten tar utgangspunkt i hva terapeuten og klienten arbeider med i den enkelte terapeut/klient-situasjonen, og dokumenterer på den måten både arbeidet og eventuelle endringer over tid av relasjonen.

Skjemaet fylles ut av terapeuten etter at en terapitime er fullført. Ved hvert spørsmål må terapeuten fylle ut sin vurdering av både klientens og terapeutens aktivitet der terapeuten bruker sine subjektive observasjoner og erfaringer med utgangspunkt i det fenomenet hen har oppfattet som det mest fremtredende og tydelige i løpet av timen. I skjemaet skal det vurderes i hvor stor grad de enkelte fenomenene kommer til uttrykk. For eksempel skal varhet, som er punkt 1 i skjemaet, vurderes på en skala fra 0 til 10 både hos klient og terapeut for hver enkelt varhetssone, og der 0 er minste grad av varhet og 10 er høyeste grad. Andre punkter vurderes kvalitativt og skal være beskrivende, som for eksempel spørsmålet i punkt 2.2: «Hva figurerer? Eventuell kontaktform» og i 2.3 «I hvilke andre situasjonen kan klienten gjenkjenne denne figuren?».

Alle aspektene som vurderes kvantitativt vektet med tilhørende variable, slik at hvert punkt får samme mulige totale verdi. Alle kategoriene teller like mye der minimum er 0 og maksimum 20. Den totale scoringen kan bli mellom 0 og 80. Terapeuten fyller ut for de aspektene hen har svar på, og lar det stå åpent der hvor det er vanskelig eller uklart hva hen skal svare. Åpent svar eller ikke å vite, er i seg selv et resultat som

det er viktig å registrere. Særlig etter de første timene kan det være vanskelig å fylle ut. Etter en tid, når den terapeutiske relasjonen har fått utviklet seg, vil det som oftest være lettere å fylle ut mer av skjemaet (Skottun og Mjelve, 2018).

Tallene som er satt inn i skjemaet er ment for å brukes i forskning. I undervisning og terapi er det mer hensiktsmessig å vurdere graden av hvert punkt som en vurdering i forhold til lite, mye eller middels.

Beskrivelse av prosjektet

CORE-verktøyet ble kjøpt av NGI fordi det var ønskelig å foreta systematisk evaluering og forskning ved skolen på forløpet av gestaltterapi, og NGI utførte det første pilotprosjektet med dette. Etter det andre pilotprosjektet som ble utført med bruk av gestaltdiagnoseskjemaet i terapi, kom idéen om at dette skjemaet ville være mer egnet til evaluering og forskning på gestaltterapi enn CORE-skjemaer. Argumenter for dette er blant annet at diagnoseskjemaet bruker gestaltteoretiske begreper i sin spørsmålstilling; studenter både i Høyskolens terapi- og coachutdanning lærer å bruke skjemaet for jevnlig evaluering av terapien og som støtte i sin praksis; skjemaet har vist seg å være nyttig i undervisning og veiledning (Skottun og Mjelve, 2018). Dessuten evaluerer skjemaet fortløpende kvaliteten av situasjonen terapeut og klient er i, og det viser utviklingen av klientens evne til kontakt over tid.

For å kunne bruke gestaltdiagnoseskjemaet til evaluering av forløp av terapi og forskning var det ønskelig å få det validert slik at data som ble samlet inn ville være relevante og ha verdi. Validering av en analysemetode er å verifisere og dokumentere at metoden er egnet til sitt formål. Det finnes forskjellige prosedyrer for å gjøre dette (Wibeto, 2026). For å validere bruk av forskjellige typer skjemaer er det vanlig å prøve ut og sammenligne med validerte skjemaer over lang tid. Det er forskjellige kriterier som må oppfylles for å godkjenne prosessen og resultatet. Et viktig argument for å bruke et CORE-10- skjema i en slik prosess, var at det er brukt verktøy av denne typen i helsevesenet i England, at det var i bruk over hele verden og oversatt til over 20 språk, deriblant norsk. Det var validert og godkjent for bruk i praktisk basert evidensforskning og NGI hadde allerede kjøpt og brukt deler av CORE-10.

Det ble søkt om økonomisk støtte til prosjektet ved Norsk forskningsråd i 2016. Støtten ble innvilget i 2017, og NGI fikk skattereduksjon gjennom SkatteFUNN, som administreres av forskningsrådet, i tre år. Denne økonomiske støtten er hovedsakelig brukt til innkjøp av tjenester fra CORE IMS, reiseutgifter i forbindelse med presentasjoner av prosjektet på konferanser og andre utgifter NGI har hatt med prosjektet. I tillegg til prosjektleder har flere ansatte i administrasjonen, deltagere i skolens FoU-gruppe (forsknings- og utviklingsarbeide) og en siste års student i terapistudiet vært involvert i prosjektet.

Gjennomføring av prosjektet og metode

Som start på prosjektet ble direktør i CORE IMS, Mellor-Clark, kontaktet med spørsmål om han trodde det var gjennomførbart å sammenligne bruk av gestaltdiagnoseskjemaet med bruk av CORE-10 skjemaet i et klinisk forskningsprosjekt. Ideen om å gjennomføre og utforske det statistiske forholdet mellom elementene i evaluerings-skjemaene, den kliniske evalueringen av fremdriften og resultatet av behandlingen ble forelagt ham. Mellor-Clark støttet prosjektet og la til rette for utviklingen av en database bestående av CORE-10 og gestaltdiagnoseskjemaet som ble lagt til CORE National Practise-based Evidence Datasets.

Deltagere til prosjektet ble rekruttert fra en adresseliste over gestaltterapeuter utdannet ved NGI høyskolen og medlemmer ved Norsk Gestaltterapeutforening (NGF). Det ble sendt ut en invitasjon til alle på listene om å delta på informasjonsmøter der prosjektleder og en student i fjerde klasse ved terapiutdanningen ved NGI deltok. Studenten assisterte prosjektleder med utsendelse av invitasjon og tilretteleggingen av prosjektet. Det var i alt ti gestaltterapeuter som deltok i prosjektet som gikk over to år. Terapeutene som deltok fikk både en skriftlig og muntlig forklaring på prosjektet. De fikk også opplæring i bruk av IT-systemet og hvordan fylle inn begge skjemaene elektronisk. Terapeutene som deltok representerte et stort spekter av terapeuter, der noen var nyutdannet og andre hadde mer enn 20 års erfaring. Det var ingen oppfølging av terapeutene i forhold til terapien de utførte i perioden prosjektet varte utover at terapeutene deltok i pålagt veiledning som medlemmer av Norsk gestaltterapeutforening (NGF). Prosjektleder hadde imidlertid noen møter med terapeutene i deres rolle som forskere i forhold til hvordan det gikk med dem og deres arbeid med utfylling av skjemaene. På disse møtene ble uklårheter i forhold til utfylling og progresjon i prosjektet utforsket. Terapeutene som deltok på møtene var engasjert og uttrykte at de lærte mye om seg selv som forskere og hvordan de arbeidet som terapeuter.

Klientene som deltok i prosjektet ble valgt ut av terapeutene og var hentet fra deres private praksis. Det var ingen spesielle kriterier for utvalget og det er ingen informasjon om dem i forhold til bakgrunn for å gå i terapi, psykiatrisk diagnose, biografi, kjønn, alder, sosiale forhold eller nasjonalitet. Klientene ble informert gjennom skriftlig informasjon i tillegg til at forklaring ble gitt av terapeutene. Klientene undertegnet på lik linje med terapeutene et samtykkeskjema i samsvar med Norsk Senter for Datasikkerhet (NSD). Det deltok til sammen 51 klienter og det ble registrert 233 terapitimer. Det var bare den enkelte terapeut som kjente klientenes identitet mens prosjektleder fikk et ID-nummer å forholde seg til. Terapeutenes identitet var kjent av prosjektleder og to uavhengige kollegaer.

Metode

Ved denne undersøkelsen ble det brukt kvantitativ forskningsmetode som brukes til innsamling av data som foreligger i form av tall eller andre måter å måle data på (Thrane, 2025). Dataene som ble innhentet fra gestaltterapeuter og deres klienter, besto av to forskjellige spørreskjemaer som hadde forskjellige svaralternativer som respondene kunne fylle ut. Besvarelsen av de to spørreskjemaer ble utfylt med tall, og disse tallene ble satt opp i kurver. Det ene skjemaet, CORE-10, var et validert evalueringsskjema som blir brukt av klienter i psykoterapi, det andre er et gestaltdiagnoseskjema som brukes av terapeuter og studenter til evaluering av gestaltterapi. Begge skjemaene baserer seg på deltagerens subjektive opplevelse og vurdering.

Datainnsamling

Dataene er samlet inn over to år og ca. 300 terapitimer. Det deltok 10 terapeuter og 51 klienter.

Etter avtale med administrerende direktør og IT-direktøren ved firmaet CORE Information Management Ltd. (IMS) ble det i 2017 utformet og laget en database av IT-avdelingen hos CORE til innsamling av data ved bruk av evalueringsskjemaet. Denne databasen ble utformet slik at tall samlet inn fra CORE-skjemaet og GDS kunne sammenlignes.

Firmaet CORE IMS har videreutviklet CORE-10 skjemaene slik at alle spørreskjemaene kan behandles elektronisk. De har også utviklet automatiske utregningsmåter. All data som samles inn blir behandlet og lagret i forretningsmessige, akkrediterte og taushetsgraderte sentre regulert etter retningslinjer av EU.

Gjennomføring

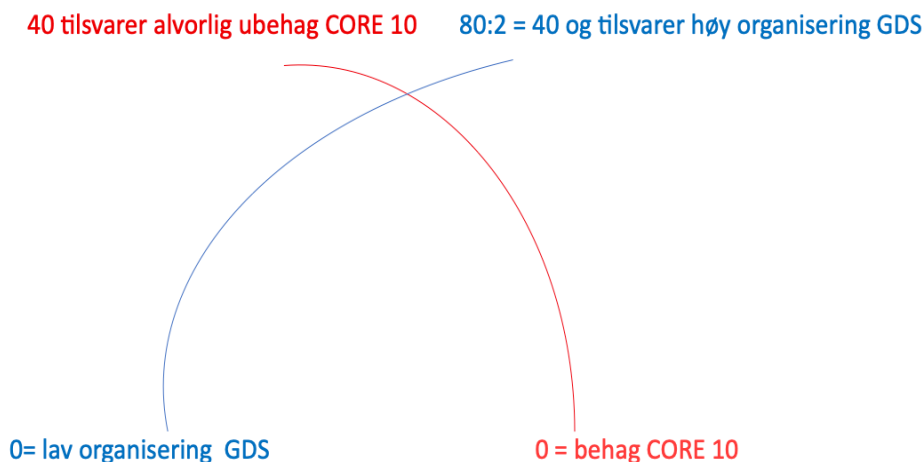
I prosjektet ble det utført to målinger per time. Den ene av klienten og den andre av terapeuten. Klienten fylte ut CORE-10-skjema direkte før timen om egen opplevelse av å ha det bra eller dårlig siste uke. Terapeuten vurderte grad av kontakt og organisering mellom klient og terapeut etter timen og fylte ut GDS på bakgrunn av dette.

CORE-10 skjemaet ble forklart for klientene av terapeutene. Noen klienter fylte det ut på papir, andre gjorde det elektronisk. I de tilfellene der klientene fylte ut på papir, registrerte terapeuten scoringene elektronisk etter timen. Gestaltdiagnoseskjemaet ble fylt ut elektronisk direkte etter hver time. Resultatene fra utfylte skjemaer ble registrert i dataprogrammet og brukt som referansepunkter. Disse referansepunktene ble lagt inn som forskjellige kurver i det samme diagrammet av dataprogrammet slik at de kunne sammenlignes. Tallene som ble lagt inn fra de to skjemaene var på forhånd omregnet og programmert av IT-avdelingen i CORE IMS slik at de kunne sammenlignes.

CORE-10 hadde tall mellom 40–0, mens gestaltdiagnoseskjemaet hadde mellom 0–80. Tallene som framkom i diagnoseskjemaet ble delt på to. CORE-10 skjemaet har dårlig velbefinnende og høy risiko for selvmord som maksimum (40), mens diagnoseskjemaet er motsatt der høy score (80) betyr høy grad av kvalitet av kontakt og organisering. Måten CORE-10 og GDS ble sammenlignet på går fram av tabell 1 og figur 1 og 2 under.

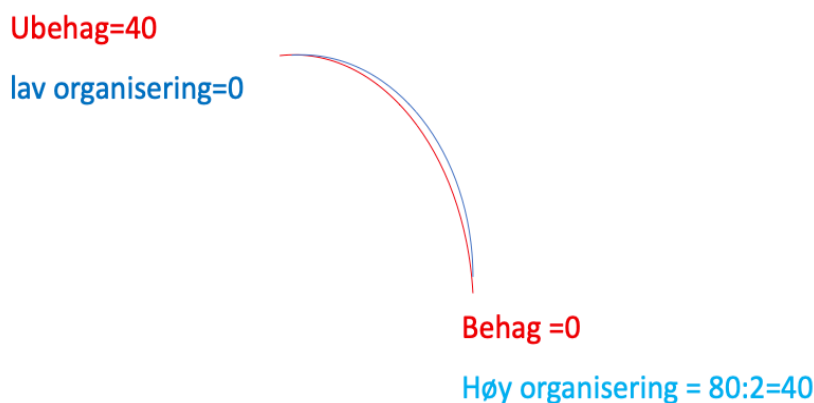
Total scoring per time CORE-10		Total scoring per time Gestaltdiagnoseskjema
alvorlig = maks. 40	tilsvarer	lav organisering = 0
moderat = 20	tilsvarer	moderat organisering = $40 : 2 = 20$
lav = 0	tilsvarer	høy organisering = $80 : 2 = 40$

Tabell 1. Sammenligning av CORE-10 og Gestaltdiagnoseskjemaet.



Figur 1. Denne kurven viser grafisk hvordan CORE -10 har satt alvorlig ubehag høyest og gestaltdiagnoseskjemaet har satt høy grad av kontakt og organisering øverst.

Under viser figur 2 diagnoseskjemaet reversert (snudd opp ned) og delt på 2 slik at høy grad av kontakt og organisering scorer lavt i diagrammet (CORE-10 tilsvarer omvendt 1/2 gestaltdiagnoseskjema). Dette ble gjort for at resultatet av CORE-10 og diagnoseskjemaet kan vises i samme diagram, noe som gjør det lettere å sammenligne kurvene.



Figur 2. Diagnoseskjemaet reversert og sammenlignbart med CORE-10.

Resultater og utregning

I diagram 1 på neste side er det lagt inn fire kurver med forskjellige farger. CORE-10 er tegnet blå, CORE Risk er rød og viser fare for selvmord. Det er en vurdering klienten gjør hver gang og krysser av på skjemaet i forhold til. Målinger beregnet på gestaltdiagnoseskjemaet, som på skjemaet forkortes til NDF (Norsk diagnose form), er tegnet lilla. NDF er en forkortelse for diagnoseskjemaet innført av programmerere som utarbeidet diagrammene. Resultatene fra spørsmål om selvfunksjonene er satt i en egen kurve og tegnet grønn. Opprinnelig var det tenkt at det kunne være interessant å sammenligne dette punktet for seg selv, men det er ikke fulgt opp. Det er ikke mulig å fjerne de grønne punktene eller kurven fra diagrammet etter at det ble lagret digitalt.

Horisontalt i skjemaet vurderes graden av fenomener med lav, middels og høy slik det opprinnelig er utformet i CORE-10 skjemaet der hver strek markerer de forskjellige nivåene. De vertikale linjene representerer hver terapitime. CORE-scoringer og NDF-scoringer er ikke på samme sted i den vertikale linjen fordi CORE scores før timen og NDF etterpå. I diagrammet ligger punktene innenfor samme vertikale rute.

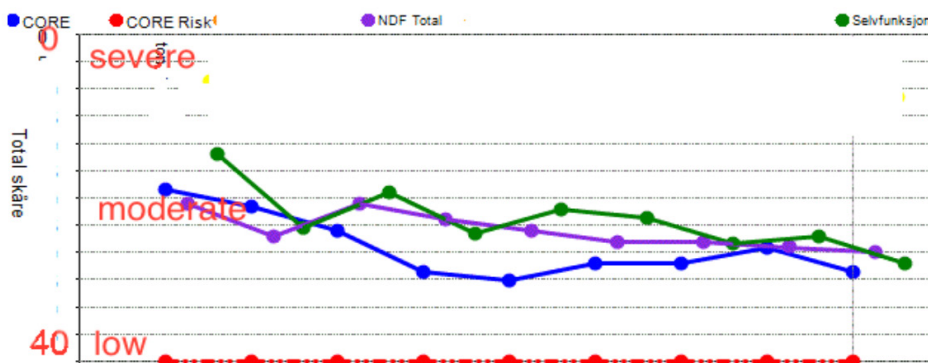


Diagram 1. Eksempel på et diagram med scoringer etter formular der CORE-10 x 2 er satt opp sammen med scoringer i NDF (Gestalttdiagnoseskjemaet) i et terapiforløp.

I eksempelet er det registrert 9 timer med samme terapeut og klient. Det er ikke nødvendig at alle timene som klientene går i terapi, registreres for å få et inntrykk av forløpet over tid. Det som er viktig er at det er samme terapeut og klient som registrerer fra den samme timen slik at terapiforløpet kommer fram i kurven.

Under er det et annet eksempel på et terapiforløp med 17 timer og 17 ganger.

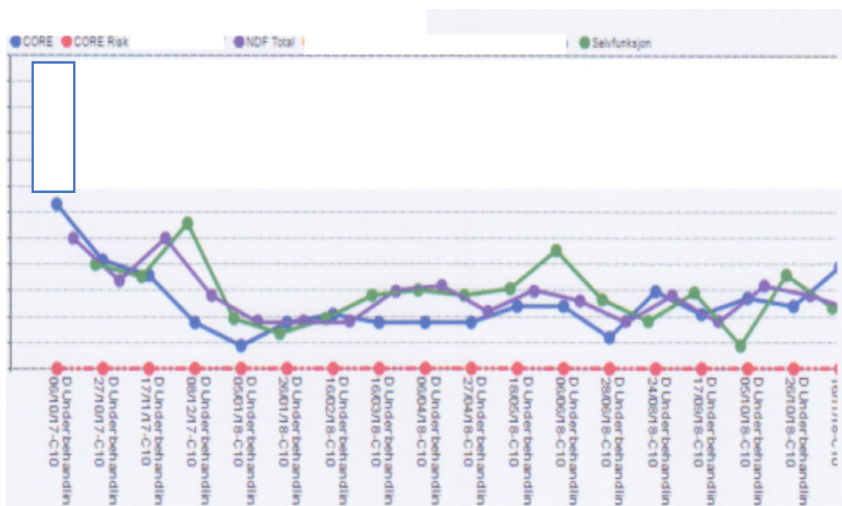


Diagram 2. Terapiforløp med 17 registrerte timer.

Det er 12 nivåer i diagrammene. Et nivå måler $40/12 = 3,33$. Van Baalen og programmerne fra CORE IMS ble enige om at det ikke må være mer enn to nivåers forskjell (ikke mer enn $2 \times 3,33 = 6,66$ av total 40) for at referansepunktene kan regnes som samsvarende. I dette eksempelet er det bare en time (time 4) der scoringene ikke samsvarer. Det er IT-avdelingen i CORE IMS som har regnet ut og plassert scoringene av hvert enkelt skjema i diagrammet.

Van Baalen fikk inn scoringene fra i alt 301 terapitimer fra ti terapeuter som hadde hatt 51 forskjellige klienter. Terapitimene som er registrert, gjelder deler av eller hele terapiforløpet. Tabell 2 viser hvor mange av timene der scoringen på CORE-10 og scoringen på gestaltdiagnoseskjemaet samsvarte.

Registrerte timer:	Timer som er samsvar forløp:	Timer som ikke er samsvar forløp:	Registrerte timer som ikke kan brukes:
301	235	49	17

Tabell 2. Oversikt over ferdigregistrerte og utregnete timer pr 24.11. 2019

Som det fremgår av tabellen er det 17 skjemaer som ble registrerte som ikke kunne brukes enten fordi de var fylt ut feil, eller at et av de to skjemaene ikke var registrert. De 17 timene er ikke regnet med blant timer for beregning. Tallene over er fremkommet ved at ansatte ved administrasjonen i NGI i samarbeid med prosjektleder har telt over alle registrerte scoringer i databasen. Tallene har blitt sammenlignet underveis og telt opp flere ganger til det er blitt enighet om de endelige resultatene som er presentert her.

Resultat og diskusjon

Resultatet (se utregning i tabell 3 under) viser at det er hele 83% samsvar mellom de to kurvene og van Baalen mente at dette støttet hans forskningsspørsmål om at skjemaene kunne brukes for å se om det var korrelasjon mellom dem.

Timer for beregning	301-17=284
Samsvar forløp	(235x100):284=83%

Tabell 3. Oversikt over ferdigregistrerte og utregnete timer pr 24.11. 2019

Fagfellene forholdt seg ikke til dette resultatet, da de i utgangspunktet mente at skjemaene ikke kan sammenlignes fordi de er for forskjellige, de fylles ut på forskjellige tidspunkter og av forskjellige personer. Fagfellene påpekte dessuten at det å skulle validere et spørreskjema er en mye lengre og krevende prosess enn det van Baalen så for seg.

Van Baalen var enig med fagfellene i deres argumentasjon og har godtatt at denne forskningen ikke kan brukes i en valideringsprosess. Han syntes imidlertid det var vanskelig å godta at forskningen var uten verdi når han så at de to kurvene samsvarte.

Vi skriver i vår diskusjon i det første artikkelutkast følgende: En svakhet ved resultatet av van Baalens undersøkelse er at den ene gruppen som fylte ut skjemaene var klienter og den andre var terapeuter. Det kan også reises spørsmål ved om de to skjemaene måler de samme fenomenene: CORE-10 måler klientens subjektive opplevelse av hvordan hen har hatt det siste uke, mens terapeutene vurderer forløpet av en terapitime på bakgrunn av en vurdering av kvaliteten av situasjonen, klienten og seg selv i løpet av terapitimen. Vi har imidlertid tidligere argumentert for at det er sammenheng mellom klientens vurderinger av sin situasjon og terapeutens vurdering av kvalitet av kontakt mellom dem, noe også CORE IMS-ledelsen var enige i, og at vi kan se de som to variabler som kan sammenlignes.

Som støtte for denne argumentasjonen vil vi tilføye at klienter som kommer i terapi, ønsker å forandre noe som de strever med eller få hjelp til å se livet sitt på nye måter, og terapeuten ønsker å støtte dem i en slik endringsprosess. I en terapitime utforsker de sammen klientens utfordringer der klienten kan gjøre store og små oppdagelser. I tiden mellom terapitimene kan oppdagelsene modnes og erfares. Terapiforskning viser at tiden mellom terapitimene er svært viktig for terapiforløpet (Wampold, 2010). Forskning viser dessuten at terapeut og klient påvirker hverandre gjensidig i terapirommet, og at relasjonen mellom dem er svært viktig for utfallet av terapien (Norcross, 2010). Van Baalen tenker at klientens utfylling av skjemaet etter en ukes erfaring fra terapitimen og terapeutens utfylling etter terapitimen med klienten begge er påvirket av møtet mellom dem, slik forskningen støtter.

Det at det i denne undersøkelsen er samsvar mellom skjemaene, støtter hypotesen om at det er gjensidig påvirkning.

Nytt syn på data og forskningsfunn

Siden høsten 2025 har vi forsøkt oss på nye utkast til denne artikkelen der vi har tatt utgangspunkt i van Baalens tanker om at kurvene som framtrer på skjemaene samsvarer, og at de derfor kan sammenlignes. Etter tilbakemelding fra redaktøren på det første utkastet, innså vi at selv om kurvene samsvarer så vet vi ikke hva de sammenligner, og vi ender igjen opp i spekulasjoner over årsakssammenhenger som gir lite troverdighet. Vi innser at vi

fortsatt sitter fast i ønsket om at resultatene fra forskningen på de to skjemaene skal gi et resultat. Vi er imidlertid fornøyde med at vi har klart å beskrive forskningsprosjektet, og at denne delen av artikkelen så langt er ferdig.

Etter tilbakemeldingen fra redaktøren har vi en ny samtale der Gro spør Daan: *Hva er det du vil med denne artikkelen, hva er det du vil skal komme ut av det vi skriver?* Daan svarer: *Jeg vil at diagnoseskjemaet skal bli anerkjent og at denne måten å tenke på blir akseptert. Jeg vil at en evalueringsform som bygger på gestaltteori og situasjonen mellom terapeut og klient blir kjent internasjonalt.* Svaret rører Gro og det er som om hun får en aha-opplevelse og svarer ham: *Selvsagt er det det du vil, det er jo det jeg også arbeider for, det er derfor jeg også fortsetter å skrive. Alt strevet med å lage et forskningsprosjekt, prøve å få gestaltldiagnoseskjemaet validert og skape mer forskning er for å få gestaltterapien anerkjent i verden.* Det er som om vi begge får en ny innsikt, ny erkjennelse av det vi allerede har arbeidet med i årevis. Dette kunne vært en ny måte å få anerkjennelse på. Det er bittert å måtte gi det opp.

Spontan innsikt og hermeneutikk

Vår prosess der vi kommer til en ny erkjennelse kjenner vi igjen i gestaltteorien om den spontane innsikten som kan komme i situasjoner der vi holder ut i frustrasjonen. Det kan lede til en paradoksal endring i synet på utfordringen vi er i (Skottun & Krüger, 2017, s. 72–75). I forskningssammenheng kan en slik situasjonen gjøres forståelig i lys av den hermeneutiske sirkel.

Hermeneutikk er læren om hvordan vi fortolker eller forstår det vi står overfor, enten det er noe vi leser eller den situasjon vi er i. Som filosofisk og vitenskapelig metode ble den utviklet blant annet av Heidegger, Gadamer og Habermas (Alnes, 2026). Grunnleggende i denne metoden er innsikten i at vi som forskere også driver med meningsskaping, og at vi i enhver ny situasjon har med oss en forståelseshorisont, det vil si erfaringer og kunnskap fra tidligere lignende situasjoner fra vår kultur, oppvekst eller andre forhold (Føllesdal m.fl., 1990, s.99). Disse tidligere erfaringer farger vår forståelse av den nye situasjonen vi er i nå. Det er viktig å være klar over denne sammenhengen og at ny erkjennelse ikke bare bygger på tidligere kunnskap, men også på hva vi er vant med å gjøre og hvordan vi er vant med å tenke. Den hermeneutiske sirkel er en modell for å forstå hvordan vi stadig lager hypoteser om situasjoner, fenomener, tekster og så videre, og hvordan frustrasjoner underveis i dette arbeidet kan løse seg opp ved at man klarer å tilpasse sin egen forståelseshorisont til det man søker å forstå (Føllesdal m.fl., 1990, s. 108).

Når det er noe vi ikke klarer å forstå eller å gi mening til, må vi gå bort fra tolkingen vår av materialet vi forholder oss til og se nærmere på selve materialet og vår egen forforståelse av dette. Samtalen vår som vi gjenga overfor, gjorde det tydelig for oss at vi har ønsket å bevise nytten av et diagnoseskjema som bygger på gestaltteori.

Forskningsarbeidet vårt har forsterket troen vår på at dette skjemaet kan være til nytte. Samtidig ser vi også at forskningsprosjektet gikk seg fast i et forsøk på å få det validert for medisinsk forskning.

For oss ble det befriende å se på forskningsprosjektet med nye øyne etter at den første skuffelsen hadde gitt seg. Spørsmålet vi stilte oss da var hvordan vi kunne bruke denne forskningen når vi la bort alle ambisjonene om å sammenligne skjemaene og bruke naturvitenskapelige forskningsmetoder? Det første vi holdt fast på var at vi ville publisere en artikkel om selve forskningsprosjektet fordi vi tror at en slik artikkel vil gjøre gestaltterapien og gestaltdiagnoseskjemaet kjent for flere. Denne antagelsen om at skjemaet er nyttig for gestaltterapeuter er en hypotese vi har holdt fast ved fra vi startet å skrive om GDS i 2002 (van Baalen 2002) og helt til nå. Vi holder fast ved det fordi både pilotprosjektet i 2018 (2018) og dette forskningsprosjektet har vist at terapeuter finner støtte i bruken av det.

Vi mener at GDS er en viktig del av terapimetoden vi har utviklet ved NGI og at den rommer essensen av gestaltterapi: kontakt og organisering av feltet i figur/grunn. Forskning på faktorer som viser at terapi er virksom, har pekt på viktigheten av at terapeuten har en metode for sin praksis som hen er tro mot (Wampold, 2010 s. 36-37). Klienter får større tillit til terapeuter som kan forklare hva de gjør og har tanker om hvordan de kan hjelpe klienten. Gestaltterapiens tilnærming der terapeuten hele tiden er fokusert på kontakten mellom terapeut og klient og hva som skjer mellom dem, gjør terapeuten lydhør og oppmerksom på klienten og er aktivt til stede med intervensjoner og eksperimenter. Det at terapeuten etter hver time evaluerer og setter teori på hva som skjedde ved bruk av diagnoseskjemaet tror vi medfører at terapeuten blir mer bevisst hva hen gjør og metoden hen bruker. Diagnoseskjemaet blir på denne måten et støttende verktøy for terapeuten.

Dette bekreftes av tilbakemeldingene van Baalen fikk fra terapeutene som deltok i prosjektet underveis og i etterkant av forskningsprosessen. De hadde hatt stor nytte av å fylle ut skjemaene. Flere av dem snakket med klientene om utfyllingen og sammenlignet resultatene de selv kom fram til med klientens vurderinger. Mange av klientene satte stor pris på dette og følte seg sett og verdsatt av terapeutene. Terapeutene ble mer optimistiske når de så at det ofte var samsvar mellom klientens scoringer og deres egen. Det medførte at de fikk større tiltro til sin egen vurdering av forløpet i den enkelte samtale og terapien over tid. De ble også mer bevisste på hva de gjorde i samtaler der det ikke var samsvar mellom klientens og terapeutens scoringer og hva de kunne utvikle som terapeuter. Det ble ikke gjort noen intervjuer med deltagerne i etterkant, men uttalelsene støttes av svarene fra de to fokusgruppeintervjuene som ble foretatt i forbindelse med pilotprosjektene på bruk av CORE-skjemaet (Mjelve, Skottun, van Baalen, 2015) og gestaltdiagnoseskjemaet (Skottun, Mjelve, 2018).

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt gestaltdiagnoseskjemaet kan støtte terapeuter, så er det en svakhet ved undersøkelsen at alle terapeutene som deltok er utdannet ved samme institusjon. De fleste var vant med å bruke skjemaet fra utdanningen, og de var enige om forståelsen av gestaltteorien som brukes i skjemaet. Det at van Baalen har utviklet gestaltdiagnoseskjemaet gjennom alle disse årene og at det er skrevet en lærebok i gestaltteori og praksis, har medført at NGI har en vel fundert forståelse av gestaltteoretiske begreper og modeller til bruk i praksis. Hvordan gestaltterapeuter med en annen bakgrunn vil score er svært usikkert. I det internasjonale gestaltmiljøet er det store variasjoner i forståelsen av gestaltteori, noe som blant annet er beskrevet i to artikler av Fogarty m. fl. (2016; 2019). De beskriver to undersøkelser der hensikten er å se om gestaltterapeuter kan enes om felles bruk av begreper og teoretiske modeller som kan brukes i gestaltterapiforskning. Resultatet av dette og påfølgende prosjekter har vist at det er uenighet både om konklusjonene de trekker og metodene de bruker (Hosemans og Philippon, 2019; Brownell, Spagnuolo Lobb, Salinas og Schulthess, 2020).

Konklusjon og veien videre

I dette forskningsprosjektet ble det brukt en kvantitativ metode der hensikten var å se om GDS kan valideres ved å sammenligne det med et CORE-skjema. Dette mente fagfellene som leste første artikkelutkast ikke var mulig og at det å validere et skjema for å bruke i forskningsøyemed er en lang og krevende prosess. Van Baalen var enig i dette, men ble opptatt av at det var samsvar mellom kurvene som ble beregnet på bakgrunn av svarene fra skjemaene og forsøkte å finne begrunnelser for dette. Han tok en ny runde for å analysere de innsamlete data og metoden som ble brukt. Han klarte imidlertid ikke å finne en troverdig måte å utforske samsvaret på utover å utforme en hypotese om at terapeuten og klienten påvirker hverandre i terapitimene og at det kan påvirke forløpet i terapien og utfyllingen av skjemaene.

Dette støttes av funn i de innsamlete dataene som viser at i et flertall av de registrerte punktene i kurvene som er fremstilt fra terapiforløpene, har klientene det bedre etter fullført terapi, noe som stemmer med terapeutenes vurderinger av forløpet. Siden det ikke var hensikten med dette prosjektet å vurdere resultatet av terapiforløpet, presenteres ikke disse dataene i denne artikkelen. Det vil dessuten være nødvendig med oppfølgingsstudier for å si noe mer eksakt om effekten av terapiforløpet for klientene som deltok i studien. Det er uansett oppmuntrende å se at resultater fra forskjellige terapiforløp med bruk av gestaltdiagnoseskjemaet, antyder samsvar med resultater utført av gestaltterapeuter som har brukt CORE-skjema over tid. Dette er i tråd med det to tidligere undersøkelser viser (Stevens m.fl., 2011; La Rosa m.fl., 2019) og støtter opp om hypotesen om at det er en mulig sammenheng mellom svarene i de utfylte skjemaene.

Etter en samtale mellom van Baalen og Skottun fant de at en hermeneutisk tilnærming til prosjektet var fruktbart, og at deres første hypotese om at GDS er et nyttig verktøy for å arbeide som gestaltterapeuter, kan utforskes på andre måter enn ved å få GDS validert. De tenkte at et første skritt for å gjøre GDS mer kjent, var å publisere en artikkel om forskningsprosjektet og konklusjonen. Videre vil det være viktig å fortsette å forske på bruk av gestaltdiagnoseskjemaet, gjerne ved hjelp av fokusgruppeintervjuer og spørreskjemaer for å få enda mer støtte for at skjemaet er viktig ved bruk av gestaltterapietoden. Dette vil være oppgaver for våre etterfølgere. Vi tenker vi har lagt et grunnlag for gestaltterapietoden ved å utvikle GDS og skrive denne artikkelen.

Som nevnt innledningsvis er denne artikkelen blitt skrevet i et samarbeide mellom prosjektleder Daan van Baalen og ektefelle og kollega Gro Skottun. I samtalene mellom oss har vi diskutert og drøftet utførelsen og innholdet av prosjektets alle deler som datainnsamlingen, metode og analyse. Vi har brukt mye tid på litteraturstudier og vært kritiske til holdbarheten i svarene og resultatene som er kommet fram. Etter tilbakemeldingene fra fagfellene har vi støttet hverandre.

Takk

Til slutt vil vi takke alle terapeutene som brukte mye av sin tid på prosjektet, både i forkant og i løpet av prosjektiden. Det og stadig måtte tenke over sine egne handlinger etter terapitimer, evaluere forløpet og kategorisere fenomener er krevende og vi setter stor pris på villigheten til å følge opp dette. Takk også til deres klienter som var med i prosjektet. Vi vet det kan være både utfordrende og tidkrevende å reflektere over personlige forhold i et spørreskjema.

Øg helt til slutt en stor takk til redaktør Per Terje Naalsund som fikk oss til å fullføre dette skriveprosjektet og for god veiledning i løpet av skriveprosessen.

Etter litteraturlisten er CORE-10-skjemaet og Gestalt-diagnoseskjemaet vedlagt.

Litteraturliste

- Alnes, Jan Harald (2026, 11. mars). Hermeneutikk. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/hermeneutikk>.
- Babakhanyan, I. og Burley, T. (2016). A Gestalt Process/Action Based Theory of Depression and Test Construction Validation. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 178–200). Cambridge Scholars Publishing.
- Barkham, M., Stiles B., Lambert J. og Mellor-Clark, J. (2010). Building a Rigorous and Relevant Knowledge Base for the Psychological Therapies. I M. Barkham, E. Hardy & J. Mellor-Clark (red.), *Developing and delivering practice-based evidence* (s. 21–61). Wiley-Blackwell.

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., Evans, C., Evans, R., Margison, F. (2010). Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE Measures and System: Measuring, Monitoring and Managing Quality Evaluation in the Psychological Therapies. I M. Barkham, E. Hardy & J. Mellor-Clark (red.), *Developing and delivering practice-based evidence* (s. 175–219). Wiley-Blackwell.
- Barkham, M., Hardy, G. H & Mellor-Clark, J. (2010). Improving Practice and Enhancing Evidence. I M. Barkham, E. Hardy & J. Mellor-Clark (red.), *Developing and delivering practice-based evidence* (s. 329–353). Wiley-Blackwell.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., Mc Grath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy research, *Journal of Mental Health*, 7(1), 35–47.
- Béja, V. (2020). Two risks and a third way: what research for Gestalt therapy. *British Gestalt Journal*, 29 (1), 44–50.
- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk*. Fagbokforlaget.
- Brownell, P., Spagnuolo Lobb, M., Salinas, P. H., og Schulthess, P. (2020). *British Gestalt Journal*, 29(1), 51–56.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt Therapy. A Guide to Contemporary Practice*. Springer Publisher Company.
- Brownell, P. (2016). Warrant, Research and the Practice of Gestalt therapy. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 18–34). Cambridge Scholars Publishing.
- Cresswell J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage.
- Elliot, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential psychotherapies. I M.J. Lambert (red.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utgave, s. 495–538). Wiley.
- Evans, K. (2016). Research from a Relational Gestalt Therapy Perspective. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 64–78). Cambridge Scholars Publishing.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C. & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 374–388.
- Fogarty, M., Bhar, S. og Theiler, S. (2019). Development and validation of the gestalttherapy scale. *Psychotherapy Research*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1571688>
- Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S. og O'Shea, L. (2016). What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*, 25(1), 32–41.
- Føllesdal, D., Walløe, L., Elster, J (1990). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget.

- Hosemans, D. og Philippon, P. (2019). Furthering the critique of the GTFS. *British Gestalt Journal*, 28(2), 59–62.
- Jacobs, L. (2012). Critiquing projection: supporting dialogue in a post-Cartesian world. I T. Bar-Yoseph Levine (red.), *Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice* (s. 59–69). Routledge.
- Joyce, P. & Sills, C. (2001/2014). *Skills in Gestalt Counselling and Psychotherapy*. Sage.
- Kolmannskog, V. (2019). Vi blir bedre håndverkere. *Norsk Gestalttidsskrift* 16(1), 31–54.
- La Rosa, R., Tosi, S., Lobb, M. S., Francesetti, G. (2019). *British Gestalt Journal*, 28(2), 14–22.
- Melnick, J. & Nevis, S. (2000). Diagnosis: The Struggle for a Meaningful Paradigm. I E. Nevis, *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications* (s. 57–78). GestaltPress.
- Melnick, J. (2016). Looking back: Reflections on Research. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 79–89). Cambridge Scholars Publishing.
- Mjelve, H., Skottun G., van Baalen, D. (2015). Bruk av CORE – skjemaer i gestaltterapi. *Norsk Gestalttidsskrift*, 11(2), 8–27.
- Naalsund P. T. (2022) Å måle effekten av god kontakt i terapi. I P.T. Naalsund (red.), *Gestalt-terapeuten* (Årbok 2022, s. 26–29). Norsk Gestaltterapeutforening.
- Norcross, J. C. (2010). The Therapeutic Relationship. I B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, M. A. Hubble (red.), *The Heart & Soul of Change* (s. 113–142). APA.
- Perls F, Hefferline R. H, & Goodman P. (1951/2005). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. Souvenir Press.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, s. 66–83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
- Robine, J. M. (2016). Self: artist of contact. I J. M. Robine (red.), *Self. A Polophony of Contemporary Gestalt therapists* (s. 213–232). L'exprimerie.
- Roubal, J (2012). The three perspectives diagnostic model. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 8(2), 21.
- Roubal, J., Francesetti, G., Brownell, P., Melnick, J. Zeleskov-Djoric, J. (2016). Introduction. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 1–18). Cambridge Scholars Publishing.
- Roubal, J., Gecele, M. & Francesetti, G. (2013). Gestalt approach to diagnosis. I: *Gestalt Therapy in Clinical Practise. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (s. 79–106). Instituto di Gestalt HCC Italy Publ. Co.
- Salinas, P. H. (2016). The Construction of a Gestalt-Coherent Outcome Measure: Polarities and the Polarization-Integration Process. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 155–175). Cambridge Scholars Publishing.
- Spagnuolo Lobb, M. (2016). Self as contact, contact as self. I J. M. Robine (red.) *Self. A Polophony of Contemporary Gestalt therapists* (s. 261–290). L'exprimerie.

- Spagnuolo Lobb, M. (2016). Research in Gestalt therapy: A Way of Developing our Model. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
- Skottun, G og Krüger, Å. (2017). *Gestaltterapi. Lærebok i teori og metode*. Gyldendal Akademisk.
- Skottun, G. og Mjelve, H. (2018). Bruk av diagnoseskjema i gestaltterapi. Rapport fra evaluering av et pilotprosjekt. *Norsk Gestalttidsskrift*, 9(1) 19–31.
- Stevens C., Stringfellow, J., Wakelin, K. & Warring, J: (2011). The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project: The Findings. *British Gestalt Journal*, 20(2), 22–27.
- Stripling, T. (2021). Gestalt interventions benefitting children and adolescents: A literature review. *Gestalt Review*, 25(2), 197–220.
- Thrane, C. (2025). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk.
- van Baalen, D. (1998). Gestalt diagnostiek. I *Gestalt tijdschrift voor Gestaltherapie*, 5, 33–44.
- van Baalen, D. (2002/2008). Gestaltdiagnoser. I S. Jørstad & Å. Krüger (red.), *Den flyvende hollender* (s. 26–69). Norsk Gestaltinstitutt.
- van Baalen, D. (2013). Forskjellige paradigmer – om ulike tilnærminger i behandling. *Norsk Gestalttidsskrift*, 10(1), 68–79.
- Wampold, B. E. (2010). The Research Evidence for Common Factors Models: A Historical Situated Perspective. I B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, M. A. Hubble (red.), *The Heart & Soul of Change* (s. 49–82). APA.
- Wibetoe, Grethe (2026, 10. mars). Validering. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/validering>
- Woldt, A. (2013). *Mining for crystals. From Gestalt Q-Sort to the GIRL, creating valid and reliable measures of Gestalt contacting processes*. Paper. GISC, Cape Cod.
- Wong, A, Nash, M. R., Borckardt, J. J., Finn, M. T. (2016). A Guide to Conducting Case-Based, Time-Series Research in Gestalt therapy: Integrating Research and Practice in a Clinical Setting. I J. Roubal (red.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (s. 116–129). Cambridge Scholars Publishing.
- Wollants, G (2012). *Gestalt therapy. Therapy of the Situation*. Sage.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness, Dialogue & Process*. The Gestalt Journal Press.

Vedlegg 1. CORE-10-skjemaet



CORE - 10

Sted ID :

Bokstaver **Tall**

Pasient ID

Terapeut ID **Tall (1)** **Tall (2)**

D **D** **M** **M** **Å** **Å** **Å** **Å**

Dato for innlevering av skjema

Alder

Mann ☐ **Kvinne** ☐

Stadium fullført

SC Screening ☐ **Stadium**

H Henvisning ☐

V Vurdering ☐

B Første behandlingssamtale ☐

F Før behandling (uspesifisert) ☐

U Under behandling ☐

S Siste terapitime ☐

X Etterundersøkelse I ☐

Y Etterundersøkelse II ☐

Episode ☐

VIKTIG – LES DETTE FØRST

Dette skjemaet inneholder 10 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN

Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.

Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.

Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

	Aldri	Stundom	Av og til	Ofta	Hele tiden
1 Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2 Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3 Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4 Har det å snakke med folk vært for mye for meg	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5 Har jeg følt redsel eller panikk	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6 Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7 Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8 Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9 Har jeg følt meg ulykkelig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10 Har uønskede bilder eller minner plaget meg	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Total (klinisk skår*)

*** Prosedyre:** Legg sammen skår for hvert spørsmål, og del på antall spørsmål som er fylt ut for å få gjennomsnittsskår. Multipliser dette med 10 for å få Klinisk Skår. Hvis færre enn 10 spørsmål er fylt ut, må skårene brukes med stor forsiktighet.

Rak metode for CORE 10 (hvis alle spørsmål er fylt ut): Legg sammen skårene på hvert spørsmål for å få Klinisk Skår

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET

Vedlegg 2. Gestaltdiagnoseskjemaet

SKJEMA FOR DIAGNOSTISERING AV TERAPISITUASJONEN¹

Dato..... Nr.....

1 AWARENESS

	Klient / klientsystem		Terapeut	
Indre sone	0	10	0	10
Ytre sone	0	10	0	10
Mellomsone	0	10	0	10
Awareness på awareness	0	10	0	10

Max. 80/4=20

2 FIGURDANNELSE

2.1 Grad av organisering: 0  10
 Grad av trygghet: 0  10

Max. =20.....

2.2 Hva figurerer?

2.3 I hvilke andre situasjoner kan klienten gjenkjenne denne figuren?

3 KREATIV TILPASNINGSFORLØP

Forkontakt	0	10
Å kontakte	0	10
Endelig kontakt	0	10
Etterkontakt	0	10

Max. 40/2=20Total max. =60

4. SELVFUNKSJON

4.1 **Idfunksjon** Hva kreves/trengs?

Klient / klient system:	
Terapeut:	

4.2 **Personlighetsfunksjon** Hvem blir vi?

Klient / klient system :	
Terapeut:	

4.3 **Egofunksjon** Hva gjør vi ?

Klient / klient system:	
Terapeut:	

5 TILLEGGSKOMMENTARER:

¹ Hensikten med skjemaet er å observere det som skjer i terapeut/klient-situasjonen i ulike faser av terapien. Skjemaet inneholder både deskriptive og evaluerende spørsmål. Terapeuten tar utgangspunkt i hva terapeuten og klienten arbeider med i den enkelte terapeut/klient-situasjonen, og dokumenterer på den måten både arbeidet og eventuelle endringer over tid av relasjonen.