

**Psykologisk trygghet
– en drivkraft bak gode
arbeidsprestasjoner**

Silje Hukkelberg

**Ketaminkonferansen:
Fem på gangen**

Matt Oxman

**Kognitiv utredning i tverrfaglig
spesialisert rusbehandling**

Erga, Hetland, Høiland, Fodstad, Drevsjø
& Braatveit



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
20.02.2026

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tlf. 23 10 31 33
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 13.03, 16.04, 13.05

Opplag 10 600

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

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

Layout Christian von Schack
Bilredaktører Maria Astrup og Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Frode Skaren / ByHands
Trykk Aksell AS

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

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



INNHold

NR 3 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Frode Skaren har illustrert omslaget og forteller: Jeg har lekt med formatet og tidsskriftomslaget som et medium der vi kunne fortelle to sider av en sak – både resultatet av et bra samarbeid ved prisutdeling og jubel, men også alt arbeidet som ligger bak en trygg og kreativ prosess.



REDAKSJONEN KOMMENTERER | Gro Walø-Syversen

Fremtidsrettet konferanse om ketamin 138

NYHETER | Matt Oxman

Ketaminkonferansen: Fem på gangen 141

FAGARTIKKEL | Silje Hukkelberg

Psykologisk trygghet – en drivkraft bak gode arbeidsprestasjoner 144

FAGARTIKKEL | Fredrik Sylvester Jensen

Vladimir og rotten – barndomstraumer og destruktiv ledelse 151

FRA FORSKNINGEN | Per-Einar Binder

Perfeksjonisme som et skjold mot eksistensiell sårbarhet 156

FRA FORSKNINGEN | Espen R. Lassen

Et pålitelig mål for symptomer på posttraumatisk stresslidelse 159

DOKTORGRADER

..... 162

EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS | Erga et al.

Utredning av kognitiv fungering i tverrfaglig spesialisert
rusbehandling 163

ETIKKPANELET | Siv Hilde Berg

Fagetiske dilemmaer i helsekommunikasjon 173

DEBATT

Fagetikk, åpenhet og anonymitet | Nora Nord Rydningen 177

Profesjonsetikk i fritt fall | Haldor Øvreeide 179

KRONIKK | Nils Martin Jondalen

Spesialistgodkjenningen bør være en offentlig oppgave 182

BOKSTOFF

Hilde Westad Brandshaug anmelder
Hva skal vi med menneskerettigheter? 186

Anne Inger Helmen Borge anmelder
Livskvalitet hos barn og unge 188

Klassikeren av Søren Esben Rytter Heilskov
The Mask of Sanity 190

Bokessay av Thomas Arthur Stabel Andresen
Forbudt dagbok 194

MINNEORD

Lisbeth Holter Brudal 198

TEKST Gro Walø-Syversen
Psykologfaglig redaktør

Fremtidsrettet konferanse om ketamin

Psykedelisk terapi er i vinden. Den 2. nasjonale Ketaminkonferansen lover et aktivt norsk forskningsfelt fremover.

Det kjennes ikke lenge siden 2018, da den private Axonklinikken i Oslo startet tilbud om ketaminbehandling for depresjon (Mølmen et al., 2023). To år senere kom Sykehuset Østfold på banen (Lien & Clausen, 2025). Siden har fagfeltet hatt en betydelig utvikling i Norge.

Ketamin er et legemiddel som norske sykehus vanligvis bruker for narkose og smertelindring, som også har en dissosiativ og raskt innsettende antidepressiv virkning. I fjor høst åpnet Beslutningsforum, som fatter beslutninger om innføring av nye behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten, for bruk av intravenøs ketamin for pasienter med behandlingsresistent depresjon, under visse forutsetninger (Beslutningsforum for nye metoder, 2025). Videre kan nå helsepersonell ta videreutdanning i psykedelisk terapi på Universitetet i Innlandet (INN), og ti norske sykehus deltar i en omfattende klinisk studie av ketaminassistert terapi for depresjon.

Den 2. nasjonale Ketaminkonferansen ble arrangert av Akershus universitetssykehus i samarbeid med NORAAD-nettverket (Norwegian Rapid Acting Antidepressants), som samler fagpersoner i fra feltet og de fire regionale helseforetakene (Lien & Clausen, 2025).

KONTAKT gro@psykologtidsskriftet.no

MERKNAD Teksten er en kommentar. Kommentaren gir uttrykk for skribentens synspunkter og inntrykk. GWS er eksternt medlem i forskergruppa Eating Disorder Lab ved Oslo Nye Høyskole som ledes av professor Camilla Lindvall Dahlgren.



PÅ SCENEN: Konferansier Johan Siqveland, psykologspesialist og forsker ved Ahus. Foto: Matt Oxman

Overordnet tema var kunnskapsstatus for ketamin som behandling i dag – og hvordan kunnskapen kan omsettes til trygg og effektiv klinisk praksis.

Statssekretær Karl Kristian Bekeng fra Helse- og omsorgsdepartementet åpnet konferansen. På scenen sto farmakologer, leger, psykiatere og enkelte psykologer. Programmet dekket et bredt spekter av problemstillinger om for eksempel mekanismer og utfordringer i psykedelisk terapi, ketamin versus elektrokonvulsiv terapi, ketamin ved suicidalitet og presentasjoner av norsk forskningsstatus fra blant annet Sykehuset Østfold, som har fulgt 400 pasienter siden 2020.

Norges første videreutdanning

Videreutdanningen i psykedelisk terapi fikk en pangstart med sak til Statsforvalteren, fortalte Lars Lien, professor ved INN og leder av Norsk psykiatrisk forening. Det var ønske om at deltagerne i utdanningen skulle få erfaringsbasert trening med ketamin, altså prøve ketamin selv. Enden på visa ble at utdanningen kuttet ut ketamin til studentene – Norge er fortsatt ikke modent for en slik type

egenterapi. I stedet får studentene opplæring i holotropisk pust, som kan gi opplevelsen av å være i en annen bevissthetstilstand.

Rasjonalet for videreutdanningen var blant annet at ketaminassistert psykoterapi allerede er tatt i bruk i Norge, at det er akutt mangel på opplæring og et behov for å tidlig etablere en norsk modell. På læringsplanen står grunnleggende farmakologi og etiske og juridiske problemstillinger. I tillegg skal studentene utvikle en reflektert forståelse av terapeutisk tilstedeværelse. Videreutdanningen har færre studieplasser enn de har søkere, som i hovedsak er sykepleiere, deretter psykologer og leger.

Med eller uten samtaleterapi?

Beslutningsforums vedtak angir at ketaminbehandling bør foregå i sykehus eller på DPS med register- eller kliniske studier. Vedtaket legger ingen føringer for at ketamin må gis i kombinasjon med samtaleterapi. Samtidig er det få som tilbyr ketamin uten samtaleterapi, og Sykehuset Østfold anbefaler ketamin i et integrert behandlingsforløp med psykoterapi (Sykehuset Østfold, 2025). Inntrykket er

altså at det norske fagmiljøet erfarer og vurderer samtaleterapi som en vesentlig del av behandlingsprosessen. I en spørsmålsrunde etter Liens foredrag sa David Erritzoe (leder for Centre for Psychedelic Research ved Imperial College London), slik jeg husker det, at det ikke fins sterk evidens for at psykoterapien er en sentral del. Han lurte på hva man kan gjøre for å ivareta denne erfaringen i møte med markedskreftene. Lien påpekte at Norge har en sterk psykoterapeutisk tradisjon, og at norske retningslinjer angir at samtaleterapi skal prøves først.

MDMA-assistert terapi for depresjon

På konferansen ble også andre behandlingsformer for depresjon belyst. Psykiater Tor-Morten Kvam fra forskergruppen PsykForsk ved Sykehuset Østfold presenterte funn fra studien sin i *British Journal of Psychiatry* i fjor (Kvam et al., 2025), som undersøkte MDMA-assistert terapi. Studien var en småskala pilotstudie uten kontrollgruppe med formål om å avdekke uønskede hendelser (*adverse events*) og vurdere grunnlaget for å gå videre med kontrollerte kliniske studier. Gjennomsnittsendringer i depresjonssymptomer (MADRS-skårer) før og etter behandling og uønskede hendelser ble kartlagt for tolv deltagere, og man fant lavere depresjonsskårer og ingen alvorlige negative hendelser.

Når jeg hørte på Kvam, ble jeg nysgjerrig på terapiprosessene i MDMA-assistert terapi, som virker relativt unike. Jeg skulle gjerne lest en norsk kvalitativ studie som systematiserer og analyserer de kliniske erfaringene med terapiprosessene.

Debatt med skeptiker

Rusmedisiner Andreas Wahl Blomkvist, som var ekstern fagekspert i Beslutningsforums metodevurdering, debatterte på scenen med Lovisenberg-psykiateren Erling Hillestad, som har vært kritisk til ketaminbehandling (se f.eks. Blomkvist, 2025 og Hillestad, 2025). Blomkvist fastholdt at man vet nok til å ta ketamin i bruk. Hillestad på sin side var klar på at ketamin kan gi pasienten velvære som vil manifestere seg i nedgang i MADRS-skårer etter kort tid, men at man vet for lite om langtidseffektene. Han mente evidensen for å ta i bruk ketamin i norsk psykisk helsevern er for svak. Hillestad bekymret seg også for at pasientene skal oppfatte ketamin som en ny «magisk kur».

Ny vurdering i 2028

Ole Andreassen er leder for PreKET-studien som rulles ut i mange norske sykehus. Prosjektet har fått 24,9 millioner i midler fra Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er en randomisert studie som skal se på effekten av varigheten av ketaminbehandling for alvorlig depresjon (med samtaler). Akuttpsykiatrisk på Ullevål sykehus er i gang. Det fins ellers pågående forskningsprosjekter for bruk av ketamin ved alkoholavhengighet og spiseforstyrrelser.

Tross skepsis (se f.eks. Debernard et al., 2026) inkluderes ketamin i klinikk og forskning på flere norske sykehus. Gitt prosessen for ketamin, som er et lovlig og velutprøvd medikament *on label*, kan man se for seg at veien for forskning og utvikling av klinisk praksis med MDMA og psilocybin vil bli mer kronglete.

Alt i alt var konferansen preget av nøytralt presenterte innspill og lite hype. Jeg satt igjen med en opplevelse av at samtaleterapien ble litt usynlig. Dens betydning gjenspeilte seg ikke så godt i programmet totalt sett - og kanskje heller ikke så mye i forskningen hittil? Jeg håper det kommer.

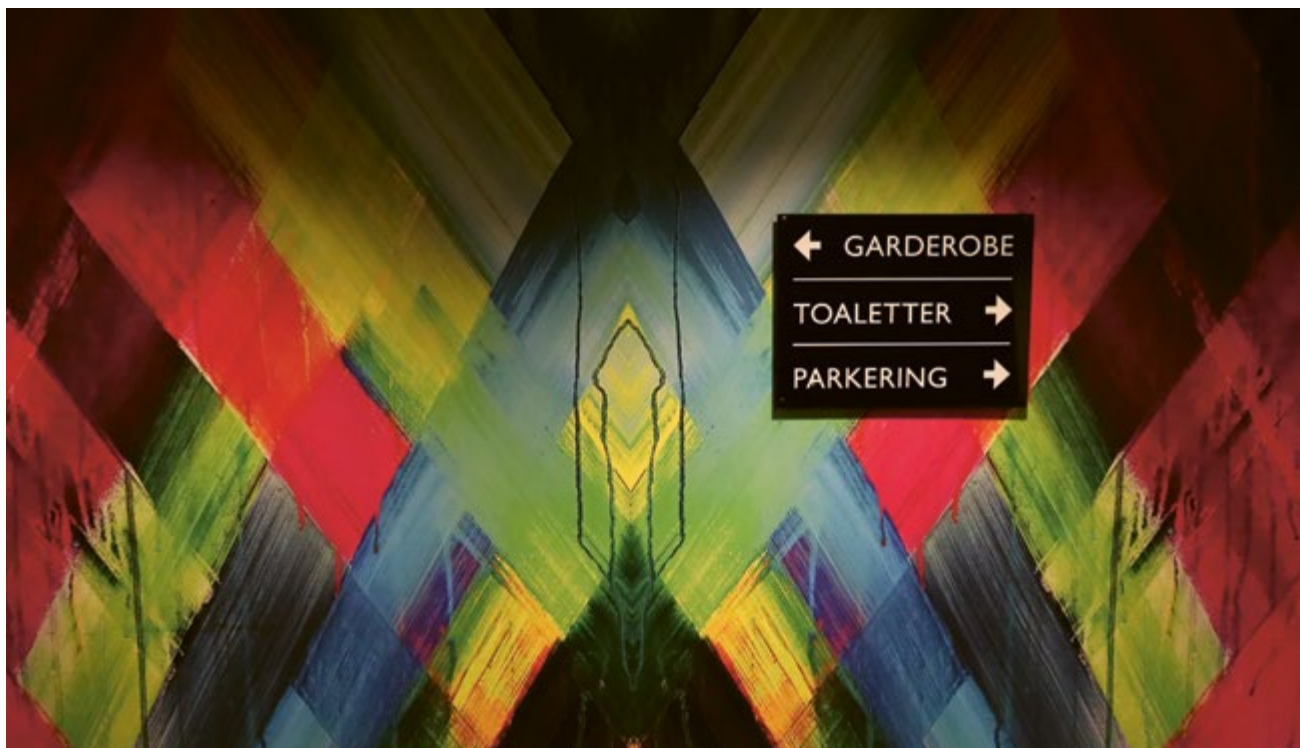
Beslutningsforums vedtak skal evalueres på nytt i 2028. Basert på konferansen ser det ut til at mye skal skje i det norske forskningsfeltet de neste to årene. 🧠

REFERANSER

- Beslutningsforum for nye metoder. (2025, 25. august). *Ketamin: Behandlingsresistent depresjon (ID2022_018)*. <https://www.nyemetoder.no/metoder/ketamin/>
- Blomkvist, A. W. (2025, 19. september). Forsiktig innføring – ikke et uansvarlig eksperiment. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/forsiktig-innforing-ikke-et-uansvarlig-eksperiment/705993>
- Debernard, K. A. B., Westergren, T., Økland, H. G. & Eek, A. K. (2026). Ketamin mot depresjon – et kritisk blikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0739>
- Hillestad, E. (2025, 12. september). Et eksperiment med potensielt stor risiko for pasientene. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/ketamin-legemidler-psykisk-helse/et-eksperiment-med-potensielt-stor-risiko-for-pasientene-1/705003>
- Kvam, T.-M., Goksøyr, I. W., Rog, J., Van De Vooren, I.-T. J., Stewart, L. H., Autran, I., Berthold-Losleben, M., Mørch-Johnsen, L., Holst, R., Clausen, I. & Andreassen, O. A. (2025). MDMA-assisted therapy as a treatment for major depressive disorder: Proof of principle study. *The British Journal of Psychiatry*, 227(5), 783–789. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10320>
- Lien, L. & Clausen, I. (2025). Ketamin som offentlig behandlingstilbud i psykiatrien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0532>
- Mølmen, I. F., Andersen, K. A. A., Stewart, L. H. & Castberg, I. (2023). Ketaminassistert psykoterapi for depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2), 89–95. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso1ae-Ketaminassistert-psykoterapi-for-depresjon
- Sykehuset Østfold. (2025, 2. januar). *Ketamin mot behandlingsresistent depresjon*. <https://www.sykehuset-ostfold.no/behandling/ketamin-mot-behandlingsresistent-depresjon>

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT Matt@psykologtidsskriftet.no



PSYKEDELISH: En tapet i underetasjen var det nærmeste til knytebatikk som Psykologtidsskriftet klarte å finne på Den 2. nasjonale Ketaminkonferansen. Foto: Matt Oxman

Ketaminkonferansen: Fem på gangen

Feltet har tatt store steg frem siden den forrige og første konferansen. Vi fikk fem fagfolk til å dele noen inntrykk fra årets samling.

Norges kanskje minst psykedeliske sted – Thon Hotel Arena i Lillestrøm – huset Den 2. nasjonale Ketaminkonferansen 3.–4. februar 2026. I august 2025, halvannet år etter den første Ketaminkonferansen, godkjente Beslutningsforum bruk av intravenøs ketamin for behandlingsresistent depresjon i spesialisthelsetjenesten. Psykologtidsskriftet tok temperaturen på årets konferanse og samlet refleksjoner fra fem fagpersoner i feltet.

Mari de Flon Hetland

Psykologspesialist
Sykehuset Østfold HF



Presenterte «Innføring av ketamin i norsk psykisk helsevern – en filosofisk, samfunnsetisk og psykologisk drøfting»

1. Hva er en lærdom du tar med deg fra konferansen?

Det er viktig at vi står sammen i utviklingen av faget vårt. Forskjeller og uenigheter er en nødvendighet og styrke i en vitenskapelig prosess. Forskning gir oss et fundament, men vi må også diskutere og slipes mot hverandre. Vi må ikke glemme filosofien og svarene som forskningen aldri kan gi.

2. Hva er et spørsmål du sitter igjen med?

Om å bruke ketamin i psykisk helsevern vil fjerne mer smerte enn det vil gi på lang sikt og på et samfunnsnivå. Jeg er hverken for eller mot ketamin. Utviklingen skjer. Men vi mangler mye kunnskap.

3. Hva er en utvikling du ønsker å se før neste konferanse?

At vi har klart å snu paradokset – «hard» medisin møter ordløshet, åndelighet og intens sårbarhet – til noe bra! Mer konkret, at det medisinske språket gir oss tydeligere rammer rundt behandlingstilbudet, mer likt som i somatikken, hvor vi beskytter det sårbare så det kan føre til vekst over tid. 🧘

Tor-Morten Kvam

Psykiater/ph.d.-stipendiat
Sykehuset Østfold HF / Universitetet i Oslo

Presenterte «Nye veier i behandlingen av depresjon: Den første studien med MDMA-assistert terapi»

1. Hva er en lærdom du tar med deg fra konferansen?

Feltet har beveget seg fra en pionerfase til en implementeringsfase. Stadig flere norske sykehus kommer i gang med ketaminbehandling. Samtidig får viktig forskning støtte. Jeg tenker spesielt på PreKET-studien.

2. Hva er et spørsmål du sitter igjen med?

Det gjenstår mange ubesvarte spørsmål om effekt og bivirkninger, særlig på lengre sikt. Vi vet fortsatt for lite om hvem behandlingen virker best for, og hvilke faktorer som forutsier en positiv respons. I tillegg er det behov for mer kunnskap om dosering, behandlingsvarighet og betydningen av samtidig psykoterapi.



3. Hva er en utvikling du ønsker å se før neste konferanse?

Jeg håper PreKET gir oss pålitelige svar på spørsmål om dosetilpasning og effekten av vedlikeholdsbehandling. Og så håper jeg at implementeringen fortsetter, slik at pasienter med behov for ketaminbehandling får et tilbud lokalt i spesialisthelsetjenesten, også utenfor kliniske studier. 🧘

Lowan Han Stewart

Medisinsk direktør
Axonklinikken



1. Hva er en lærdom du tar med deg fra konferansen?

Siden den første konferansen har det vært en enorm utvikling på feltet i Norge, med implementering av ketaminbehandling ved ti sykehus nasjonalt og utrulling av PreKET-studien. Protokollene for forskningen er solide, med innspill og tilsyn fra eksperter i psykiatrien.

2. Hva er et spørsmål du sitter igjen med?

Ved vår klinikk er psykoterapien en sentral del av ketaminbehandlingen. Det blir interessant å se hvor mye og hvilke typer psykoterapi de forskjellige helseforetakene innlemmer i deres behandling.

3. Hva er en utvikling du ønsker å se før neste konferanse?

Jeg ser frem til innføringen av det nasjonale registeret for å overvåke utfall av ketaminbehandling og til forskningssamarbeid innad i NORAAD-nettverket, men også med private klinikker. Og så ser jeg frem til ytterligere medvirkning fra psykoterapifeltet. 🧘

Ivar Goksøyr

Psykologspesialist
Psykologvirke AS



Presenterte
«Psykotterapi ved
ketaminbehandling:
Hva gjør vi når
porten åpnes?
Empiri, teori og
praksis»

1. Hva er en lærdom du tar med deg fra konferansen?

Ketamin bør ikke først og fremst forstås som et nytt antidepressiv, men noe som kan åpne et tidsvindu for psykologisk arbeid. De symptomlindrende effektene er for mange pasienter kortvarige, men en del pasienter ser ut til å oppleve mer vedvarende endringer, særlig når behandlingen er godt integrert i en terapeutisk ramme. Psykologers kompetanse kan være avgjørende for hvordan potensialet realiseres i klinisk praksis.

2. Hva er et spørsmål du sitter igjen med?

Et sentralt spørsmål er hvilke mekanismer som skiller pasienter som opplever kortvarig symptomlette, fra dem som opplever mer varige endringer. Vi vet lite om hvordan dose, kontekst, terapeutisk tilnærming og pasientfaktorer samvirker over tid. Spørsmålet er ikke bare om ketamin virker, men for hvem, på hvilke måter, og hvordan vi som psykologer best kan bidra til at effekten blir meningsfull og varig.

3. Hva er en utvikling du ønsker å se før neste konferanse?

Jeg håper å se flere psykologer engasjere seg aktivt på feltet, klinisk og forskningsmessig. Skal ketamin bli et reelt bidrag til psykisk helsevern, trenger vi en kritisk og kunnskapsbasert implementering – ikke bare entusiasme, men heller ikke faglig tilbakeholdenhet som hindrer innovasjon. 🧠

Camilla Lindvall Dahlgren

Professor i klinisk psykologi
Oslo Nye Høyskole

Presenterte «Ketamine Treatment for Eating Disorders: Preliminary Findings from a Norwegian Retrospective Case Series»

1. Hva er en lærdom du tar med deg fra konferansen?

Jeg sitter igjen med inntrykket av et kompetent norsk fagmiljø som jobber med psykedeliske stoffer – både når det gjelder undervisning, behandling og forskning. Det er et godt utgangspunkt for den store og viktige jobben som vi har foran oss på feltet.

2. Hva er et spørsmål du sitter igjen med?

Jeg lurer på hvilke holdninger nordmenn har til behandling med psykedelika, hva folk vet om feltet, og hvordan fagmiljøet på best mulig måte kan formidle kunnskap på en balansert og tydelig måte.

3. Hva er en utvikling du ønsker å se før neste konferanse?

Det blir spennende å følge arbeidet til forskningsgruppen PsykForsk ved Sykehuset i Østfold – særlig studiene på bruk av ketamin og MDMA i behandling av depresjon. Jeg håper vi får se forskning på bruk av psykedelika fra flere perspektiver og med ulike forskningsmetoder. 🧠



TEKST

Silje Hukkelberg

Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

Psykologisk trygghet – en drivkraft bak gode arbeidsprestasjoner

Hva er psykologisk trygghet, og hvilken betydning har det i arbeidslivet og helsesektoren?

Kunnskapsbaserte arbeidsoppgaver blir stadig mer komplekse som en konsekvens av teknologisk utvikling, økende spesialisering og skjerpede krav til innovasjon og effektivitet. For å møte disse utfordringene er teamarbeid ofte fordelaktig og nødvendig. For at et team skal prestere utover hva hver enkelt kan få til alene, må samarbeidet fungere og operere i en læringsone, der det er rom for å være uenig, stille spørsmål og utforske ulike løsninger. Slike betingelser oppstår ikke nødvendigvis av seg selv og har satt psykologisk trygghet på dagsorden. Begrepet har fått stor oppmerksomhet – i faglitteraturen, i media og blant ansatte. Det er grunn til å anta at det ikke er tilfeldig.

Et søk på «psykologisk trygghet» gir over 5,5 millioner treff på Google Scholar, men begrepet ble først tatt i bruk blant et bredere publikum etter at funnene fra «Prosjekt Aristoteles» ble gjort kjent i The New York Times

KONTAKT silje.hukkelberg@nubu.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Magazine (Duhigg, 2016). Studien ble gjennomført på 180 ulike team i Google og hadde som mål å finne ut hva som skilte team som leverte på toppnivå fra andre team, ved å undersøke mer enn 250 variabler, inkludert personlighetstrekk og gruppedynamikk. Psykologisk trygghet seilet opp som den viktigste enkeltfaktoren som kjennetegnet prestasjonssterke team. Team der ansatte opplevde et psykologisk trygt arbeidsklima, viste bedre resultater, mer innovasjon og større engasjement enn team som ikke hadde denne egenskapen, uavhengig av individuelle ferdigheter innad i gruppen. Studien satte søkelys på psykologisk trygghet som begrep og på hva denne faktoren betyr for samarbeid og prestasjoner.

Psykologisk trygghet har blitt betegnet som et trendbegrep, men også et honnørord og en ettertraktet kvalitet som beskriver et velfungerende team. Men hva innebærer egentlig psykologisk trygghet, og hvilken betydning har den i arbeidslivet generelt og i helsesektoren spesielt? Formålet med denne artikkelen er å gi noen svar på disse spørsmålene.

Hva er psykologisk trygghet?

I interaksjon med andre er frykten for ydmykelse et primitivt og dypt forankret menneskelig instinkt. Frykten for å bli dømt, kritisert eller latterliggjort foran andre preger oss fra lekeplassen til styrerommet og former hvordan vi oppfører oss i møte med andre, hvilke beslutninger vi tar, vår selvfølelse og vår identitet. De fleste av oss har kjent på følelsen når det ikke er rom for å stille spørsmål eller be om hjelp fordi det kommer med en risiko, og kostnaden oppleves som større enn gevinsten. Psykologisk trygghet sier noe om kvaliteten på mellommenneskelig samspill, og kan defineres som «en oppfatning i en gruppe om at det er trygt for den enkelte å ta mellommenneskelig risiko uten frykt for ydmykelse, avvisning eller andre negative konsekvenser» (Edmondson, 1999, s. 354). Begrepet gjenspeiler altså opplevelsen av et miljø og en kultur der det er trygt å ta opp bekymringer, være uenig, stille spørsmål, dele ideer eller innrømme feil uten å bli møtt med negative reaksjoner i form av for eksempel sanksjoner, ignorering, latterliggjøring, eskalering eller i ytterste konsekvens, frykt for å miste jobben. Selv om begrepet psykologisk trygghet først og fremst forstås som et gruppefenomen, viser forskning at ansattes opplevelse av psykologisk trygghet på en arbeidsplass har ringvirkninger på individ-, team- og organisasjonsnivå (Newman et al., 2017).

Nivået på psykologisk trygghet i et team eller en organisasjon kan forstås som et ekko av hvorvidt arbeidsmiljøet inviterer til og verdsetter åpenhet og ulike meninger, og om det er rom for meningsutveksling, både horisontalt og vertikalt. I et psykologisk trygt arbeidsmiljø der læring er i fokus, er meningsbrytning blant medarbeidere noe konstruktivt og en ressurs. Uenighet er et signal om at reell dialog finner sted og at man drar nytte av hverandres perspektiver, snarere enn et tegn på konflikt. Psykologisk trygghet gir mulighet til å reagere, korrigere, justere og lære. På den andre siden fører fravær



av psykologisk trygghet til normkrymping, og handlings- og ytringsrommet snevres inn. Det gir et fattigere grunnlag for læring ved at mangfoldet av perspektiver ikke kommer til uttrykk og heller ikke blir en del av den kollektive forståelsen. Gallo (2023) omtaler psykologisk trygghet som «opplevelsen av at man kan være ærlig», og understreker med det at det er snakk om en individuell opplevelse, som verken kan dikteres eller pålegges, men som skapes over tid gjennom gjensidig tillit mellom mennesker. Psykologisk trygghet handler imidlertid ikke om å ha det hyggelig eller å unngå konflikter. Et tilsynelatende godt arbeidsmiljø skaper ikke nødvendigvis psykologisk trygghet hvis det kun er en fasade.

Historiske røtter og effekter

Psykologisk trygghet kan oppfattes som et diffust begrep, og man kan stille spørsmål om begrepet egentlig representerer noe nytt. Allerede i 1943 publiserte Maslow motivasjonsteorien og *behovspyramiden*, som rangerer menneskelige behov (Maslow, 1943). Maslow beskrev behovet for trygghet som fundamentalt, etter de fysiologiske behovene, og i senere tolkninger inkluderer det både fysisk og interpersonlig trygghet. Først når behovet for trygghet er tilfredsstillt, frigjøres ressurser til å utvikle relasjoner, lære og utforske. Også tilknytnings-teori (Bowlby, 1969) sier noe om betydningen av relasjonell trygghet som en forutsetning for utvikling og læring. Begge teoriene har blitt brukt som grunnlag for å studere hvordan trygghet påvirker samspill, samarbeid og samskaping.

Schein og Bennis (1965) brukte begrepet psykologisk trygghet i forbindelse med organisasjonsendring. De beskrev psykologisk trygghet som viktig i en endringsprosess «for å tine opp en atmosfære så man kan ta sjanser uten frykt og med tilstrekkelig beskyttelse» (side 44). De fremhevet dermed betydningen av psykologisk trygghet



for å «klargjøre» ansatte til endring. Kahn (1990) knyttet psykologisk trygghet opp til problemstillinger i sin samtid, og med utgangspunkt i kvalitative studier om gruppedynamikk demonstrerte han hva psykologisk trygghet betyr for *arbeidstilknytning*. Han understreket viktigheten av å skape et trygt miljø for å fremme engasjement og definerte psykologisk trygghet som en «følelse av å kunne vise og bruke seg selv uten frykt for negative konsekvenser for selvbilde, status eller karriere» (Kahn, 1990, side 708). Kahn fant ut at i et team der medlemmene stolte på hverandre, *forventet* medlemmene at tvilen kom dem til gode. Altså at andres handlinger var basert på gode intensjoner, selv om det ikke alltid kom til uttrykk. Denne observasjonen tenker jeg er et sentralt kjennetegn på psykologisk trygghet fordi den gjenspeiler at det finnes en grunnleggende tillit til andres intensjoner og en gjensidig velvilje i gruppen.

I dag forbindes psykologisk trygghet særlig med Amy Edmondson, professor ved Harvard Business School. I sine tidlige studier var Edmondson opptatt av sammenhengen mellom psykologisk trygghet og feilrapportering i sykehus, i den tro at team med høy psykologisk trygghet også gjorde færre feil (Edmondson, 1999). Hun fant det motsatte. Psykologisk trygge team rapporterte flere feil, noe som viste seg å ha en uventet positiv oppside. På en arbeidsplass der ansatte våger å innrømme feil, er det også gjerne en kultur som vektlegger gevinsten av kontinuerlig læring og forbedring. Det kommer både ansatte og pasienter til gode ved at det faglige samarbeidet styrkes og risikoen for å gjøre samme feil flere ganger reduseres.

Meta-analyser og kunnskapsoppsummeringer viser at psykologisk trygghet kan knyttes til en rekke positive utfall i en organisasjon, deriblant bedre prestasjoner, høyere engasjement, mer kunnskaps- og informasjonsdeling, kreativitet og innovasjon (Edmondson & Lei, 2014; Frazier et al., 2017; Newman et al., 2017). Psykologisk trygghet er også forbundet med læringsatferd, enten det

dreier seg om å justere handlinger (enkeltkretslæring), eller om å endre mål, normer og antakelser (dobbelkretslæring) (Argyris & Schon, 1995). Begge former for læring er kjennetegn på en lærende organisasjon, der kontinuerlig refleksjon, tilpasning og forbedring står sentralt.

Studier viser at psykologisk trygghet påvirker både ansattes helse og motivasjon (Newman et al., 2017). Ansatte som opplever psykologisk trygghet rapporterer bedre jobbtilfredshet, mindre stress og utbrenthet, samt lavere sykefravær og turnover (f.eks., Sato et al., 2025). I dag er en betydelig andel norske arbeidstakere ute av arbeidslivet på grunn av psykisk uhelse (Nossen & Delalic, 2024). Det er grunn til å tro at psykologisk trygghet, eller mangel på sådan, kan være en del av forklaringen. Studier viser at ansatte som opplever psykologisk trygghet på arbeidsplassen, rapporterer høyere trivsel og mer tilstedeværelse (El-Ashry et al., 2025; Frazier & Tupper, 2018).

Det er imidlertid viktig å understreke at psykologisk trygghet i seg selv ikke garanterer et godt arbeidsmiljø, læring eller faglige prestasjoner. Psykologisk trygghet er en katalysator eller medierende faktor som legger til rette for konstruktiv kommunikasjon og effektivt samarbeid, og som gjennom dette bidrar til kvalitet og gode resultater.

Et kritisk blikk på begrepet

Psykologisk trygghet fremheves som nøkkelen til et godt samarbeid, men er ikke uten begrensninger. Det er utviklet flere både smale og bredere instrumenter for å måle psykologisk trygghet (Liu et al., 2024). Det mest brukte målet er likevel Psychological Safety Scale (PSS; Edmondson, 1999), som måler psykologisk trygghet på teamnivå med sju spørsmål. Edmondson mener svarene uttrykker en *kognitiv* evaluering, til forskjell fra Schein og Bennis (1965) og Kahn (1990), som beskriver psykologisk trygghet som en *følelse*. Etter min mening må PSS forstås som et mål der både rasjonelle og emosjonelle vurderinger kommer til uttrykk.

Selv om studier har vist at PSS og andre mål har god reliabilitet, er det relativt få studier som har undersøkt målets validitet, og hva psykologisk trygghet innebærer i ulike typer jobber og kontekster. PSS er utviklet i USA, og mange av studiene som er gjort på psykologisk trygghet er gjennomført der eller i andre engelskspråklige land (Edmondson & Lei, 2014). Det kan dermed stilles spørsmål om begrepets meningsinnhold utenfor denne konteksten, og ikke minst i en norsk arbeidshverdag. Vi trenger derfor flere studier som evaluerer de psykometriske kvalitetene ved PSS (og beslektede mål), for å øke forståelsen av hva psykologisk trygghet innebærer med norske briller. Et bredere mål på psykologisk trygghet vil antagelig være mest hensiktsmessig, da det kan fange opp flere aspekter ved fenomenet og gi innsikt i hvordan ulike dimensjoner av psykologisk trygghet påvirker forskjellige typer arbeidsoppgaver og spiller inn i ulike omgivelser.

De *positive* effektene av psykologisk trygghet er tema for det store flertallet av publiserte studier. For å oppnå

mer nyansert kunnskap om betydningen av psykologisk trygghet trengs det mer forskning på mulige *negative* konsekvenser av psykologisk trygghet og om det finnes mekanismer og rammebetingelser som reduserer de positive effektene. Noen studier indikerer at psykologisk trygghet ikke bestandig er fordelaktig, og kan føre til lavere prestasjoner (Eldor et al., 2023), og dessuten betydelig slitasje for den som skal håndtere ulike meninger og synspunkter (Grailey, Leon-Villapalos, et al., 2021). Andre studier foreslår at for mye trygghet kan resultere i konsensus-søkende atferd og at vanskelige temaer unngås (Nemhard & Edmondson, 2006).

Psykologisk trygghet kan også ha forskjellig innhold og funksjon i ulike faser av samarbeid. Man kan for eksempel tenke seg at det er spesielt verdifullt med bred meningsutveksling i en planleggingsfase, men at det i påfølgende faser kan skape ineffektivitet og avsporing. Under koronapandemien måtte helseorganisasjoner håndtere høy usikkerhet under tidspress, og raske beslutninger var nødvendige. I krisesituasjoner kan derfor psykologisk trygghet i større grad handle om tydelig kommunikasjon. Når fasene i et prosjekt glir over i hverandre, blir det dermed viktig å balansere mellom psykologisk trygghet og struktur for å få gjennomført oppgavene. Det innebærer at begrepet får ulik betydning og innhold, avhengig av prosjektets mål og fase. Det er også uklart om det finnes en grenseverdi for psykologisk trygghet som fører til gode (nok) prestasjoner, og hvilke konkrete aktiviteter som skal til for at et team kan bevege seg fra den nedre til den øvre delen av trygghetsskalaen.

Clark (2019) beskriver fire nivåer av psykologisk trygghet som påvirker hvorvidt ansatte bidrar og lærer i en organisasjon. Det første nivået kaller han *inkluderingstrygghet*, som innebærer at man føler seg akseptert og respektert som en del av gruppen. Deretter følger *læringstrygghet*, som gir rom for å stille spørsmål. På det tredje nivået, kalt *bidragstrygghet*, er man trygg nok til å komme med ideer og dele kunnskap. Når de foregående nivåene er etablert, gir *utfordringstrygghet* rom for å utfordre status quo, stille kritiske spørsmål ved etablerte normer samt gi tilbakemeldinger. På dette nivået spirer kreativitet og konstruktiv uenighet, som igjen skaper innovasjon og forbedring av eksisterende praksis. Clarks fremstilling kan imidlertid gi inntrykk av at psykologisk trygghet følger en lineær og kumulativ prosess. I praksis er psykologisk trygghet en dynamisk kvalitet som varierer i nivå over tid, i et samspill med oppgaver og omgivelser. Denne dynamiske egenskapen, understreker at fenomenet med fordel kan måles multidimensjonalt. Det gir mer rom



for å følge differensielle uttrykk av begrepet. Samtidig blir det essensielt å måle psykologisk trygghet ved oppstart av et team for å etablere et referansenivå (baseline), som gjør det mulig å følge endringer underveis.

Det motsatte av frykt?

Edmondson beskriver psykologisk trygghet som det motsatte av frykt og angst som «...skader analytisk tenkning, kreativ innsikt og problemløsning» (Edmondson, 2019, side 14). Flere har imidlertid stilt spørsmål ved om psykologisk trygghet underkjenner kraften i psykologisk angst og uro. Moxnes (2018) utfordrer oppfatningen av angst som kun en unormal og dysfunksjonell følelse, og fremhever at varm angst, som i motsetning til kald og paralyserende angst, kan fungere som en mobiliserende kraft som skaper motivasjon, engasjement og energi når situasjonen krever det. Han løfter fram potensialet i denne typen angst, som kan bidra til bedre beslutninger, økt læring og bedre prestasjoner, fordi den gjør oss mer oppmerksomme og forberedt. Moxnes mener vi i større grad må tåle å kjenne på angst og dessuten jobbe med angsttoleransen, det vil også komme arbeidet til gode. Vi må imidlertid skille mellom det å føle angst i forbindelse med en enkeltprestasjon og det å ha et arbeidsmiljø preget av lav psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet, tenker jeg, handler om det større bildet. En krevende enkeltprestasjon vil for de fleste av oss komme med en dose adrenalin. I et psykologisk trygt arbeidsklima vil spenningsresponsen være lettere å håndtere, og flere vil våge å ta risiko. Å fremme psykologisk trygghet har derfor positive effekter langt utover hvert enkelt individs opplevelse, og kan bidra til at flere strekker seg utenfor komfortsonen. Sånn sett handler ikke psykologisk trygghet om å eliminere ubehag, men om å legge til rette for å tåle og utforske motstand – og dermed læring og vekst.



— *Psykologisk trygghet oppstår ikke av seg selv, men utvikles gjennom en felles opplevelse av en tillitskultur*

Psykologisk trygghet i helsesektoren

Forskning tyder på at psykologisk trygghet er spesielt viktig når arbeidsoppgaver innebærer høy risiko og mye står på spill, som i helsesektoren (Grailey, Murray et al., 2021; Jamal et al., 2023). I denne typen jobb utføres oppgavene ofte under stort tidspress og med kompleks pasientinformasjon som bakteppe. Arbeidsoppgavene krever høy grad av samarbeid, uten garanti for at oppdraget vil lykkes. Statistikk viser omfattende underreportering av feil i helsevesenet (Helsetilsynet, 2025), som kan være et symptom på lav psykologisk trygghet, snarere enn manglende kompetanse. I en arbeidskultur der ansatte frykter sanksjoner eller tap av anseelse ved å erkjenne feil, er det større sjanse for at feil holdes skjult, sammenlignet med en arbeidskultur der man legger til rette for å lære av feil. Når målet er læring, vil erfaringer, innsikt og feil bidra til kunnskapsutvikling og praksisforbedring. Organisasjonens kunnskapsreservoar fylles av erfaringer, og det minker sannsynligheten for at samme feil begås to ganger.

Det norske helsevesenet er preget av et økende press og knapphet på ressurser. *Noe*, som ikke alltid er like målbart, blir borte når behandling skal skje raskere og mer effektivt. Relasjonelt arbeid og faglig refleksjon får trangere kår, og det blir mindre rom til spørsmål og håndtering av usikkerhet. I tillegg finnes det flere andre kjennetegn ved helseorganisasjoner som kan utfordre den psykologiske tryggheten (Remtulla et al., 2021). Helsefaglig arbeid karakteriseres ofte av hierarki. Det kan være hierarki mellom leder og ansatte, mellom ulike profesjoner, eller basert på erfaring. En hierarkisk struktur kan virke hemmende på åpenhet og samarbeid, og gjøre det spesielt utfordrende for dem på et lavere nivå å uttrykke uenighet eller rapportere feil. Videre består helsearbeid gjerne av tverrfaglige team. Ulike profesjoner kan ha ulike oppfatninger av *hva* som er målet med behandlingen og *hvordan* man skal nå målet. Disse faktorene, sammen med kompleksiteten og usikkerheten forbundet med arbeidet, utgjør barrierer for kultivering av psykologisk trygghet. Dermed står mange helseorganisasjoner overfor et paradoks: forventninger om mer effektivitet kolliderer med organisatoriske og kulturelle betingelser som påvirker samarbeid og samskaping.

I en studie jeg og kollegaer har gjort blant faglig ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), viser foreløpige funn en positiv sammenheng mellom psyko-

logisk trygghet og kvaliteten på helsetjenesten barna mottok. Det kan tyde på at psykologisk trygghet har en innvirkning på behandlingen de mest sårbare barna får. Samtidig var psykologisk trygghet negativt assosiert med ansattes opplevelse av høye forventninger. Det kan tyde på at et høyt fokus på prestasjon og effektivitet kan begrense dialog og konstruktivt samarbeid.

Hvordan skape psykologisk trygghet?

Psykologisk trygghet oppstår ikke av seg selv, men utvikles gjennom en felles opplevelse av en tillitskultur som skapes i samspillet mellom ansatte over tid. Som et kollektivt fenomen understreker det betydningen av gode kollegaer. Støttende atferd og anerkjennelse av ulike perspektiver er med på å skape en trygg kultur. Kollegaer som åpner opp om egne tanker, feil og usikkerhet signaliserer at ingen er perfekt, og skaper grobunn for psykologisk trygghet.

Lederen har likevel et spesielt ansvar for å skape et psykologisk trygt arbeidsmiljø ved å jobbe relasjonelt, være tilgjengelig, invitere til innspill, avklare forventninger, samt sørge for forutsigbarhet og retning i arbeidet (Edmondson, 2018; Frazier & Tupper, 2018). Ledere som aktivt ser og lytter signaliserer respekt og skaper tillit, og det er med på å gjødsle psykologisk trygghet, i motsetning til ledere som er passive og konfronterende (Edmondson, 2018; Nembhard & Edmondson, 2006). Lederen bør selv være en rollemodell ved å vise transparens, usikkerhet og læringsbehov (Coutifaris & Grant, 2022). Det senker terskelen for andre og styrker en kommunikasjons- og læringskultur. En randomisert kontrollert studie blant over 4000 ansatte i et farmasiselskap viste at team der lederne aktivt tok seg tid til å snakke med medarbeidere om deres behov, opplevde en økning i psykologisk trygghet sammenlignet med kontrollgruppen som fortsatte som vanlig (Castro et al., 2022).

Mange tradisjonelle ledelsesteorier legger imidlertid vekt på effektivitet og kontroll, og mindre på mellommenneskelige forhold. De er ofte utviklet med utgangspunkt i enkeltsektorer, og har begrenset evne til å fange opp kompleksiteten i tverrsektorielt arbeid. Når ulike profesjonslogikker møtes, er psykologisk trygghet avgjørende for samhandling. Ledelsesformer som anerkjenner viktigheten av relasjoner har mange navn, spesielt i

den amerikanske ledelseslitteraturen. Relasjonsledelse, styrkebasert ledelse, «coachende» ledelse, *humble* ledelse og transformasjonsledelse er noen betegnelsen på retninger som kjennetegnes av et positivt menneskesyn, og der relasjoner, dialog og tillit har en plass i lederskap (Karlsen & Berg, 2020b, 2020a; Walters & Diab, 2016; Ystaas et al., 2023).

Tillit under press

I dag utfordres relasjonsledelse og ansattes ytringsattferd av en økende tendens til *lederisme* i norsk arbeidsliv (Karp, 2024). Lederisme kjennetegnes ved at lederen anser sin egen rolle som overdrevent sentral og unik for organisasjonens resultater, utover det ansatte, kultur og organisering bidrar med (ibid.). Følgelig organiseres arbeidsplassen med lederen som omdreiningspunkt. Målet med lederisme er ofte kontroll, økonomisk effektivitet og optimalisering av ressurser. Med et historisk høyt antall ledere per ansatt (SSB, 2023) oppstår interessante spørsmål om hvordan denne utviklingen påvirker ansattes opplevelse av autonomi, psykologisk trygghet og arbeidsmiljø. Forskning viser at en positiv relasjon mellom leder og medarbeider er fundamentalt for opplevelsen

av psykologisk trygghet (Frazier et al., 2017). Det understreker betydningen av å kartlegge psykologisk trygghet i en organisasjon. Nivået av psykologisk trygghet gir en indikasjon på om organisasjonen har et arbeidsklima som bidrar til læring, innovasjon og gode prestasjoner. En ubalansert maktstruktur kombinert med liten tillit kan fort støte ansatte ut av læringssonen og inn i det Edmondson (2019) kaller *angstsonen*, der lav psykologisk trygghet er kombinert med høye arbeidsstandarder. Resultatet kan bli skjebnesvangert. Et eksempel finnes i den britiske Francis-rapporten (Francis, 2013), som avdekket hvordan en fryktbasert kultur ved et engelsk sykehus førte til at kritiske forhold ikke ble meldt, og som fikk fatale konsekvenser for pasientene. Ledelsens perspektiv var styrt av økonomiske måltall, og i informasjonslinjen oppover ble problemene skjøvet under teppet.

Et begrep med potensial

Innledningsvis pekte jeg på at den økende interessen rundt psykologisk trygghet neppe er tilfeldig. Psykologisk trygghet er en reaksjon, tror jeg, på et langvarig søkelys på effektivisering og økende lederisme. Viktigheten av interpersonlige faktorer og psykologisk trygghet blir



fremdeles i liten grad undersøkt og blir ofte undervurdert. Særlig blant yngre arbeidstakere er det en økende bevissthet om at arbeidsmiljøet skal ivareta både hjerte og hode, og at arbeidet bør være forankret i verdier som harmonerer med egne (Randstad, 2023). Psykologisk trygghet er en avgjørende faktor for tilhørighet, trivsel og mulighet for faglig vekst og har vist påfallende like effekter på tvers av organisasjonsnivåer (Frazier et al., 2017; Newman et al., 2017). Det skyldes antagelig at fenomenet reflekterer en kultur som former både individ, team og organisasjon. Å ha et bevisst forhold til psykologisk trygghet er derfor ikke bare avgjørende for organisasjonens indre liv og virke, men også fordi det er et barometer på noe mer. 📍

REFERANSER

- Argyris, C. & Schon, D. A. (1995). *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice* (FAC SUB edition). Addison-Wesley.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Issue 79). Random House.
- Castro, S., Englmaier, F. & Guadalupe, M. (2022). Fostering psychological safety in teams: Evidence from an rct. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4141538>
- Clark, T. (2019, November 17). *The 4 Stages Of Psychological Safety*. The Horizons Tracker. <https://adigaskell.org/2019/11/17/the-4-stages-of-psychological-safety/>
- Coutifaris, C. G. V. & Grant, A. M. (2022). Taking Your Team Behind the Curtain: The Effects of Leader Feedback-Sharing and Feedback-Seeking on Team Psychological Safety. *Organization Science*, 33(4), 1574–1598. <https://doi.org/10.1287/orsc.2021.1498>
- Duhigg, C. (2016, February 25). What Google Learned From Its Quest to Build the Perfect Team. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2016/02/28/magazine/what-google-learned-from-its-quest-to-build-the-perfect-team.html>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons, Inc.
- Edmondson, A. & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 23–43. <https://doi.org/10.1146/annurev-org-psych-031413-091305>
- El-Ashry, A. M., Mohamed Elsayed Abdo, B., Khedr, M. A., El-Sayed, M. M., Abdelhay, I. S. & Abou Zeid, M. A. G. (2025). Mediating effect of psychological safety on the relationship between inclusive leadership and nurses' absenteeism. *BMC nursing*, 24(1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03464-4>
- Eldor, L., Hodor, M. & Cappelli, P. (2023). The limits of psychological safety: Nonlinear relationships with performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 177, 104–255. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2023.104255>
- Frazier, M. L., Fainshmidt, S., Klinger, R. L., Pezeshkan, A. & Vatcheva, V. (2017). Psychological Safety: A Meta-Analytic Review and Extension. *Personnel Psychology*, 70(1), 113–165. <https://doi.org/10.1111/peps.12183>
- Frazier, M. L. & Tupper, C. (2018). Supervisor prosocial motivation, employee thriving, and helping behavior: A trickle-down model of psychological safety. *Group & Organization Management*, 43(4), 561–593. <https://doi.org/10.1177/1059601116653911>
- Gallo, A. (2023, February 15). What Is Psychological Safety? *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2023/02/what-is-psychological-safety>
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T. & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Grailey, K., Leon-Villapalos, C., Murray, E. & Brett, S. (2021). Exploring the factors that promote or diminish a psychologically safe environment: A qualitative interview study with critical care staff. *BMJ Open*, 11(8), e046699. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046699>
- Helsetilsynet. (2025). *Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring* (ISBN 978-82-93 595-67-0). <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/pasientskader-fortsatt-muligheter-laring-forbedring/>
- Jamal, N., Young, V. N., Shapiro, J., Brenner, M. J. & Schmalbach, C. E. (2023). Patient Safety/Quality Improvement Primer, Part IV: Psychological Safety-Drivers to Outcomes and Well-being. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 168(4), 881–888. <https://doi.org/10.1177/01945998221126966>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *The Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.2307/256287>
- Karlsen, J. T. & Berg, M. E. (2020a). Coaching leadership style: A learning process. *International Journal of Knowledge and Learning*. (world). <https://www.inderscienceonline.com/doi/10.1504/IJKL.2020.111143>
- Karlsen, J. T. & Berg, M. E. (2020b). Stykkebasert ledelse. *Magma*, 23(4), Article 4. <https://doi.org/10.23 865/magma.v23.1242>
- Karp, T. (2024). *Leiderisme—Deichman.no*. Cappelen Damm Akademisk. <https://deichman.no/utgivelse/31ea75eo-b-3d8-44ba-998a-71ceec51a488>
- Liu, J. J., Ein, N., Plouffe, R. A., Gervasio, J., St. Cyr, K., Nazarov, A. & Richardson, J. D. (2024). *Meta-Analysis and Systematic Review of the Measures of Psychological Safety*. <https://doi.org/10.1101/2024.02.09.24302562>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Moxnes, P. (2018). Anxiety and organization: What I learned about anxiety in a psychiatric ward in the 70s that turned out to be useful for managers in daily practice. *Culture and Organization*, 24(2), 100–113. <https://doi.org/10.1080/14 759 551.2017.1379011>
- Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Newman, A., Donohue, R. & Eva, N. (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27(3), 521–535. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>
- Nossen, J. P. & Delalic, L. (2024, 17. juni). *Hvorfor er sykefraværet fortsatt høyt 3–4 år etter starten av pandemien?* nav. no. [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.2-24/hvorfor-er-sykefravaeret-fortsatt-hoyt-34-ar-etter-starten-av-pandemien](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.2-24/hvorfor-er-sykefravaeret-fortsatt-hoyt-34-ar-etter-starten-av-pandemien)
- Randstad. (2023). *Randstad Workmonitor 2023 Edition*. Flexible but stable. Tilgjengelig via registrering på www.info.randstad.no/no-no/randstad-workmonitor-q1-2023
- Remtulla, R., Hagana, A., Houbby, N., Ruparell, K., Aojula, N., Menon, A., Thavarajasingam, S. G. & Meyer, E. (2021). Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>
- Sato, T., Kakuda, K., Sekiguchi, E., Ishiseki, M., Iwanami, M., Akamatsu, Y. & Taito, S. (2025). Psychological Safety and Burnout in Nurses: A Scoping Review. *Cureus*, 17(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.92411>
- Schein, E. H. & Bennis, W. G. (1965). Personal and organizational change through group methods: The laboratory approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 17(1), 105–106.
- Walters, K. N. & Diab, D. L. (2016). Humble Leadership: Implications for Psychological Safety and Follower Engagement. *Journal of Leadership Studies*, 10(2), 7–18. <https://doi.org/10.1002/jls.21434>
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G. & Constantinou, C. S. (2023). The Impact of Transformational Leadership in the Nursing Work Environment and Patients' Outcomes: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

TEKST Fredrik Sylvester Jensen
MindsAhead

Vladimir og rotten – barndomstraumer og destruktiv ledelse

Putins barndomshistorie kaster lys over prosessene bak en lederstil som er preget av kontroll og manglende toleranse for svakhet.

Russlands president Vladimir Putin (født 7. oktober 1952) vokste opp i etterkrigstidens Leningrad, en by preget av sult, tap og mistillit. Familien bodde trangt. Faren var krigsskadet, og moren hadde mistet to sønner under beleiringen. I dette miljøet ble styrke og selvhevdelse nødvendige overlevelsesstrategier. I biografien *First Person* (Putin et al., 2000) beskrives Putin som målbevisst og lojal, men mellom linjene skimtes en annen fortelling – om sårbarhet og tap. En episode vender han stadig tilbake til: møtet med en rotte. Møtet med rotten kan gi et sjeldent glimt av det jeg vurderer som en underliggende sårbarhet – og det sterke kontrollbehovet – som senere skulle prege hans lederstil.

I den følgende artikkelen reflekterer jeg over og forsøker å forstå ubehandlede barndomstraumer og manglende mentalisering som sentrale faktorer i utviklingen av destruktiv ledelse, med Vladimir Putins historie

KONTAKT fredsylv@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

— *Selv den svakeste fiende kan bli farlig når den presses langt nok*

som eksempel – et illustrativt kasus basert på både fakta, myter og fortellinger fra hans liv (Putin et al., 2000). Målet er ikke å stille en diagnose på Putin, men å vise hvordan sårbarhet og behov for kontroll kan forvandles til undertrykkende maktutøvelse hos ledere. Et psykodynamisk perspektiv – med begreper som projektiv identifikasjon, *alien self* og narsissistisk raseri (Fonagy et al., 2002; Kernberg, 1975; Klein, 1946; Kohut, 1972) kan belyse hvordan destruktive mønstre oppstår og videreføres i lederatferd. Samtidig kan dette perspektivet gi noen læringsmomenter og mulige mottiltak i vårt eget lederliv og nære omgivelser.

I det følgende benyttes en fortolkende gjenfortelling av en episode Vladimir Putin selv har beskrevet i *First Person* (Putin et al., 2000). Fortellingen er bearbeidet med mine egne språklige grep for å synliggjøre psykologiske og symbolske dimensjoner som ellers forblir implisitte.

Rotten i portrommet

Vladimir var kortvokst og spinkel, men ikke svak. Blikket hans var hardt og målrettet, langt mer enn man forventet av en gutt på hans alder. Inngangspartiet til den nedslitte kommunalblokken var forfallent, med grå flekker der malingen hadde flasset av, og gammelt løv lå strødd på bakken, så vidt i stand til å skjule noen vodkaflasker som stakk opp som små øyer. Det knaset under gummisålene hver gang han trakk på glasskår. Bortsett fra dette var den eneste lyden en svak, lav dur fra den fjerne trafikken.

Portrommet ledet inn til bakgården, der de utbrente lysstoffrørene blinket svakt og ujevnt, som om de kjempet et siste, stille slag mot mørket. Dette mørket skjulte hva som foregikk lenger inne, der Vladimir beveget seg gjennom skygger og ødelagte steinheller. De andre barna i blokken visste også om rottene, som etter mørkets frembrudd var lettest å finne i avkrokene i portrommet og bakgården. Vladimir var den tøffeste av dem; ingen våget seg like langt inn i mørket som han.

Han lette målrettet og ble iherdig med en gang han så noe røre seg i skyggene. Det var noe fascinerende med å jage rottene, noe som overbeviste ham om egen styrke og fryktløshet. En kveld, i bakgårdens halvskygge, opplevde han noe han aldri kom til å glemme. En stor, feit rotte hadde løpt inn i et hjørne innerst i bakgården og stirret på ham med øyne som svarte, glinsende perler. Vladimir var ikke redd; en tilfredsstillende følelse av kontroll bruste gjennom ham. Han grep etter en gammel, sløv piassavakost som lå slengt ved inngangen, og slo mot rotten.

Rotten skrek, en skarp, skjærende lyd som fylte stillheten.

Men så skjedde det. Rotten, som var fanget uten mulighet til å unnsnippe, kastet seg mot ham. Tennene traff hånden hans, og Vladimir ville skrike høyt. Han slapp kosten, og dyret pilte vekk, forsvant inn i løvet og inn i skyggene på den andre siden av bakgården. I ettertid husket han ikke bare smerten, men en dypere følelse – noe som festet seg i hjerteroten som en nagende lærepenge om å bli presset inn i et hjørne. Selv den svakeste fiende kan bli farlig når den presses langt nok.

Rotten som det fremmede selvet

Fortellingen kan ses som en inngangsport til Putins møte med egen sårbarhet. I psykodynamisk teori (Kernberg, 1975) forstås projeksjon som en måte å håndtere smertefulle følelser på ved å plassere dem utenfor selvet. Projektiv identifikasjon går et skritt lenger: Det uutholdelige overføres til en annen, som ubevisst får i oppgave å bære, uttrykke eller handle ut det som egentlig tilhører en selv. Her overføres ikke bare forestillinger, men også affekter som oppleves som umulige å romme. På denne måten kan individet oppleve en midlertidig lindring – en følelse av kontroll – fordi det smertefulle er flyttet utenfor selvet. I lys av begrepene projeksjon og projektiv identifikasjon kan vi se episoden med rotten som et symbol på Putins møte med sin egen frykt. Når han jager og presser rotten inn i et hjørne, kan det forstås som et forsøk på å håndtere og kontrollere sin egen indre uro – å plassere frykten utenfor seg selv for å kunne mestre den.

Fonagy et al. (2002) beskriver *the alien self* – de delene av selvet som aldri ble møtt eller forstått, og som derfor oppleves som fremmede. I Putins fortelling fungerer rotten som et symbol på det fremmede selvet: den delen som bærer frykten, sårbarheten og desperasjonen han ikke kunne erkjenne. Når slike uintegreerte følelser vekkes, forsvinner evnen til mentalisering; refleksjon erstattes av handling, og kontroll blir eneste forsvar mot indre kaos.

Denne dynamikken kan forklare Putins rigide og kontrollerende lederstil, der makt fungerer som et vern mot sårbarhet. Fenomenet er nært beslektet med traumatiske flashbacks – fragmenter av erfaringer som ikke er lagret som fortelling, men som isolerte følelsestilstander utenfor det bevisste narrative. Stolorow og Atwood (1992) beskriver på lignende vis hvordan traumer og manglende emosjonell resonans fra nære omsorgspersoner fører til en fremmedgjøring av selvet. De forstår dissosiasjon som en tilstand der inkompatible selvtilstander

og affektverdener holdes atskilt, slik at traumet danner en privat virkelighet som ikke lar seg dele med andre fordi det mangler et språk. Når slike sider forblir ubearbeidet, blir de ikke tilgjengelige for refleksjon. Det som ikke kan holdes psykologisk, blir til handling – som en dyphavsfisk som våkner til live når lys bryter gjennom mørket. Det som ellers ligger urørlig i dypet, settes i bevegelse.

Historisk og sosial kontekst

Etterkrigstidens Leningrad bar dype arr etter beleiringen. Sult, kulde og tap hadde satt seg i generasjonene, og sårbarhet ble farlig. For et barn som Vladimir, kortvokst og spinkel, kunne dette miljøet være særlig krevende. Nabolaget var preget av en hard gatejustis, med slagsmål og et tydelig dominanshierarki spilte en sentral rolle. Selv om *First Person* (Putin et al., 2000) ikke beskriver mobbing eksplisitt, er det lett å se for seg at han måtte navigere i en sosial virkelighet der fysisk styrke og selvhevdelse var avgjørende for å bli respektert.

I psykologfaglig forstand kan man se hvordan slike omgivelser begrenser muligheten for *containment*, slik Bion (1962) beskrev det – prosessen der et barn får hjelp av omsorgspersoner til å tåle og forstå egne følelser. Når foreldre selv bærer på uforløst angst og sorg, svekkes denne evnen. Uten et stabilt *holding environment* (Winnicott, 1960) mister barnet muligheten til å oversette følelser til språk. Følelsene forblir uformulerte og må kontrolleres eller fortrenkes.

I en slik kontekst blir styrke og kontroll ikke bare idealer, men nødvendige forsvar. For Putin kan dette forsvaret mot egen sårbarhet ha vært begynnelsen på en livslang bevegelse – et tidlig prosjekt for å bygge en rustning mot både indre og ytre trusler. Hans søken etter disiplin, orden og dominans kan forstås som et forsøk på å holde egen sårbarhet i sjakk. Judo ble et siviliseringsprosjekt – en vei til kontroll, disiplin, målrettethet og status. Overgangen til jusstudier og KGB kan ses som en forlengelse av de samme forsvarsmekanismene: behovet for å kontrollere informasjon og mennesker, og å opprettholde en urokkelig fasade der svakhet er en trussel – en kamp mot rotten på en større scene.

Aggresjon og narsissistisk sårbarhet

Kohut (1972) så raseri som et uttrykk for et krenket selv, ikke bare som destruktivitet. I motsetning til Freud, som forstod aggresjon som en dødsdrevet kraft, mente Kohut at aggresjon også kan ha et livsbekreftende formål – den kan beskytte kjærlighet, fellesskap eller fedreland snarere enn å ødelegge.

Når selvet trues av ydmykelse eller tap av kontroll, kan raseri oppstå som et desperat forsøk på å gjenopprette sammenheng og verdighet. I slike øyeblikk forsvinner empatien; raseriet søker å reparere et selv bilde i oppløsning gjennom makt eller hevn. Dette fenomenet kan anta både individuelle og kollektive former. I autoritær ledelse ser vi hvordan lederen identifiserer nasjonen med sitt eget selv, slik at enhver trussel mot staten oppleves som en

personlig krenkelse. I Putins tilfelle tenker jeg invasjonen av Ukraina kan forstås som en slik reaksjon – et forsøk på å gjenopprette et truet selv bilde gjennom kontroll, dominans og destruktiv maktbruk.

Selvets kollaps

Adolf Hitlers siste dager i bunkeren er et ekstremt eksempel på den typen narsissistisk raseri som oppstår når kontrollen glipper. Han hadde bygget hele sin identitet rundt forestillingen om styrke, renhet og kontroll, og da alt falt fra hverandre, vendte han sin forakt ikke bare mot seg selv, men mot hele det tyske folk, som han mente hadde sviktet og derfor fortjente å gå under. Sett med psykodynamiske briller kan dette forstås som narsissistisk raseri i sin mest destruktive form – der selvet, ute av stand til å tåle fragmentering, søker utslettelse fremfor ydmykelse.

Det er mønsteret der tap av kontroll utløser et desperat behov for dominans, som gjør Putins situasjon så urovekkende. En leder med tilgang til verdens største atomvåpenarsenal, og med et selv bilde dypt sammenvevd med nasjonens skjebne, kan i møte med tap og ydmykelse stå i fare for å reagere på lignende måte, med desperat behov for å gjenvinne kontroll, uansett konsekvens. I et slikt scenario blir den psykologiske dynamikken ikke bare et personlig drama, men et globalt anliggende.

Konkretisering og gjentakelse av traumer

Stolorow og Atwood (1992) beskriver som nevnt hvordan uutholdelige følelser «kroppsliggjøres» som handlinger heller enn bearbeides mentalt. Konkretisering oppstår når indre konflikter blir til handlinger – et forsøk på å gjenvinne kontroll. Fenomenet gjenfinnes i mange former for menneskelig atferd, fra selvskading og spiseforstyrrelser til rusmisbruk – ulike forsøk på å håndtere overveldende følelser som ikke kan mentaliseres. I alle tilfellene blir handlingen et symbolsk uttrykk for noe som ikke kan bearbeides mentalt og må kroppsliggjøres i handling. Overført til maktutøvelse kan den samme bevegelsen gi seg geopolitiske uttrykk: ydmykelse konkretiseres som hevn, indre utrygghet som ytre kontroll, fragmentering som tvangsmessig orden. For Putin kan «rotten i hjørnet» fungere som et symbolsk manus: Når han presser et naboland inn i et hjørne, iscenesettes barndommens drama på en større scene – og når motstanderen svarer, aktiveres den gamle lærepenningen: «Den som presser, blir bitt.»

Fra individuell gjentakelse til kollektive forsvar

For Putin kan konkretiseringen gi mening: Hans indre konflikter og barndomstraumer gjentas og iscenesettes på den geopolitiske scenen. Når han presser et naboland inn i et hjørne, gjensker han symbolsk sin egen barndomsopplevelse fra portrommet i Leningrad – hvor rotten han jaget, plutselig snudde seg og angrep. I iscenesettelsen blir verdenspolitikken et psykologisk drama, drevet av en

ubevisst kamp mellom sårbarhet og kontroll. Jo mer han forsøker å mestre frykten gjennom makt, desto mer reaktiveres de uintegreerte følelsene som en gang ble avvist.

Men slike dynamikker oppstår ikke i et vakuum. De forsterkes og vedlikeholdes av kollektive prosesser. Bion (1961) beskrev hvordan grupper under press søker trygghet gjennom primitive mønstre som kamp eller flukt (*fight-flight*). Når angsten og usikkerheten øker, finner fellesskapet samhold ved å rette fiendtlighet mot en ytre utgruppe. I dagens Russland ser vi dette i demoniseringen av Vesten – en kollektiv projeksjon som stabiliserer gruppen ved å plassere frykten utenfor.

I en kultur preget av økonomisk knapphet, alkoholisme og kollektive traumer – slik som i etterkrigstidens og det postsovjetske Russland – kan dette fiendefellesskapet få særlig sterk sosial kraft. Sårbarhet blir noe som må holdes nede, mens trygghet søkes gjennom styrke, lojalitet og en felles fiende. I denne sammenheng fungerer den ytre utgruppen som et psykologisk kar: et sted å plassere det som ikke tåles i egen virkelighet. Når Vesten beskrives som satanisk, dekadent og truende (Laruelle, 2018), skapes en symbolsk struktur som både samler og beskytter befolkningen. Den gir mening i kaoset – en illusjon av sammenheng i en verden preget av usikkerhet.

— uforløste traumer og narsissistisk sårbarhet kan drive ledere til kontroll og dominans

Psykodynamisk forståelse av destruktiv ledelse

Kets de Vries (2006) har vist hvordan uforløste traumer og narsissistisk sårbarhet kan drive ledere til kontroll og dominans, der organisasjonen blir scenen hvor gamle konflikter iscenesettes. Et kjent norsk eksempel finnes i essayet *Rydeguttens blues* (Rønning, 1998), der hovedpersonen Arne – en perfeksjonistisk leder med dyp usikkerhet – gjenskaper barndommens erfaring av å ikke bli sett gjennom et rigid kontrollbehov. Han søker trygghet gjennom struktur, faglig perfeksjonisme og avstand, men mister den menneskelige kontakten som kunne gjort ham til en bedre leder. Jeg vil hevde at både Arne og Putin kan illustrere hvordan destruktiv ledelse ofte springer ut av et forsøk på å håndtere uutholdelig sårbarhet. Forskjellen ligger i skalaen: Der Arne skaper frykt og kulde i et arbeidsmiljø, håndterer Putin egen sårbarhet på måter som får konsekvenser langt utover det interpersonlige og organisatoriske, og som skaper frykt på globalt nivå.

Jeg mener at destruktiv ledelse aldri oppstår i et vakuum. Den næres og opprettholdes av det som skjer mellom mennesker – i dynamikken mellom leder og dem som underkaster seg regimet. Både i nasjoner og i organisasjoner ser vi hvordan destruktiv ledelse får grobunn når det foreligger en kollektiv form for nød, resignasjon eller grunnleggende utrygghet. I slike situasjoner aktiveres svart-hvitt-tenkning, polarisering og utgruppementaltitet (Padilla et al., 2007; Volkan, 2004). Lederens grandiose løfter om orden og beskyttelse kan da virke forlokkende, fordi de tilbyr en illusjon av trygghet i kaoset. Slik blir både lederen og følgerne fanget i et gjensidig avhengighets-forhold der frykt, lojalitet og fornektelse binder systemet sammen.

I mer hverdagslige organisasjoner kan lignende dynamikker oppstå i mildere former. I dag har vi langt større kunnskap og bevissthet om fenomener som destruktiv ledelse, maktmisbruk og psykologisk kontroll. Nettopp derfor kan slike mønstre også anta mer sofistikerte former – de pakkes inn i et språk av edle intensjoner og gode verdier. En leder som snakker varmt om verdier som åpenhet og transparens, kan i realiteten bruke det som et kontrollverktøy – et subtilt forsøk på å få innsyn i ansattes tanker, følelser og holdninger. Når transparens brukes på denne måten, mister den sin trygghetsskapende funksjon og blir i stedet en form for psykologisk overvåking. Dette kan forstås som en organisatorisk form for proaktiv identifikasjon – en ubevisst strategi der lederen forsøker å plassere egen usikkerhet utenfor seg selv ved å kontrollere og overvåke andres emosjoner og tanker.

Implikasjoner for forståelsen av ledelse

En psykodynamisk forståelse av ledelse åpner for et dypere blikk inn i de menneskelige mekanismene som former makt. Den minner oss om at ledelse ikke bare handler om strategi og struktur, men om følelser, erfaringer og relasjonelle mønstre – om alt det usynlige som ligger under overflaten. Når vi ser nærmere på hvordan erfaringer fra barndommen preger måten et menneske utøver makt på, blir det tydelig hvor tidlig kimen til destruktive mønstre kan sås. Å anerkjenne denne sammenheng gir oss en mulighet til å oppdage faresignalene før de får utvikle seg. Det handler ikke om å forstå narsissisme som en diagnose, men som et fenomen som kan gi oss økt bevissthet omkring menneskelig sårbarhet.

I lederutvikling mener jeg dette betyr at vi må bevege oss utover teknikk og metode, og åpne for en psykodynamisk forståelse av makt som gir rom for selvforståelse. Hvilke følelser vekkes i en leder som mister kontroll? Hva skjer når makt, ansvar og frykt blandes i samme beger? For en leder som ønsker å utvikle en sunnere lederstil, kan dette innebære å stille seg spørsmål som: Hvordan forholder jeg meg til egen sårbarhet? Hva skjer i meg når jeg mister kontroll? Hvordan møter jeg sårbarhet hos andre – med støtte, forakt eller avvísning? Og hvordan forholder jeg meg til sider ved meg selv jeg en gang har hatt vanskelig for å vedkjenne meg, eller til erfaringer fra egen barndom der mine følelser kanskje ikke ble møtt?

Et slikt refleksjonsrom kan bli et vern mot den ubevisste gjentakelsen av gamle mønstre.

I møte med autoritære ledere som Putin blir det tydelig hvordan narsissistisk sårbarhet kan forsterkes av en bestemt kontekst. Men mekanismene er ikke unike for diktatorer; de finnes i mildere former i hverdagslige organisasjoner. Når vi ser en leder som reagerer med raseri, kontrollbehov eller emosjonell distanse, kan det i virkeligheten være uttrykk for at lederen beskytter seg mot gamle følelser som er i ferd med å våkne til live igjen. Det nåtidige dramaet bærer fortidens avtrykk.

Kontrollens paradoks

Et kontrollerende regime, enten i en familie, en organisasjon eller en stat, bygger sin styrke på frykt for tap av kontroll (Levitsky & Ziblatt, 2018). Men dette blir samtidig regimets svakhet. Jo mer kontroll som utøves, desto svakere blir systemet når virkeligheten endrer seg. Uten kritiske spørsmål, åpen dialog og nysgjerrighet forvitrer kulturen fra innsiden. Historien viser at slike systemer ofte ender i kollaps (Acemoglu & Robinson, 2012). Nazi-Tysklands fall illustrerer hvordan et regime bygget på grandiositet og undertrykkelse uunngåelig bryter sammen når realiteten innhenter det. Jeg tenker at Putins Russland viser konturene av det samme mønsteret: et ytre uttrykk for styrke, men med en indre struktur som stadig mer preges av frykt og rigiditet. Når kontrollen tar overhånd, forsvinner kreativiteten, empatien og refleksjonen. Organisasjonen – eller nasjonen – råtner innenfra.

Håp, reparasjon og menneskelig utvikling

Når ledelse preges av destruktive mønstre, fører det til tap og fragmentering – både individuelt og kollektivt. Endring kan være mulig dersom mennesket møtes av et miljø som tåler sårbarhet og feil, men for mange er forsvarerne for rigide til at genuin refleksjon kan finne sted. Winnicott (1960) beskrev *holding environment* som det emosjonelle rommet der individet kan erfare trygghet og bli holdt psykologisk. Uten et slikt miljø blir sårbarhet farlig, og falske selvstrukturer utvikles for å beskytte mot avvisning. I lederutvikling betyr dette å skape kulturer som tåler det ufullkomne ved det å være menneske – ellers reproduseres autoritære mønstre.

Håpet ligger ikke nødvendigvis i lederen selv, men i omgivelsene – i menneskene, organisasjonene og samfunnene rundt. Når det etableres psykologisk trygghet (Edmondson, 1999) og et *holding environment* (Nesse & Stensaker, 2022) som rommer feil og usikkerhet, oppstår grunnlaget for kollektiv reparasjon, selv når enkeltmennesker forblir fastlåste. I et slikt rom blir det mulig å være sårbar eller gjøre feil uten frykt for å bli avvist eller angrepet. Den engelske poeten John Keats beskrev en lignende egenskap som *negative capability* – evnen til «å være i usikkerhet, mysterier og tvil uten den irritable trang til å gripe etter fakta og fornuft» (Keats, 1817/1958). Bion (1970) videreførte Keats' begrep som

en psykologisk kapasitet: å tåle ikke-vitende tilstander og forbli tenkende i møte med kaos.

Målet mitt med teksten er å forstå og reflektere over hva som skjer når makt og frykt smelter sammen, og hvordan vi kan lære av det før historien gjentar seg. En slik lærdom handler ikke om naiv forsoning, men om å bygge strukturer som kan romme usikkerhet, smerte og refleksjon uten å gjenskepe undertrykkelse. Da kan det vokse frem en ledelse som springer ut av relasjonell bevissthet, tillit og læring – ikke av frykt og kontroll. I dette ligger håpet: ikke at alle endres, men at dyrkjøpte erfaringer gjør at fellesskapet lærer å beskytte det menneskelige. ♡

REFERANSER

- Acemoglu, D., & Robinson, J. A. (2012). *Why nations fail: The origins of power, prosperity, and poverty*. Crown.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups, and other papers*. Tavistock Publications.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Tavistock Publications.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Keats, J. (1958). *Letters of John Keats, 1814–1821* (M. B. Forman, Red.). Oxford University Press. (Opprinnelig utgitt 1817)
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kets de Vries, M. F. R. (2006). *The leader on the couch: A clinical approach to changing people and organizations*. Jossey-Bass.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27(1), 360–400. <https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822721>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110. <https://psycnet.apa.org/record/1948-02558-001>
- Laruelle, M. (2018). *Russian nationalism: Imaginaries, doctrines, and political battlefields*. Routledge.
- Levitsky, S., & Ziblatt, D. (2018). *How democracies die*. Crown.
- Nesse, S. & Stensaker, I. (2022). Coping, not choking, under the pressure of a terrorist attack: A crisis leadership coping model. *Journal of Applied Behavioral Science*, 58(4), 448–469. <https://doi.org/10.1177/00218863211066569>
- Putin, V., Gevorkian, N., Timakova, N. & Kolesnikov, A. V. (2000). *First Person: An astonishingly frank self-portrait by Russia's president Vladimir Putin*. PublicAffairs.
- Padilla, A., Hogan, R., & Kaiser, R. B. (2007). The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers, and conducive environments. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 176–194. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.001>
- Rønning, R. (1998). Ryddegutten blues: Et essay om lederskap og utviklingsprosjekt. I T. Colbjørnsen (Red.), *Idé, konsekvens, handling: Suksesskriterier for endring* (s. 233–246). Cappelen Akademisk Forlag.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. The Analytic Press.
- Volkan, V. D. (2004). *Blind trust: Large groups and their leaders in times of crisis and terror*. Pitchstone Publishing.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent–infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.

TEKST

Per-Einar Binder

Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen

Perfeksjonisme som et skjold mot eksistensiell sårbarhet

OMTALT ARTIKKEL

Binder, P.-E. (2025). Striving to conceal: Perfectionism as a shield against existential vulnerability. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2025.2519779>

Det perfekte panseret skaper paradoksalt nok ensomheten det skal beskytte mot.

«Jeg er den perfekte økonomistudenten», sa hun ved vårt første møte, med nøye anlagt sminke og hver hårløkk på plass. Så la hun til, stillere: «Men jeg har det egentlig forferdelig.»

Dette var Stine, 21 år. Hun søkte terapi fordi angsten hadde invadert nettene hennes. Hennes historie, som er del av en konseptuell analyse jeg nylig publiserte i *International Forum of Psychoanalysis*, belyser noe vesentlig om perfeksjonisme: Det dreier seg om angst for å ikke være nok, mer enn om høye standarder (Binder, 2025). Og om å når som helst kunne tape andres anerkjennelse. Det handler om desperasjonen etter å skjule en sårbarhet som dypest sett hører til ved å være menneske.

KONTAKT Per.Binder@uib.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Perfeksjonisme som forsvar

Som psykologer møter vi ofte mennesker som sliter med perfeksjonisme. Stadig flere av oss kjenner det selv på kroppen. Jeg tenker på tvilen på om

OM STUDIENE

- Casestudie av 21 år gammel kvinne i ettårig psykoterapi, publisert i *International Forum of Psychoanalysis* (2025).
- Kvalitativ studie med livshistorieintervjuer av ni studenter (topp 5 % på perfeksjonismeskala), publisert i *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* (2023).
- Teoretisk rammeverk: eksistensiell psykologi, intersubjektiv teori, Fromms sosialkarakter-teori.
- Metode: konseptuell analyse med integrert kasusstudie, og refleksiv-eksplorativ tematisk analyse med hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

HOVEDFUNN

- Perfeksjonisme kan fungere som forsvar mot eksistensiell sårbarhet i livssituasjoner der relasjonelle ressurser mangler.
- Hovedtemaer: følelse av fremmedgjøring, forhold til kaos, forsøk på å kontrollere det ukontrollerbare, øyer av «bare være» og ønske om balanse.
- Paradoks: Strategiene for trygghet forsterker den sårbarheten de skal beskytte mot.
- Håp: Deltakerne drømmer om en framtid der prestasjoner har relasjonell mening.
- Perfeksjonisme påvirker personlig identitet på tvers av domener: narrativ konstruksjon, verdier, tilhørighet og kroppslig væren.

man strekker til. På følelsen av aldri å være god nok. Ikke så mye på bekymringen for neste prestasjon.

I denne konseptuelle analysen (Binder, 2025) brukte jeg terapien med Stine som eksempel. Tidligere har jeg utforsket dynamikken sammen med Vivian Woodfin og Aslak Hjeltnes gjennom livshistorieintervjuer med ni studenter som skåret svært høyt på perfeksjonismeskalaer (Binder et al., 2023). Vi fant at perfeksjonisme ofte fungerer som et forsvar mot eksistensiell sårbarhet. Det handler om de grunnleggende usikkerhetene ved å leve et menneskeliv. Vi alle lever med betingelser vi ikke kan kontrollere eller unnsnippe: Vi vet alle med en del av oss selv at livet er endelig, vi står overfor valg uten garantier, vi trenger mening og tilhørighet, og vi er avhengige av andre mennesker som vi aldri helt kan styre eller forutsi (Binder, 2022). Det er sårbarheten i å vite at vår identitet ikke hviler på fast grunn. At den kan endres, utfordres og gå tapt.

Det sentrale funnet er paradoksalt: Nettopp de strategiene man bruker for å skape trygghet, det perfekte

panseret, forsterker den sårbarheten man forsøker å beskytte seg mot. Skal du få en nær venn, må du ta to sjanser. Du må våge å vise at du liker noen, uten garanti for at du blir likt tilbake. Og du må våge å vise noe av det som ikke er perfekt i deg, en bit av din sårbarhet. Begge deler vil den perfeksjonistiske indre stemmen advare deg mot. Den hindrer deg da i å få erfaringer med at sårbarheten også er det som gjør oss levende, autentiske og dypt menneskelige. Den er ikke bare smerte. Sårbarheten minner oss på at vi er her, nå, og at valgene våre betyr noe.

Hvorfor er dette viktig?

Perfeksjonisme er et individuelt problem. Men det er også noe mer. En omfattende metaanalyse viser en markant økning i perfeksjonistiske trekk blant unge mennesker de siste tre tiårene (Curran & Hill, 2019). Særlig dramatisk er økningen i sosialt foreskrevet perfeksjonisme. Stadig flere opplever at andre forventer at du skal være «perfekt».

Dette kan være et symptom for noe større. Vi lever i et «prestasjonssamfunn» preget av akselererende tempo og frykten for å være ubetydelig. Meritokratiet har blitt et organiserende prinsipp. I et slikt samfunn blir perfeksjonisme en forståelig overlevelsesstrategi. Men den er både kostbar og avhengighetsskapende.

Perfeksjonisme er assosiert med angst, depresjon, spiseforstyrrelser. Kanskje det mest alvorlige er at den skaper «perfeksjonistisk sosial frakobling» (Hewitt, 2020). Nettopp de relasjonene som kunne gitt trygghet, holdes på avstand. Som Karen Horney (1950) påpekte: Perfeksjonisten holder et idealbilde foran seg og tenker: «Glem det forkastelige vesen du egentlig er; slik bør du være.»

Fra sårbarhet til panser

Stines historie er typisk: I et hjem hvor kaoset ofte var overveldende, lærte hun tidlig at å vise sårbarhet var å vise svakhet. Løsningen ble å «ta seg sammen». Hun bygget et perfekt panser. «Jeg er en veldig privat person», sa hun, som om privatliv var et valg snarere enn en overlevelsesstrategi.

I livshistoriestudien møtte vi lignende mønstre. Deltakernes fortellinger var preget av overveldende hendelser slik som ensomhet, mobbing, tap. Det etterlot dem med en følelse av å leve utenfor fellesskapet med andre.

En av deltakerne uttrykte det slik: «Det var aldri trygt å være meg selv rundt andre mennesker.» Fremmedfølelse i hverdagen var et gjennomgående tema. Perfeksjonisme kan også ha bakgrunn i oppvekstmiljø med ensidig opptatthet av prestasjoner, og rollemodeller som selv har perfeksjonistiske trekk.

Perfeksjonismen oppsto i et krysningspunkt: personlig historie preget av sårbarhet, samfunnsmessige krav om prestasjoner og grunnleggende eksistensielle anliggender som mening og tilhørighet.

Terapi som kulturell motstand

For oss terapeuter peker studiene mot behovet for et flernivåperspektiv. Vi må skape «relasjonelle hjem» hvor sårbarhet kan finne plass (Stolorow, 2016). Samtidig må vi hjelpe personer å gjenkjenne og motstå «burde-enes tyranni» (Horney, 1950). Og her gjelder det å forstå de kulturelle imperativene som gir råstoff til det indre tyranniet.

I terapien med Stine ble dette synlig. Hun testet meg gjentatte ganger. Jeg kjente stikket av å bli ansett som mindre viktig enn neste eksamen. Og jeg innså at dette kan ha lignet noe hun selv måtte ha kjent som barn. Mor og fars jobb var alltid viktigst. Gjennom overføringen fikk Stine erfare at noen kunne overleve å bli behandlet som uviktig, og likevel fortsette å bry seg.

Gradvis kunne Stine også ta frem minnene fra somrene hos bestemor. Der opplevde hun muligheten av å bare få «være». «Hun spurte aldri om karakterene mine. Vi satt på verandaen og så på solnedgangen. Hun sa ting som 'Se bare på den himmelen, Stine. Er ikke det det vakreste?' På en eller annen måte føltes de øyeblikkene mer virkelige enn alt annet.»

Disse minnene ble mer enn nostalgi. De pekte mot en annen måte å være i verden på, det Erich Fromm (1976) kalte «værens-modus». I værens-modus åpner vi oss for det som er større enn oss selv. Vi søker fellesskap der vi sammen kan skape noe verdifullt. Dette er motvekten til havens-modus, der vi forsøker å dekke over et behov gjennom besittelse.

Alle ni deltakerne beskrev lignende øyer av «bare være». Dette var øyeblikk som sto i kontrast til deres perfeksjonistiske jag. Og i deres håp for framtiden fant vi noe bemerkelsesverdig: De drømte om en framtid der prestasjoner hadde relasjonell mening, ikke om å gi slipp på ambisjonene.

Som Stine uttrykte det etter ett års terapi: «Jeg skulle faktisk blitt 22 før jeg fikk min første bestevenn. Men det verste er at det tok over 21 år før jeg torde innse at jeg trengte én. Jeg var så redd for at hvis folk så den virkelige meg, ikke bare den perfekte studenten, så ville de forlate meg. Nå har jeg venner som har sett meg gråte ... og de vil fortsatt være sammen med meg. Det er noe jeg aldri trodde var mulig.»

Kanskje er den mest radikale terapeutiske innsatsen å hjelpe mennesker å bli oppmerksom på at de skylder seg selv mer enn å være perfekte. De skylder seg selv muligheten til å være menneskelige. Som terapeuter kan vi tilby muligheten for at man kan være ufullkommen, sårbar og fortsatt dypt verdifull. Terapi blir på den måten en form for kulturell motstand, ikke bare behandling. Én relasjon om ganging. ♫

- Binder, P.-E., Woodfin, V. & Hjeltne, A. (2023). Perfection is a sad and lonely place: A study of existential vulnerability in the life stories of persons struggling with perfectionism. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2 183 613. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2219513>
- Curran, T. & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing overtime: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Fromm, E. (1976). *To have or to be?* Harper & Row.
- Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/cap0000209>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. W. W. Norton
- Stolorow, R. D. (2016). Pain is not pathology. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 27(1), 70–74.

REFERANSER

- Binder, P.-E. (2025). Striving to conceal: Perfectionism as a shield against existential vulnerability. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2025.2519779>
- Binder, P. E. (2022). Facing the uncertainties of being a person: On the role of existential vulnerability in personal identity. *Philosophical Psychology*, 37(8), 2220–2243. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2129002>

TEKST Espen R. Lassen
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Et pålitelig mål for symptomer på posttraumatisk stresslidelse

OMTALT ARTIKKEL

Lassen, E. R., Omre, A. N., Birkeland, M. S., Egeland, K. & Bækkelund, H. (2025). Psychometric evaluation of the PTSD Checklist for the DSM-5 (PCL-5) in Norway. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2570951>

PCL-5 kan brukes til systematisk kartlegging av symptomutvikling over tid, også i heterogene pasientgrupper.

Systematisk kartlegging og monitorering av symptomer på psykiske lidelser er en forutsetning for adekvat diagnostikk og god behandling (Helsedirektoratet, 2018; Hunsley & Mash, 2007). Det gjelder også ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Selvrapportskjemaer for lidelsen brukes daglig i spesialisthelsetjenesten og i forskning (Auren et al., 2022; Bækkelund et al., 2022), både som en del av beslutningsgrunnlaget for kliniske vurderinger, og for å følge symptomutvikling over tid. For god diagnostikk og behandlingsplanlegging må informasjonen fra kartleggingsverktøyene vi bruker, være pålitelig. Likevel brukes flere av disse kartleggingskjemaene rutinemessig uten tilstrekkelig vitenskapelig validering.

Post-traumatic Stress Disorder Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (PCL-5; Blevins et al., 2015) er et av de mest brukte spørreskjemaene for PTSD-symptomer. Den norske versjonen av PCL-5 har hittil ikke blitt vitenskapelig validert til tross for utbredt bruk. Vi vet ikke hvordan PCL-5 fungerer i norsk psykisk helsevern – en kontekst der pasienter ofte har sammensatte traumehistorier, høy

KONTAKT elas@nkvt.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

METODE

- Landsomfattende klinisk utvalg av pasienter diagnostisert med PTSD ($N = 576$, 71,5% kvinner).
- Pasientene mottok CT-PTSD eller EMDR ved en av 46 klinikker innen offentlig psykisk helsevern, som en del av prosjektet LOCI Norge.
- Symptomer på PTSD, kompleks PTSD, depresjon og generalisert angst samt posttraumatiske kognisjoner og livskvalitet ble målt i første behandlingstime og senere i behandlingsforløpet.
- Analysemetoder: Cronbachs alfa og McDonalds omega, Pearsons korrelasjonskoeffisient (r), konfirmatoriske faktoranalyser (CFA) og bivariate latente endringsskår-modeller.

HOVEDFUNN

- God pålitelighet: PCL-5 ga stabile og konsistente målinger av PTSD-symptomer.
- God gyldighet: PCL-5 skårene hang tett sammen med andre mål på psykiske plager og livskvalitet, slik som forventet ved måling av PTSD.
- Følsom for endring: PCL-5 fanget opp symptomendring i løpet av behandling, og endringene samsvarte godt med endringer i angst- og depresjonssymptomer.
- Støtte for mer differensierte symptom mønstre: Funnene tyder på at PTSD-symptomer organiserer seg i flere og mer differensierte mønstre enn det den tradisjonelle DSM-5-modellen beskriver.

grad av komorbiditet og heterogene symptomuttrykk. Det står viktige spørsmål ubesvart: Gir PCL-5-skårene et valid mål på pasientens PTSD-symptomer, og fanger instrumentet opp symptomendringer hvis pasienten blir bedre eller verre? Kan vi stole på at PCL-5 faktisk måler PTSD? Er skjemaet nyttig i kasusformulering og behandlingsplanlegging og -evaluering?

Måling av PTSD-symptomer med PCL-5

Studien adresserte spørsmålene over i et stort, landsdekkende utvalg av pasienter som mottok kunnskapsbasert behandling for PTSD. Studien ble gjort som en del av LOCI Norge – et prosjekt som implementerer CT-PTSD og EMDR i spesialisthelsetjenesten. Data fra 46 DPS-er inngikk. Som en del av implementeringsprosjektet fylte om lag 600 pasienter ut PCL-5, og flere instrumenter som målte psykiske plager og livskvalitet.

Pålitelig måling av PTSD-symptomer

Det er avgjørende at spørreskjemaet for psykiske lidelser – symptomer på PTSD i dette tilfellet – faktisk måler det de hevder å måle. Våre resultater viser at PCL-5 tilfredsstiller dette kravet. Leddene i spørreskjemaet henger godt sammen, og funnene tilsier at det er rimelig å tolke den totale PCL-5 skåren som et godt overordnet mål på PTSD. Instrumentet måler PTSD-symptomer i tråd med teoretiske forståelsesrammer av lidelsen, og henger sammen med beslektede konstrukter (symptomer på generalisert angst, depresjon og kompleks PTSD, samt posttraumatiske tanker og livskvalitet) på forventede og meningsfulle måter.

Fanger opp symptomendringer

Et sentralt funn var at PCL-5 er sensitiv for endringer i pasientenes PTSD-symptomer. Når tilstanden endrer seg, gjenspeiles det i skårene spørreskjemaet genererer. Vi fant at utviklingen i PCL-5-skårer underveis i behandlingen samsvarte godt med utviklingen i mål på generalisert angst (GAD-7) og depresjon (PHQ-9). GAD-7 og PHQ-9 har i tidligere studier vist god sensitivitet for symptomendring (Löwe et al., 2004; Toussaint et al., 2020). Videre observerte vi store endringer i PCL-5-skårer i løpet av behandlingen, og samlet sett indikerer funnene at PCL-5 er godt egnet til å fange opp endringer i PTSD-symptomer.

Svake indikatorer

Symptomene hukommelsesvansker, irritabilitet/sinne og risikofylt/selvdestruktiv atferd fungerte ikke som sterke indikatorer for PTSD i utvalget vårt. Det kan altså se ut til at disse symptomene i større grad påvirkes av andre kliniske og kontekstuelle forhold enn kun PTSD. Tidligere studier har rapportert liknende resultater (Forkus et al., 2023).

Implikasjoner

Samlet sett styrker studien grunnlaget for bruk av PCL-5 i norsk klinisk og forskningsmessig sammenheng. Studiens resultater har praktisk betydning for psykologer, leger og andre som utreder, diagnostiserer og behandler mennesker med psykiske lidelser og PTSD. Den norske versjonen av PCL-5 er nå grundig testet og kvalitetssikret. Det gjør utredning, diagnostisering og monitorering av PTSD-symptomer underveis i behandling mer pålitelig. PCL-5 kan brukes til både systematisk kartlegging av PTSD-symptomer og til å følge symptomutvikling over tid, også i heterogene pasientgrupper med høy grad av komorbiditet.

At PCL-5 viste sensitivitet for endring, tyder på at instrumentet egner seg godt til behandlingsmonitorering. Slik sett kan PCL-5 bidra i kliniske vurderinger og beslutninger underveis i behandling, for eksempel ved vurdering av behandlingsrespons, restsymptomer eller behov for justering av behandlingsfokus. Instrumentet

kan også støtte dialogen med pasienten om hvordan det går. På denne måten kan PCL-5 gi et systematisk datagrunnlag som gjør det mulig å skreddersy behandlingen enda bedre til den enkelte pasient.

På et vitenskapelig nivå bidrar studien til den begrensede litteraturen om PCL-5 i kliniske utvalg, og gir støtte til nyere, mer differensierte modeller for forståelse av PTSD-symptomer. Samtidig peker studien vår på behovet for videre forskning på diagnostisk nytte og betydningen av ulike symptom-mønstre for behandlingsutfall. 🧠

REFERANSER

- Auren, T. J. B., Klæth, J. R., Jensen, A. G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: An open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2 128 048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A. & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: Clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2 116 827. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Forkus, S. R., Raudales, A. M., Rafiuddin, H. S., Weiss, N. H., Messman, B. A. & Contractor, A. A. (2023). The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A Systematic Review of Existing Psychometric Evidence. *Clinical psychology: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 30(1), 110–121. <https://doi.org/10.1037/cps0000111>
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykiske lidelser – voksne. Nasjonalt pasientforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Hunsley, J. & Mash, E. J. (2007). Evidence-Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 29–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Grafe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Toussaint, A., Hüsing, P., Gumz, A., Wingefeld, K., Härter, M., Schramm, E. & Löwe, B. (2020). Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). *Journal of Affective Disorders*, 265, 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.032>

PCL-5

Tilgjengelig på en rekke språk som en del av TRAPS-I. Instrumentet er tilgjengelig her, sammen med skåringsanvisning og opplæringsvideo: www.nkvts.no/ressurser-og-verktoy/kartleggingsverktoy/kartleggingsverktoy-voksne-traps

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?



Sliter du med en fagetisk problemstilling i klinikk? Ser du etiske dilemma ved psykologenes praksis og rolle i samfunnet?

Del dine etiske refleksjoner i Etik-panelet.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Motiverer til mer bærekraftige valg

Hege Landsvik forsket på hvordan bærekraftige tanker blir til handlinger. Første artikkel brukte fire nettbaserte eksperimenter ($N = 1383$) for å teste om folk velger bærekraftige produkter når det er spesielt viktig at produktet er effektivt. I valg av rengjøringsprodukter valgte deltakerne bærekraftige alternativer, selv om vanlige rengjøringsprodukter ble oppfattet som mer effektive. Noe av forklaringen var at bærekraftige produkter ble oppfattet som mer estetiske, spennende og egnet til å vise frem. I et «lab-in-the-field»-eksperiment ($N = 100$) valgte deltakerne bærekraftige rengjøringsprodukter selv når de trodde produktene skulle brukes til rengjøring, selv om de ble vurdert som mindre effektive.

Artikkel to, tre og fire brukte felteksperimenter på Brann Stadion for å påvirke supporterers kildesortering, med faktiske målinger av hvor mye supporterne

kildesorterte. Andre artikkel ($N = 5712$) viste at supporterne kildesorterte mer når de ble minnet på at klubben deres kunne bli mest miljøvennlig i ligaen, og samtidig fikk muligheten til å konkurrere med andre klubber i kildesortering. Tredje artikkel ($N = 5727$) viste at appeller til supporterens gruppeidentitet i seg selv ikke fremmet kildesortering, som tyder på at kombinasjonen av intervensjoner kan være mest effektivt.

Fjerde artikkel ($N = 210\,014$) fokuserte på utformingen av omgivelsene, og viste at særlig aktive supporterer kildesorterte mer om søppelspannene var mer tilgjengelige og gjennomsluktige, og når de kunne kaste avfall i spesifikke spann for å uttrykke meninger om kontroversielle temaer, slik som videoassistert dømming (VAR). Samlet viser avhandlingen noen måter som bærekraftige tanker kan bli til handlinger på. ♡



FOTO: NHH

Hege Landsvik

Beyond green intentions: Experimental studies on pro-environmental behavior

Disputas 26.01.2026

Institutt for strategi og ledelse, Norges Handelshøyskole

Identitetsbygging og jenter som gamer

Kamilla Knutsen Steinnes forsket på hvordan ungdommer utvikler identitet i kjøpsorienterte videospill. Første artikkel brukte «involvert» (*immersive*) netnografi, der forskeren selv spiller, for å observere hvordan spilldesign og valgarkitektur fremmer pengebruk. Steinnes observerte at flere populære spill gjør transaksjoner tilgjengelig direkte fra spillermenyen og oppfordrer til bruk av ekte penger på eksklusive virtuelle gjenstander gjennom tilbud og nedtellinger. Reklamen i spillene er ofte skjult, og spillerne får lettere tilgang til virtuelle gjenstander ved å bruke ekte penger enn ved å spille spillet.

Andre og tredje artikkel brukte «deltakende medspilling» (play-along), en nyutviklet intervju metode der forskeren både intervjuer og spiller med deltakerne. 41 gamere mellom 12 og 24 år deltok og spilte alt fra fotballspillet FIFA og action-eventyrspillet Subnautica til mer sosiale spill som Roblox og League

of Legends. Andre artikkel tok for seg «skins», altså kosmetiske endringer i ens egen karakter eller gjenstander det er mulig å kjøpe. Sjeldne og eksklusive «skins» ble brukt for å markere gruppetilhørighet og sosial rang. Slik ble pengebruk koblet direkte til identitetsutvikling.

Tredje artikkel tok for seg kjønnsidentitet. Jentene i utvalget uttrykte at de ofte unngikk å bruke mikrofoner i frykt for å bli trakassert, og ifølge Steinnes bidrar markedsføringen av spillene til å opprettholde kjønnsstereotypier, der noen spill markedsføres som «rosaspill» (pink games) og kvinnelige karakterer får flere kosmetiske valg i de virtuelle butikkene.

For klinikere kan deltakende medspilling inspirere til nye måter å samhandle med barn og unge på, der Steinnes mener metoden kan hjelpe intervjuobjektene med å slappe mer av. ♡



FOTO: OSLOMET

Kamilla Knutsen Steinnes

'Free to play - pay to win': Young people's identity and consumption in online games

Disputas 30.01.2026

Forbrukerforskningsinstituttet SIFO, OsloMet



Aleksander Hagen Erga

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger Universitetssjukehus
Institutt for psykologi, Universitetet i Stavanger

Jens Hetland

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger Universitetssjukehus
Institutt for psykologi, Universitetet i Stavanger

Kristoffer Høiland

Avdeling for rus og avhengighet, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg

Elise Constance Fodstad

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger Universitetssjukehus
Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

Sandra Drevsjø

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger Universitetssjukehus

Kirsten Johanne Braatveit

Avdeling for forskning og innovasjon, Helse Fonna HF
Blå Kors klinikk Haugaland

Utredning av kognitiv fungering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Sammendrag

Kognitive vansker er vanlig blant personer med rusmiddellidelser. Norske psykologer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil møte pasienter med både forbigående og vedvarende kognitive vansker. Å identifisere personer med kognitive vansker er sentralt for å kunne tilpasse behandling og sikre god oppfølging. Basert på klinisk ekspertise og forskningsekspertise innen avhengighetsfeltet og gjennomgang av relevant litteratur presenterer vi en oppsummering av vanlige kognitive utfordringer hos pasienter med rusmiddelproblematikk, og vi gir praktiske råd for utredning i spesialisthelsetjenesten. Eksekutive vansker er blant de hyppigst forekommende og kan skyldes premorbid fungering, rusrelaterte skader eller somatisk sykdom. Vi foreslår en tredelt, nivåbasert utredningsmodell: Nivå 1 inkluderer anamnestic informasjon og subjektive kartleggingsverktøy. Nivå 2 innebærer repeterbare, globale screeninginstrumenter, og nivå 3 består av en mer omfattende utredning av evnenivå, adaptiv fungering og eventuelt full nevropsykologisk utredning. Modellen gir et rammeverk for utredning av kognitive vansker i TSB, men utfordringer knyttet til falske positive testresultater, ulik kompetanse og begrenset tilgang på validerte norskspråklige verktøy må tas i betraktning. Vi konkluderer med at det er behov for videreutvikling av testverktøy, samt bedre opplæring og integrering av sosial og kognitiv fungering i behandling. En strukturert utredningspraksis kan styrke både behandlingstilbudet og pasientenes rett til velferdsytelser og kommunal oppfølging.

Nøkkelord: kognisjon, rusmiddelvaner, avhengighet, utredning

KONTAKT aleksander.hagen.erga@sus.no

MERKNAD Forfatterne har ikke mottatt økonomisk støtte for arbeidet med artikkelen. AHE og JH driver et forskningsprosjekt hvor kartleggingsverktøyet ACE tilpasses til norske forhold og testes i klinisk setting.

De siste 25 årene har det vært rettet betydelig forskningsinnsats mot hjernehelsetilstander og psykiske lidelser. I rus- og avhengighetsfeltet er fokuset aktualisert gjennom *the brain disease model of addiction*, det vil si «hjerne-sykdomsmodellen for avhengighet» (Volkow & Blanco, 2023). Den økte forskningsinnsatsen har bidratt til større forståelse av hvordan avhengighet påvirker hjernen og dermed også kognitiv fungering. Som et observerbart mål på hjernehelsetilstander har tester og utredning av kognitiv fungering derfor fått en mer fremtredende plass i nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling av rusmiddellidelser (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017; Helsedirektoratet, 2017). Samtidig er det komplisert å overføre kunnskap fra nevrovitenskap til klinisk praksis, både når det gjelder å etablere retningslinjer for utredning og å utvikle spesialiserte behandlingstilnærminger basert på kunnskapen.

Den internasjonale forskningslitteraturen har de siste årene argumentert for at kognitiv kartlegging kan bidra til å bedre behandlingsutfall for pasienter med rusmiddellidelser (Verdejo-Garcia et al., 2019). En slik tilnærming tar inn over seg at ikke alle kognitive vansker har samme påvirkning på behandlingsbehov og -resultater, og at behandlingen bør tilpasses individets kognitive profil. Mens man tidligere forsøkte å knytte spesifikke rusmidler til spesifikke kognitive utfall, har feltet i senere år fokusert på å undersøke sammenhengen mellom rusmiddelbruk generelt og kognitiv funksjon (Ramey & Regier, 2019). Endringen skyldes både utfordringer med forskningsdesign og med å finne pasienter som utelukkende bruker en type rusmidler, og at implementering av brede nevropsykologiske kartlegginger for å identifisere spesifikke vansker er utfordrende i ordinær klinisk praksis. Samtidig er rene bruksprofiler, hvor bare ett rusmiddel brukes, uvanlige i behandlingsapparatet, noe som betyr at studier som omhandler spesifikke rusmidler i klinisk praksis, har lav økologisk validitet (Onyeka et al., 2012).

Vi ønsker å belyse sentrale funn fra norsk og internasjonal forskning om kognitiv funksjon ved rusmiddellidelser, og vise frem forskningens kliniske relevans for psykologer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Artikkelen redegjør for 1) kognitive vansker blant personer med rusmiddellidelser og 2) presenterer et forslag til utredningspraksis for kognitive vansker i TSB. Kognitiv funksjon ved atferdsmessige avhengigheter ligger utenfor artikkelens omfang.

Klinisk kontekst

TSB ble etablert som et eget fagfelt gjennom rusreformen i 2004 og utgjør en sentral del av helsetjenesten for personer med rusmiddelrelaterte lidelser i Norge. TSB tilbys på ulike behandlingsnivåer, inkludert polikliniske tjenester, ambulante tjenester, døgntilrettelagt behandling og

akutt- og avrusningsenheter. Pasientene i TSB er en heterogen gruppe med komplekse utfordringer relatert til rusmiddelbruk, psykisk helse, somatiske lidelser og sosiale forhold. Sammen med sosial- og medisinfaglige profesjonsutøvere har psykologer hatt en betydelig rolle i TSB over flere år. Psykologspesialister i rus- og avhengighetspsykologi var de første spesialistene innen TSB i Norge, og har vært viktige i faglig utvikling innen feltet siden 1980-tallet (Redaksjonen, 2023). Som kliniker vil psykologer arbeide med kartlegging, utredning og behandling av rusmiddellidelser og komorbide psykiske helseplager, samt delta i tverrfaglig samarbeid både innad i TSB og med andre hjelpeinstanser.

Mange pasienter i TSB har en forhistorie med langvarig rusmiddelbruk, hodetraumer, psykiske lidelser og andre faktorer som kan påvirke nevrokognitiv fungering. Dette kan ha direkte konsekvenser for behandlingsprogresjon, deltakelse i samtalerapi, evne til å nyttiggjøre seg miljøterapeutiske tiltak og generell livskvalitet. Kognitive vansker er vist å ha en negativ innvirkning på behandlingsprosesser, slik som lavere erkjennelse av problematisk bruk, lavere subjektiv mestringsforventning, lavere endringsberedskap og et redusert ønske om hjelp. Videre har pasienter med kognitive vansker økt fravær, lavere poliklinisk oppmøte og tidligere tilbakefall til uønsket rusmiddelbruk (Brorson et al., 2013; Hetland et al., 2023).

Ved utredning av kognitiv funksjon vil psykologer være sentrale. Samtidig er vi kjent med at det er variasjon i praksis. Noen enheter bruker etablerte screeningsverktøy for kognitiv funksjon, andre har begrensede rutiner for systematisk utredning. Dette øker risikoen for at kognitive vansker ikke blir identifisert og dermed ikke tatt hensyn til i behandlingsforløpet. Det er derfor behov for en mer enhetlig og systematisk tilnærming til kartlegging av kognitive funksjonsvansker i TSB. Prinsipp-erklæringen for evidensbasert praksis understreker betydningen av å trekke veksler på ulike evidensskilder, som forskning, klinisk ekspertise og brukerstemmer, for å utvikle gode helsetjenester. I tråd med dette ønsker forfattergruppen å bidra med oppdatert kunnskap fra forskningsfeltet til å videreutvikle kliniske tjenester for pasienter i TSB.

Gjennomføring

For å presentere litteraturen om kognitive vansker og foreslå utredningsplan har forfattergruppen basert seg på systematiske og usystematiske litteratursøk, grundig kjennskap til forskningsfeltet og egen klinisk ekspertise. Forfattergruppen er alle psykologer med klinisk erfaring fra TSB, og er etablerte forskere eller ph.d.-kandidater med prosjekter om kognisjon og rusmiddellidelser. Samlet har forfattergruppen erfaring med ungdom, voksne og familier i poliklinikk, ambulante tjenester, fengsel og TSB døgntilrettelagt behandling gjennom arbeid i psykisk helsevern. Forfattergruppen har primært hatt sitt virke

i Helse Vest RHF. Denne oppsummeringen baseres på forfatternes kunnskap om grensesnittet mellom kognisjon og rusmiddellidelser, samt relevansen av kognitiv fungering for klinisk praksis i TSB. I presentasjonen og planen fokuserer vi på utredningsverktøy som er tilgjengelig på norsk, er generelt tilgjengelige i en norsk klinisk setting og har blitt undersøkt i en norsk kontekst.

Kognitive vansker

Mellom 30 og 80 % av pasienter med rusmiddellidelser har kognitive vansker av klinisk betydning (Braatveit et al., 2018a; Fernandez-Serrano et al., 2010). Variasjonen i prevalensestimaterne tilskrives manglende konsensus om utfallsmål, tidspunktet for kartlegging og valg av måleinstrumenter, samt at ulike populasjoner og rusmiddelvansker er undersøkt. Vi har tidligere foreslått at den høye forekomsten reflekterer flere former for kognitive vansker (Erga et al., 2023). Både forbigående og vedvarende forstyrrelser er representert i prevalensestimaterne, som har praktiske konsekvenser for hvordan vanskene bør møtes i klinisk praksis. Usikkerhet rundt årsaker og tolkningen av prestasjonsbaserte mål kan være en barriere for kognitiv utredning i TSB, og bidra til at vansker ikke oppdages, eller at en avventer utredning.

Forbigående kognitive vansker

I likhet med flere psykiske lidelser er kognitive vansker, og spesielt eksekutive vansker, foreslått som en transdiagnostisk komponent ved rusmiddellidelser (Kwako et al., 2016). Eksekutive vansker, det vil si vansker med arbeids hukommelse, delt oppmerksomhet og beslutningstaking, og subjektive kognitive plager er et forventet klinisk trekk ved rusmiddellidelser, og med økende alvorlighet i rusmiddellidelsen kan en regne med mer omfattende eksekutive vansker (Verdejo-Garcia et al., 2019; Yücel et al., 2007). En studie fra Norge har estimert forekomsten av eksekutive vansker til 60 % av pasienter etter minst to ukers avhold fra rusmidler (Hetland et al., 2023). Denne kategorien av kognitive vansker er forventet å være midlertidig, og bli gradvis bedre etter opphør av rusmiddelinntak, vedvarende avhold fra rusmidler, bedring av psykiske helseplager og redusert stress. Selv om tilfriskningstiden er vanskelig å beregne, viser studier vesentlig bedring i kognitiv funksjon etter fem uker med avhold fra rusmiddelinntak hos 45 % av pasientene, mens det kan ta opp mot et år for andre pasienter. Imidlertid foreligger det store individuelle variasjoner i tilfriskning, og grad av tilfriskning avhenger også av hvilket kognitivt mål eller domene som er av interesse (Bates et al., 2013; Hagen et al., 2017; Vik et al., 2004). Det er også sentralt å kjenne til at graden av bedring vil avhenge av flere faktorer, og vil være mindre uttalt eller fraværende for pasienter med vedvarende kognitive vansker.

Premorbide kognitive forstyrrelser

Rusmiddellidelser er assosiert med flere premorbide helsetilstander som kjennetegnes av kognitive vansker. ADHD er en risikofaktor for tidligere og mer alvorlig utvikling av rusmiddelvansker og for dårligere behandlingsutfall (Young et al., 2023). Autismespekterforstyrrelser er foreslått både som en beskyttelsesfaktor og risikofaktor for rusmiddellidelser, og prevalensen spriker avhengig av hvilket utvalg som er studert (Haasbroek & Morojele, 2021). Pasienter med lett psykisk utviklingshemming (PUH) og borderline intellektuell fungering (BIF) er overrepresentert blant pasienter i TSB (Braatveit et al., 2018a; Hetland et al., 2021; Luteijn et al., 2017; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). BIF kjennetegnes av intellektuelle og funksjonelle svekkelser med indeksskårer mellom én og to standardavvik under befolkningsgjennomsnittet. Utfordringer assosiert med redusert/lav IQ inkluderer begrenset ordforråd, vansker med å skille mellom relevant og irrelevant informasjon, vansker med abstrakt resonnering, planlegging og oppmerksomhet, og lav selvinnsett, noe som utfordrer evnen til å motta og følge opp behandling i ordinær TSB (Kiewik et al., 2017). Pasienter med PUH/BIF har forhøyet risiko for at rusmiddelbruk bidrar til utvikling av psykiske og somatiske lidelser (McGillicuddy, 2006), og bruker i større grad foreskrevne medikamenter som kan ha uheldig kombinasjonseffekt med rusmidler (Chapman & Wu, 2012; Hove et al., 2019).

Ervervede skader og risikofaktorer

Rusmiddelvansker er også assosiert med økt risiko for feilernæring, kardiometabolske sykdommer, infeksjoner og hiv, som kan påvirke kognitiv fungering (Rojas et al., 2005; Spencer et al., 2017). Vedvarende psykiske plager som kan påvirke konsentrasjon og hukommelse, kan dessuten oppstå etter bruk av psykedeliske rusmidler (Holmøy & Andersen, 2025). Traumatisk hjerneskade forårsaket av støt mot hodet er både en risikofaktor for utvikling av rusmiddelvansker og hyppig forekommende blant mennesker med rusmiddelvansker (Bjork & Grant, 2009; Marceau et al., 2016; VanderVeen, 2021).

Utredning av kognitiv fungering

Den høye forekomsten og de kliniske implikasjonene av kognitive vansker tilsier at kartlegging av kognitiv funksjon bør prioriteres i behandling av personer med rusmiddelvansker. I klinisk praksis kan det være vanskelig å vurdere når og hvordan utredningen skal gjøres, og vite hvordan eventuelle funn påvirker behandlingen. De fleste rusmidler har en akutt eller intoksikerende effekt på kognitiv funksjon, men man finner betydelig bedring etter to–seks ukers rusmiddelfrihet (Vik et al., 2004).

TABELL 1

Nivåer for utredning av kognitive vansker i TSB

Nivå	Når i forløpet	Målgruppe	Hovedmål / rolle i utredning	Utredningsinstrument	Type / repeterbart mål*
Nivå 1	Oppstart/inntak	Alle	Indikere videre utredningsbehov	ACE	S/I; Nei
			Måle subjektive kognitive plager	BRIEF-A	S/I; Ja
Nivå 2	Ved rusfrihet / funksjonsmål underveis	Ved indikasjon	Identifisere videre utredningsbehov / monitorere kognitiv funksjon underveis i et forløp	MoCA	A; Ja
				RBANS	A; Ja
			Estimere evnenivå	HASI	A; Nei
Nivå 3	Stabilisert rusfrihet / vedvarende vansker / funksjonsbeskrivelse	Ved indikasjon	Identifisere (re)habiliteringsbehov og ADL	WAIS-IV** / andre evnemål***	A; Nei
			Differensialdiagnostikk, vurdere arbeidsevne eller (re)habiliteringsbehov	Vineland 3 / ABAS-3	S/I; Nei
				Nevropsykologisk undersøkelse	A, S/I; Nei

Merknad. S/I: Selvrappport/informantrapportert, A: Atferdsbasert, ACE: Alcohol and Drug Cognitive Enhancement Screening Tool, HASI: Hayes Ability Screening Index, BRIEF-A: The Behavior Rating Inventory of Executive Function – adult version, MoCA: The Montreal Cognitive Assessment, RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale IV, ABAS-3: Adaptive Behaviour Assessment System (3. utg.).

* Med repeterbare mål menes instrumenter som lar seg gjenta flere ganger innen et kort tidsvindu (vanligvis et behandlingsforløp), hvor hensikten er å monitorere endringer i kognitiv fungering.

** Vi vurderte å inkludere fire deltester fra WAIS-IV på nivå 2. Imidlertid er rasjoalet bak nivå 2 å få gjennomført en tidlig kartlegging med rimelig god prediksjonsverdi og vente med WAIS-IV til en har indikasjon for en full utredning i diagnostisk øyemed og til pasienten har vært rusmiddelfri så lenge at en får valide målinger med WAIS.

*** Leiter International Performance Scale (3. utg.) (Leiter-3), Raven's Progressive Matrices – Clinical Edition (Raven's 2), Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence test revised edition (SON-R).

Pasientens motivasjon og forståelse for hva kognitiv testing innebærer, er også sentral for vurderingen av når testingen bør gjennomføres.

Ideelt sett vurderer vi at en burde vente med kognitiv utredning til en er sikker på at den akutte/subakutte effekten av rusmiddelbruk er på et minimum. På den andre siden har pasienter med kognitive vansker økt risiko for frafall fra behandling (Brorson et al., 2013; Høiland et al., 2025), og tidsvinduet for å adressere kognitivt funksjonsnivå kan være smalt. Ved å vente for lenge med kartlegging og utredning står klinikeren i fare for å miste potensielt viktig informasjon, og ikke tilrettelegge slik at pasienten klarer å forbli i behandlingen. Vi mener at det er særlig to forhold som tilsier at man bør bruke en nivåbasert tilnærming hvor klinisk relevant informasjon samles inn gjennom hele behandlingsforløpet (se tabell 1). For det første er det ønskelig at en utredning er tilstrekkelig sensitiv til å oppdage klinisk relevante kognitive vansker. For eksempel vil det være kostnadskrevende og lite formålstjenlig å gjennomføre grundig kartlegging av samtlige pasienter i starten av forløpet.

For tidlig utredning vil gi positive utslag for de fleste pasienter, selv om de kognitive vanskene ikke direkte vil påvirke det kliniske forløpet. For det andre er det ønskelig at utredning av kognitive vansker hjelper klinikeren til å forstå hvilken type kognitive vansker pasienten har. Å differensiere mellom forbigående og vedvarende vansker vil være utfordrende om utredningen gjennomføres kun én gang i løpet av behandlingsforløpet. Hensikten med en nivåbasert tilnærming er å tematisere kognitive vansker gjennom hele behandlingsforløpet, overvåke vanskene sammen med pasienten, og samtidig samle relevant informasjon for eventuelle brede utredninger av vedvarende kognitive vansker senere i behandlingsforløpet. Samlet vil en tredelt tilnærming øke muligheten for persontilpasset behandling for pasienten og redusere risikoen for frafall.

Starten av behandlingsforløpet – nivå 1

Nivå 1 består av kartlegginger som kan være hensiktsmessige i starten av et behandlingsforløp, hvor pasienten ikke nødvendigvis er avholden fra rusmidler enda, eller nylig har sluttet å innta rusmidler. Dette nivået av kartlegging fokuserer primært på å samle informasjon som kan gi indikasjon på videre utredning, og vil være aktuelt for alle pasienter som kommer til behandling i TSB. På dette nivået mener vi måleverktøyene bør ha egenskaper som gjør dem enkle å administrere, tilgjengelige og tidseffektive. Videre at verktøyene ikke bør kreve spesialisert kompetanse og kan benyttes av ulike yrkesgrupper med minimal opplæring. Disse kravene utelukker derfor flere

ANBEFALT LITTERATUR

Verdejo-Garcia, A. (2019). *Cognition and Addiction: A Researcher's Guide from Mechanisms Towards Interventions*. Academic Press.

enkle, tradisjonelle nevropsykologiske tester (som Trail Making Test i ulike versjoner, Neckers Cube eller Symbol Digit Modalities Test). Videre bør de valgte verktøyene være robuste mot subakutt påvirkning av rusmidler på kognisjon og gi informasjon om et bredt spekter av kognitive domener. Instrumentene bør også utvise god evne til å identifisere pasienter med kognitive vansker (høy sensitivitet) eller ha god evne til å identifisere pasienter uten kognitive vansker (høy negativ prediktiv verdi). Få instrumenter har alle disse egenskapene.

I tabell 2 henviser vi til to måleverktøy som kan være nyttige å bruke til dette formålet. Alcohol and Drug Cognitive Enhancement (ACE) screening tool er egnet for å avdekke anamnesticke risikofaktorer for kognitive vansker blant pasienter med rusmiddellidelser (Berry et al., 2021a). Da ACE i hovedsak omhandler historiske risikofaktorer, gir det lite informasjon om omfanget av kognitive vansker. Verktøyet er kort, enkelt å administrere og er egnet til å identifisere pasienter som ikke trenger videre kognitiv utredning. En norsk versjon av ACE valideres for tiden ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (REK nr. 672 521).

Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version (BRIEF-A) gir informasjon om egenopp-levde eksekutive vansker, og kan være særlig egnet til å observere utvikling av eksekutive vansker i starten av et behandlingsforløp. Resultater fra BRIEF-A er

nært forbundet med psykisk lidelsestrykk. Ved bruk av BRIEF-A er det risiko for overrapportering generelt, også overfor personer med ruslidelser (Hetland et al., 2024). Dette gjør at høye skårer på BRIEF-A ikke bør tolkes som en indikasjon på vedvarende kognitive vansker, men heller som et uttrykk for i hvilken grad kognitive vansker inngår i det kliniske bildet tidlig i et behandlingsløp. Forløpsstudier viser at vedvarende avhold over en fire ukers periode ofte vil være assosiert med en svak bedring på BRIEF-A, mens bedringen er relativt stor etter ett år (Hagen et al., 2017; McKowen et al., 2018). BRIEF-A er tilgjengelig i elektronisk form i flere av kartleggingssystemene som benyttes i helsetjenesten i dag.

Underveis i et behandlingsforløp – nivå 2

Nivå 2 består av prestasjonsbaserte mål på kognitive funksjoner, som gir et mer detaljert datagrunnlag for pasientens kognitive fungering. Mens nivå 1-utredning kan gjennomføres tidlig i et behandlingsforløp, vil nivå 2-utredningsverktøyene være mer egnet senere i behandlingsforløpet. Disse utredningene kan gjennomføres etter at pasienten har vært avholden over tid (gjerne 2+ uker) eller er i rusnær fase hvor pasienten har oppnådd en stabilitet og/eller reduksjon av sin tidligere rusmiddelbruk. Tilleggsinformasjonen som de prestasjonsbaserte målene gir, er helt sentral for diagnostikk av rusmiddelrelaterte

TABELL 2

Oversikt over foreslåtte verktøy for avdekking av kognitive vansker

Verktøy	Type	Område	Tidsbruk minutter	Ledd/ deltester	Kompetansekrav i TSB / Sertifisering	Norsk versjon	Normer	Rettighets-innehaver	Utvalgte referanser
ACE	Selv-rapportering	Risikofaktorer kognitive vansker	5	12	Nei	Nei*	Australia	Agency for Clinical Innovation	Berry et al. (2021a)
BRIEF-A	Selv-rapportering	Eksekutive vansker	10–15	75	Autorisert psykolog, psykiater	Ja	USA/ Nederland	Hogrefe	Roth et al. (2005) Hagen et al. (2016) Hetland et al. (2024)
HASI	Test	Risikofaktorer for psykisk utviklings-hemming	5–10	7	Nei	Ja	Australia	HASI Publications	Hayes (2000) Hayes (2002) Braatveit et al. (2018b)
MoCA	Test	Global kognitiv fungering	10	8	Sertifisering	Ja	USA	MoCA Cognition	Nasreddine et al. (2005) Copersino et al. (2009) Sømhovd et al. (2019) Hagen et al. (2019) Høiland et al. (2024) Auestad et al. (2025)
RBANS	Test	Global kognitiv fungering	20–30	12	Autorisert psykolog, lege	Ja	Skandinavia	Pearson Clinical	Randolph (2013) Høiland et al. (2025)
WAIS-IV	Test	Evnenivå/IQ	60–80	10–15	Autorisert psykolog	Ja	Skandinavia	Pearson Clinical	Wechsler (2011) Braatveit et al. (2018a) Braatveit et al. (2018b)

Merknad. ACE: Alcohol and Drugs Cognitive Enhancement Screening Tool, BRIEF-A: The Behavior Rating Inventory of Executive Function – adult version, HASI: Hayes Ability Screening Index, MoCA: The Montreal Cognitive Assessment, RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale (4. utg.).

* En norsk versjon av ACE er under utvikling ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger universitetssjukehus.

kognitive vansker, da diagnostiske vurderinger bygger på både anamnestic, subjektive og prestasjonsbaserte mål på kognitiv fungering (Toledo-Fernandez et al., 2020). I DSM-5 diagnostiseres rusmiddelrelaterte kognitive vansker som «substance-induced neurocognitive disorders», mens diagnosekoden F1x.74 – vedvarende kognitive plager benyttes i ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

To kognitive verktøy er særlig undersøkt i en norsk setting. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) er tilgjengelig på norsk med tre ulike stimulumateriell, noe som gjør den egnet for repetert testing. Hagen et al. (2019) viste at skårer på MoCA i mindre grad var korrelert med psykiske helseplager enn BRIEF-A og ble derfor ansett som et mer uavhengig mål på kognitiv fungering. En norsk studie har også funnet at lavere skårer på MoCA var assosiert med økt risiko for behandlingsavbrudd i døgntil behandling (Sømhovd et al., 2019), men disse funnene har ikke latt seg replikere i andre kohorter (Høiland et al., 2024). En norsk studie av kognitiv fungering blant personer med alvorlig rusmiddelbruk fant at 74,9 % av utvalget hadde mulige kognitive vansker, men at variabler som type rusmiddel, antall rusmidler brukt eller overdosehistorikk ikke var assosiert med kognitive vansker definert som MoCA cut-off skår > 26 (Auestad et al., 2025). Samtidig er den kliniske relevansen av MoCA noe uklar grunnet motstridende funn (Høiland et al., 2024; Ko et al., 2021). Spesielt problemstillinger knyttet til sensitivitet og spesifisitet for ulike terskelverdier på MoCA utfordrer den kliniske nytten av dette kartleggingsverktøyet (Høiland et al., 2024).

Testbatteriet Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) trekkes ofte frem som et alternativ til MoCA. RBANS er tilgjengelig i en A- og B-versjon, som muliggjør repetert testing. Nytteverdien av RBANS er godt dokumentert i flere pasientpopulasjoner. Det er per nå forsket lite på RBANS og rusmiddellidelser, men RBANS er egnet til å differensiere mellom pasienter med rusmiddellidelser og kontrollgrupper (Høiland et al., 2025). RBANS er i tillegg egnet til å måle endringer i kognitiv funksjon over tid etter avsluttet rusmiddelbruk og er nyttig for å beskrive kognitive vansker i utvalg av pasienter med rusmiddellidelser (Mulhauser et al., 2018; Schrimsher & Parker, 2007). En norsk studie som undersøkte et utvalg pasienter med schizofreni, med og uten samtidig rusmiddelbruk, fant derimot ingen forskjeller i RBANS-skårer mellom disse gruppene (Raudeberg et al., 2023). Klinikere må vurdere når i forløpet det er mest hensiktsmessig å bruke MoCA eller RBANS. Ønsker klinikeren et bilde av pasientens aktuelle fungering og tilstand, kan verktøyene brukes når som helst. Ønskes et bilde av pasientens underliggende eller vedvarende kognitive fungering, anbefales en avholdsperiode fra rusmidler på minst to uker.

Et tredje kartleggingsverktøy i denne kategorien er Hayes Ability Screening Index (HASI). I motsetning til

MoCA og RBANS er HASI et screeninginstrument spesielt rettet mot å identifisere generelle lærevansker eller utviklingshemming. Kartleggingsverktøyet har fellestrekk med ACE, men inneholder også tre prestasjonsbaserte mål. Testen er oversatt til norsk og funnet reliabel og valid for norsk fengselspopulasjon, pasienter i psykisk helsevern og TSB (Baatveit et al., 2018b). Den kan brukes etter to ukers rusmiddelfrihet (To et al., 2015), og benyttes primært for å indikere videre utredningsbehov. En aldersjustert grenseverdi brukes som indikasjon på videre utredningsbehov. Leddene i «bakgrunnsinformasjon» er historiske variabler som gir en rimelig god prediksjon av BIF/PUH, og kan, som ved ACE, egne seg i en tidlig utredningsfase hvor pasienten kanskje ikke er avholden (Baatveit et al., 2022).

Vedvarende kognitive tilstander – nivå 3

Nivå 3 består av mer omfattende utredninger av kognitive funksjoner, differensialdiagnostiske vurderinger av komorbide tilstander og identifikasjon av ervervede skader. Typiske kjennetegn for slike utredninger vil være indikasjon på vedvarende kognitive vansker som ikke bedres ved vedvarende avholdenhet fra rusmidler, eller indikasjoner på vedvarende vansker som ikke kan knyttes til rusmiddelbruk på annet vis. Typiske kliniske bilder som er relevant for nivå 3-utredninger er ADHD, autismespekterforstyrrelser og utfordringer med global kognitiv fungering. Det er allerede publisert gode kliniske veiledere for utredning, diagnostikk og oppfølging av ADHD og autismespekterforstyrrelser for pasienter i TSB (Arnevik & Helverschou, 2018; Løvaas & Dahl, 2013).

Utredninger på nivå 3 vil ofte inkludere evnetesting og kartlegging av adaptive funksjoner, eller mer detaljerte utredninger av spesifikke kognitive funksjoner. Det er her verdt å merke seg at rusmiddelbruk normalt ikke reduserer evnenivået til et nivå assosiert med utviklingshemming eller borderline intellektuell fungering. IQ-mål i dette området under behandling i TSB er mest sannsynlig et uttrykk for premorbid intellektuell fungering eller ervervet skade (inkludert hodeskader, overdoser og lignende). Studier har funnet en beskjeden reduksjon på to-åtte IQ-poeng som følge av alvorlig rusmiddelbruk (Manning et al., 2008; Meier et al., 2012; Power et al., 2021). Baatveit et al. (2018c) fant heller ingen assosiasjon mellom type rusmiddel brukt eller alvorligheten av rusbruken og variasjonen i IQ blant innlagte pasienter i TSB. Variasjonen i IQ ble i stedet best forklart med lærevansker i barndommen og lengde på utdanning. Personer med redusert intellektuell fungering kan være mindre sensitive for ytterligere svekkelser på grunn av rusmiddelbruk. En studie av pasienter med PUH eller BIF fant ingen forskjell i utførings-IQ mellom personer som hadde et lett alkoholkonsum, og de som hadde et problematisk alkoholbruk (van Duijvenbode et al., 2016). Imidlertid fant man en signifikant forskjell i utførings-IQ mellom de

med lett og problematisk bruk for personer med normal intellektuell fungering. I klinisk praksis kan en dermed ha tiltro til IQ-estimaten fra utredning med Wechsler Adult Intelligence Scale IV eller andre ikke-verbale evnetester.

Utredning av PUH/BIF baserer seg på flere kilder, som anamnese, mål av adaptiv fungering og estimering av evnenivå. I ICD-10-CM er BIF en beskrivende kode (R41.83) som brukes som tillegg til en overordnet diagnose når intellektuelle utfordringer er av klinisk betydning. I ICD-11 benyttes koden MB21.Y, som fortsatt ikke regnes som en selvstendig diagnose. Diagnoser av skolefaglige utfordringer, som F83.0 (blandet utviklingsforstyrrelse) og F81.3 (blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter), blir også benyttet, men det er grunn til å sette spørsmål tegn ved bruk av disse diagnosene hos voksne. For å redusere stigma knyttet til diagnoser er det viktig at psykologen formidler informasjon åpent, normaliserer tilstanden og viser hvordan diagnoser kan bidra til bedre forståelse og riktig oppfølging.

De kognitive og funksjonelle konsekvensene av ervervede skader kan i stor grad variere, ofte være vedvarende, og kreve bred nevropsykologisk kartlegging. Sentralt i utredning av mulige ervervede skader er bruk av spesifikke undersøkelser av kognitive funksjoner, som hukommelse og læring, oppmerksomhet, visuospatiale funksjoner eller evne til problemløsning og beslutningstaking. Ved mistanke om ervervede skader bør en spesialist i nevropsykologi konsulteres, eventuelt henvise pasienten til en fullstendig nevropsykologisk utredning.

Diskusjon

Kliniske tilstandsbilder og relevans

Å ha kjennskap til pasientens kognitive utfordringer gjennom kartlegging og utredning av kognitiv funksjon er sentralt for å sikre personer med rusmiddellidelser god behandling. Etter artikkel 25 i FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal helsetjenesten sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får tilgang til helsetjenester som er utformet på en måte som ikke direkte eller indirekte diskriminerer på grunn av funksjonsnedsettelse (CRPD, 2006; Lid et al., 2024). Pasienten med PUH/BIF har lik rett på behandling i TSB som den øvrige befolkningen (Juberg et al., 2017). Å sikre tilpasset behandling for pasienter med kognitive vansker er da ikke bare sentralt for å bedre behandlingsutfall, men også for å ivareta deres menneskerettigheter.

Internasjonalt er en opptatt av behandlingsintervensjoner som tar hensyn til pasienters kognitive fungering (Nardo et al., 2022). Ulike treningsprogram for eksekutive vansker har vist lovende resultater for pasienter med rusmiddellidelser, både med hensyn til eksekutiv funksjon og drop-out fra behandling (Anderson et al., 2023; Nardo

et al., 2024). Når det gjelder nasjonale initiativ for å øke behandlingskunnskap, har blant annet Helse Fonna iverksatt et forskningsprosjekt om tilrettelagt døgntilrettelagt behandling for pasienter med samtidig utviklingshemming og rusmiddellidelse (REK nr. 538 618). Oppfølgingsstudier av pasienter med rusmiddelvansker har også understreket viktigheten av å gi psykoedukasjon og tilbakemelding på utviklingen av kognitive vansker i løpet av et forløp (Svendsen et al., 2020).

I den kliniske hverdagen vil kunnskap om kognitiv fungering gi indikasjon på om pasienten har behov for tilpasninger i behandlingen, som bistand, støtte til samtaler, bruk av praktiske hjelpemidler eller endring av behandlingsmodalitet (f.eks. gruppebehandling versus individualbehandling). Utredning bidrar til bedre differensialdiagnostikk ved å avklare pasientens kognitive funksjon eller potensial. Kunnskap om pasientens kognitive fungering vil også kunne brukes til å utarbeide gode tverrfaglige behandlingsplaner og individuell plan, indikere behov for kommunale tjenester, være nyttig i kommunikasjonen med Nav og i planleggingen av arbeidsrettede aktiviteter, eksempelvis besvare om pasienten er i stand til å fullføre påbegynt utdanning.

Fordeler og ulemper med nivåinndeling

Mange psykologer i TSB har etterlyst tydeligere retningslinjer for når og hvordan kognitive vansker bør utredes, og det er stor variasjon i kunnskapen om tilgjengelige verktøy. Modellen vi presenterer her, kan gi klinikere støtte i valg av metode og tidspunkt for utredning og bidra til økt kunnskap om kognitiv funksjon i spesialistutdanningen i rus- og avhengighetspsykologi.

Samtidig har modellen begrensninger. Grunnet den komplekse sammenhengen mellom rusmiddelbruk og kognitiv funksjon kan screeningtester på nivå 1 og 2 gi falske positive som kan øke presset på allerede begrensede utredningsressurser, både internt og ved henvisning til nevropsykologisk utredning. Det er derfor viktig at klinikere tolker resultatene på en faglig forsvarlig måte, og at de tilbys opplæring i sentrale tester fra arbeidsgiver eller under profesjons- eller spesialistutdanningen. Tilgang til relevante tester, kompetanse og muligheter for nevropsykologisk utredning varierer i TSB. Noen klinikere har egne nevropsykologer, mens andre mangler denne ekspertisen. I mange tilfeller vil samarbeid med private avtalespesialister i nevropsykologi, Nav eller spesialiserte nevropsykologiske enheter være aktuelt, spesielt i tilfeller hvor kognitiv funksjon skal vurderes med tanke på arbeidsevne og rett til ytelse.

Nivåinndelingen legger til grunn at avhold fra rusmiddelbruk følger overgangen fra nivå 1 til de senere nivåene. Samtidig vet vi at i klinisk praksis vil varig avhold fra rusmidler være vanskelig å oppnå, spesielt for pasienter i poliklinisk behandling. I slike tilfeller kan det likevel være ønskelig eller positivt å kartlegge og

utrede kognitive funksjoner. Vi anbefaler testing etter to ukers avholdenhet for å redusere den akutte og subakutte rusmiddelpåvirkningen av rusmidler på kognitiv fungering. Likevel vil tidligere testing være berettiget dersom målet er å etablere et inntrykk av pasientens habituelle fungering ved omfattende rusmiddelbruk og/eller som utgangspunkt for videre monitorering av endringer i kognitiv fungering over tid. MoCA og RBANS er begge egnet til dette formålet.

Til tross for visse begrensninger mener vi fordelene ved en nivåinndelt utredning veier opp for ulempene. Den gir en systematisk tilnærming til kartlegging av kognitiv funksjon og kan bidra til å styrke klinisk praksis i TSB.

Utfordringer med dagens verktøy

Til tross for at det foreligger flere prestasjonsbaserte mål for kognitiv funksjon for pasienter med rusmiddellidelser, stilles det spørsmål ved nytteverdien til eksisterende instrumenter samt den samtidige og økologiske validiteten (Berry et al., 2021b; Hetland et al., 2023; Høiland et al., 2024; Ko et al., 2021; Kutash et al., 2023). For eksempel måler MoCA i liten grad eksekutiv fungering eller andre kognitive domener som kan være avgjørende for gode behandlingsutfall, som emosjonsdrevet impulskontroll og beslutningstaking (Barreno et al., 2019; Verdejo-García, 2017). De siste årene har det blitt utviklet flere kognitive kartleggingsverktøy rettet mot pasienter med rusmiddelvansker, men per i dag er ingen av dem tilgjengelige på norsk. Disse verktøyene er særlig egnet for utredning på nivå 1 og 2 i vår faseinndeling. Utvikling av norske versjoner av disse kartleggingsverktøyene er omfattende arbeid som krever oversettelse, kulturell tilpasning og normering. Utviklingen blir en sentral arbeidsoppgave for de kliniske forskningsmiljøene i Norge i årene som kommer. I påvente av bedre tester for pasienter i TSB anbefales klinikere å benytte eksisterende måleverktøy, med forbehold om at flere av dem ikke nødvendigvis har optimale psykometriske egenskaper.

Mens forskningsfeltet over flere år i stor grad har fokusert på spesifikke kognitive funksjoner, er det nå et økende fokus på forholdet mellom kognitiv og sosial fungering (Maurage et al., 2024). Sosial kognisjon (prosessering, læring og forståelse av komplekse sosial informasjon) kan være spesielt viktig for utviklingen av persontilpasset behandling i TSB, hvor innsats rettet mot ferdighetstrening og nettverksbygging ofte står sentralt. For å kunne håndtere av kognitive vansker i TSB, kreves det både gode kartleggingsverktøy, relevant test-kompetanse blant psykologer, utredningsrutiner og gode evidensbaserte behandlingstilnærminger for ulike subpopulasjoner.

Avslutning

Kartlegging og identifisering av kognitive vansker er viktig for å kunne planlegge behandlingstiltak og når en skal følge opp pasienter med rusmiddelvansker over lengre tid. Identifisering av kognitive vansker spiller også en avgjørende rolle for å sikre pasienter nødvendig kommunal oppfølging og trygderettigheter og redusere risiko for frafall fra behandling. Ved å bruke en nivåbasert utredningspraksis gjennom pasientforløpet vil en over tid samle informasjon av diagnostisk nytte, hjelpe pasienten å overvåke sin bedringsprosess og planlegge behandling. En god utredning av kognitiv funksjon består både av anamnesticke, subjektive og prestasjonsbaserte mål. Selv om flere av dagens kartleggingsinstrumenter kan brukes for pasienter med rusmiddelvansker, vurderer vi det som nødvendig å videreutvikle spesialtilpassede kartleggingsverktøy til en norsk setting.

Takksigelse

Forfatterne vil takke Oddbjørn Hove og Mats Peder Mosti for tilbakemeldinger på manuskriptet. 🙏

REFERANSER

- Anderson, A. C., Robinson, A. H., Giddens, E., Hartshorn, B., Allan, E., Rowe, C., Lawrence, T., Chong, T. T., Lubman, D. I. & Verdejo-García A. (2023). Proof-of-concept trial of Goal Management Training to improve executive functions and treatment outcomes in methamphetamine use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(246). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109846>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). American Psychiatric Publishing.
- Arnevik, E. A. & Helverschou, S. B. (2018). *Asperger syndrom og rus. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling*. Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom – Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4924b4/contentassets/3194684418844c-ba974e882082e267d8/handbok-om-asperger-og-rus.pdf>
- Auestad, N., Bogstrand, S. T., Vallersnes, O. M., Lerdal, A. & Wüsthoff, L. E. C. (2025). Cognitive function among people with severe substance use. *European Addiction Research*, 31(2), 133–144. <https://doi.org/10.1159/000543755>
- Barreno, E. M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano, Ó. M., Marín, J. A. L. & Verdejo-García, A. (2019). Specific aspects of cognitive impulsivity are longitudinally associated with lower treatment retention and greater relapse in therapeutic community treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 96, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2018.10.004>
- Bates, M. E., Buckman, J. F., Voelbel, G. T., Eddie, D. & Freeman, J. (2013). The mean and the individual: integrating variable-centered and person-centered analyses of cognitive recovery in patients with substance use disorders [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 4(177), 177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00177>
- Berry, J., Shores, E. A., Lunn, J., Sedwell, A., Nardo, T., Wesseling, A. & Batchelor, J. (2021a). The Alcohol and Drug Cognitive Enhancement (ACE) Screening Tool: A simple and brief questionnaire to screen for cognitive impairment in substance use disorder treatment services. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1888727>
- Berry, J., Shores, E., Nardo, T., Sedwell, A., Lunn, J., Marceau, E., Wesseling, A., Zucco,

- M., Sugden-Lingard, S., Borchard, T. & Batchelor, J. (2021b). Brief executive-function assessment tool: A new cognitive impairment screening tool for alcohol and other drug services. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1895791>
- Bjork, J. M. & Grant, J. G. (2009). Does Traumatic Brain Injury Increase Risk for Substance Abuse? *Journal of Neurotrauma*, 26, 1077–1082. <https://doi.org/10.1089/neu.2008.0849>
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Braatveit, K. J., Assmus, J. & Hove, O. (2022). Exploring the predictive properties of the Hayes Ability Screening Index subtest background information in identifying individuals with MBID among in-patients with SUD. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1051946. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1051946>
- Braatveit, K., Torsheim, T. & Hove, O. (2018a). The Prevalence and Characteristics of Intellectual and Borderline Intellectual Disabilities in a Sample of Inpatients with Substance Use Disorders: Preliminary Clinical Results. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11, 1–18. <https://doi.org/10.1080/19315864.2018.1469701>
- Braatveit, K., Torsheim, T. & Hove, O. (2018b). Screening for intellectual disabilities: a validation of the Hayes Ability Screening Index for in-patients with substance use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 387–392. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1468923>
- Braatveit, K., Torsheim, T. & Hove, O. (2018c). Intellectual functioning in in-patients with substance use disorders: Preliminary results from a clinical mediation study of factors contributing to IQ variance. *European Addiction Research*, 24 (1): 19–27. <https://doi.org/10.1159/000486620>
- Chapman, S. L. C. & Wu, L. T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1147–1156. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.009>
- Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017). *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a821e3340f0b62305b92945/clinical_guidelines_2017.pdf
- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J. & Weiss, R. D. (2009). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(5), 337–344. <https://doi.org/10.1037/a0017260>
- CRPD. (2006). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (13–12–2006 nr. 34 Multilateral). *Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/2006-12-13-34>
- Erga, A. H., Hetland, J. & Braatveit, K. (2023). Patients with cognitive deficits and substance use disorders, a clinical population in need of focused attention. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1281914. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1281914>
- Fernandez-Serrano, M. J., Perez-Garcia, M., Perales, J. C. & Verdejo-Garcia, A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology*, 626(1), 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.10.019>
- Hagen, E., Erga, A. H., Hagen, K. P., Nesvåg, S. M., McKay, J. R., Lundervold, A. J. & Walderhaug, E. (2016). Assessment of Executive Function in Patients With Substance Use Disorder: A Comparison of Inventory- and Performance-Based Assessment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 66, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.010>
- Hagen, E., Erga, A. H., Hagen, K. P., Nesvåg, S. M., McKay, J. R., Lundervold, A. J. & Walderhaug, E. (2017). One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.016>
- Hagen, E., Somhovd, M., Hesse, M., Arnevik, E. A. & Erga, A. H. (2019). Measuring cognitive impairment in young adults with polysubstance use disorder with MoCA or BRIEF-A – The significance of psychiatric symptoms. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.11.010>
- Hayes, S. C. (2000). *Hayes Ability Screening Index Manual*. University of Sydney.
- Hayes, S. C. (2002). Early intervention or early incarceration? Using a screening test for intellectual disability in the criminal justice system. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 120–128. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00113.x>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
- Hetland, J., Braatveit, K. J., Hagen, E., Lundervold, A. J. & Erga, A. H. (2021). Prevalence and Characteristics of Borderline Intellectual Functioning in a Cohort of Patients With Polysubstance Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 651028. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.651028>
- Hetland, J., Hagen, E., Lundervold, A. J. & Erga, A. H. (2023). Performance on Cognitive Screening Tests and Long-Term Substance Use Outcomes in Patients with Polysubstance Use Disorder. *European Addiction Research*, 29(2), 150–159. <https://doi.org/10.1159/000528921>
- Hetland, J., Lundervold, A. J. & Erga, A. H. (2024). Cognitive impairment as a predictor of long-term psychological distress in patients with polysubstance use disorders: a prospective longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05600-x>
- Holmøy, B. & Andersen, K. A. A. (2025). Psykologisk behandling av vedvarende vansker etter bruk av psykedelika. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 778–787. <https://doi.org/10.52734/QAOW7353>
- Hove, O., Biringer, E., Havik, O. E., Assmus, J., Braatveit, K. J., Holm, S. E. H. & Hermann, M. (2019). Prevalence of drug use among adults with intellectual disabilities compared with drug use in the general population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 28(3), 337–344. <https://doi.org/10.1002/pds.4741>
- Høiland, K., Arnevik, E. K. A., Diep, L. M., Mathisen, T., Witkiewitz, K. & Egeland, J. (2024). Impaired or not impaired: The accuracy of the Montreal Cognitive Assessment in detecting cognitive impairment among patients with alcohol use disorder. *Alcohol, Clinical & Experimental Research (Hoboken)*, 48(11), 2070–2078. <https://doi.org/10.1111/acer.15437>
- Høiland, K., Arnevik, E. K. A., Diep, L. M., Mathisen, T., Witkiewitz, K. & Egeland, J. (2025). Keep on Keeping on? Patient Factors Predicting Discontinuation in Alcohol Use Disorder Treatment. *Substance Use & Misuse*, 60(12), 1808–1819. <https://doi.org/10.1080/10826084.2025.2519404>
- Høiland, K., Raudeberg, R. & Egeland, J. (2025). The repeatable battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS) and substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 20(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13011-025-00640-2>
- Haasbroek, H. & Morojele, N. (2021). A Systematic Literature Review on the Relationship Between Autism Spectrum Disorder and Substance Use Among Adults and Adolescents. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00242-1>
- Juberg, A., Rostad, M. & Sondenaa, E. (2017). Substance use problems among people with mild/borderline intellectual disability: Challenges to mainstream multidisciplinary specialist substance treatment in Norway. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 34(2), 173–185. <https://doi.org/10.1177/1455072516687255>
- Kiewik, M., VanDerNagel, J. E. L., Engels, R. & De Jong, C. A. J. (2017). Intellectually disabled and addicted: a call for evidence based tailor-made interventions. *Addiction*, 112(11), 2067–2068. <https://doi.org/10.1111/add.13971>
- Ko, K., Ridley, N., Bryce, S., Allott, K., Smith, A. & Kamminga, J. (2021). Screening Tools for Cognitive Impairment in Adults with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1–24. <https://doi.org/10.1017/S135561772100103X>
- Kutash, L. A., Sayer, M. A., Samii, M. R., Rabinowitz, E. P., Boros, A., Jensen, T., Allen, P., Garcia, M. & Delahanty, D. L. (2023). Questionable utility of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in detecting cognitive impairment in individuals with comorbid PTSD and SUD. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/23279095.2023.2219003>
- Kwako, L. E., Momenan, R., Litten, R. Z., Koob, G. F. & Goldman, D. (2016). Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. *Biological Psychiatry*, 80(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024>
- Lid, I. M., Lid, T. G. & Sjøfjell, T. (2024). Bedre tilrettelegging av helsetjenesten for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0257>
- Luteijn, I., Didden, R. & VanDerNagel, J. (2017). Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning in a Forensic Addiction Treatment Center: Prevalence and Clinical Characteristics. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(4), 240–251. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0031-7>
- Løvaas, E. & Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD – hvordan forstå og hjelpe?* Gyldendal Akademisk.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Hill, R. G., Reed, L. J., Ball, D., Marshall, J., Gossop, M. & Strang, J. (2008). Changes in neuropsychological functioning during alcohol detoxification. *European Addiction Research*, 14(4), 226–233. <https://doi.org/10.1159/000156479>
- Marceau, E. M., Lunn, J., Berry, J., Kelly, P. J. &

- Solowij, N. (2016). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Sensitive to Head Injury and Cognitive Impairment in a Residential Alcohol and Other Drug Therapeutic Community. *Journal of Substance Abuse & Addiction Treatment*, 66, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.002>
- Maurage, P., Rolland, B., Pitel, A. L. & D'Hondt, F. (2024). Five Challenges in Implementing Cognitive Remediation for Patients with Substance Use Disorders in Clinical Settings. *Neuropsychology Review*, 34 (3), 974–984. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09623-1>
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 41–47. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20092>
- McKowen, J. W., Isenberg, B. M., Carrellas, N. W., Zulauf, C. A., Ward, N. E., Fried, R. S. & Wilens, T. E. (2018). Neuropsychological changes in patients with substance use disorder after completion of a one month intensive outpatient treatment program. *American Journal on Addictions*, 27(8), 632–638. <https://doi.org/10.1111/ajad.12824>
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(40), E2657–E2664. <https://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
- Mulhauser, K., Weinstock, J., Ruppert, P. & Benware, J. (2018). Changes in Neuropsychological Status during the Initial Phase of Abstinence in Alcohol Use Disorder: Neurocognitive Impairment and Implications for Clinical Care. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 881–890. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1408328>
- Nardo, T., Batchelor, J., Berry, J., Francis, H., Jafar, D. & Borchard, T. (2022). Cognitive Remediation as an Adjunct Treatment for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Neuropsychology Review*, 32(1), 161–191. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09506-3>
- Nardo, T., Berry, J., Barker, D., Assareh, H., Lunn, J., Sedwell, A., Batchelor, J., Shakeshaft, A., Kelly, P. J., Sarrami, P., Russell, S. & James, M. (2024). Cognitive remediation in residential substance use treatment: A randomized stepped-wedge trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 34(10), 1378–1403. <https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2314879>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Onyekia, I. N., Uosukainen, H., Korhonen, M. J., Beynon, C., Bell, J. S., Ronkainen, K., Föhr, J., Tiihonen, J. & Kauhanen, J. (2012). Sociodemographic Characteristics and Drug Abuse Patterns of Treatment-Seeking Illicit Drug Abusers in Finland, 1997–2008: The Huuti Study. *Journal of Addictive Diseases*, 31(4), 350–362. <https://doi.org/10.1080/10550887.2012.735563>
- Power, E., Sabherwal, S., Healy, C., O'Neill, A., Cotter, D. & Cannon, M. (2021). Intelligence quotient decline following frequent or dependent cannabis use in youth: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 51(2), 194–200. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005036>
- Ramey, T. & Regier, P. S. (2019). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS Spectrums*, 24(1), 102–113. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001426>
- Randolph, C. (2013). *RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (Manual norsk versjon). Pearson.
- Raudeberg, R., Karr, J. E., Iverson, G. L. & Hammar, Å. (2023). Examining the repeatable battery for the assessment of neuropsychological status validity indices in people with schizophrenia spectrum disorders. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(1), 101–118. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1876169>
- Redaksjonen. (2023). Fra alkamani til avhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(10), 618–631. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as09ae-Fra-alkamani-til-avhengighet
- Rojas, R., Riascos, R., Vargas, D., Cuellar, H. & Borne, J. (2005). Neuroimaging in Drug and Substance Abuse Part I: Cocaine, Cannabis, and Ecstasy. *Topics in Magnetic Resonance Imaging*, 16(3). https://journals.lww.com/topicsinmri/Fulltext/2005/06_000/Neuroimaging_in_Drug_and_Substance_Abuse_Part_I_3.aspx
- Roth, R., Isquith, P. & Gioia, G. (2005). *Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version (BRIEF-A)*. Psychological Assessment Resources.
- Schrimsher, G. W. & Parker, J. D. (2007). Changes in Cognitive Function During Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 146–153. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9054-0>
- Spencer, S. J., Korosi, A., Laye, S., Shukitt-Hale, B. & Barrientos, R. M. (2017). Food for thought: how nutrition impacts cognition and emotion. *NPJ Science of Food*, 1, 7. <https://doi.org/10.1038/s41538-017-0008-y>
- Svendsen, T. S., Bjørnstad, J., Slyngstad, T. E., McKay, J. R., Skaalevik, A. W., Veseth, M., Moltu, C. & Nesvaag, S. (2020). «Becoming myself»: how participants in a longitudinal substance use disorder recovery study experienced receiving continuous feedback on their results. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-0254-x>
- Sømshovd, M., Hagen, E., Bergly, T. & Arnevik, E. A. (2019). The Montreal Cognitive Assessment as a predictor of dropout from residential substance use disorder treatment. *Heliyon*, 5(3), e01282–e01282. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01282>
- To, W. T., Vanheule, S., Vanderplasschen, W., Audenaert, K. & Vandeveld, S. (2015). Screening for intellectual disability in persons with a substance abuse problem: Exploring the validity of the Hayes Ability Screening Index in a Dutch-speaking sample. *Research in Developmental Disabilities*, 36C, 498–504. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.046>
- Toledo-Fernandez, A., Marin-Navarrete, R., Villalobos-Gallegos, L., Salvador-Cruz, J., Benjet, C. & Roncero, C. (2020). Exploring the prevalence of substance-induced neurocognitive disorder among polysubstance users, adding subjective and objective evidence of cognitive impairment. *Psychiatry Research*, 288, 112944. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112944>
- van Duijvenbode, N., Didden, R., van der Nagel, J. E. L., Korzilius, H. P. L. M. & Engels, R. C. M. E. (2016). Cognitive deficits in problematic drinkers with and without mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/1744629516664840>
- van Duijvenbode, N. & VanDerNagel, J. E. L. (2019). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25(6), 263–282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- VanderVeen, J. D. (2021). TBI as a Risk Factor for Substance Use Behaviors: A Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(6), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.112>
- Verdejo-García, A. (2017). Neuroclinical Assessment of Addiction Needs to Incorporate Decision-Making Measures and Ecological Validity. *Biological Psychiatry*, 81(7), e53–e54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.07.015>
- Verdejo-Garcia, A., Garcia-Fernandez, G. & Dom, G. (2019). Cognition and addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 281–290. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/gdom>
- Vik, P. W., Cellucci, T., Jarchow, A. & Hedt, J. (2004). Cognitive impairment in substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(1), 97–109. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00110-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00110-2)
- Volkow, N. D. & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22(2), 203–229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Wechsler, D. (2011). Wechsler adult intelligence scale–(4 utg., norsk versjon). NCS Pearson.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
- Young, S., Abbasian, C., Al-Attar, Z., Branney, P., Colley, B., Cortese, S., Cubbin, S., Deeley, Q., Gudjonsson, G. H., Hill, P., Hollingdale, J., Jenden, S., Johnson, J., Judge, D., Lewis, A., Mason, P., Mukherjee, R., Nutt, D., Roberts, J., ... Cocallis, K. (2023). Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. *World Journal of Psychiatry*, 13(3), 84–112. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i3.84>
- Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N. & Brewer, W. J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 957–968. <https://doi.org/10.1080/00048670701689444>

Når helsemyndighetene holder tilbake informasjon i helsespørsmål, kan det føre til en umyndiggjøring av befolkningen.

Fagetiske dilemmaer i helsekommunikasjon



FOTO: UNIVERSITETET I STAVANGER

TEKST Siv Hilde Berg
Universitetet i Stavanger

KONTAKT siv.h.berg@uis.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktkjema og oppgir ingen interessekonflikter. SHB sitter i Psykologtidsskriftets redaksjonsråd.

Helsekommunikasjon befinner seg i skjæringspunktet mellom medisin, psykologi og medievitenskap, og er et praksisfelt i samfunnspsykologi. Feltet berører folkehelsearbeid rettet mot ulike grupper, med mål om å gi mennesker mulighet til å ta informerte valg. Jeg leder en forskergruppe i folkehelsekommunikasjon ved Universitetet i Stavanger og har vært opptatt av en etisk problemstilling som særlig berører psykologer; hvordan skal vitenskapelig usikkerhet kommuniseres? Å holde tilbake usikkerhet kan dempe uro, men også svekke tillit og autonomi – og dermed undergrave det psykologfaglige målet om å styrke mestring og myndiggjøring i befolkningen. Her drøfter jeg slike avveininger med eksempler fra koronapandemien og kostrådsdebatten.

Å ikke si noe er også et valg

Åpenhet om hva man vet og ikke vet, er et veletablert prinsipp i helsekommunikasjon og grunnleggende for å bevare tillit (WHO, 2017). I samfunnspsykologien står det sentralt å gi mennesker grunnlag for informerte valg. Men det er forståelig at informasjon holdes tilbake i enkelte situasjoner. Kommunikasjon av usikkerhet kan vekke uro og samtidig være tillitsbyggende. I møte med folkehelsestrusler må helsemyndigheter balansere hensynet til å beskytte befolk-

ningen mot frykt og forvirring, og respekten for individets autonomi og rett til informasjon. Samtidig, å unnlate å kommunisere noe er i seg selv en autoritær handling. Kan det forsvares fra et etisk ståsted?

Under koronaepidemien og i formidlingen om ultrapro-sessert mat i nasjonale kostråd har helsemyndighetene holdt deler av informasjonsgrunnlaget tilbake. I begge situasjoner ble beslutningen om å ikke kommunisere usikkerhet basert på antagelser om målgruppens helse-kompetanse og evne til å forstå informasjonen.

Under koronapandemien var kommunikasjon av luftsmitte krevende fordi evidensgrunnlaget hadde stor vitenskapelig usikkerhet. Ekspertene i Folkehelseinstituttet, kommuneoverleger og smitteverneksperter formidlet at de valgte å ikke kommunisere om luftsmitte. De mente at forståelsen av usynlige aerosoler krevde høy helsekompetanse, og fryktet at slik informasjon kunne skape uro. Ekspertene sto i et tydelig fagetisk dilemma: Frykten for å skape panikk måtte veies mot risikoen for å gjøre skade ved å holde tilbake informasjon (Berg et al., 2022a).

— valget om å synliggjøre hva man vet og ikke vet, blir et etisk spørsmål

Jeg intervjuet også et mindre utvalg av befolkningen om deres informasjonsbehov. Oppfatningene var delte. Noen opplevde at det var nok informasjon fra myndighe-tene, og at de levde under konstant usikkerhet; de ønsket kun konkrete råd om hva de skulle gjøre, i mindre grad hvorfor. Andre savnet at myndighetene tematiserte og tok stilling til det de uansett fikk med seg fra andre kilder om luftsmitte. For dem handlet det mer om symboleffekten av åpenhet enn om den konkrete kunnskapen om luftsmitte (Berg et al., 2022b).

Da de nordiske ernæringsanbefalingene kom i 2023, ventet mange at risiko knyttet til ultrapro-sessert mat ville omtales. Det skjedde ikke, blant annet fordi begrepet ble vurdert som for komplekst for forbrukere, og fordi evidensgrunnlaget ble ansett som usikkert (NNR, 2023). I årene etter ble Helsedirektoratet møtt med omfattende etterspørsel etter informasjon og tydelige råd om ultrapro-sessert mat.

Begge eksemplene viser at tilbakeholdenhet med usikkerhet kan få ulike utslag for tillit. Til tross for at norske helsemyndigheter var mer tilbakeholdne enn andre land med å kommunisere om luftsmitte, seilte norske myndig-

heter gjennom koronapandemien med tilliten i behold. Tilliten til myndighetene varierte under koronapandemien, men ble i hovedsak opprettholdt over tid (Fjæran et al., 2025). For ernæringsrådene ser bildet foreløpig annerledes ut: Helsedirektoratet rapporterte redusert tillit til kostråde-ne fra januar 2023 til januar 2024 (Helsedirektoratet, 2024).

Paternalisme i forkledning?

Å unnlate å kommunisere usikkerhet kan fremstå som omsorgsfullt, men innebærer samtidig et normativt valg om hva befolkningen anses å tåle og forstå. For psykolo-ger, som har et særskilt ansvar for å fremme autonomi og myndiggjøring, aktualiserer slike valg spørsmålet om hvor grensen går mellom omsorg og paternalisme.

Usikkerhet formidles gjennom ulike emosjonelle virkemidler som påvirker risikopersepsjon, tillit og atferd hos mottakeren. Frykt kan styre oppmerksomhet og motivere til beskyttelse, men har en dobbelthet. Moderat fryktappell kan øke engasjement og situasjonsforståelse, mens overdreven frykt kan utløse handlingslammelse og mistillit, særlig når mestringsstrategier som gir befolknin-gen handlingsrom for å beskytte seg, utelates i budskapet (Ruiter et al., 2014; Slovic, 1987; Tannenbaum et al., 2015).

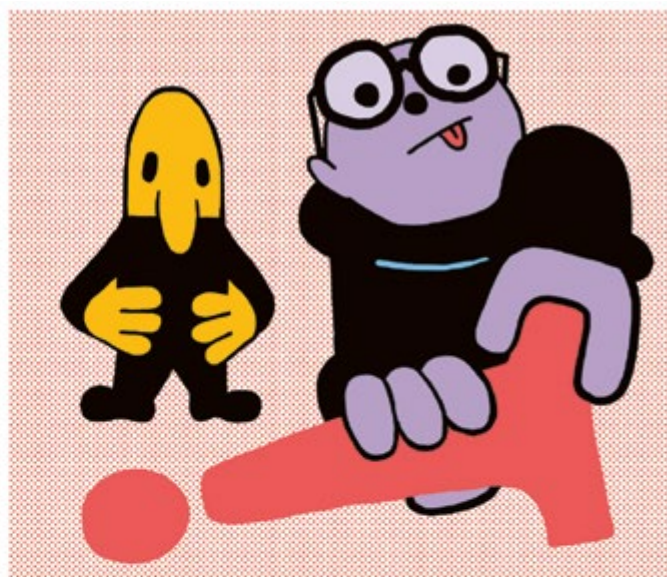
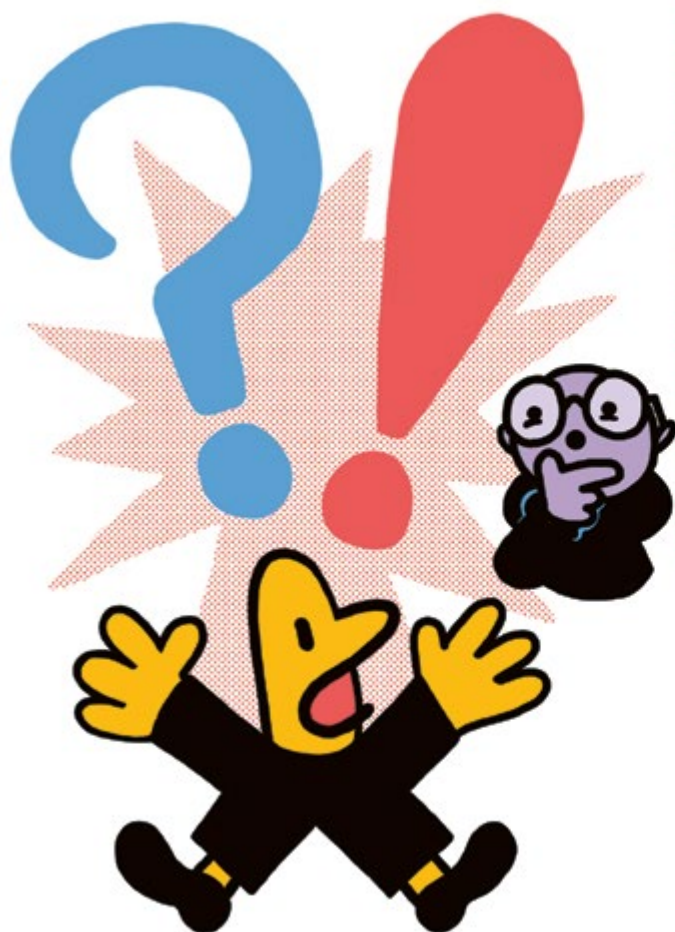
Samtidig varierer befolkningens helsekompetanse og evnen til å omsette informasjon til handling. Personer med høy helsekompetanse håndterer usikkerhet bedre, søker mer informasjon og har større tillit når usikkerhet forklares. Lav helsekompetanse kan føre til forvirring, uro og redusert tillit hvis usikkerhet kommuniseres uten handlingsråd (Ratcliff et al., 2022).

Pandemien innebar for mange en tilværelse preget av konstant usikkerhet. Koronapandemiens joker – luftsmit-ten – kunne ikke møtes med tydelige mestringsstrategier, annet enn ytterligere isolasjon; vi manglet det sentrale mestringsbudskapet, som var tydelig i møte med dråpes-mitten (hold avstand). Myndighetenes strategi kan ha hatt en beskyttende effekt for grupper av befolkningen som strevde med å omsette usikker informasjon til handling (Slovic, 1987; Tannenbaum et al., 2015).

Ved å holde tilbake informasjon om usikkerhet, og uten nyansene som trengs for å gi muligheten til å ta informerte valg, blir kommunikasjonsstrategiene over i det overta-lende. Selv om hensynet er å beskytte mot misforståelser eller kollektiv uro, kan det uintendert fremstå som statlig paternalisme hvor staten tar beslutninger på vegne av befolkningen med begrunnelsen at det er «til deres eget beste». Slik kommunikasjon kan utløse defensive reaksjo-ner og redusere tillit (Oxman et al., 2022).

Troverdigheten kan svekkes av enkle budskap

I ernæringsrådsdebatten har hensynet til befolkningens evne til å håndtere komplekse budskap blitt brukt som begrunnelse for å holde tilbake informasjon om ultrapro-sessert mat (NNR, 2023). Konsekvensen gir utslag i redusert tillit, fordi det siver inn fryktappeller og uenighet via media, samtidig som myndighetene er for lite transpa-rente og gir befolkningen kunnskap (Berg & Fjæran, 2023).



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

Å holde tilbake informasjon står i sterk motsetning til myndiggjøring som fagetisk prinsipp: Makten flyttes ikke til befolkningen, men fra dem. Som en talsperson i Helsedirektoratet formulerte det i et intervju: «Vi er en tillitsleverandør.» For direktoratet betyr det å være tro mot beste tilgjengelige evidens og gi tydelige budskap. Men for befolkningen handler tillit også om det som *ikke* sies, om nyansene, om å forstå begrunnelsene bak rådene som gis, og om myndiggjøring.

Fagetisk standpunkt å støtte informerte valg

Det fins ikke entydige svar på om det å kommunisere usikkerhet alltid styrker tillit; effekten er kontekstavhengig og påvirkes av virkemidler, type usikkerhet og mottakernes helsekompetanse. Derfor blir valget om å synliggjøre hva man vet og ikke vet, et etisk spørsmål om å støtte informerte valg.

Ved å holde tilbake usikkerhetsinformasjon undergraves myndiggjøring som fagetisk prinsipp. En slik tilnærming har også et alvorlig bakteppe: Manglende informasjon kan påføre befolkningen helserisiko, og det rammer målgruppen med lav helsekompetanse hardest – de som nettopp mangler evnen til å kritisk vurdere informasjon, og omsette den for å beskytte seg mot risiko.

Helsekommunikasjon skjer i en medievirkelighet der uformelle aktører kan både forsterke og neglisjere risiko og

påvirke risikopersepsjon i befolkningen. Konkurrerende narrativer, fryktappeller og uformelle kanaler i sosiale medier har i stor grad overtatt rollen som sannhetsformidlere.

I dette landskapet bør psykologer, særlig i samfunnspsykologien, ta en mer aktiv rolle og et tydelig fagetisk standpunkt for å kommunisere usikkerhet, også når den kan vekke bekymring, for å beskytte fagetiske prinsipper om myndiggjøring av befolkningen i folkehelsearbeid. Samtidig må slik informasjon alltid ledsages av balanserte budskap og konkrete handlingsråd som styrker mestrings- evnen og gir befolkningen verktøy til å håndtere risiko, tilpasset ulike nivåer av helsekompetanse (WHO, 2017). 🗣️

REFERANSER

- Berg, S. H., Shortt, M. T., Røislien, J., Lungu, D. A., Thune, H. & Wiig, S. (2022a). Key topics in pandemic health risk communication: A qualitative study of expert opinions and knowledge. *PLOS ONE*, 17(9), eo 275 316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275316>
- Berg, S. H., Shortt, M. T., Thune, H., Røislien, J., O'Hara, J. K., Lungu, D. A. & Wiig, S. (2022b). Differences in comprehending and acting on pandemic health risk information: A qualitative study using mental models. *BMC Public Health*, 22, 1440. <https://doi.org/10.1186/s12 889-022-13853-y>
- Berg, S. H. & Fjæran, L. (2023). Usikkerhet om kostråd må kommuniseres bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(11). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0422>
- Fjæran, L., Gould, K. P., Berg, S. H. & Lofthus, L. (2025). Trends in Norwegians' trust in government over time and across risk events and crises: A story of stability and resilience. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.1002/rhc3.70043>
- Gustafson, A. & Rice, R. E. (2020). A review of the effects of uncertainty in public science communication. *Public Understanding of Science*, 29(6), 614–633. <https://doi.org/10.1177/0963662520942122>

Helsedirektoratet (2024). *Utviklingen i norsk kosthold 2024: Kjennskap og tillit til Helsedirektoratets tidligere kostråd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2024>

NNR (2023). *Nordic Nutrition Recommendations 2023: Integrating environmental aspects. Public consultation draft*. Nordic Council of Ministers.

Oxman, A. D., Fretheim, A., Lewin, S., Flottorp, S., Glenton, C., Helleve, A., Vestrheim, D. F., Iversen, B. G. (2022). Health communication in and out of public health emergencies: to persuade or to inform? *Health Research Policy and Systems*, 20, 28. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00828-z>

Ratcliff, C. L., Wicke, R. & Harvill, B. (2022). Communicating Uncertainty to the Public During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the Literature. *Annals of the International Communication Association*, 46(4), 260–289. <https://doi.org/10.1080/23808985.2022.2085136>

Ruiter, R. A. C., Kessels, L. T. E., Peters, G.-J. Y. & Kok, G. (2014). Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence. *International Journal of Psychology*, 49(2), 63–70. <https://doi.org/10.1002/ijop.12042>

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>

Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K. & Albarracín, D. (2015). Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychological Bulletin*, 141(6), 1178–1204. <https://doi.org/10.1037/a0039729>

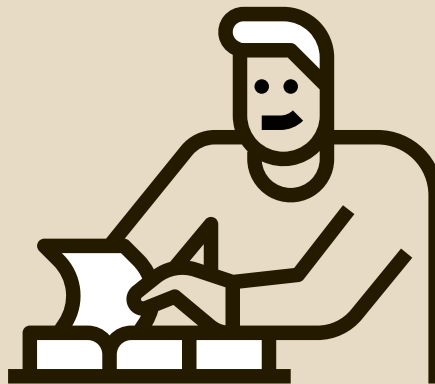
WHO (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. World Health Organization.

Anmeld bok for Psykologtidsskriftet

Bokanmeldelser er populært
 lesestoff hos oss.

Som bokanmelder holder du
 deg faglig oppdatert.

Interessert? Kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Anonyme varslere klaget Peder Kjøs inn til Helsetilsynet. Hvor går grensene for ansvar og åpenhet, også hos kritikeren?

Fagetikk, åpenhet og anonymitet



FOTO: PRIVAT

TEKST Nora Nord Rydningen
Universitetet i Oslo
Psykologvirke

KONTAKT n.n.rydningen@psykologi.uio.no

MERKNAD Nora Nord Rydningen har angitt i interessekonflikterklæring at hun har kollegarelasjon til Anne-Kari Torgalsbøen, Hanne Weie Oddli (gift med Peder Kjøs) og Daniel Willumstad Gunstveit.

Torgalsbøen (2026) stiller krav om at fagforeningen må komme tydeligere på banen når det gjelder hvordan vi etisk skal forvalte faget. Hun skriver at «psykologers omfavelse av åpenhetskulturen og foreningens legitimering av denne har spilt fallitt» og kaller det hele et «fagetisk havari».

Etter mitt syn svarer Fagetisk råd (FER) (Vik og Eide, 2026) på en moden måte. Slik jeg leser dem, avgrenser de sitt mandat og løfter frem vårt felles ansvar for å romme bredden og kompleksiteten i etiske utfordringer. Det er ingen lett oppgave når det blåser til storm. Fredrik Sylvester Jensen følger opp med å dele FER sitt innlegg i gruppen Psykologer på Facebook, og hevder at det over lang tid har foregått klart grenseoverskridende atferd på åpen scene, at fagmiljøet og FER har vært vitne til grove etiske brudd og sviktet ved ikke å reagere tydeligere. For meg er dette underlig å lese.

For det første, en debatt om fordeler og ulemper ved åpenhet har foregått siden TV-programmet *Jeg mot meg* så dagens lys. Diskusjonen har vært såpass fremme i dagen, at perspektivene til Kjøs og Torgalsbøen har vært en fast del av etikkundervisningen ved Universitetet i Oslo. Psykologirevyen har hatt egne sketsjer om dilemmaet.

For det andre, at noen har vært kritiske lenge betyr ikke nødvendigvis at de har hatt rett lenge. For mange av oss har ikke ulempene fremstått som så klare. Intensjonen med åpenheten har vært å utforske nye måter å formidle, tilgjengeliggjøre og videreutvikle psykologisk kunnskap, og å fremme folkehelse. Når effekten har blitt tydeligere, har bildet blitt klarere, eksempelvis gjennom forskningen til Thorbjørnsrud & Lånkan (2022). Det er noe annet enn å hevde

at profesjonen har lukket øynene for grove etiske brudd og spilt fallitt. Når utfallet foreligger, fremstår alt plutselig opplagt. Jeg reagerer på tendensen til å omskrive historien i ettertid. Skepsis og etterpåklokskap blir til klarsyn.

Og er egentlig utfallet så opplagt? Har åpenhet som prosjekt hatt flere negative enn positive konsekvenser? Vet vi det? Her understreker FER hensynet til de enkelte eksponerte, samtidig som de opprettholder nysgjerrigheten på det større bildet.

Vilje til mot som verdi

Å bevege et fag videre innebærer usikkerhet og risiko. Det krever mot og vilje til å teste normer. Det er sjeldent de som tar alle mulige forholdsregler som våger å gjøre noe nytt. Vi må tåle at de uredde og vågale av oss prøver og feiler, slik at vi som fellesskap kan korrigere pendler som svinger for langt til siden. Og så er jeg helt enig i at det avgjørende at dette må skje på ryddige og etterrettelige måter, med tydelig ansvar for pasientsikkerhet og respekt for at vi alle forvalter tilliten til faget. Her har diskusjoner om influenser-psykologer vært bevisstgjørende (Gunstveit, 2025), og saken med Kjøs en smertefull og viktig lærepenge. Vi prøver, feiler og lærer.

Skjule seg bak anonymitet

Så vidt jeg har forstått har Kjøs på forbilledlig vis lagt seg flat, innrømmet helsetilsynets reaksjon som rimelig, og vist motivasjon til å ta til seg veiledning for å lære.

Jeg antar at vi er mange som har lært betydelig av den saken. Personlig har jeg lært noe om medienes forførende kraft og hvor avgjørende det er å være ryddig dersom man beveger seg utenfor etablerte rammer. Dokumentasjon, refleksjon, innsyn og veiledning er avgjørende for å beskytte mot blindsoner og hybris.

Jeg har også lært noe ubehagelig om mitt fagfellesskap, særlig i forbindelse med den anonyme kritikken som kom til uttrykk både i en kronikk i Morgenbladet (Psykologer svarer: Å varsle kan være både belastende og befriende, 2025) og i medvirkning til podkasten Varselet mot Peder Kjøs (Aftenposten, 2025).

Kritikk og varsling er viktig, og noen ganger er anonymitet nødvendig for å begrense belastningen det er å varsle. Samtidig er anonym kritikk vanskelig å imøtekomme, for hva er kompetansen og motivasjonen til de som kritiserer? Det er mulig anonymitet var nødvendig i klagen til Statsforvalteren/Helsetilsynet. Men å skrive en anonym kronikk i en nasjonal avis? Å delta i utarbeidelse av et karakterdrap av en podkast? Denne diskusjonen ønsker jeg velkommen: Når er anonym kritikk hensiktsmessig? Hvor går grensene for ansvar og åpenhet, også hos kritikeren?

Det er fullt legitimt å etterlyse større etisk bevissthet. Samtidig trenger vi som fag også dem som våger å ta sjanser, som prøver og feiler. Så takk til alle som våger, de som kritiserer på ryddige måter og til FER som står stødig i stormen. 



Faksimile av Anne-Kari Torgalsbøens kronikk i februarutgaven.

REFERANSER

- Aftenposten. (2025). *Varselet mot Peder Kjøs* [Podkastserie]. <https://www.aftenposten.no/podkast/ap/program/100224>
- Gunstveit, D. W. (2025). Når psykologen blir influenser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 40–43. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Nar-psykologen-bli-influenser
- Psykologer svarer: Å varsle kan være både belastende og befriende. (2025, 11. mars). *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/psykologer-svarer-a-varsle-kan-vaere-bade-belastende-og-befriende/9615306>

- Thorbjørnsrud, K. & Lånkan, K. B. (2022). 'Someone should have looked after us': The boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture & Society*, 44(5), 935–950. <https://doi.org/10.1177/01634437211069970>
- Torgalsbøen, A. (2026). Psykologers ukritiske omfavnelse av åpenhetskulturen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as01ae-Psykologers-ukritiske-omfavnelse-av-apenhetskulturen

- Vik, O. M. & Eide, C. (2026). Fagetisk praksis er et felles ansvar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as01ae-Fagetisk-praksis-er-et-felles-ansvar

Psykologprofesjonen trenger mer enn noensinne et fagetisk råd som kan bidra til god, faglig holdningsdannelse. Sittende Fagetisk råd har i stedet valgt en passiv og defensiv posisjon.

Profesjonsetikk i fritt fall



FOTO: PRIVAT

TEKST Haldor Øvreeide
Institutt for familie-
og relasjonsutvikling

KONTAKT haldor@ifru.no

MERKNAD Forfatter har fylt ut
interessekonfliktkjema og oppgir
ingen interessekonflikter.

«Med mindre Torgalsbøen kan belegge påstanden om at fagetisk praksis (i det offentlige) «har spilt fallitt», vil hennes beskrivelser av status presens i beste fall være unyanserte og i verste fall fremstå som mindre respektfulle», skriver Ole Magnus Vik og Cathrine Eide (2026) i Fagetisk råds (FER) tilsvare på Anne-Kari Torgalsbøens (2026) innlegg «Psykologers ukritiske omfavning av åpenhetsskulturen», begge i februarutgaven av Psykologtidsskriftet.

Hvert tilfelle av alvorlig profesjonsetisk uforstand, offentlig eller der det blir kjent fra lukkede rom, er til skade for de mange som utøver sitt fag på en profesjonelt ansvarlig måte til beste for sine klienter og offentligheten.

Med den posisjonen psykologprofesjonen har fått i norsk offentlighet, trenger vi et fagetisk råd som kan bidra til god, faglig holdningsdannelse. Men sittende FER synes å velge en defensiv posisjon der det kreves en aktiv og konkret anvisning.

Kopiert inn fra Reglement for Fagetisk råd:

Fagetisk råd skal fremme psykologers fagetske standard, og legge frem de forslag som det finner nødvendig for at den fagetske standard opprettholdes på et høyest mulig nivå. (...) Når Fagetisk råd finner det nødvendig, skal det ta opp saker på eget initiativ.

Det står ingen steder i FERs reglement at de ikke åpent kan ta opp og kommentere saker der psykologer har eksponert seg offentlig.

Sett ut fra FERs oppdrag skulle dette være unødvendig å påpeke, men da FER etterlyser dokumentasjon, vil jeg her beskrive et eksempel som – i tillegg til Peder Kjøs-saken – kan understøtte Torgalsbøens spissformulering. Den forsterkes også av Nora Nord Rydningens (2026) Fagetikk, åpenhet og anonymitet. Rydningens støtte til FER viser etter min mening alvorlig svikt i forståelsen av fagetikkens betydning for klientsikkerhet og profesjonalitet. Blant annet hevder hun at fagetikk også kan være «prøving og feiling».

Er empatisk lytting farlig?

Følgende er et eksempel på misbruk av psykologrollens autoritet og faglige vederfteighet. Det beskrives inngående fordi det belyser spørsmål om vår profesjonelle integritet som ikke alltid er like åpenlyse.

«For i podkastland, der kan alt gå an» er tittel på Ole Jacob Madsens essay i Morgenbladet 4/26. Her analyseres mellom annet Silje Schevigs podkast «Snakk med Silje». En podkast han mener gir plass og støtte til konspiratoriske fortellinger, under dekke av å «gi rom til perspektiver som i liten grad slipper til i det offentlige ordskiftet». Blant annet beskriver Madsen at Schevig i samtale med Veronica Orderud bruker empatisk lytting på en måte som han mener støtter en underliggende agenda hos Schevig.

«Empatisk lytting er ikke farlig», fastslår Schevig (2026) i sitt tilsvaer i Morgenbladet til Madsens innlegg. Hun titulere seg som psykologspesialist, som gir hennes påstander autoritet. Når hun bruker tittel som identitetsmarkør, så forutsettes og forventes det høy kompetanse på de felt hun uttaler seg om. Med det følger et profesjonelt ansvar når hun går inn i relasjon til en enkelt person, her Veronica Orderud, og samtidig henvender seg til offentligheten. Begge er hennes «klienter» som har krav på å bli møtt respektfullt og kompetent av en ansvarlig fagperson som er tydelig i sin hensikt og rolle som psykolog. I sitt tilsvaer til Madsen bekrefter Schevig at hun benytter seg av empatisk lytting i sine podkastsamtaler.

I terapi og veiledning er empatisk lytting å anerkjenne klientens opplevelse, ikke «virkeligheten». Metodisk er det et grep som kan være forløsende for den som har satt seg fast i et rigid eller uhensiktsmessig narrativ som hindrer utvikling og samarbeid. Hensikten er at den som opplever seg lyttet til, skal tillate seg å ta inn mulig ny eller alternativ informasjon. Da for selv å kunne nyansere, eller få bekreftet, tankemønstre som kan være sosialt isolerende og utviklingshindrende.

Når psykologspesialist Schevig fastslår at «Empatisk lytting er ikke farlig», forleder hun både Orderud og offentligheten, slik Madsens gjengivelse viser. Hun tildekker at empatisk lytting, kombinert med autoritet, også kan være en hersketeknikk som tjener den maktsterkes interesser. For eksempel slik sektmedlemmer sosialiseres til sektens lukkede perspektiver. Ved å bekrefte opplevelsen som «virkelighet» kan autoriteten betone aspekter som passer til sin, den maktsterkes, agenda, uten åpenlys tvang. Slik kan empatisk lytting låse den andre inne i et narrativ som tilfredsstiller autoritetens interesse. Den som

det lyttes til, stiller seg åpen for autoriteten til å definere virkelighetsforståelsen.

Jo, empatisk lytting kan være svært farlig når autoriteten har egne eller uklare motiver.

Psykolog med åpenhetsagenda

Ole Jacob Madsen viser hvordan dette subtilt foregår i Schevigs samtale med Orderud. «Ja, ikke sant», kommenterer Schevig på utvalgte punkt i Orderuds fortelling. Slik manipuleres hun til at hennes fortelling ytterligere lukkes, uten at det bygger på at ny informasjon er tilført som skulle tilsi at det «er sant». Orderud er nok ikke klar over at hun misbrukes av en psykologspesialist som bedyrer å ha en åpenhetsagenda. Hun er invitert inn til et ekkokammer som tjener podkasten, hva nå som måtte være motiver for det. Med støtte fra Schevigs faglige autoritet vil fortellingens «sannhetspåstand» forsterkes. For Orderud kan det føre til, paradoksalt nok, at hun ytterligere isoleres med sitt narrativ. Mistillit forsterkes, noe som gjør det vanskelig både å få og å ta imot informasjon som faktisk kunne motsi hva hun er dømt for.

Schevig viser til sin gode intensjon – om «å la gjestene mine snakke ut» – i hennes podkast. Å argumentere med sinnelaget viser seg ofte også å være et trekk ved manipulering, der den påståtte gode intensjon tilslører en annen, eller en uklar, agenda. Å dra gjestene inn i et kammer hvor de bare hører seg selv og hva podkastverten synes det er verdt å understreke, er misbruk av gjesten og den profesjonelle rollen for å forlede tilhøreren. Selvbekreftende narrativer har aldri vært verken utviklingsfremmende, relasjonsbyggende eller opplysende.

Slik Madsen avdekker i sin konkrete analyse av innholdet i Schevigs podkast, kan Eivind Trædals kommentar i NRK-debatten der Schevig deltok, sitert av Madsen, reformuleres til: *Silje Schevig er et eksempel på at det går an for en psykologspesialist å ha et så åpent sinn at hele profesjonsetikken faller ut.*

Når en kollega mister grepet på sin rolle, og særlig når rollens autoritet nyttes til personlige eller andre uklare formål, er det også et problem for profesjonen, som da står i fare for å få svekket troverdighet og med det den tillit vi er avhengig av. Om det bare var ett av disse tilfellene, Peder Kjøs eller Silje Schevig, er det et «fagetisk havari» når denne profesjonelle svikten har fått utvikle seg uten korrigerende respons fra kollegafellesskapet.

Verdighet og respekt

Hvorfor var det ikke noen som varslet? Mange må ha visst? Hvorfor beskyttes den som krenker andre? Det er nok mange som har strevd med slike spørsmål den siste måneden.

Vi som arbeider med konsekvensen av krenkelser i asymmetriske relasjoner, vet at åpenhet kan være det beste skjulested for hva som foregår på bakrommet. Dessuten at personer i krenkers nære relasjoner ofte bagatelliserer handlingen når den avdekkes.

Slik jeg ser det, kan vi som fagfellesskap med en viss

stolthet vise til at vi har hatt kollegaer som har tatt på seg den omfattende, krevende og personlig belastende oppgaven som varslere for å bistå en svakere part. Varselet omhandlet krenkelser begått av en av våre kollegaer, Peder Kjøs. Varselet førte frem, og som Nora Nord Rydningen skriver, «var en smertefull og viktig læring for oss alle», og jeg kan tilføye: Forhåpentlig kan det være en viss oppreisning for de to misbrukte. Uten varslernes innsats hadde hverken Rydningen eller vi andre fått denne lærdommen. Da er det et paradoks at hun i sin støtte til FERs innlegg angriper de samme varslernes rett til å få bevare sin anonymitet. Arbeidslivslovgivningen er tydelig på betydningen av varslers anonymitet. Hvem sin interesse skulle krav om å kjenne varslernes identitet tjene? Den som varselet var rettet mot? Skremme oss andre fra å ta et varslersansvar, eller som varsku til den som varslerne hjalp med å fremme sin sak? Rydningens krav om at varslerne nå bør identifiseres, fremstår ikke som annet enn et angrep på kollegaers bidrag til klientsikkerhet og vår anstendighet.

Rydningen skriver videre: «Så vidt jeg vet, har Peder Kjøs på forbilledlig vis lagt seg flat [...]». Kanskje det, men for så umiddelbart å reise seg opp igjen som om ingenting har skjedd. Peder Kjøs deltok som trekkplaster på et offentlig arrangement i Rauma kulturhus 28. januar i år. Jeg oppfatter dette som respektløst overfor de involverte i klagesaken. Det er videre påfallende at verken FER eller Rydningen nevner dem som har vært utsatt for og bærer konsekvensene av den praksis som med varslernes hjelp ble avdekket.

Mest oppsiktsvekkende ved Rydningens støtte til FER er likevel at hun gjør fagetikk til et spørsmål om prøving og feiling: «Vi må tåle at de uredde og vågale av oss prøver og feiler, slik at vi som fellesskap kan korrigere pendler som svinger for langt til siden.» Altså: Psykologer kan være farlige for klienter, og vi må tåle at offentlighetens tillit til vår fagetske profesjonalitet da svekkes.

Hvordan lære?

Psykologisk kunnskap er etterspurt som viktig og nyttig på mange samfunnsområder. Dagens uoversiktlige mediesamfunn og oppmerksomhetsdriv er et problem for mange klienter og for offentlighetens tolkning av hva som er vederheftig fag. Vi glemmer gjerne at vi selv kan virvles inn i denne malstrømmen, og at vi derfor trenger en profesjonsetikk som sitter i ryggraden når vi opptrer med psykologrollen som markør. Her har universitetene, og ikke minst Psykologforeningens spesialistutdanning, som gir oss en særlig autoritet, et ansvar for å betone og sikre denne kjerneferdigheten i profesjonell praksis.

Vik og Eide skriver: «Torgalsbøen og andre har kritisert vår fagetske visjon. FER ønsker konkurrerende visjoner velkommen.» Hva betyr dette? Retningslinjene for FER har ingen formulering som tilsier at FER skal ha sin egen, eller vi skal kunne ha konkurrerende visjoner om fagetikk. Derimot, om noe skal kalles visjon, så er den nedfelt i våre etiske prinsipper. Som medlemmer av Psykologforeningen er vi forpliktet til å ha oppmerksomhet på og la prinsippene veilede vår konkrete praksis. FER skal hjelpe oss til å se de etiske utfordringene som møter oss i det skiftende praksisfeltet. Den læringen kan først skje når prinsippene anvendes på konkrete eksempel. Når vi eksponerer oss offentlig med navn og tittel, er det legitimt å

belyse den konkrete «ballen» som er synlig, slik Torgalsbøen og Madsen har gjort. Det er ikke noe i FERs retningslinjer som tilsier at FER ikke allerede i 2016, på samme måte, kunne reist fagetske spørsmål til TV-serien «Jeg mot meg».

Handling kreves

Å tie er aldri kollegial lojalitet. Når profesjonell svikt avdekkes, må vi alle handle og lære av dette for å ta vare på vår egen integritet. Her trenger vi vårt Fagetske råd som modell, støtte og konkret veileder.

Noen forslag som FER kan starte med: 1) undersøke hvordan fagetikk og profesjonalitet er synlig, konkret og vektet i ulike undervisningsprogrammer på universitet og i spesialistutdanning, 2) lytte til flere podkaster og lese faste spalter i aviser, 3) se på hvordan enkelte psykologer annonserer sine tilbud og sin kompetanse, 4) lese/høre «Klara klok»-psykologens råd, som like gjerne, om ikke bedre, kunne vært gitt av drosjesjåføren.

På alle disse områdene vil det nok finnes eksempler som det kan være fagetisk læring i. FER kan da gi oss tilbakemelding om sine funn, med konkrete eksempler på hvordan disse kan sees i lys av våre etiske prinsipper, også med eksempler hvor det er tydelig at fagetske overveielser er godt synlige i praksis. Særlig er oppmerksomhet på integritet og faglighet viktig når vi opptrer offentlig med fagrollen som markør.

Etter mitt syn viser både Silje Schevig i sin podkast og Nora Nord Rydningens innlegg en manglende respekt for profesjonsetikken, særlig om det skulle være en praksis og holdning som deles av flere. Det gjør Torgalsbøens advarsel spesielt betimelig. Det krever mer offensive svar enn de, for meg svært uklare, svar FER har gitt. Dette er også en oppfordring til at Sentralstyret og de andre utvalgene i Psykologforeningen ser til at fagetske spørsmål er høyt på deres agenda.

Og ja, å ha stilt seg til rådighet som tillitsvalgt i Fagetisk råd krever arbeid med lojalitet til rådets oppdrag. Ψ

REFERANSER

- Madsen, O. M. (2026). For i podkastland, der kan alt gå an. *Morgenbladet*, nr. 4, 2026. <https://www.morgenbladet.no/ideer/for-i-podkastland-der-kan-alt-gaa-an/10162974>
- Rydningen, N. N. (2026). Fagetikk, åpenhet og anonymitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a502ae-Fagetikk-aaenhet-og-anonymitet
- Schevig, S. (2026). Empatisk lytting er ikke farlig. *Morgenbladet*, nr. 5, 2026. <https://www.morgenbladet.no/ideer/empatisk-lytting-er-ikke-farlig/10174491>
- Torgalsbøen, A. (2026). Psykologers ukritiske omfavelse av åpenhetskulturen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 104–107. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a501ae-Psykologers-ukritiske-omfavelse-av-aaenhetskulturen
- Vik, O. M. & Garmannslund, M. (2025). Hvilken fagetikk skal Psykologforeningen ha? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a512ae-Hvilken-fagetikk-skall-Psykologforeningen-ha
- Vik, O. M. & Eide, C. (2026). Fagetisk praksis er et felles ansvar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 108–109. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a501ae-Fagetisk-praksis-er-et-felles-ansvar



Myndighetene ønsker å gjøre
spesialistgodkjenning av psykologer
offentlig. Psykologforeningen kjemper
imot når de burde spilt på lag.

Spesialistgodkjenningen bør være en offentlig oppgave



FOTO: PRIVAT

TEKST Nils Martin Jondalen

Helsedirektoratet har utredet grunnlaget for å etablere en offentlig spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for psykologspesialister, og en rapport med anbefalinger er nå sendt til oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet for videre vurdering (Helsedirektoratet, 2025). Det har vært lite debatt om dette arbeidet i fagmiljøet. Psykologforeningen har tidligere uttrykt at de opplever utredningsarbeidet som en kritikk av deres egen godkjenningsordning, en kritikk av foreningen som faglig premissleverandør og et forsøk på å overta og innsnevre en privat ordning eid og driftet av foreningen (Lauveng, 2023; Skard & Lauveng, 2025). Jeg mener denne virkelighetsoppfatningen trenger en korrigering.

Hvem avgjør hva samfunnet trenger?

Diskusjonen om en offentlig spesialistgodkjenning reiser et prinsipielt spørsmål: Er det folkevalgte eller fagforeninger som er nærmest til å vurdere hva samfunnet og befolkningen har behov for?

Psykologforeningen har tidligere hevdet at det kun er foreningen som har forutsetninger for å vurdere hva som er samfunnets behov (Lauveng, 2025). Jeg tror Psykologforeningen står nokså alene i den oppfatningen. En fagforening skal ivareta medlemmenes interesser ved forhandlinger om

KONTAKT nilmajon@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter

— det er opplagt at det er de folkevalgte som er nærmest til å avgjøre hva som er samfunnets behov

lønns- og arbeidsvilkår. Mange fagforeninger, inkludert Psykologforeningen, engasjerer seg også i faglige og politiske spørsmål utover dette. Men medlemmenes behov vil, per definisjon, alltid være fagforeningenes primærinteresse.

Jeg mener det er opplagt at det er de folkevalgte som er nærmest til å avgjøre hva som er *samfunnets* behov. Norge er et demokrati: et folkestyre. Hvert fjerde år velger vi representanter til Stortinget, som skal ta avgjørelser på vegne av oss, og en regjering som skal styre blant annet departementer, direktorater og helseforetak. De folkevalgte vedtar lover og offentlige budsjetter, det vil si hva vi som samfunn mener det er nødvendig å prioritere, regulere eller bruke penger på.

Selvfølgerlig trenger de folkevalgte beslutningstakerne gode, faglige innspill, gjennom høringer og utredningsarbeid. Ingen kan ta veloverveide beslutninger uten et godt kunnskapsgrunnlag. Men det er grunnleggende i et demokrati at de folkevalgte bør ta endelige avgjørelser i spørsmål av stor samfunnsmessig betydning.

Med dette som bakteppe er det fullt forståelig at myndighetene vurderer å opprette en offentlig godkjenningsordning. Utredningsarbeidet er ikke en mistillitserklæring, et forsøk på å overta og innsnevre Psykologforeningens helprivate ordning, slik foreningen har hevdet. Det er heller ikke slik at myndighetene kun ønsker å redusere antallet spesialiteter (Skard & Lauvang, 2025). Tvert imot peker Helsedirektoratets rapport på nødvendigheten av at spesialitetsstrukturen må være tilpasset samfunnets behov, uten å ta stilling til antall spesialiteter. Det er med andre ord en underordnet problemstilling. Etter min mening er vurderingen av behovet for en offentlig spesialistgodkjenning et uttrykk for et prinsipielt veivalg, der regjeringen, på vegne av samfunnet, ser et behov for å styre hvordan vi utdanner og godkjenner psykologspesialister, gitt utfordringene vi som samfunn står overfor.

Spesialister må møte fremtidens helsebehov

Kommunekommisjonens første delrapport viser med all tydelighet at mangelen på arbeidskraft vil øke i årene som kommer, og at vi må utnytte ressursene på nye og mer effektive måter (NOU 2026:1). Prioritering og kost/nyt-

te-vurderinger blir viktigere. Utdanningsløp, læringskrav og innretning av spesialistordningen må derfor sikre rom for fleksibilitet i samfunnets oppgaveløsning.

Psykologforeningen må ta inn over seg denne realiteten. Psykologspesialister må være relevant for dem vi er til for, både pasientene og tjenestene. Tiden for å forsvare Psykologforeningens helprivate spesialistordning er forbi, uansett hvor gode intensjoner vi har. Jeg mener en offentlig spesialistgodkjenningsordning vil gi flere fordeler som dagens private ordning ikke kan gi oss, verken som profesjon eller samfunn.

Mange fordeler med offentlig godkjenning

For det første gir lov- og forskriftsregulering et *rettslig vern mot misbruk* av spesialisttittelen. I dag er psykologspesialister anerkjent i lovgivningen. Vår kompetanse er indirekte forutsatt i psykisk helsevernforskriften § 4 og § 5. Vi har ikke samme vern mot misbruk av spesialisttittel som sammenlignbare profesjoner, som har utdanning og spesialistgodkjenning eksplisitt regulert i forskrift (Helsedirektoratet, 2025). Hvis myndighetene mot formodning skulle ønske å innføre en offentlig ordning uten å involvere Psykologforeningen, kan de i prinsippet gjøre det. En spesialisttittel bygget på anerkjennelse og oppsigelige tariffavtaler er verken heldig for profesjonen, pasientene eller samfunnet.

For det andre muliggjør en offentlig ordning at staten kan *føre tilsyn* med godkjente spesialister og eventuelt *tilbakekalle godkjenningen*. I dag er det kun Psykologforeningen som kan tilbakekalle godkjenning dersom spesialisten ikke oppfyller foreningens krav om vedlikehold. Myndighetene kan ikke tilbakekalle godkjenninger gitt i en privat ordning. Det er ikke positivt for pasientsikkerheten eller tilliten til profesjonen.

For det tredje vil en offentlig ordning være *underlagt forvaltningsrettslig regulering*. Det vil si at lovbestemte habilitetsregler og krav til begrunnelse og klage vil gjelde for søknader og vedtak om godkjenning. Psykologforeningen har forsøkt å ivareta det samme ved opprettelsen av ankeutvalget og en presisering i reglementet om at «[a]ll saksbehandling skal være i henhold til god forvaltningskikk» (Norsk Psykologforening, 2019). Men en privat fagforenings regler kan aldri gi samme rettsvern

som lovbestemte krav som kan overprøves i domstolene. Og så sent som i fjor fikk foreningen sterk kritikk for sin «uheldige dobbeltrolle» i spesialistutdanning og -godkjenning (Spilde & Jakobsen, 2025).

For det fjerde kan myndighetene *fastsette rammer for hver spesialitet gjennom alminnelig høring*. I Psykologforeningen er det landsmøtene, et lukket medlemsforum hvert tredje år, som vedtar rammer, vilkår og spesialisetsstruktur. I en høring kan *alle* interesserte – både i og utenfor foreningen – gi innspill som blir offentlig tilgjengelige. Det sikrer en åpen og faglig debatt og at rammene for ordningen bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag. I instruks om utredning av statlige tiltak (Utredningsinstruksen, 2016), som gjelder ved lov- og forskriftsendringer, er det også forutsatt at endringer skal *evalueres*. Det er ingen slike krav om evaluering av vedtakene fra landsmøtet i Psykologforeningens såkalte «lover».

For det femte kan myndighetene lov- eller forskriftsregulere at *arbeidsgivere skal tilrettelegge for spesialiseringen*. I dag er dette til en viss grad ivarettatt gjennom oppsigelige tariffavtaler, men regulering i lovgivningen vil gi sterkere rettslig vern. I tillegg kan regulering av innholdet i utdanningen bedre synliggjøre hva slags kompetanse spesialistene besitter. I dag har verken arbeidsgivere eller samfunnet tilstrekkelig kunnskap om sluttkompetansen til spesialistene. Dagens ordning åpner for stor individuell tilpasning gjennom valgfrie program. Det burde være et mål at sluttkompetansen er mest mulig lik og følger av forskrift, slik at det blir tydelig for arbeidsgiver og pasient hva som utgjør forventet basiskompetanse for spesialiteten. Det vil gi bedre tilrettelegging av utdanningsløpet og gjøre det enklere for arbeidsgivere å vurdere behov.

For det sjette kan forskriftsfesting av krav til *kompetansevurdering* i spesialiseringen bidra til bedre kvalitetssikring underveis og i sluttvurderingen. I dag er det ingen krav om direkte observasjon eller vurdering fra leder og lite dialog mellom leder og veileder. Det gjør relasjonen mellom psykolog og veileder sårbar og kan skape uheldige avhengighetsforhold. Psykologforeningen kan selv forbedre dette i egen ordning, men det har så vidt meg bekjent aldri vært problematisert. Jeg mener at dette tilsier at en utenforstående myndighet er bedre egnet til å kvalitetssikre enn Psykologforeningen.

Psykologforeningen må spille på lag

Gjennomgangen ovenfor har forhåpentligvis vist at fordelene med offentlig godkjenningsordning er mange. Samtidig er jeg enig med Psykologforeningen i at det er viktig at vi får en rolle i diskusjonene om hvordan en slik offentlig ordning best kan innrettes. Nettopp derfor må foreningen framover være åpen for dialog med myndighetene om en *offentlig* ordning. Skal psykologprofesjonen sikres en plass rundt bordet også i fremtiden, må foreningen holde seg relevant, vise forståelse for samfunnets behov og anerkjenne at lov- og forskriftsregulering bidrar til retts- og pasientsikkerhet. Psykologforeningen må spille på lag – ikke gå i skyttergravene. ψ

REFERANSER

- Helsedirektoratet. (2025). Spesialistutdanning i psykologi: utredning av grunnlaget for å etablere en offentlig spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for psykologspesialister [Upublisert rapport]. Helsedirektoratet.
- Lauveng, A. (2025). Åpen og etterrettelig. *Norsk psykologforening*. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/apen-og-etterrettelig>.
- Lauveng, A. (2023). Spesialistutdanningen er vår. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso6ae-Spesialistutdanningen-er-var.
- Norsk psykologforening. (2019). Reglement for spesialitetene i psykologi. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning/reglement-for-spesialitetene-i-psykologi>.
- NOU 2026:1. (2026). *En bærekraftig kommunesektor: Kommunekommisjonens første delutredning*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
- Skard, H. K. & Lauveng, A. (2025). Foreningen forsvarer faglig autonomi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso4ae-Foreningen-forsvarer-faglig-autonomi.
- Spilde, I. & Jakobsen, S. E. (2025). *Som å sette bukken til havresekken*. Forskning.no. <https://www.forskning.no/psykologi/som-a-sette-bukken-til-havresekken/2512589>.
- Utredningsinstruksen. (2016). *Instruks om utredning av statlige tiltak (FOR-2016-02-19-184)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184>.

TEKST Hilde Westad Brandshaug
Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Menneskerettigheter under press



BOK *Hva skal vi med menneskerettigheter? – Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*

FORFATTER Elisabeth Gording Stang og Nora Sveaas

ÅR 2025

UTGAVE 2. utg

FORLAG Gyldendal

SIDER 302

MERKNAD Anmelderen har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Bokens viktigste bidrag er vektleggingen av påvirkningsmulighetene psykologene selv sitter på.

Vi lever i en tid der FN-systemet, som i 1948 samlet verdenssamfunnet om grunnleggende menneskerettigheter, fremstår truet av reduserte bevilgninger, svekket tillit og begrenset handlingskraft. Når autoritære krefter får økt innflytelse globalt, blir behovet for kunnskap, kritisk refleksjon og et aktivt forsvar av menneskerettighetene desto mer presserende.

I dette landskapet har *Hva skal vi med menneskerettigheter?* av Elisabeth Gording Stang og Nora Sveaas en naturlig plass. Boken retter seg mot helse- og sosialfag, inkludert psykologer, og er relevant på tvers av fagområder. Den er også av interesse for jurister og andre med engasjement for rettslige og humanistiske spørsmål, og inviterer til økt bevissthet om menneskets iboende verdi og hvordan menneskerettigheter kan fungere som et etisk og faglig kompass i dagens samfunn.

Menneskerettigheter som rammeverk

Boken bygger videre på førsteutgaven fra 2016 og beholder en todelt struktur. Del 1 gir en oversikt over hva menneskerettigheter er, og hvordan de er forankret i norsk og internasjonal lovgivning. Forfatterne viser hvordan rettighetene forvaltes, overvåkes og implementeres i profesjonsutøvelse, og understreker at lovverk er dynamiske tekster som må tolkes i lys av ny kunnskap og samfunnsutvikling.

Et sentralt poeng er at yrkesetikk ikke kan stå i konflikt med grunnleggende menneskerettighetsprinsipper. Psykologer må ha en dyp erkjennelse av den andres verdighet, uavhengig av kompetanse om formelle menneskerettigheter. Samtidig viser forfatterne hvordan rettigheter kan kollidere i praksis, som i spenningen mellom retten til privatliv og barnets beste ved

mistanke om alvorlig omsorgssvikt. Slike dilemmaer drøftes på en måte som gjør stoffet relevant for profesjonsutøvere som må navigere komplekse vurderinger innenfor gjeldende lovverk.

Et nytt og viktig bidrag er kapittelet om sivilsamfunnet, og det «krympende rommet» for å varsle om menneskerettighetsbrudd verden over. Forfatterne viser til hvordan både organisasjoner og individer i økende grad risikerer sanksjoner når de utfordrer myndigheter. En utvikling som også dokumenteres i FNs temarapport om sivilsamfunnets handlingsrom (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, u.å.), som beskriver økende restriksjoner på ytringsfrihet, organisasjonsfrihet og sikkerheten til menneskerettighetsforkjempere.

Dette setter menneskerettighetsarbeidet i en tydelig politisk ramme og viser hvordan demokratiske strukturer er under press globalt.

Profesjonelt vern om menneskerettighetene

Bokens del 2 går dypere inn i menneskerettigheter innen sju tematiske områder, alle krevende felt som eksempelvis barnevern, vold og seksuelle overgrep, psykisk helsevern og flukt og asyl. Et nytt kapittel om tortur, umenneskelig behandling og forebygging av tortur styrker helheten og gir boken en tydeligere forankring i internasjonale konvensjoner.

Boken kombinerer juridisk innsikt med psykologisk og sosialfaglig erfaring. En slik tverrfaglig tilnærming gir et helhetlig blikk på både strukturelle rammer og utfordringer i praksis. Kliniske eksempler og drøftinger viser hvilke rettigheter som står på spill, og hvordan forfatterne tenker profesjonsutøvere kan fremme dem. Psykologer i psykisk helsevern kan for eksempel vise til FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som slår fast retten til høyest oppnåelige psykiske og fysiske helsestandard – kanskje et mulig verktøy også i politisk påvirkningsarbeid. Norge har inkorporert konvensjonen i Menneskerettsloven fra 1999, som har forrang foran annen lov ved motstrid.

Forfatterne oppmuntrer til at profesjonelle kan bruke sitt faglige og demokratiske handlingsrom til å forebygge og avdekke menneskerettighetsbrudd. Jeg merker at dette vekker engasjement, samtidig som jeg kjenner på en tvil på hvor langt jeg som psykolog bør gå utover selve arbeidsrelasjonen og ta en mer veiledende rolle i spørsmål om den enkeltes rettigheter.

Poenget om å «rydde i eget hus» er særlig tydelig i kapitlene om barnevern, isolasjon i fengselsomsorgen og bruk av tvang i psykisk helsevern – områder der Norge gjentatte ganger har fått internasjonal kritikk. I kapittelet om psykisk helsevern understrekes også retten til kvalifisert psykologisk omsorg, et viktig tema som forfatterne selv understreker kunne vært utdypet ytterligere.

Kapittelet om flukt og asyl belyser både strukturelle hindringer og behovet for kulturell sensitivitet i møte med mennesker som har opplevd krig, forfølgelse og traumer. Forfatterne problematiserer norsk asylpolitikk og utfordrer leseren til å reflektere over empati, privilegier og ansvar.

Oppskrift på bekostning av refleksjon

Til tross for bokens mange styrker opplever jeg at helheten tidvis preges av visse gjentakelser og omfattende lovverk som gjør teksten noe tung å lese. Enkelte drøftinger fremstår mer fasitorienterte enn åpne. Det kan redusere rommet for kritisk refleksjon og gi boken større preg av oppslagsverk snarere enn en stimulans til selvstendig tenkning. Fremstillingen av hva menneskerettigheter er, baserer seg i stor grad på juridiske perspektiver. Jeg mener et noe bredere idéhistorisk og moralfilosofisk perspektiv – slik man finner hos Kant, Rawls og Levinas – kunne gitt et noe rikere bakteppe utover det juridiske rammeverket.

Forfatterne viser til den økte oppmerksomheten rundt menneskerettigheter de siste tiårene og har oppdatert store deler av boken siden førsteutgaven i 2016. Jeg savner imidlertid en tydeligere fremheving av menneskerettighetsbrudd i pågående konflikter. I en tid preget av alvorlige folkerettsbrudd, omfattende overgrep mot sivile og dokumenterte krigsforbrytelser gjør nærmest fraværet av slike eksempler at boken tidvis fremstår noe løsrevet fra den politiske virkeligheten den ønsker å belyse.

Formidlingen kunne videre vært ytterligere styrket dersom forfatterne i større grad trådte frem med egne erfaringer og faglig engasjement, også innen sine spesialfelt som barnevern og psykologiske konsekvenser av tortur. En mer personlig tilnærming kunne nok gjort stoffet mer levende og kanskje særlig nyttig for studenter. Et kort avslutningskapittel i boken som samler forfatternes budskap, kunne bidratt til å inspirere ytterligere.

En viktig bok i en krevende tid

Til tross for enkelte svakheter er *Hva skal vi med menneskerettigheter?* en viktig fagbok som peker mot målet om en menneskerettsvennlig praksis. Den understreker betydningen av at undervisning på alle nivåer bør reflektere menneskerettighetsverdier gjennom dialog, kritisk tenkning og anerkjennelse av ulike ståsteder.

Boken minner oss om betydningen av empati og medansvar – enten det gjelder andres livsbetingelser, traumatiske erfaringer eller strukturelle utfordringer. Den viser hvordan menneskerettigheter ikke bare er juridiske rammer, men også en fagetisk holdning og kompetanse i situasjoner preget av asymmetriske maktforhold.

Kanskje er bokens viktigste bidrag dens vektlegging av at psykologer og andre fagpersoner kan ha mulighet til å påvirke utviklingen i en tid der menneskerettigheter igjen er under press – et arbeid forfatterne omtaler som et «demokratisk dugnadsarbeid». Gjennom kontinuerlig klinisk praksis, forskningsformidling og samfunnsdialog kan fagkunnskap, etikk og menneskerettsforståelse veves sammen til et arbeid som bidrar til å verne om rettigheter som aldri kan tas for gitt. 📖

REFERANSE

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (u.å.). Hentet 20. januar 2026 fra <https://www.ohchr.org/en/civic-space>

TEKST Anne Inger Helmen Borge
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Praktisk om livskvalitet hos barn og unge



BOOK *Livskvalitet hos barn og unge – en lærebok fra et norsk perspektiv*

FORFATTERE Thomas Jozefiak, Chris M. Aanondsen, Hanne K. Greger, Nanna S. Kayed, Jan L. Wallander
ÅR 2025

FORLAG Fagbokforlaget
SIDER 214

MERKNAD Anmelderen har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

En klinisk anvendelig bok, som presenterer seks ulike spørreskjema i norsk oversettelse.

Forsiden på boken *Livskvalitet hos barn og unge – en lærebok fra et norsk perspektiv* lyser opp med en smilende sol. Boken er en nyttig veileder i hvordan begrepet livskvalitet kan bidra til økt innsikt i barn og unges opplevelse av sin hverdag. Undertittelen gir en lovnad om at innholdet er relevant for norske forhold.

Et anvendt perspektiv

Boken omhandler ikke primært funn fra studier om livskvalitet. I stedet kan vi lese om hvordan begrepet kan anvendes i klinisk praksis, med hjelp av spørreskjema som da måler nettopp livskvalitet.

Innholdet har seks deler med tyve korte kapitler. Kapitlene har fine oppsummeringer og anbefalinger til fagpersonell og beslutningstagere med tanke på hvordan vi kan heve barn og unges livskvalitet. Boken er på 214 sider, illustrert med figurer, tabeller og kasesbeskrivelser. Skriftstørrelsen er liten, trykksverten grålig, og siden det benyttes lys oransje farge på avsnitt og overskrifter, anbefaler jeg et godt leselys.

Del én redegjør for definisjoner, historisk bakgrunn og utfordringer når man skal måle livskvalitet. Forfatterne går inn på at begrepet *livskvalitet* er et *buzz word*. Et buzz word er en sjargong blant fagfolk som betyr at det er en felles forståelse av begrepet, men også noen forskjeller, og at det er uklart hva forskjellene ligger i. Boken gir en god pedagogisk redegjørelse for hvordan begrepet livskvalitet kan forstås og måles.

Del to synes jeg er den beste. Her presenteres seks måleinstrumenter for livskvalitet blant barn og unge som er oversatt til norsk. Det er positivt

at måling av livskvalitet også blant døve barn og unge omtales, og det henvises til en tegnspråkvideo der spørreskjemaspørsmål stilles til døve og hørselshemmede. Det er også prisverdig at livskvalitet blant barn med ulike somatiske helseproblemer er inkludert i boken, selv om teksten er kort.

Del tre omhandler diskusjon av begrepet livskvalitet brukt på pasienter i henholdsvis barne- og ungdomspsykiatri, barnevern og barn og unge med fysiske utfordringer, som å overleve kreft, være overvektig, ha diabetes eller hørselshemming. Del fire setter livskvalitet inn i et familieperspektiv. Del fem omhandler et norsk tjenesteperspektiv, en intervensjon og forbedring av praksis. Til slutt i del seks analyseres begrepet livskvalitet i lys av dagens samfunnsutvikling og framtiden.

De seks måleinstrumentene

Måleinstrumentene som gjennomgår i del to, er relevante både for psykologer som jobber i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Instrumentene kan brukes til å kartlegge symptomer og livskvalitet på en detaljert måte uten at det vil ta for lang tid for barna eller ungdommene, og foreldrene, å fylle ut. Omtalen av spørreskjemaene følger samme mal med moduler (struktur, skåring og måleegenskaper), oppsummering av måleegenskaper for Norge, tilgjengelighet og copyright. Figurer og tabeller illustrerer spørreskjemaenes versjoner, aldersgrupper de passer for, antall spørsmål, skalaer med skår og resultater av psykometrisk vurdering og eventuelle normer.

Psykologer som jobber med ungdom, kan for eksempel laste ned gratis *Tilfredshet med livet-skalaen* (*Satisfaction with Life Scale in Adolescence*, SWLS). Den er veldig kort, har bare fem testledd for 13–18-åringene og er validert for bruk i Norge. Den er testet tverrkulturelt i 24 land, men har ikke norske normer.

Psykologer i spesialisthelsetjenesten kan ha nytte av *The Pediatric Quality of Life Inventory* (PeDDSQL), som er en av de mest brukte mål på barnemedisinske tilstander og livskvalitet, internasjonalt sett. Den har versjoner for ulike aldersgrupper fra 4 til 18 år, foreldreversjoner, 23 testledd, ulike moduler og kan lastes ned gratis. Den har heller ingen norske normer, og det er ungdomsversjonen, 13–18 år, som anbefales.

The Inventory for Life Quality for Children and Adolescents (ILC) er interessant fordi den også er filmet og foreligger i digitalisert form til bruk for døve og hørselshemmede barn og unge. Måleinstrumentet må kjøpes, har oppdaterte norske normer og ni testledd. Ingen testledd er formulert negativt, noe forfatterne er opptatt av og mener er en styrke. Mange spørreskjema domineres ofte av spørsmål bare om problemer. *Kinder Lebensqualität Fragebogen* (KINDL) er et instrument med 24 testledd. Det foreligger i hele seks versjoner tilpasset alder og informant. Småbarn-versjonen anbefales ikke, men versjoner for ungdom og foreldre kan brukes til kartlegging i skole og helsevesen. Det finnes norske referanseverdier, og det kan lastes ned gratis.

Det femte instrumentet som er inkludert, heter KIDS-CREEN. Denne norske oversettelsen med 52 testledd er også gratis og kan brukes for gruppen 8–18 år, men foreldreversjonen anbefales foreløpig ikke. Instrumentet er særlig godt egnet for tverrkulturelle vurderinger.

Til slutt omtales et instrument som er mer omfattende enn de andre fem. Det er *Child Health Questionnaire*, som har hele 87 spørsmål til barn og unge i aldersgruppen 10–18 år. Spørreskjemaet måler helsestatus, symptombeskrivelse, smerter, psykisk helse, problematferd, subjektivt velvære, men ikke generell livskvalitet. Det er oversatt til norsk og har 14 delskalaer med sumskårer. Instrumentet må kjøpes av et større amerikansk selskap. Man må fylle ut et omfattende kontaktskjema, da det har copyright.

— passer godt for
fagpersonell i både
somatisk og klinisk
helsearbeid

Bokens sterke sider

Utover den gode gjennomgangen av måleinstrumenter i del 2 syns jeg bokens viktigste styrke er dens anvendte preg, og at den passer godt for fagpersonell innen både somatisk og klinisk helsearbeid. Det er interessant å lese om den historiske og faglige opprinnelsen til livskvalitetsbegrepet, i engelskspråklig kontekst kalt *Health-related Quality of Life*. De fem forfatterne har ulik faglig bakgrunn fra barne- og ungdomspsykiatri/psykiatri og medisin, som gir bredde i emnene som er inkludert.

Noen kritiske bemerkninger

Alle som underviser, erfarer at studenter har kritiske oppfatninger om pensumbøker, inkludert meg selv. Men etter at jeg selv har skrevet lærebok (Borge, 2018), har jeg blitt mer forsiktig når jeg mener noe om andre lærebøker. Jeg vet at det ligger utrolig mye arbeid i et bokmanus av engasjerte forfattere, og mye tid går til samarbeid med ansatte i forlaget. Valg må tas, og tema man gjerne skulle inkludert, må utelates. I *Livskvalitet hos barn og unge – en lærebok fra et norsk perspektiv* omtales kartlegging hyppig. Det er viktig, men det kan fort bli mye kartlegging uten at noe skjer etterpå. Jeg savner en mer kritisk diskusjon rundt dette, og at forfatterne eventuelt hadde gått enda nærmere inn på hva som eventuelt bør skje etter en kartlegging. 🙄

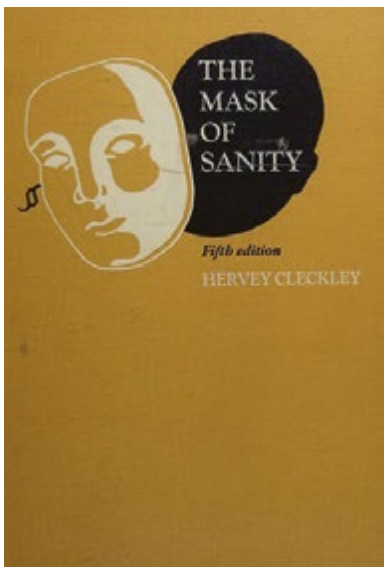
REFERANSER

Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens – risiko og sunn utvikling* (3. utg.). Gyldendal.

TEKST Søren Esben Rytter Heilskov

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus

The Great American Disorder



BOK *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*

FORFATTER Hervey Cleckley

ÅR 1941/1976

FORLAG C. V. Mosby

SIDER 471

KONTAKT soheil@ous-hf.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Psykopatens allemannseie i offentligheten kan spores tilbake til Hervey Cleckleys psykopatikriterier i *The Mask of Sanity*.

Psykopatibegrepet nekter å dø. Til tross for å ha vært fortrent fra de offisielle diagnosemanualene i snart et halvt århundre har begrepet fortsatt å spøke, dels i rettspsykiatrisk forskning, men ikke minst som kulturell og hverdags-språklig referanse. Forfattere av lufthavns litteratur står i kø for å lære oss å spotte psykopaten på jobb- og datingmarkedet, og med implementeringen av DSM-Vs alternative modell for personlighetsforstyrrelser ser konseptet ut til å få et offisielt comeback, i form av spesifikasjonen «with psychopathic features» (American Psychiatric Association, 2013).

At psykopaten har blitt allemannseie, kan vi i høy grad takke den amerikanske psykiateren Hervey Cleckley (1903–1984) for, som med sitt magnum opus *The Mask of Sanity* (Cleckley, 1976) pekte ut retningen for forskningen så vel som den populærkulturelle mytedannelsen omkring psykopaten i annen halvdel av det 20. århundret (Lilienfeld et al., 2018). I lys av den fornyede oppmerksomhet omkring begrepet er det verdt å se nærmere på hva slags fenomen Cleckley opprinnelig forsøkte å beskrive. Som vi skal se, er det langt fra dagens dresskledde *predators* til Cleckleys pasienter, som var ute av stand til å leve utenfor asyls vegger, og som ifølge Cleckley led av en tilstand som best kunne sammenlignes med schizofreni.

En mann for sin tid

The Mask of Sanity utkom første gang i 1941. Boken var basert på Cleckleys kliniske observasjoner som psykiater ved et veteranhospital i Augusta, Georgia

— Sjangermessig er verket en lett popularisert utgave av datidens deskriptive psykopatologi

fra 1935–37. For å sette scenen befinner vi oss altså i det dype syd, i et USA preget av den store depresjonen. Det sosiale armod er dog nærmest fraværende i Cleckleys verk, som synes å fremmane en *The Notebook*-lignende fantasiverden, hvor respektable sydstatsborgere fører dannede samtaler i patioens skygge – inntil et forstyrrende element melder sin ankomst.

Sjangermessig er verket en lett popularisert utgave av datidens deskriptive psykopatologi, tydelig forankret i en klinisk-medisinsk tradisjon. Boken består av en hoveddel med 15 typiske kasus, heretter en oppsummering av de viktigste tegn/symptomer (de berømte Cleckley-kriteriene), samt en del andre kapitler med bl.a. differensialdiagnostiske overveielser og beskrivelser av «ufullstendige presentasjoner» – f.eks. «psykopaten som psykiater» (gröss og gru!). Avhengig av leserens temperament kan formatet fremkalle hoderisting eller nostalgi. For egen del spør jeg meg hvorfor fagbøker ikke lenger har kapitler som i ramme alvor drøfter hvilke litterære karakterer som best fanger essensen i et klinisk syndrom. Spoiler alert: Peer Gynt er psykopat!

Psykoanalyse hadde ikke Cleckley særlig til overs for, og blant andre av tidens trender ofrer Cleckley i de senere utgaver også et par uvennlige ord på hippietidens motkulturelle strømning, som han beskylder for å opphøye psykopatens livsstil til et slags ideal. Ut over *The Mask of Sanity* teller Cleckleys forfatterskap også en kasuistikk om multipel personlighet (*The Three Faces of Eve*), som ble filmatisert til en Oscar-vinnende blockbuster, samt et glødende forsvar for det synspunkt at homoseksualitet er en psykisk lidelse (*The Caricature of Love*) (Cleckley, 1957; Thigpen & Cleckley, 1957). Kort sagt var Cleckley en mann av og for sin tid, med en velutviklet sans for fengende titler, som alluderer til konflikter mellom ytre fremtoning og indre liv.

The Great American Disorder

Cleckleys eksplisitte formål med boken var å rydde i rotet som karakteriserte den diagnostiske kategori *psychopathic personality*. Kategorien fungerte som en sekkebetegnelse for svært heterogene eksistensformer og atferdsmønstre, med det til felles at de ble betraktet som avvikende og

uønskede av samfunnet, uten at man dog fant at det var tale om en egentlig psykisk sykdom, f.eks. vaneforbrytere, homoseksuelle og hjemløse. I dette virvar ønsket Cleckley å identifisere et velavgrenset klinisk syndrom. I tillegg var boken et partsinnlegg i den evige forhandling om grensene for psykiatriens felt. Nærmere bestemt var Cleckley av den oppfatning at psykopati definitivt hørte hjemme innenfor psykiatrien på linje med andre «anerkjente» former for galskap. Her er vi fremme ved det som fremstår som bokens underliggende motiv: å oppdage og forme et psykiatrisk konstrukt, som i alvorlighetsgrad og psykopatologisk kompleksitet kunne sidestilles med schizofreni – galskapen par excellence.

Man trenger ikke være sosialantropolog for å fornemme at det dypt i den amerikanske folkesjel finnes en sterk forkjærlighet for *greatness*, og det er fristende å tolke Cleckleys ambisjon i dette lys: Mens schizofreni-konstruktet hvilte på en tung tradisjon av europeisk psykopatologi, skulle psykopatien bli blant det 20. århundrets store amerikanske oppdagelser – *The Great American Disorder*, så å si.

Cleckley gikk i første utgave av boken så vidt som til å foreslå at psykopati faktisk er en form for psykose, men endret holdning på dette punktet i senere utgaver. En slik vakling gjennomsyrrer ikke alene *The Mask of Sanity*, men avspeiler en generell ambivalens i psykiatrifagets holdning til disse individer, som tegner en linje fra Pinels tvetydige betegnelse *manie sans délire* (Berrios, 1996) og frem til dagens diskusjoner omkring forekomsten av psykiske lidelser i fengsler. Hos Cleckley kommer denne ambivalens også til uttrykk på et formmessig plan – særlig i de kliniske kasus – hvor skriften har vanskelig ved å finne seg til rette mellom en klinisk-nøktern holdning og en dårlig skjult lystfullhet ved å være vitne til andres monumentale fiasko i mellommenneskelige anliggender.

Cleckleys psykopatikriterier

Selv om de kliniske kasus (som i parentes bemerket er ganske underholdende, men altfor lange og altfor like – her gjaldt ikke noe less is more) fyller det meste av boken, er det Cleckleys 16 «kriterier» som har hatt størst innvirkning, som inspirasjonskilde til det mest utbredte verktøy

til kartlegging av psykopatiske trekk i rettspsykiatrisk forskning, Robert Hare's Psychopathy Checklist, PCL-R (Hare, 2003).

Prosaisk beskrevet med inspirasjon fra Engleberts oppsummering av Cleckleys kriterier er psykopaten en person som frembyr en overfladisk sjarm og adekvat intelligens, og som er uten vrangforestillinger eller irrasjonell tankegang. Denne person viser verken tegn på skam, skyld, angst eller andre «psykonevrotiske» manifestasjoner. Han er typisk upålitelig, løgnaktig og inkonsistent, særlig i interpersonlige forhold. Han utviser gjennomgående en dårlig dømmekraft og mangel på reell selvinnsikt eller evne til å lære av egne feil. Han begår gjerne mindre lovbrudd og andre former for antisosial atferd uten noe velbegrunnet motiv. Under påvirkning av alkohol (og noen ganger uten) er atferden hans hemningsløs og ufyselig. Reelle selvmordsforsøk ses sjelden. Denne persons emosjonelle reaksjoner er fattige; han er typisk egosentrisk, ute av stand til å elske andre og har et upersonlig og trivielt sexliv. (Englebert, 2018, s. 884)

Her ser man Cleckleys kvaliteter som psykopatolog og den viktigste årsak til bokens suksess: nemlig hans evne til på relativt få linjer å tegne et levende og skarpt bilde av en gjenkjennelig figur. Til tross for den noe distanserte deskriptive formen med vekt på atferdsmessige aspekter er Cleckleys portrett av psykopaten ikke uten finesse. Sammenlignet med f.eks. antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM-V, som grovt sagt beskriver en slags gemen slyngel, er Cleckleys psykopat en langt mer kompleks og underlig karakter. Hvor hensynsløs ivaretagelse av egeninteresse i dag synes å være den akse hele fenomenet roterer rundt, handler Cleckleys psykopater nettopp ofte på måter som er i åpenbar motstrid med deres egne interesser, og på tross av at de tilsynelatende er fullt ut klar over dette. Dette paradokset kommer klart til uttrykk i kriteriet «spesifikk mangel på innsikt», som karakteristisk nok ikke er inkludert i PCL-R: Cleckley hentyder ikke til en intellektuell eller logisk brist, men en *grunnleggende manglende forståelse for hvordan andre mennesker opplever verden (herunder han selv)*. Her er det fristende å trekke tråder til moderne sosialkognitive forklaringsmodeller, men det Cleckley sikter til, er ikke som sånn en manglende evne til å innta den annens perspektiv eller tilskrive dem følelser. Snarere er det tale om en manglende evne til å oppleve eller begripe den dypere mening med de krefter som vanligvis dikterer vår atferd på godt og vondt – begreper som skam, ære, hat, kjærlighet etc. Denne selektive «blindhet for mening» gir ifølge Cleckley psykopatiske individer en slags naiv oppriktighet, som gjør dem i stand til å lyve og bedra med en overbevisning som bare tilfaller den som ikke vet at han lyver. Eller med andre ord: Ingen kan ha en renere samvittighet enn den som intet begrep har om hva skyld er.

Substansløs virkelighetsopplevelse

I dette ligger nøkkelen til å forstå hvorfor Cleckley til stadighet trakk paralleller til schizofreni, og hvorfor han gikk så vidt som å foreslå at psykopati burde anses for en

art psykose. Nettopp fordi denne «blindhet for mening» ikke alene forhindrer en person i å fungere pragmatisk i virkeligheten, men også forhindrer vedkommende i grunnleggende å *oppfatte* virkeligheten. Et sådant syn er beslektet med en fenomenologisk forståelse av hvordan schizofreni kompromitterer individets mulighet for å delta i den felles intersubjektivt konstituerte virkelighet: Snarere enn å kunne reduseres til en rent logisk-kognitiv brist bunner psykosen i tapet av en prerefleksiv fornemmelse for hva som til enhver tid er adekvat, relevant og rimelig; en *sensus communis*, som også tar høyde for affektive og (ev. irrasjonelle) symbolsk-kulturelle aspekter av vår felles livsverden (Parnas, 2013; Ratcliffe, 2008). Frarøvet denne «dimensjon [...] som gir all opplevelse dets substans eller virkelighet» står psykopaten ifølge Cleckley tilbake med en virkelighetsopplevelse «så tynn eller substansløs at det grenser til det ubetydelige» (Cleckley, 1976, s. 371, min oversettelse).

Her leverer Cleckley et velformulert argument, som hverken han eller vi kan overskue konsekvensene av: psykopaten som utilregnelig? Jeg lar spørsmålet blafre i vinden, og nøyer meg med å påpeke at ovenstående formulering igjen etterlater meg med en nagende tvil, om hvorvidt Cleckley var et geni eller en skronemaker. Kanskje en genial skronemaker? At *The Mask of Sanity* er særdeles velskrevet, fremstår i siste ende som både bokens fremste kvalitet og største svakhet. Iblant lurar man på om Cleckley først og fremst skrev frem en litterær figur. De mange finlitterære referanser til tross har boken – slik tilfellet ofte er når temaet er psykopati – noe litt kulørt og sensasjonstypent ved seg. Og hvem annen enn Cleckley har lært oss ikke å stole på et forførende narrativ?

Det er lett å kritisere Cleckley for hans oppblåste stil og fremmedgjørende beskrivelser: å påpeke at hele verket avgir en eim av nyslått gress og småborgerlig seksualmoral. Sett med nåtidens øyne er det som fremstår mest arkaisk, bokens totale neglekt for sosiale forhold og oppvekstbetingelsers rolle – noe som sannsynligvis kan tilskrives Cleckleys iver etter å etablere psykopati som en «ekte» psykiatrisk lidelse med en formodet nevrobiologisk basis.

Ekskjæresten og mellomledere

Oppsummert sitter man tilbake med inntrykk av at Cleckley ikke helt lyktes med prosjektet sitt. Snarere enn å få den tiltenkte forklaringskraft i en klinisk-psykiatrisk kontekst har psykopati blitt et predikat vi over en lav sko slenger etter ekskjæresten og mellomledere.

Cleckleys forestilling om psykopaten som et individ med en fundamentalt annerledes måte å være i verden på fremstår fjernt fra nåtidens dimensjonale tilnærming, hvor psykopati er hverken mer eller mindre enn en uheldig konstellasjon av i seg selv adaptive trekk. Ironisk nok har noe lignende skjedd med Cleckleys forbilde, schizofreni, hvis egenart til stadighet betviles, og i avstigmatiseringens navn relanseres som et slags felles sluttstadium for alle tenkelige former for psykisk ulikevekt (Guloksuz & van Os, 2018). I dette klimaet føles

Cleckleys dristige hypotese nærmest som et frisk pust. For å bruke «det normale» og allmennmenneskelige som universell målestokk og fortolkningsramme innebærer også en epistemisk begrensning: Mister vi evnen til å forestille oss radikalt andre måter å oppleve verden på, befinner vi oss dypest sett i en lignende situasjon som Cleckleys psykopater. Ⓜ

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (Fifth edition. ed.). American Psychiatric Association.
- Berrios, G. E. (1996). Personality and its disorders. I *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (s. 419–442). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511526725.020>
- Cleckley, H. M. (1957). *The caricature of love; a discussion of soical, psychiatric, and literary manifestations of pathologic sexuality*. Ronald Press Co. <https://catalog.hathitrust.org/Record/000977044>
- Cleckley, H. M. (1976). *The mask of sanity : an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (5. utg.). Mosby.

- Englebert, J. (2018). 'The psychopathology of psychopaths'. I G. Stanghellini, M. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo, & R. Rosfort (Red.), *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology* (s. 882–895). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.83>
- Guloksuz, S. & van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229–244. <https://doi.org/10.1017/s0033291717001775>
- Hare, R. D. (2003). *Hare psychopathy Checklist-revised (PCL-R) : technical manual* (2. utg.). MHS.
- Lilienfeld, S. O., Watts, A. L., Smith, S. F., Patrick, C. J. & Hare, R. D. (2018). Hervey Cleckley (1903–1984): Contributions to the study of psychopathy. *Personal Disorder*, 9(6), 510–520. <https://doi.org/10.1037/per0000306>
- Parnas, J. (2013). On psychosis: Karl Jaspers and beyond. I *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology* (s. 208–228). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199609253.003.0014>
- Ratcliffe, M. (2008). 41 Existential feelings. I M. Ratcliffe (Red.), *Feelings of Being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality* (s. 41–76). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199206469.003.0002>
- Thigpen, C. H. & Cleckley, H. M. (1957). *The three faces of Eve*. Secker & Warburg.

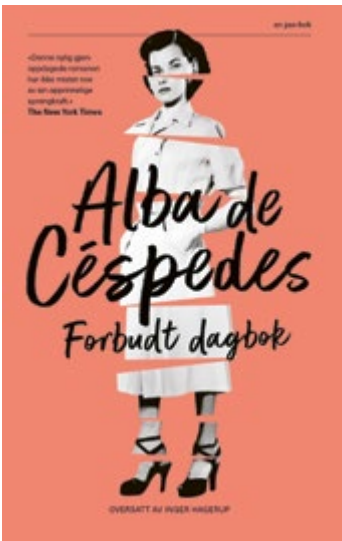
Skriving som vedlikehold

Publikasjon i fagtidsskrift teller 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



TEKST Thomas Arthur Stabel Andresen
 Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Å skrive det som ikke kan sies



BOOK *Forbudt dagbok*
FORFATTER Alba de Céspedes
 (oversatt av Inger Hagerup)
ÅR 1952/2023
FORLAG Pax
SIDER 254

KONTAKT taandres@student.sv.uio.no

MERKNAD Forfatteren har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Romanen *Forbudt dagbok* utforsker den terapeutiske skrivingens muligheter og begrensninger.

Romanen *Forbudt dagbok* (1952) av den cubansk-italienske forfatteren Alba de Céspedes er nylig blitt gjenutgitt som en del av en internasjonal nyoppdagelse av dette delvis glemte forfatterskapet. Opprinnelig ble den publisert som en magasinføljetong og vakte stor oppsikt da den kom ut med sin intime skildring av et familieliv i 1950-tallets Italia, sett fra morens perspektiv. I *Forbudt dagbok* lykkes Céspedes i å skape en fortelling som forener dyp eksistensiell uro med en skarpsindig humoristisk sans. Den nye interessen for Céspedes' forfatterskap vitner om at verkene hennes fremdeles har en sterk aktualitet og at de innehar en høy litterær kvalitet.

Forbudt dagbok er med rette blitt kalt en feministisk klassiker. En av de viktigste pådriverne for gjenoppdagelsen av Céspedes er Elena Ferrante, som i likhet med Céspedes har utmerket seg gjennom å gi et dyptgående og nyansert uttrykk for en kvinnelig erfaring som tidligere har vært lite belyst i verdenslitteraturen. Som et tegn på Céspedes' universelle appell er det interessant å merke seg at samtidig som hennes forfatterskap var mer eller mindre glemte verden over, ble *Forbudt dagbok* svært populær i Iran på begynnelsen av 2000-tallet, der den ble utgitt i forbindelse med en oppmykning av den statlige sensuren. Boken tar for seg temaer som kvinnerollen, midtlivskrise, sosial status, ekteskapelige dynamikker og familierelasjoner på tvers av generasjoner. Temaene blir utforsket i romanen gjennom en intens og suggererende selvgranskning – en selvgranskning som åpnes opp og drives frem av en nærmest egenvillig, magisk rekvisitt: en hemmelig dagbok.



Den hemmelige dagboken danner rammeverket for romanen, som er utformet med daterte dagboksoppføringer som strekker seg fra november 1950 til mai 1951. Boka åpner med en beskrivelse av en sterk indre konflikt: «26. november 1950. Det var galt av meg å kjøpe den skriveboka, svært galt. Men nå er det for sent å angre. Gjort er gjort. Jeg vet ikke engang hvorfor jeg kjøpte den, det var bare et innfall.»

Invadert av andres behov

Valeria Cosatti er en 43 år gammel husmor i Roma som forlater leiligheten en søndag morgen for å kjøpe sigaretter til ektemannen Michele. Mens hun venter i

kø hos tobakkshandleren får hun øye på en stabel sorte skrivebøker under glassdisken, «sånne svarte, blanke, tykke notisbøker som jeg brukte på skolen, og der jeg alltid stolt skrev mitt eget navn». Når hun kommer frem til disken får hun et plutselig innfall og ber tobakkshandleren om å ta med en skrivebok også. Det overraskende svaret hun får er at det er strengt forbudt, tobakkshandleren har nemlig kun lov til å omsette tobakkssvarer på søndager. Valeria reagerer spontant – av grunner hun ikke selv kan forklare er hun blitt besatt på at hun må ha denne boka. Hun insisterer, nærmest i desperasjon – hun har så veldig bruk for den – og får den til slutt raskt skjøvet til seg, hvorpå hun stikker den inn under kåpen på vei ut av butikken.

Åpningsinnlegget formelig dirrer av spenning, det er som vi blir introdusert til en slags absurd spionroman – den ulovlige og forbudte notisboka må smugles hjem under kåpen – Valeria er hele tiden redd for å bli avslørt. På vei inn i bygården blir hun stoppet av vaktmestersona som vil snakke om gassmåleren, men det eneste Valeria klarer å tenke på er frykten for at boka skal falle ut. Vel hjemme i leiligheten øker bare fornemmelsen av fare, for hvordan skal hun klare å holde boka skjult fra sin ektemann og sine to voksne barn Mirella og Riccardo? Valeria kjenner på en intens skamfølelse – det er tåpelig å skrive dagbok. Og som om ikke det var nok, forsterkes skamfølelsen ytterligere av at hun må holde dagboken skjult.

De første oppføringene handler om hvordan Valeria panisk strever med å holde dagboken gjemt for familien, hun må hele tiden finne nye gjemmesteder – i en gammel koffert, blant skittentøyet, i en pose med lappesaker. Hun irriterer seg over at hun ikke har noe eget rom eller sted i leiligheten. Skildringen inngir en klaustrofobisk følelse, det er som om hun på grunn av denne nye hemmeligheten plutselig blir klar over at livet hennes er fullstendig invadert av andres behov. Og når hun endelig får innfridd lengselen etter å skrive sitt eget navn på første side – Valeria – reflekterer hun over at ingen lenger kaller henne ved navn. Selv ektemannen kaller henne bare for mamma, slik som barna. Det er som om hennes egen identitet er blitt utslettet. Og dette ladede ordet *mamma* har forvandlet seg fra å uttrykke noe ømt og kjærlig til å bli ensbetydende med hennes tjenende og oppofrende rolle. Gjennom å skrive ut disse tankene oppdager Valeria plutselig at hun ikke har noe eget senter – hennes eksistens er utelukkende betinget av å befinne seg i periferien til noen andres liv.

Terapeutisk skriving

I boka *Opening up: The Healing Power of Confiding in Others* (1990) utforsker den amerikanske psykologiprofessoren James W. Pennebaker hvordan skriving kan fungere som et terapeutisk redskap. Innledningsvis påpeker han at det å uttrykke og dele tanker og følelser er et dypt menneskelig behov. Gjennom å fortelle gir vi virkeligheten en narrativ struktur som manifesterer seg gjennom selve formidlingen. Et annet sentralt aspekt ved behovet blir belyst av hvordan traumebehandling ofte innebærer å gjenoppleve traumet gjennom å fortelle om det – her trekker Pennebaker paralleller til hvordan bekjennelse som ritual har lange kulturhistoriske røtter.

I *Opening up* blir den terapeutiske effekten av skriving knyttet til et klassisk psykoanalytisk perspektiv som vektlegger den indre spenningen som kan oppstå mellom det bevisste og det ubevisste gjennom undertrykking og fortrengning. Ifølge Pennebaker kan spenningen få negative konsekvenser for både livskvalitet og helse hvis den får bygget seg opp over tid. Han beskriver videre hvordan spenningen kan reduseres gjennom å åpne opp, dele og integrere. For å undersøke hvilken rolle skriving kan spille i en slik bearbeidelse, gjennomførte han et

kontrollert eksperiment hvor deltagerne ble bedt om å skrive sammenhengende i 15 minutter uten å sensurere seg selv. Metoden, kjent som *expressive writing*, er en effektiv måte å omgå hemming og selvensur på, og gir en indirekte tilgang til tanker og følelser som ellers holdes nede – enten bevisst eller ubevisst. Et interessant funn fra eksperimentet var at deltagerne beskrev hvordan fremgangsmåten gjorde det mulig å uttrykke tanker og følelser de tidligere hadde holdt tilbake og derfor ikke engang var klar over at de hadde. Med andre ord, noen ganger er det mulig å skrive det man ikke kan si.

Forvirrende skriving

Fenomenet kommer tydelig til uttrykk i Valerias hemmelige dagbok – gjennom skrivingen trer det gradvis frem en annen og ukjent side ved henne selv. Samtidig ser ikke skrivingen ut til å virke hverken forløsende eller klargjørende. Tvert imot, Valeria gir stadig uttrykk for en tiltagende forvirring og indre uro:

Det er noe i min karakter som jeg ikke kan bli klok på. Jeg har trodd jeg var oppriktig og naturlig, og at jeg ikke kunne overraske hverken meg selv eller andre. Men i det siste er jeg blitt usikker på dette, enda jeg ikke kan forklare hvorfor jeg føler det slik. Jeg må vokte meg for å være alene hvis jeg skal fortsette å være den jeg trodde jeg var.

For Valeria er skrivingen todelt. På den ene siden drives den av et uforklarlig og sterkt begjær – hun skildrer hvordan hun holder ut gjennom dagen bare fordi hun vet at hun endelig kan få skrive etter at familien har lagt seg om kvelden. På den andre siden forskrekkes hun og skammer seg over det som kommer frem. I en passasje beskriver hun dagboken som noe som forgifter og skyggelegger livet hennes – en skygge som bærer på følelser og lengsler som truer hennes eksistens. Fra et psykoanalytisk perspektiv kan man snakke om et fravær av integrering av det som kommer frem – på dette punktet fremstår Valeria totalt maktesløs. Det er som hun er fanget mellom to motstridende følelser som begge kjemper om overtaket: lengselen etter å være seg selv, og frykten for hva det kan innebære.

Gjennom sin interne dialog med dagboken oppdager Valeria at hun plutselig befinner seg midt i livet og at livets hjul på umerkelig vis har gjort en omdreining. Hun blir smertelig klar over at ekteskapet ikke lenger inneholder noen varme eller ømhet og når tok det egentlig slutt? Valeria befinner seg i et spenn – hun spiller seg på den ene siden i sin gamle mor som tilbringer sine ensformige dager isolert i en leilighet, og på den andre siden i barna, som plutselig har blitt store og er på vei ut i livet. Barna, som hun har viet livet sitt til, er nå blitt som to voksne fremmede mennesker som fyller den trange leiligheten og stiller motstridende krav og forventninger. Mirella, den selvstendige datteren, markerer på sårende vis at hun for alt i verden ikke ønsker seg et liv som moren. Riccardo, den hjelpeløse sønnen, fremstår fullstendig avhengig av

— Valerias voldsomme livskrise fremstår ikke ekstrem, men som svært gjenkjennelig

henne i alt han foretar seg. De ulike konfrontasjonene med barna bidrar ytterligere til Valerias indre spaltning. Mirella, med sitt kritiske blikk, gjennomskuer og utfordrer henne, mens Riccardos barnslige forventning om at hun skal forbli i morsrollen virker betvingende. På natten, mens de andre sover, sitter en utslitt Valeria alene igjen på kjøkkenet og reflekter over behovet for å gjøre opp status over livet sitt:

Jeg føler at jeg har nådd et punkt i livet hvor det er nødvendig å gjøre opp status. Det er som å rydde opp i en skuff der alt er blitt slengt ned hulter til bulter i lang tid. Kanskje har jeg begynt å tenke slik på grunn av alderen barna mine befinner seg i. Helt fra jeg var på Mirellas alder, har jeg gått fullstendig opp i deres liv og regnet det som å være mitt eget. Det har forresten vært lett før. Det var bare å passe på at de var friske, lære dem å oppføre seg skikkelig, følge opp skolearbeidet deres. Deres interesser og personlige problemer tilhørte en annen sfære enn min, og angikk meg ikke personlig. Men i det siste har jeg vært vitne til deres første alvorlige sammenstøt med tilværelsen, og når jeg oppdager hvor usikre de er i valget av livsvei, begynner jeg å spørre meg selv om jeg har valgt den rette vei. Før jeg kan la dem ta del i mine erfaringer, må jeg prøve å forstå de tingene som har hendt meg her i livet, og som jeg har godtatt uten å spørre om årsaken til.

I en litterær kontekst er det interessant å merke seg at fortellingen som vokser frem i Valerias dagbok ikke bygger på en gradvis avsløring av et traume eller en annen forklarende årsak. Dette kan sies å være en etablert trope som ofte kan etablere en forventning hos leseren om å få avdekket en forklaring eller et slags svar. Til sammenligning kan Vigdis Hjorts *Arv & miljø* (2016) trekkes inn som et typisk eksempel på en slik struktur. Romanen skildrer en voksen kvinne som står i et konfliktfylt forhold til familien, og hvor det etter hvert avdekkes et fortrent barndomstraume i form av incest. Traumet fungerer som et fortolkende sentrum som gir en eksplisitt psykologisk forklaring på hovedpersonens livssituasjon og konflikter.

I *Forbudt dagbok* finnes ikke noe opprinnelig traume eller årsak som kan organisere eller forklare Valerias indre uro og eksistensielle krise. Krisene som skildres er ikke katastrofale i ytre forstand, men

heller normale og hverdagslige. Fortellingens ytre og indre handling utspiller seg innenfor rammene av hva vi vil kalle et normalt familieliv – med elementer som ekteskapelig distanse og kommunikasjonsvikt, konfrontasjoner med voksne barn og det å se sine foreldre bli gamle. Sentralt står motivet om hvordan en livsovergang kan utløse et indre behov for å oppdatere den narrative selvforståelsen. Like fullt rommer disse ordinære erfaringene en eksistensiell intensitet og emosjonell kompleksitet. Og det er nettopp dette som gjør romanen både troverdig og dypt engasjerende: Valerias voldsomme livskrise fremstår ikke ekstrem, men som svært gjenkjennelig. Og til tross for at den er skrevet i en helt annen tid med andre forutsetninger – Alba de Cespedés' *Forbudt dagbok* kjennes først og fremst forbausende nær.

Skildringen av hvordan Valerias skriveprosess bringer fram ubevisste tanker og følelser samsvarer med Pennebakers beskrivelse av skriving som terapeutisk redskap. Hos Pennebaker fungerer skrivingen både avdekkende og organiserende – den bearbeider og strukturerer erfaringer som tidligere har vært diffuse og fragmenterte. Gjennom prosessen får man en mulighet til å bevege seg videre, gjøre endringer og justere sine strategier og valg. I *Forbudt dagbok* utforsker imidlertid Cespedés den indre konflikten som oppstår når det som er blitt bevisst ikke lar seg integrere. Gjennom skrivingen havner Valeria i en smertefull inkongruens mellom personen hun trodde hun var, og personen som avdekkes i dagboka. Hennes reelle muligheter til å handle i tråd med sitt indre behov for bevegelse og forandring begrenses sterkt av de samfunnsmessige forutsetningene hun lever under – som kvinne i Italia på 1950-tallet. Disse forutsetningene og forventningene former ikke bare Valerias ytre livsvilkår, men synes også å være dypt internalisert i henne selv.

Til sist virker Valeria uløselig fanget mellom sin nye innsikt og evnen – eller muligheten – til integrering og endring. Hun fantaserer om å tilintetgjøre den forræderske dagboken. Mest av alt ønsker hun seg tilbake til hvordan ting var før. Men også her fremstår Valerias handlingsrom fastlåst – for hva ville naboeene tenke om hun skulle begynne å brenne ting ute på balkongen? ♡

REFERANSER

- Hjort, V. (2016). *Arv og miljø*. Cappelen Damm.
Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The Healing Power of Confiding in Others*. William Morrow & Co.



FOTO: WIKIPEDIA

Lisbeth Holter Brudal

1935–2025

Lisbeth Holter Brudal døde 20. desember, 90 år gammel. Med henne er en pioner innenfor fødselspsykologi og fødselsomsorg gått bort. Brudal tok embetseksamen i psykologi i 1964 ved Universitetet i Oslo. Hun ble spesialist i klinisk psykologi og arbeidet som privatpraktiserende psykolog frem til pensjonsalder.

I tillegg drev hun omfattende formidlingsvirksomhet som faglitterær forfatter og som kurs- og foredragsholder for helsepersonale.

Brudal avla doktorgrad ved Universitetet i Oslo 1981 om psykiske reaksjoner hos kvinner og menn i tilknytning til fødsel. Brudal brakte frem ny kunnskap om hvordan også menn påvirkes følelsesmessig av fødsel og opplevelsen av å bli foreldre. Hennes studie la et viktig kunnskapsgrunnlag for å slippe til far som deltaker og støttespiller under fødselen. Nærværet og muligheten for tilknytning mellom far og barn ved livets begynnelse la til rette for fedre som omsorgspersoner og deltakere i barnas liv.

I 1985 opprettet hun Institutt for Tokologi (læren om fødselshjelp) og Familiepsykologi, som hun bestyrte frem til 2012. Brudal veiledet og underviste også studenter.

De siste årene hun virket som psykolog, opprettet hun Institutt for Empatisk Kommunikasjon og gav ut boken *Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for menneskemøter* i 2016.

For sin betydningsfulle og samfunnsnyttige innsats ble Brudal i 2011 hedret med Kongens Fortjenstmedalje i gull.

Brudal hadde et omfattende kontaktnett av familie, venner og samarbeidspartnere. Sammen med sin mann Jan Paul Brudal inviterte hun til sammenkomster som ga rom for gode, utdypende samtaler. Vi fikk alle del i hennes omfattende kunnskaper og verdifulle innsikter.

Vi minnes Lisbeth Brudal i takknemlighet for alt hun var for sine medmennesker, og lyser fred over hennes minne.

Åse Hoff, klinisk psykolog,
Tone Schou Wetlesen, professor emerita og
Mildrid Clementsen, lege, spesialist i psykiatri

Spesialistutdanningens faglige forankring



Foto: Lise L. Monsen/Psykologforeningen

**Chris
Margaret
Aanondsen**

Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitik

Kursene er det som ofte diskuteres når det gjelder spesialistutdanningen, mens veiledet praksis utgjør det faglige fundamentet.

Hva vil skje med spesialistutdanningen fremover? Dette er et spørsmål som opptar mange psykologer.

Helsedirektoratets anbefaling om en mulig etablering av offentlig utdanning og godkjenning skaper stor usikkerhet for psykologer i spesialisering, spesialister, fagutvalg og ledere.

Det er ofte slik at oppmerksomheten på spesialistutdanningen retter seg mot kurs, praksiskrav og organisering, men mye av det som opprettholder kvaliteten i utdanningen, ikke er like synlig fra utsiden.

Kursene utgjør bare 256 timer av de fem årene, og veiledningen 240 timer. Det betyr at over 94 prosent av tiden er psykologene i praksis, i møte med pasienter, brukere og familier rundt om i hele landet.

«Mye av det som opprettholder kvaliteten i utdanningen, er ikke like synlig fra utsiden»

Det er denne praksisen spesialistkompetansen bygges på. Det er her teoretisk kunnskap integreres i praksis.

Samtidig vet vi at både geografisk avstand og fravær fra arbeid kan oppleves som krevende for tjenestene og psykologene, selv om kursene utgjør en liten andel av den totale arbeidstiden.

Bak den integrerte læringen i spesialistutdanningen står fagutvalgene for våre 12 spesialiteter og for felleselementene. Her sitter psykologspesialister med bred erfaring som klinikere, forskere og ledere, i tillegg til psykologer i spesialisering. Disse rekrutteres fra hele landet og representerer både by og distrikt.

Psykologene i fagutvalgene følger samfunnsutviklingen gjennom eget praktisk arbeid på tvers av arbeidsplasser, både som ansatte og ledere.

Medlemmene av utvalgene rekrutteres åpent for hver landsmøteperiode, og vi jobber for å sikre god bredde og representativitet.

De bidrar med å revidere læringsmål, vurdere praksiskrav opp mot sluttkompetanse, og sørger for at utdanningen forblir relevant i tjenestene; fra forebygging og systemarbeid til behandling. Medlemmene investerer tid og faglig engasjement i sine ulønnede verv.

Dette sikrer høy kvalitet i utdanningen og bidrar til at ordningen drives innenfor begrensede ressurser. Samtidig vet vi at ulønnede verv kan være krevende å påta seg. Fagutvalgenes innsats er likevel et av de mest verdifulle elementene i dagens utdanning, et fundament som er lett å ta for gitt. Det betyr ikke at dagens utdanningsmodell er perfekt. Vi må tåle å diskutere både dagens ordning og alternative løsninger på et godt kunnskapsgrunnlag. Myndighetenes ønske om mer innflytelse på spesialistutdanningen er forståelig.

«Fagutvalgenes innsats er et av de mest verdifulle elementene i dagens utdanning»

Vi ønsker et felles forum for myndigheter, tjenestene og oss som profesjonsforening velkommen. Et slikt forum kan samordne kunnskap og behov, og sikre at riktig kompetanse finnes i de ulike delene av tjenestene. Det forutsetter at de som kjenner hverdagen, faget og pasientenes behov, sitter rundt samme bord. Systematiske innspill fra tjenestene og psykologer i spesialisering er viktige for å tilpasse og jevnlig forbedre spesialistutdanningen.

Skal vi sikre trygge tjenester, kompetente spesialister og bærekraftige fagmiljøer, må vi bygge videre på det som allerede virker, og videreutvikle det som trenger forbedring. I debatten er det viktig å løfte frem fundamentet som bærer spesialistutdanningen i dag: fagutvalgenes grundige og langsiktige arbeid.

Fagutvalgene legger ned en iherdig innsats. Ved å støtte oss på deres arbeid og erfaring, kan vi videreutvikle spesialistutdanningen, sammen med tjenestene og med myndighetene, i takt med samfunnets behov. Det gjør oss bedre rustet til å sikre tjenester av høy kvalitet også i fremtiden.

Rettigheter som midlertidig ansatt og gravid



Ellen Ekre Engh

Nestleder og spesialrådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Mange medlemmer lurer på om de kan være diskriminert i arbeidslivet som følge av graviditet og påfølgende foreldrepermisjon.

Likestillings- og diskrimineringsloven § 6 forbyr all direkte og indirekte forskjellsbehandling med bakgrunn i kjønn. Forskjellsbehandling grunnet graviditet, amming og bruk av permisjonsrettigheter inngår i forbudet, og forbudet gjelder også ved ansettelse i vikariatet og midlertidige stillinger.

Formålet med loven er blant annet å forhindre at arbeidstakere får svekket posisjon i arbeidslivet som følge av graviditet og foreldrepermisjon.

Med direkte forskjellsbehandling menes handlinger som stiller kvinner og menn ulikt fordi de er av forskjellig kjønn. Dette omfatter også handlinger som setter en kvinne i en dårligere stilling enn hun ellers ville ha vært, på grunn av graviditet eller fødsel. Videre gjelder det handlinger som setter en kvinne eller mann i en dårligere stilling enn vedkommende ellers ville ha vært, på grunn av uttak av permisjon som er forbeholdt det ene kjønn.

Adgangen til å gjøre unntak fra forbudet mot direkte diskriminering er svært begrenset. Vernet mot graviditetsdiskriminering i arbeidslivet er tilnærmet absolutt.

Det betyr ikke at du har særskilt krav på å få et nytt vikariat eller midlertidig stilling, men du har rett til ikke å bli diskriminert. Dersom du mistenker at graviditet eller foreldrepermisjon er årsaken til at du ikke får forlenget din ansettelse, kan du ta kontakt med oss i Jus- og arbeidslivsavdelingen.

Ved vurderingen av om arbeidsgiveren har opptrådt i strid med loven når et ansettelsesforhold ikke blir forlenget, må det først vurderes hvorvidt arbeidsgiveren har lagt negativ vekt på

graviditeten ved avgjørelsen. Hvis det er grunn til å tro at opplysningene om graviditeten ble tillagt negativ vekt, går bevisbyrden over på arbeidsgiveren. Det betyr at arbeidsgiveren må sannsynliggjøre at det utelukkende var andre forhold som ble hensyntatt da avgjørelsen om for eksempel å ikke å videreføre vikariatet ble tatt.

Den gravides påstand alene er ikke nok til å konstatere at det er grunn til å tro at diskriminering har skjedd. Det er imidlertid ikke et krav om at påstanden må styrkes av bevismidler som for eksempel dokumenter eller vitner, så lenge sakens ytre omstendigheter underbygger påstanden om diskriminering.

En slik omstendighet kan for eksempel være at den aktuelle psykologen har blitt møtt med utsagn fra arbeidsgiver som «ikke bekymre deg, videreføring av stillingen din ordner seg». Men når psykologen forteller at hun er gravid, så er det plutselig veldig vanskelig å si noe som helst om fremtidige arbeidsmuligheter på arbeidsplassen. Og senere viser det seg at den gravide psykologen faktisk ikke får videreført ansettelsesforholdet.

Det må foretas en konkret individuell vurdering i hver sak av hvorvidt arbeidsgiveren har lagt negativ vekt på graviditeten da arbeidsforholdet ikke ble videreført, og vi anbefaler at du tar kontakt med oss om du lurer på om du kan være diskriminert.

Dersom du har blitt utsatt for en diskriminerende handling, sier loven at arbeidsgiver skal dekke det økonomiske tapet psykologen har som følge av handlingen.

Det betyr at du ville vært sikret full lønn under foreldrepermisjonen uten begrensningen i 6G (grunnbeløpet i Folketrygden) inntil engasjementets utløp. Du ville også vært sikret fulle feriepengene av foreldrepengene. Dette følger av tariffavtalene for offentlig sektor, som du er omfattet av som medlem av Psykologforeningen. Mange private arbeidsgivere har også tilsvarende ordninger.





Traumebehandlingskonferansen 2026

6.-8. mai, Thon hotel Storo, Oslo eller digitalt

Årets tema er **“Relasjoner i traumebehandling”**

Konferansen er for alle som er interessert i kunnskapsbasert behandling av barn og voksne som har vært utsatt for traumer.

Info og påmelding:



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Meld endring på Min side på psykologforeningen.no eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

Registrer din
nye adresse her:



IGA

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

**Kan inngå i psykoterapispesialitet
for psykologer (4 år)**

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A, avhengig av teori- og erfaringsbakgrunn. Den er tverrfaglig og samlingsbasert med fem årlige samlinger á 3-3,5 dager. Samlingene består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. Lokale **og/eller** digitale kollegiale veiledningsgrupper mellom samlingene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

Trinn A utdanner til å arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Full gruppe-analytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig diplomarbeid etter fullført Trinn B.

IGA tilbyr også separate fordypningsseminarer i tilknytning til samlingene, hhv. i mentaliseringsbasert gruppeterapi, gruppeterapi ved rus- og avhengighetsbehandling samt i grunnleggende psykoanalytisk teori knyttet til utdanning-programmet.

Psykologer som ønsker spesialisering i psykoterapi tilbys et 4-årig obligatorisk program, med start på Trinn A. Psykologer som vil bruke IGA-utdanningen til psykoterapi-spesialitet, må forholde seg både til Norsk psykologforenings og til IGAs krav for godkjenning. Norsk psykologforening godkjenner videoveiledning, men fysiske møter annen hver måned kreves.

Sted: Thon Hotel Asker.

For nærmere informasjon og søknadsskjema, se vår hjemmeside www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2026.**

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Maridalsveien 323, 0872 Oslo
Tlf.: 466 11 630, E-post: iga@iga.no



Psyktest
Den digitale broen i psykisk helse

50+ validerte psykometriske tester

Kompatibelt med alle journalsystemer

140 kr mnd inkl moms

Prøv Gratis i 30 dager på psyktest.com/behandler

12 dagers treningsprogram Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



Kursholdere: Psykologspesialistene Asle Thude Elen & Thorvald 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 er godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 20 juni 2026

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 26 – 28 august 2026. 4 – 6 november 2026.

13 – 15 januar 2027. 10 – 12 mars 2027.

Pris: 37.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Sett av datoene for årets seminar og årsmøte

Foreningen for psykologer i privat praksis (FPP)

Sted og dato: Lisboa, Portugal 17. – 19. sep.

17. – 18. september:

OM TERAPI

“Når terapi blir vanskelig: sårbarhet, selvskading og etisk refleksjon” v/Erik og Line Stänicke. Begge UiO, henholdsvis professor og førsteamanuensis, begge psykologspesialister.

19. september:

NORSK PSYKOLOGFORENING

Informasjon og siste nytt fra Forhandlingsavdelingen.

Seminarstart torsdag 17. september kl. 09.00 og avsluttes kl. 12.00 19. september. Seminaravgiften blir sterkt subsidiert fra Norsk psykologforening sitt fond til videre- og etterutdanning.

For påmelding – se kommende annonse i Psyklogtidsskriftets mainummer.

FPP er en forening for psykologer i privat praksis – heltid eller deltid – med eller uten driftstilskudd/avtale med Helseforetaket. Deltagelse på seminar krever medlemskap i foreningen.



EMDR med barn og ungdom

Sertifiseringskurs 3 dager:

Dato: 11.-13. mai 2026

Tid: 9:00–16:00 alle dager

Sted: Scandic Solli, Parkveien 58, Oslo

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumetilstander. Forutsetning er at du har gjennomført EMDR trinn 1 grunnutdanning.

Kostnad: kr 10.600,– inkl. lunsj mm og kursmateriell

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding til: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig fakturainformasjon



Kursansvarlig:

Savita Dalsbø, psykologspesialist

Norsk psykologforening

EMDR EuropeApproved C & A Senior Trainer.

Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. april, frist for å bestille annonse er **13. mars**

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
April	13. mars	1. april
Mai	16. april	4. mai
Juni	13. mai	1. juni

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

Ψ Psykologtidsskriftet

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler 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

HELSE  SØR-ØST

SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanondsen
957 92 616
chris@psykologforeningen.no

Medlemmer

Alf Martin Karvonen Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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

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

Helene Amundsen Nissen-Lie
997 37 309
h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

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

Trude Senneseth
954 66 774
trude.senneseth@me.com

Andreas Teisner Høstmælingen
936 48 119
andreas@nubu.no

Solve Brækkan Halvorsen
Studentrepresentant
spu@psykologforeningen.no

Varamedlemmer

Trude Hoff (1. vara)
415 21 900
trudhof@online.no

Helén Ingrid Andreassen (2. vara)
402 89 796
helen.ingrid@gmail.com

Werner Nebelung (3. vara)
909 48 350
werner.nebelung@gmail.com

Mariann Smith-Novik (4. vara)
979 66 767
mariann.smith-novik@finnmarkssykehuset.no

Iver Nathaniel Sletten (1. vara student)
iverns@uio.no

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

Silje Andreassen
silje.andreassen@sshf.no
908 38 407

Buskerud

Joan Sigrun Nygard
joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan
@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark

Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland

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

Møre og Romsdal

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

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

Mette Sevaldsen Lisø
mettesevaldsen@gmail.com
414 01 624

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

Idunn Aker
idunnaker@outlook.com
478 83 867

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

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

Vest-Agder

Anne Martine Rafoss Dunsæd
Martine.rafoss@gmail.com
416 23 898

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
Simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Ole Magnus Vik, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 15.30–17.30

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Bjarte Bønes Bruntveit, leder/KVT
Helse Sør-Øst
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Forhandlingsutvalg for privat praksis

Bjarte Bønes Bruntveit, leder
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Spesialitetsrådet

Chris Margaret Aanondsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

Fag- og profesjonsrådet

Chris Margaret Aanondsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borriks@gmail.com
990 27 309

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

GODKJENNINGSUTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTS- PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Sølve Brækkan Halvorsen, leder
950 10 201
spu@psykologforeningen.no

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETS- UTVALGET

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

TESTUTVALGET

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Peter Hurlen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

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

Stat

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

Kommunal sektor

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

Avtalespesialister

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

Privat

Ane Johnsen, leder
ane@millimtr.no
400 02 343

SEKRETARIATET

Stab

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
ole@psykologforeningen.no

Kristina Høyer, kommunikasjonssjef
kristina@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Linn Engebretsen, konstituert utdanningssjef
linn@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Lars Conrad Moe, fagsjef
lars.conrad@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

