



Denne utgaven ble godkjent til trykk
22.04.2026

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 13.05, 16.06, 16.07

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
Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe
Thompson, Elisabeth Schanche, Erik
Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Layout Christian von Schack

Bileredaktører Maria Astrup og Kristin Bø

Omslagsillustrasjon Lars Fiske

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. Etikpanelet
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.
Etikkpanelet og debattinnlegg uttrykker forfatterens meninger,
ikke Psykologtidsskriftets. 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.

 Fagpressen



INNHOOLD

NR 5 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Lars Fiske har laget forsiden og forteller:
Denne første skissen viser idégrunnlaget
for illustrasjonen; et typografisk kaos,
der bokstavene virvler rundt uten mening.



REPORTASJE Matt Oxman	
Siste skoledag på Dikemark	282
NYHETER Gro Walø-Syversen	
Artikkel om psykedelikabruk får minneprisen	287
FRA PRAKSIS Jørgensen et al.	
Akutt oppståtte nevropsykiatriske symptomer hos barn: en kasuistikk fra BUP	288
NYHETER Matt Oxman	
Psykologer om den sjeldne diagnosen: - Vi kjente at vi ikke strakk til	294
FAGARTIKKEL Magnus Nordmo	
Utfordringer for dysleksidiagnosen	296
FRA FORSKNINGEN Skogli & Øie	
Livet blir bedre for barn og ungdom med ADHD eller autisme	301
OVERSIKT Risa et al.	
Sentrale utfordringer i diagnostikk av ADHD hos kvinner - En narrativ litteraturgjennomgang	304
DOKTORGRADER	313
KOMMENTAR Aakhus et al.	
Rusmiddelbruk, kognitiv svikt og komorbid demens	315
ETIKKPANELET Sverre Urnes Johnson	
Å gjøre etisk refleksjon	317
DEBATT	
Høystemt og uklart om fagetikk Torgalsbøen & Øvreeide	320
KRONIKK Rolf Aspestrand	
Når tempoet blir en klinisk utfordring	322
BOKSTOFF	
Gunnar Schaefer anmelder <i>Mestringsstrategier for voksne med ADHD</i>	326
Aina Dyb Bjerke anmelder <i>Avslutning av terapiforløp</i>	329
Bokessay av Marit Råbu	
<i>Nobody's Girl</i>	331
Klassikeren av Per Are Løkke	
<i>Playing and Reality</i>	336
MINNEORD	342

HISTORISK Etter nærmere 60 år som skole, må det gamle hospitet på Dikemark igjen få ny funksjon.



TEKST & FOTO Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Siste skoledag på Dikemark

Når sykehusdriften på Dikemark tar slutt, opphører også skoletilbudet. En vemodig begivenhet og betenkelig trend, sier to som kjenner Dikemark psykiatriske sykehus og Kongsskogen skole inn og ut.

Mellom to skogområder i Asker – Vardåsen mot nord og Kjekstadmarken med Verkensvannets svaberg mot sør – ligger Dikemark psykiatriske sykehus. Byggene vekker følelser av ærverdighet og nostalgi. Detaljene i jugendstil er slående. Historien i veggene og mangelen på vedlikehold gjør at murpussen flasser av. Nedleggelsen av sykehuset har foregått i flere tiår, som i sakte film. Over 100 kunstnere og kulturarbeidere leier atelierer i byggene. Ellers står de fleste rommene tomme.

I Sykehusveien 25 ligger det som en gang var hospiset og enn så lenge er skolen – landets første skole for innlagte psykiatriske pasienter. Nå sender myndighetene de siste pasientene og innlagte elevene på Dikemark motsatt vei av de første.

Gården som ble til sykehuset

Bystyret i Kristiania kjøpte Dikemark gård i 1898 og åpnet sykehuset i 1905. Å leve i naturskjønne og fredelige omgivelser – med rikelig boltrerom for arbeidsterapi, kulturtilbud og kunstnerisk utfoldelse – skulle bidra til

pasientenes bedring. Behovet for en formell skole meldte seg for fullt med de første ruspasientene på 60-tallet. Gruppen var stort sett unge mennesker som ikke hadde fullført utdanningen. Dermed åpnet sykehuset ungdomsskolen ved Dikemark i 1969.

– Å ha et organisert undervisnings-tilbud styrket hele behandlingsprofilen til sykehuset, sier Tore Gude, som vokste opp på Dikemark, der hans far jobbet som psykiater og overlege.

I 1968 begynte Gude selv å jobbe som psykiater ved sykehuset. Før skolen åpnet, drev en sykepleier med sporadisk undervisning, forteller han. I tillegg underviste Gudes kone noen av de voksne pasientene hjemme på formiddagen.

I 1979 ble Kongsskogen skole en videregående, fordi pasientene i snitt hadde blitt eldre. I tillegg byttet skolen navn til Kongsskogen, fordi elevene ikke ville at det skulle stå Dikemark på eksamenspapirene. I 1984 åpnet skolen en Oslo-avdeling i noen ledige rom på Gamlebyen skole. Der skulle tidligere pasienter få fortsette utdannelsen med noen av de samme underviserne.

Allerede på 80-tallet var det snakk om å nedlegge sykehusdriften på Dikemark. Men skolen fortsatte å vokse. Fra skolens første år til midten av 90-tallet økte elevtallet fra rundt 20 til 200 og lærerstaben fra én fulltidsansatt til rundt 30. Men i 1994 ble Oslo-avdelingen skolens hovedavdeling og Dikemark-avdelingen en mindre filial. To år senere flyttet Oslo-avdelingen til Ensjø – en bydel som hverken er grønn eller regal.

Praktikanten som ble assisterende rektor

Skoleåret 1993–1994 fikk Christine Wille Jordheim praksisplass på Kongsskogen.

– På den tiden var psykiatrien spennende og mystisk. Jeg var litt redd. Jeg fant ut at på et sted som Kongsskogen enten slutter du kjapt eller blir du.

Jordheim ble. Siden 2009 har hun vært assisterende rektor i tillegg til musikkterapeut. I dag har Dikemark-avdelingen Jordheim og to andre ansatte i 40 %-stillinger og én i 20 %. Jordheim har lengst ansiennitet. Hun anslår at 10 til 15 elever får undervisning på Dikemark i løpet av en uke – noen dager kanskje én – på det gamle hospiset eller på pasientens avdeling. I tillegg til innlagte pasienter kommer av og til tidligere pasienter som bor i nærområdet, eller personer med botilbud i Asker.

Under en omvisning sier Jordheim at de ansatte har blitt immune til byggets forfall. Senere korrigerer hun seg selv:

– Det er mer at vi ikke lar oss plage av litt murpuss i hodet eller at doene er av en annen verden – i hvert fall doene nede. Bygget er helt funksjonelt, understreker hun. For rundt 15 år siden installerte Asker kommune grunnvarmeanlegg.

– Det er godt og varmt her, sier Jordheim. Når hun oppsummerer karrieren, utstråler hun en annen type varme.

– Det har vært veldig meningsfullt å jobbe i psykiatrien. Du møter mennesker og oppdager at de er noe annet enn det du først så. De har kvaliteter som blir borte i symptomene på sykdommen deres, men kommer tydelig fram når man blir kjent med dem.



AVGÅENDE Christine Wille Jordheim rakk å jobbe litt over 30 år på Dikemark.

Og kvalitetene som kommer frem, er viktigere enn førsteinntrykket, slår Jordheim fast.

Tilnærmingen som gikk av moten

Nedleggelsen av sykehusdriften og skoletilbudet på Dikemark passer inn i et mønster nasjonalt. Arealer og behandlingstider krymper. Landlige behandlingstilbud blåser bort i en helsepolitisk vind. Og når institusjonene forsvinner, forsvinner også institusjonsskolene.

I 2025 stengte det psykiatriske sykehuset på Blakstad i Asker, da myndighetene flyttet behandlingstilbudet til Drammen sykehus. I Oslo er planen å flytte pasientene fra Gaustad sykehus til nye Aker sykehus, men den kampen er ikke over. De siste pasientene på Dikemark flytter i oktober – noen til Gaustad og andre til sikkerhetsavdelingen på Ila i Bærum.

Da trenden med nedlegging av de store psykiatrinstitusjonene først nådde Dikemark, var det pasienter og elever som hadde vært innlagt på sykehuset i flere tiår, forteller Jordheim.

– Det kunne være smertefullt for de pasientene. Adressen deres hadde vært her i 25 år, så skulle de plutselig «hjem».

Men selv om pasientene har hatt det godt på Dikemark, er det rimelig å anta at det generelt er bedre for en pasient å bo hjemme eller i en tilrettelagt bolig enn i en stor institusjon, konkluderer hun. Og etter hvert som sykehuset har skrevet ut pasientene raskere, har elevene fått svakere tilknytning til skolen.

– Jeg opplever at elevene vi møter nå som får korte sykehusopphold, har en veldig sterk identitet i hjemmene sine, og at de ikke gruer seg til å dra hjem.

Også utdanningspolitikk har bidratt til å omforme profilen til Kongsskogen. Før kunne elever begynne på Dikemark, eventuelt fortsette i Oslo og så å si aldri slutte, sier Jordheim. Etter hvert stilte utdanningsetaten krav til Oslo-avdelingen om maksimalt antall år på skolen og tydelige mål for gjennomføring av fagene.

De opprinnelige elevene på Dikemark kunne være i 40- eller 50-årene og hadde mer alvorlige og kroniske lidelser. Dagens tilbud i Oslo sikter i større grad på å forebygge slike lidelser blant elever mellom 16 og rundt 25 år.

SKOLEN PÅ DIKEMARK Atelieret, malerier av Espen Rian Martinsen, fasaden med murpuss som flusser av og musikkrommet.





TOMT Kirkerommet må trolig avvigsles, og orgelet få et nytt hjem.

Ideologien ved Dikemark- og Oslo-avdelingene er lik, presiserer Jordheim, men praksisen blir forskjellig fordi målgruppene har blitt stadig mer ulike. Avdelingen på Ensjø har hjulpet mange i den nye målgruppen, sier hun. Bekymringen er hva slags skoletilbud langtidsinnlagte pasienter vil få når institusjonsskolene ikke lenger finnes.

Kompetanse som kan gå tapt

Jordheim fyller 70 år i juni og pensjonerer seg til sommeren. Hun uttrykker bekymring også for hva som vil skje med den unike kompetansen som hun og kollegaene hennes på Dikemark har bygget opp kull etter kull. De forvalter en taus kunnskap som handler om hvordan best møte, motivere og undervise elever med alvorlige og langvarige psykiske lidelser.

Det er viktig med forebygging, sier Jordheim, men også viktig at de aller sykeste får et passende undervisningstilbud. Og det er viktig at pasienter både med og uten rett til å gå på skole får et tilbud som passer. Hun legger til at skolen på Ensjø må bruke alle ressursene på det som kan skrives på et vitnemål. Da er det færre ressurser igjen til musikken og kunsten – aktiviteter som har stått i sentrum på Dikemark.

Knuten som gjenstår

Fremtiden til skolebygget på Dikemark svever i uvisshet, fordi eierskapsforholdet er så komplisert. Oslo universitetssykehus eier bygget, Oslo kommune eier tomten, og Asker kommune regulerer eiendomsbruken. Riksantikvaren har fredet bygget utvendig. Sykehuset og Oslo vil at Asker skal omregulere eiendommen,

så det blir lettere å selge. Asker har svart at den store reguleringsjobben ikke er deres ansvar.

Den pensjonerte psykiateren Gude er nestleder av styret til Dikemark psykiatriske sykehusmuseum. Han sier museet og skolen samarbeider om å spare inventaret med historisk verdi. Den snart pensjonerte læreren Jordheim nevner at kirkerommet til skolebygget trolig skal avvigsles. Det er viktig at orgelet får et nytt hjem, sier hun.

På spørsmål om hva hun vil savne mest fra skolen, nevner hun først kollegaene og pasientene, men også huset og plassen. Jordheim mimrer om de fargerike bladene på høsten, og den voldsomme snøen på vinteren.

– Det er et fantastisk sted som burde brukes. Jeg håper at mange får glede av å bo her. ☺

TEKST Gro Walø-Syversen

KONTAKT gro@psykologtidsskriftet.no

Artikkel om psykedelikabruk får minneprisen

Bjørn Christiansens minnepris for 2025 går til artikkel om klinisk forståelse og arbeid med psykiske plager etter bruk av psykedelika.

Forfatterne av vinnerartikkelen *Psykologisk behandling av vedvarende vansker etter bruk av psykedelika* (utgave 12, 2025) er Bjørn Holmøy og Kristoffer Andreas Aamodt Andersen. De gir leseren en praksisorientert oversikt over symptombildet ved psykiske plager etter vedvarende psykedelikabruk, og drøfter relevante utfordringer og anbefalinger i psykoterapeutisk arbeid med slike problemer.

Tidligere forskning har stort sett handlet om terapeutisk bruk av psykedelika i formelle behandlingssettinger, og ikke vanlig rekreasjonsbruk som er tema i vinnerartikkelen. Basert på en litteraturgjennomgang og egen klinisk erfaring foreslår forfatterne tre sentrale områder som en ramme for klinisk forståelse og søkelys i terapi: angst og uvirkelighetsfølelse, varige endringer i persepsjon og eksistensielle plager.



FOTO PRIVAT

Juryens begrunnelse

Juryen berømmer artikkelen for nyhetsverdi, originalitet og klinisk relevans. Artikkelen går inn i et samfunnsaktuelt problem som er ukjent for mange psykologer. Forfatternes symptomoversikt og forståelsesramme kan bidra til psykoterapeutisk arbeid i et lite utforsket faglig område og videre fagutvikling av terapeutiske tilnærminger.

Hvert år deler Psykologforeningen ut Bjørn Christiansens minnepris til et betydningsfullt faglig bidrag publisert i Psykologtidsskriftet. I 2025 publiserte Psykologtidsskriftet 21 vitenskapelige artikler, og åtte av dem var nominert til prisen. Juryen, som består av med-



FOTO PRIVAT

lemmene i tidsskriftets redaksjonsråd, sluttet seg samlet opp om vinneren.

Hederlig omtale

Juryen ga hederlig omtale til to andre artikler: *Evidensbasert psykologisk praksis i behandling av problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn* av Monica Jensen og *Emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming* av Ragnhild Troøien Leirvoll, Ingrid Olsen Høye og Trine Lise Bakken.

Både Jensens og Leirvoll og kollegers artikler får hederlig omtale av juryen fordi artiklene har nyhetsverdi, klinisk relevans og gir leseren oversikt i sentrale, men lite belyste fagfelt. 📌

TEKST Mia Kristin Stensland Jørgensen
Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatriske senter,
Voksenpsykiatrisk enhet

Lina Kristin Josefsson
Privat praksis

Thomas Milo Jensen
Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatriske senter,
Voksenpsykiatrisk enhet

Akutt oppståtte nevropsykiatriske symptomer hos barn: en kasuistikk fra BUP

Klinikerne erfarte at behandlingen ga mer mening når vanskene ble forstått som PANS.

Vi ønsker å dele våre erfaringer i etterkant av samarbeidet med en familie som opplevde en dramatisk omveltning i livet da familiens yngste medlem på 11 år ble brått syk. I henvisningen ble det beskrevet et tidligere velfungerende, selvstendig og friskt barn. Barnet var aktivt på fritiden og trivdes godt på skolen, både faglig og sosialt. Da familien kom til BUP, møtte vi et barn som på kort tid hadde sluttet å spise, fått omfattende tvangshandlinger samt aggressive utbrudd og separasjonsangst. Foreldrene beskrev at de ikke lenger kjente igjen barnet sitt. Som psykologer i BUP opplevde vi tidlig en kompleksitet i problematikken som skilte seg ut fra det vi vanligvis møtte. Det ble utredet for en rekke hypoteser/tilstander, det ble sett på egenskaper/vansker hos barnet og samspeillet mellom barn og foreldre. Over en periode på halvannet år var pasienten i kontakt med mer enn 14 forskjellige hjelpeinstanser. Det var i møte med familien at vi første gang ble kjent med tilstandene Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections (PANDAS) og Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS).

KONTAKT lina.k.josef@gmail.com

MERKNAD MJ og LJ arbeidet sammen i 2018/19 og var begge i perioder behandlingsansvarlig i saken som beskrives i teksten. Skriftlig samtykke til publisering er innhentet fra foreldre. Kasus navngis som Iben og er et fiktivt navn.

PANS/PANDAS

PANDAS er en akutt tilstand hos barn der det i løpet av ett til to døgn oppstår betydelige tegn på tics eller tvangslidelse. Majoriteten av tilfellene mistenkes å være utløst av eller relatert til GAS-infeksjon (gruppe A streptokokker). Symptomene begynner oftest samtidig med eller innen en til to uker etter infeksjonsutbrudd (Norsk helseinformatikk, 2025).

PANS er en videreutvikling av PANDAS og er et klinisk begrep som blir brukt for å beskrive barn og unge med akutte symptomer på OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) eller spiseforstyrrelse i kombinasjon med andre nevropsykiatriske symptomer, og der man ikke finner annen nevrologisk eller medisinsk forklaring (Frønsdal & Grøvan, 2021). PANS forstås i dag som en underliggende autoimmun tilstand med nevrologiske avvik som gir psykiatriske symptomer. Til forskjell fra PANDAS, hvor den utløsende årsaken er GAS-infeksjon, omfatter de antatte utløsende årsaker ved PANS flere ulike infeksjoner og patogener, men det er den autoimmune tilstanden som er årsaken til de psykiatriske symptomene (Malde, 2020).

PANS/PANDAS varierer i alvorlighetsgrad, og tilstandene kan ha et svingende forløp (Frønsdal & Grøvan, 2021). En studie av LaRusso og Abadía-Barrero (2024) viser at omsorgsbyrden for foreldre til barn med PANS/PANDAS ved første sykdomsutbrudd kan sammenlignes med det pårørende til personer med alzheimer opplever. Omsorgsbyrden målt med Caregiver Burden Inventory ble lavere over tid i behandling (La Russo & Abadía-Barrero, 2024).

Tilstandene PANS/PANDAS er omstridte. Det foreligger per nå ikke tilfredsstillende dokumentasjon av årsak, sykdomsmekanisme eller behandling (Berger et al., 2021). Tema som er oppe til diskusjon i fagmiljøene, er om GAS er årsak til PANDAS, om PANDAS er en autoimmun sykdom, om pasienter skal behandles med medisiner som påvirker immunapparatet, om PANDAS er en undertype av OCD/ticslidelse, eller om det er en egen tilstand (Norsk helseinformatikk, 2025).

Diagnostikk og behandling

Verken PANS eller PANDAS finnes i de etablerte diagnostesystemene (Frønsdal & Grøvan, 2021). Imidlertid har PANS/PANDAS fått ICD-11-kode under autoimmune lidelser (The Children's e-Hospital, 2022; Ubhi et al., 2019). Både PANS og PANDAS skiller mellom barn og unge med brå sykdomsdebut og dem som har en mer gradvis sykdomsutvikling (Gilbert, 2019). For tiden finnes det ingen biomarkører som sikkert kan påvise PANS (Pfeiffer et al., 2021). Det er nylig utarbeidet kartleggingsskjemaer for utredning av PANS/PANDAS (Bernstein et al., 2024; Bleibach et al., 2024).

I behandlingen fokuserer man på å bekjempe infeksjonen, for deretter å behandle den inflammatoriske komponenten og de psykiatriske symptomene (Malde, 2020). Tidlig behandling av PANDAS ved hjelp av antibiotika ser ut til å kunne dempe/reducere de nevropsykiatriske symptomene (Norsk helseinformatikk, 2023). Det er

PANS/PANDAS

- PANDAS er en akutt tilstand hos barn med akutt debut av tics og/eller tvangslidelse, ofte utløst av streptokokkinfeksjon.
- PANS er et bredere klinisk begrep som beskriver akutt debut av OCD eller spiseforstyrrelse kombinert med andre nevropsykiatriske symptomer.
- Tilstandene antas å være immunmedierte, kan ha svingende forløp og innebærer risiko for kroniske symptomer ved manglende behandling.
- Rapporterte tilleggsplager ved PANS er angst/separasjonsangst, emosjonell ustabilitet, depressive symptomer, konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, søvnforstyrrelser, aggresjon, opposisjonell atferd, motoriske og sensoriske vansker og vannlatingsproblemer.
- I noen tilfeller fremkommer gestikulering, voldelige utbrudd og mord- og selvmordstanker.

Kilder: Berger et al., 2021; Frønsdal & Grøvan, 2021; Malde, 2020; Norsk helseinformatikk, 2023; Swedo et al., 2012.

FOREKOMST AV PANS/PANDAS

- PANS/PANDAS regnes som sjeldne tilstander, og prevalensen er usikker som følge av begrenset forskningsgrunnlag.
- PANDAS forekommer hyppigere hos gutter og sees hovedsakelig hos barn i alderen 3–12 år.
- I Norge rapporterer Rikshospitalet en økning i antall henvisninger de siste tre til fire årene, og rundt åtte barn og unge vurderes årlig til å oppfylle kriteriene for tilstanden.
- Internasjonalt viser en kanadisk studie at 84 barn ble diagnostisert med PANS/PANDAS av 2 800 barneleger i løpet av én måned.
- Prevalenstimer varierer, og en studie rapporterer forekomst på 1 av 11 765 barn, men dette anses trolig som et underestimat.

Kilder: Frønsdal & Grøvan, 2021; Goren et al., 2023; Norsk helseinformatikk, 2023; Wald et al., 2023.

gjort få kontrollerte studier på behandling av PANDAS. Anbefalinger er hovedsakelig basert på klinisk erfaring og case-rapporter (Berger et al., 2021). Psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og psykofarmaka er evidensbasert behandling for tvangslidelse og kan være mest aktuelt



ved PANDAS, ettersom de kliniske kjennetegnene ligner tvangslidelse (Berger et al., 2021; Swedo et al., 1998).

Antakeligvis er det en økt risiko for kronisk tics og tvangslidelse ved uoppdaget og ubehandlet PANS/PANDAS (Norsk helseinformatikk, 2023).

Iben 11 år

Iben på 11 år ble henvist til spesialisthelsetjenesten våren 2018. Inntil da hadde Iben vært et sosialt og aktivt barn med god funksjon. Det ble i henvisningen beskrevet vekt-nedgang, restriktivt matinntak og oppatthet av kropp og trening. Symptomene hadde oppstått brått i løpet av noen uker. I første omgang ble henvisningen avvist av inntakstestet ved BUP med anbefaling om videre oppfølging hos helsesykepleier i førstelinjen.

Kort etterpå henviser fastlegen Iben til somatisk barneavdeling. Der har Iben et opphold på en måned for reernæring etter et vekttap på ni kilo. Barneavdelingen reagerer på at Iben har vært i hyppig fysisk aktivitet (også i skjul for omgivelsene), og vurderer treningen som tvangshandlinger. I tillegg rapporterer foreldrene om søvnvansker, personlighetsendring, angst, depressive symptomer, ufrivillig vannlating, irritabilitet, uro, aggresjon, opposisjonell atferd og selvmordstanker. Iben kan slå og spytte foreldrene i ansiktet og har også blitt hypersensitiv for lys og lyd.

På barneavdelingen opprettes det kontakt med CL-team (Consultant Liaison, et spesialisert team som jobber på tvers av fagområdene pediatri og barne- og ungdomspsykiatri) og fagenhet for spiseforstyrrelser. Samtidig opprettes det på nytt kontakt med lokal BUP. Behandlerne på barneavdelingen og fagenhet for spiseforstyrrelser vurderer at Ibens hovedtilstand er restriktiv spiseforstyrrelse.

Fagenheten følger familien tett gjennom høsten, med kontakt opp til flere ganger i uken. Lokal behandler ved BUP henviser samtidig Iben til regionalt OCD-team, men får avslag, da det vurderes at daværende tilstandsbilde er spiseforstyrrelse.

Tilstanden forverrer seg

Utover høsten forverrer Ibens tilstand seg. De fysiske utageringene blir hyppigere, og intensiteten og frekvensen av tvangssymptomene øker. Tvang er ikke bare knyttet til mat, spising og vekt, men fremkommer også i situasjoner som ikke kan kobles til spiseforstyrrelsen, slik som smitte, telling og symmetri. Behandlerne ved BUP betrakter forverringen av utagering og selvmordsutsagn som så alvorlig at de vurderer tvangstiltak, og Iben henvises til akutenheten for ungdom, dette til tross for lav alder. Behandlerne ved BUP ber også om vurdering for å utelukke hjerneorganisk patologi, med fremskyndet MR Caput.

Opphold på akutenhet for ungdom

Iben har i første omgang et to måneder langt opphold på akutenheten. Akutenheten vurderer tilstanden til å være

anoreksi, samt natteskrekk. Iben mottar medikamentell behandling (bl.a. nevroleptika) for søvn, tankekjør, tvangshandlinger og utagerende atferd. Det uttrykkes bekymring for psykotisk utvikling. MR, blodprøver og spinalvæskeundersøkelse blir gjennomført, uten funn. Iben blir henvist til nevrokognitiv utredning, der det blir gjort EEG i våken tilstand og under søvn, i tillegg til utredning ved søvnlaboratorium.

Familien står i en svært krevende situasjon uten en tilfredsstillende forklaring på Ibens alvorlige tilstand. Iben selv gir uttrykk for å få det dårligere av å være innlagt. Foreldre og lokale behandlere er bekymret over konsekvensene av at Iben i en så lav alder er langt borte fra familie og trygge omgivelser (over seks timers kjøretur unna hjemmet). Foreldrene beskriver det som krevende at det er usikkerhet rundt hvordan man kan forstå og behandle Ibens vansker, og lite endring i tilstand. Til tross for manglende svar prøver de ut en periode i hjemmet med tettere oppfølging fra første- og andrelinjen. På grunn av forverring kort tid etter hjemkomst, der man er bekymret for at Iben kan skade seg selv og andre, ser ikke behandlerne på BUP og foreldrene noen annen mulighet enn å henvise på nytt til akutenheten. Iben blir i denne omgang innlagt over en periode på fire måneder. Med bakgrunn i det som oppfattes som sterke vrangforestillinger om mat, kropp og trening, gjennomføres strukturert diagnostisk intervju og observasjon med Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Resultatene gir ikke støtte for psykotisk problematikk, men basert på øvrig informasjon, observasjoner og klinisk bilde vurderer spesialist ved akutenheten at kriteriene for tilstanden F20.3 Udifferensiert schizofreni er oppfylt.

Etter utslag på EEG og søvn-EEG er det mistanke om epilepsi. Etter lengre utredning og behandlingsforsøk ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) finner man imidlertid ut at den epileptiske aktiviteten er en bivirkning av nevroleptika, og tilstanden remitterer etter seponering av medisiner.

Tilbake på poliklinikken

Tilbake på BUP etter oppholdet på akutenheten fremstår diagnosen udifferensiert schizofreni som lite gjenkjennbar for foreldre og behandlere. Behandlerne på BUP opplever ikke Iben som paranoid og vurderer ikke at det foreligger en realitetsbrist i psykotisk forstand, heller ikke en grensepsykotisk fungering. Iben vurderes fortsatt med en anorektisk tilstand med sterk rigiditet og tvangshandlinger, og familien fortsetter å motta behandling ved fagenhet for spiseforstyrrelser, parallelt med oppfølging ved BUP. Iben henvises også for andre gang til regionalt OCD-team, som fortsatt vurderer at Ibens primære lidelse er spiseforstyrrelse. Iben opplever trygg og tillitsfull i kontakten, men er fortsatt unnvikende når man forsøker å ta tak i spiseproblematikken. Fokuset i behandlingen ved BUP er rettet mot tvangssymptomer, da Iben er mest motivert for dette. Iben motsetter seg imidlertid eksponeringsterapi og ønsker kun psykoedukasjon. Iben beskriver at tvangshandlingene hjelper i matsituasjoner og forteller

— Foreldrene rapporterte etter hvert om svekket tillit til hjelpeapparatet

også om en sterk opplevelse av hjelpeløshet i møte med tvangssymptomer. Etablering av behandlingsallianse og utvikling av en mest mulig samstemt forståelse av Ibens tilstand vurderes som særlig viktig etter en langvarig, belastende og til dels skremmende sykdomsperiode preget av betydelig usikkerhet.

Oppfølgingen av Ibens utfordringer samt usikkerhet knyttet til behandling og diagnostikk påvirker familien i stor grad. Foreldrene er i perioder sykemeldte grunnet denne belastningen, den ene forelderen mottar pleiepen-ger over år. I tillegg blir søsken som pårørende fulgt opp av helsevesenet.

Gjennombruddet

Våren 2019 blir Brennpunkt-dokumentaren «Mitt monster» vist på NRK. Tema følges opp på NRK Super-nytt, og Iben ser et innslag om en gutt med diagnosen PANDAS. Gutten forteller at han etter en infeksjon fikk en brå og alvorlig debut av nevropsykologiske symptomer. Både foreldrene og flere behandlere fra ulike hjelpeinstanser ser dokumentaren og kjenner igjen Iben i beskrivelse- ne som kommer frem. Ansvarlig lege ved BUP konfererer med relevante spesialister lokalt og ved Rikshospitalet og henviser Iben til videre utredning for PANS/PANDAS.

Tverrfaglig behandlingsteam ved Rikshospitalet, den instansen i Norge som utreder og behandler for PANS og PANDAS, møter Iben. Etter standardisert utredning konkluderer behandlingsteamet med at Iben har hatt debut av spiseforstyrrelse og tvang etter sannsynlig virus- infeksjon. Iben er i bedring, men har fortsatt omfattende tvangshandlinger, restriktiv spising og separasjonsangst og fyller de kliniske kriteriene for PANS. Det er nå en samlet forståelse rundt Ibens tilstand, og PANS blir satt som hoveddiagnose. I samarbeid med foreldrene beslutter legene ved Rikshospitalet at Iben skal forsøke behandling med den betennelsesdempende medisinen Ibox.

Behandling for PANS

På poliklinikken rapporterer de nå om betydelig symp- tomlette etter oppstart av betennelsesdempende behan- dling. Iben har mestret å kutte ut flere tvangshandlinger, på eget initiativ. Foreldrene ser en positiv utvikling når det kommer til spising, og Iben oppnår en normal vekt. Det er mindre utagering og sinneutbrudd, og Iben utøver ikke lenger vold mot foreldrene. Behandling på poliklinikken

består av foreldreveiledning og polikliniske samtaler med fokus på å komme tilbake til hverdagen etter funksjonstap og langt sykdomsfravær.

I mars 2020 får Iben ørebetennelse og har flere besøk på sykehus under en utenlandsferie. Iben opplever tilba- kefall og økning i PANS-symptomer (endring i humør, søvnvansker, fysisk uro, sinneutbrudd). Foreldrene kontakter Rikshospitalet, og når de er tilbake i Norge, starter Iben på Ibox på nytt. Etter oppstart rapporteres det på nytt om en markant bedring.

Diskusjon

Barn med PANS/PANDAS presenterer et bredt spekter av symptomer det vil være vanskelig å forstå innenfor en vanlig psykiatrisk ramme. Foreldrene har beskrevet sykdomsprosessen og kontakten med helsevesenet som «å være våkne i et levende mareritt». Fortvilte foreldre kan fremstå som svært annerledes under krise, noe som kan medføre at hjelpeapparatet møter dem som en dysfunksjonell familie og mister et bredere utrednings- og behandlingfokus. Da vi møtte Iben og ble presentert for tilstanden første gang, var det overveldende å ta inn over seg kompleksiteten, funksjonstapet og innvirkningen symptomene til Iben hadde på hele familien. Ut fra gjeldende diagnostiske system passet Ibens symptomer best innenfor spiseforstyrrelse og OCD. Iben selv hadde vansker med å kjenne seg igjen i denne forståelsen. I Ibens tilfelle var det hjelpsomt og hensiktsmessig å kunne kalle vanskene for PANS, selv om vi i poliklinikken fortsatte å rette behandlingen mot symptomer på spise- forstyrrelse og OCD.

Mening og tillit

Erfaringen vi fikk fra kontakten med Iben, var at behan- dling ga mer mening når vanskene ble forstått som PANS. Vi har reflektert over hvordan det var for familien å bli møtt av et hjelpeapparat med sterke meninger om barnets sykdomstilstand (som f.eks. schizofreni) og føringer for behandlingstilnærminger, selv da foreldrene sa klart ifra om at de ikke kjente igjen barnet sitt i beskrivelsene. Foreldrene rapporterte etter hvert om svekket tillit til hjelpeapparatet, spesielt etter at medisinsk behandling for schizofreni skapte iatrogene symptomer som krevde ytterligere utredning og behandling.

Iben kom fra en ressurssterk familie som aktivt oppsøkte hjelp og stilte spørsmål ved behandlingen som

ble gitt. Det var familien selv, ikke behandlingsapparatet, som la frem en hypotese som førte til videre utredning og behandling. Familiens kapasitet, ressurser og innsats reiser spørsmål rundt hva som ville vært utfallet dersom Iben hadde kommet fra en familie med mindre ressurser og lavere sosioøkonomisk status.

Tidlig intervensjon

Som vi har beskrevet i kasusgjennomgangen, rapporterte Iben og pårørende en tydelig sammenheng mellom oppstart av medisinsk behandling og markant symptomdempning. Hvilke tiltak som hadde mest effekt, er vanskelig for oss å vurdere, da den medisinske behandlingen ble gitt samtidig med psykoterapi rettet mot OCD-symptomer. Den psykoterapeutiske behandlingen alene kan neppe forklare bedringen hos Iben, siden den ikke inneholdt den mest effektive behandlingskomponenten i OCD-behandling (eksponering med responspreven-sjon) (Ferrando & Selai, 2021).

Vi kan heller ikke utelukke at placeboeffekten spilte en rolle, men Iben hadde mottatt medikamentell behandling tidligere uten at det var beskrevet placeboeffekter. Dette til tross for et like sterkt håp om bedring hos Iben og de pårørende.

Tilstandene PANS/PANDAS er omstridte. Vi mangler sikker kunnskap om årsak, sykdomsmekanismer og behandling (Berger et al., 2021), som er diskutert i fagmiljøene (Norsk helseinformatikk, 2025).

Basert på våre erfaringer med Iben mistenker vi at barn og unge med underliggende PANS/PANDAS har gått glipp av hjelpsomme behandlingsmuligheter grunnet manglende implementering av eksisterende kunnskap om tilstanden. Ettersom PANS/PANDAS kjennetegnes av en rekke symptomer som oftest er assosiert med andre psykiatriske diagnoser, er tilstanden sårbar for feiltolkning innenfor flere spesialiserte deler av helsetjenesten. Det er fortsatt lite kunnskap om PANS/PANDAS i helsevesenet. En revisjon utført i 2018 av The Children's e-Hospital viste at 90 % av fastlegene ikke kjente til tilstanden (The Children's e-Hospital, 2022). Diagnostisering av PANS/PANDAS kan ha stor betydning for den enkelte familie, og hvis ikke Ibens familie selv hadde kommet over informasjon om tilstanden, er det nærliggende å tro at tilfriskningen ville ha tatt lengre tid, og i verste fall ført til kroniske plager.

Ut fra det vi vet om PANS/PANDAS, mener vi at tidlig intervensjon fremstår like viktig som ved andre alvorlige tilstander der det er risiko for kroniske nevrologiske utfall og funksjonsnedsettelse, dersom tilstanden ikke behandles tidlig i forløpet.

Samtidig som det er viktig å fange opp barn som er rammet av PANS/PANDAS, må man utvise forsiktighet på grunn av mangelen på evidens som støtter behandlingsanbefalinger, spesielt når det gjelder immunmodulering. Gilbert et al. (2018) anbefaler ikke at denne behandlingen gjennomføres som standard praksis, da dette kan føre til ineffektive, mulig toksiske og langsiktige forløp. Siden prevalensen for tilstandene er lav, er det også viktig at en screening har høy sensitivitet for å unngå

falske positive. Ettersom brå debut av andre psykiske symptomer er forholdsvis sjelden og en mulig markør for PANS/PANDAS, tenker vi at økt kunnskap om sammenheng mellom brå debut og mulig PANS/PANDAS kan være en viktig hjelp for å raskere kunne identifisere, forstå og behandle barn med denne tilstanden. 📌

REFERANSER

- Berger, M. F., Aarli, Å. & Griffiths, S. T. (2021). PANDAS: behov for nasjonale retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(11), 948–957. <https://doi.org/10.52734/5Tfiz496>
- Bernstein, G. A., Khan, M. H., Freese, R. L., Manko, C., Silverman, M., Ahmed, S., Farhadian, B., Ma, M., Thienemann, M., Murphy, T. K. & Frankovich, J. (2024). Psychometric Properties of the PANS 31-Item Symptom Rating Scale. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 34(3), 157–162. <https://doi.org/10.1089/cap.2023.0088>
- Bleibach, A., Sørensen, C. B., Skov, L., Christensen, K. B. & Debes, N. M. (2024). Reliability and validity of a newly developed PANS/PANDAS questionnaire. *European Journal of Pediatric Neurology*, 52, 109–130. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2024.07.008>
- Children's e-Hospital. (2022, 18. april). PANDAS. PANDAS: A Treatable Condition - The Children's e-Hospital. <https://www.e-hospital.co.uk/resources/pandas/>
- Ferrando, C. & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100684>
- Frønsdal, K. B. & Grøvan, A. (2021). *Behandling med intravenøs immunoglobulin ved PANS/PANDAS-tilstandene hos barn* (Rapport). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/behandling-med-intravenos-immunoglobulin-ved-pans-pandas-tilstandene-hos-barn-rapport-2021.pdf>
- Gilbert, D. L. (2019). Inflammation in Tic Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Are PANS and PANDAS a Path Forward? *Journal of Child Neurology*, 34(10), 598–611. <https://doi.org/10.1177/0883073819848635>
- Gilbert, D. L., Mink, J. W. & Singer, H. S. (2018). A Pediatric Neurology Perspective on Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection and Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 199, 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.04.035>
- Goren, R., Shouldice, M. & Kronenberg, S. (2023). 89 Frequency and Impact of PANDAS/PANS Diagnosis in Canada. *Paediatrics and Child Health*, 2(Suppl. 1), e41–e42. <https://doi.org/10.1093/pch/pxado55.089>
- LaRusso, M. D & Abadia-Barrero, C. (2024). Developmental Impacts of PANS/PANDAS and Inadequate Support for Children and Families. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01723-0>
- Malde, A. (2020). PANS og PANDAS. *Hvordan legge opp det barnepsykiatriske bidraget i tverrfaglig vurdering og behandlingsevaluering?* (Prosjektoppgave). Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Norsk helseinformatikk. (u.å.). PANDAS. Hentet 6. mai 2025 fra <https://nh.no/sykdommer/barn/ulike-sykdommer/pandas>
- Pfeiffer, H. C. V., Wickstrom, R., Skov, L., Sørensen, C. B., Sandvig, I., Gjone, I. H., Ygberg, S., de Visscher, C., Nordstrom, S. I., Herner, L. B., Hesselmark, E., Hedderly, T., Lim, M. & Debes, N. M. (2021). Clinical guidance for diagnosis and management of suspected Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome in the Nordic countries. *Acta Paediatrica*, 110(12), 3153–3160. <https://doi.org/10.1111/apa.15875>
- Swedo, S. E., Leckman, J. F. & Rose, N. R. (2012). From research subgroup to clinical syndrome: Modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome). *Pediatrics & Therapeutics*, 2(2). <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., Dow, S., Zamkoff, J., Dubbert, B. K. & Lougee, L. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 264–271. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.264>
- Ubhi, T. U., Chmelova, K. C., Brattan, S. B., Curran, A. C., Gupta, R. G. & Lim, M. L. (2019). G125(P) Paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus (PANDAS) and paediatric autoimmune neuropsychiatric syndrome (PANS) – current practice in the uk. *Archives of Disease in Childhood*, 104, A51. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-rcpch.121121>
- Wald, E. R., Eickhoff, J., Flood, G. E., Heinz, M. V., Liu, D., Agrawal, A., Morse, R. P., Raney, V. M., Veerapandian, A. & Madan, J. C. (2023). Estimate of the incidence of PANDAS and PANS in 3 primary care populations. *Frontiers in Pediatrics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1170379>

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Psykologer om den sjeldne diagnosen: - Vi kjente at vi ikke strakk til

Teorien er at immunresponser noen ganger kan forklare brå og alvorlig psykisk sykdom hos barn. Men evidensen er mangelfull. Det samme er helsetjenestenes kunnskap om diagnosen.

Lina Kristin Josefsson hadde jobbet omtrent et halvt år i barne- og ungdomspsykiatrien da hun fikk pasienten med den ekstraordinære tilstanden. Det tidligere aktive og glade barnet hadde som lyn fra klar himmel sluttet å spise, blitt aggressiv og utviklet tvangshandlinger og separasjonsangst.

Josefsson sier problemet fremsto for henne som en spiseforstyrrelse, en tilstand hun var erfaren med å behandle.

– Jeg gikk inn med god selvtillit. Det endret seg ganske fort.

Etter halvannet år i helsevesenet og kontakt med 14 hjelpeinstanser fikk barnet til slutt diagnosen Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS). Paraplydiagnosen beskriver barn som plutselig får alvorlige symptomer på tvang eller restriktiv spiseforstyrrelse – i tillegg til andre symptomer – uten en medisinsk eller nevrologisk forklaring som lar seg bekrefte med objektive mål.

Forskergruppen som først foreslo diagnosen, står også bak teorien om at en immunrespons kan forklare sykdommen (Swedo et al., 2012). I samsvar med teorien opplever noen



FOTO PRIVAT

VILLREDE Lina Kristin Josefsson og Mia Kristin Stensland Jørgensen sier de manglet riktig verktøy i møtet med pasienten Iben.

barn – som pasienten til Josefsson – bedring etter betennelsesdempende behandling. Men en rekke usikkerhetsmomenter gjør diagnosen komplisert og forskningen flertydig.

I en ny artikkel i Psykologtidsskriftet (Jørgensen et al., 2026) beskriver Josefsson og to andre psykologer deres kliniske erfaringer med pasienten som de har gitt pseudonymet Iben.

Blindveier gjorde vondt verre

Foreldrene til Iben beskriver utviklingen av sykdommen og den kronglete ferden gjennom helsevesenet som å være våken i et mareritt (Jørgensen et al., 2026). Josefsson og medforfatter Mia Kristin Stensland Jørgensen forteller at de følte at de ikke strakk til som klinikere. De hadde ikke hørt om PANS.

– Vi skiftet stadig spor og havnet alltid tilbake på null, sier Jørgensen, som tok over ansvaret for Iben da Josefsson gikk ut i foreldrepermisjon.

Når psykologene og familien søkte hjelp fra fagfolk andre steder, fikk de avslag om og om igjen. Mange av instansene ønsket seg symptombilder som var lett å gjenkjenne, sier Jørgensen. Hun sammenlikner situasjonen med fortellingen om elefanten og de blinde mennene.

I fortellingen treffer en gruppe blinde menn på en elefant. Ingen av dem vet hva en elefant er, og hver mann kjenner kun på én del av dyret. Dermed påstår hver av dem at elefanten er noe forskjellig. For eksempel påstår mannen som berører snabelen, at elefanten er en slange, mens han som berører halen, påstår at elefanten er et tau.

– Ingen av instansene så hele bildet, oppsummerer Jørgensen.

Diagnosekriteriene varierer

To av fagfolkene i Norge som kan mest om PANS, er Linn Breen Herner og Marianne Ullestad Huun ved



RETNING Linn Breen Herner og Marianne Ullestad Huun er medlemmer av et tverrfaglig PANS/PANDAS-team ved Rikshospitalet.

Rikshospitalet. Herner er psykologspesialist ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus og har jobbet på Barne- og ungdomsklinikken siden 2009. Huun er overlege ved Barneavdeling for nevrofag.

Begge sitter i et team ved sykehuset som siden 2019 har vurdert og fulgt opp pasienter med mistenkt PANS eller undergruppen Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric disorders associated with Streptococcal infections (PANDAS). I tillegg har teamet bidratt i arbeidet med nordiske retningslinjer for diagnostisering og behandling av PANS og PANDAS. Herner og Huun forklarer at forskjellige utfordringer gjør vurdering og forskning på behandling av tilstanden vanskelig, og refererer til de nordiske retningslinjene (Pfeiffer et al., 2021) og nyere amerikanske retningslinjer (American Academy of Pediatrics, Board of Directors, 2025).

For det første er det ingen biomarkør spesifikt for PANS eller PANDAS, og det mangler evidens for sykdomsmekanismene som kan forklare tilstanden. For det andre overlapper symptombildet i stor grad med andre diagnoser, for eksempel tvangs- og angstlidelser.

Ulike fagmiljøer tolker diagnosekriteriene ulikt, som gjør forskning på behandling av PANS utfordrende. Samme behandling hos pasienter som har vesentlig forskjellige tilstander, kan føre til vesentlig forskjellige utfall. At det mangler konsensus om diagnosekriteriene, kombinert med at tilstanden er sjelden, gjør det vanskelig å organisere store studier.

Kunnskap mangler

PANS synliggjør utfordringene helsevesenet har med å se helse i et helhetlig perspektiv, og å samhandle på tvers av instanser.

For å unngå at pasienter som lben må vente unødvendig lenge på hjelpen de trenger, sier Huun og Herner at det kreves et kunnskapsløft om PANS og PANDAS både i psykisk helsevern og i somatikken – for eksempel på fastlegekontorene og ved legevakten, hvor mistanke om tilstanden kan dukke opp først.

Herner og Huun understreker at teamet ved Rikshospitalet ikke er en nasjonal instans for behandling, men kan gi råd ved spørsmål og mistanke om PANS og PANDAS. Mistanke om PANS eller PANDAS nødvendiggjør utredning av både somatiske og psykiske symptomer, legger de til.

Josefsson og Jørgensen forteller at de har møtt både skepsis og nysgjerrighet om PANS – og at begge typer reaksjoner motiverte dem til å skrive artikkelen. De to medforfatterne uttrykker bekymring for at familier kan gå glipp av muligheten til å avklare om barnet har en infeksjon som kan forklare symptomene, på grunn av den begrensede kunnskapen om

PANS i tjenestene. I tillegg advarer de to mot å anta at barnets symptomer er uttrykk for familiesituasjonen. Foreldre kan fremstå dysfunksjonelle når barnet deres på kort tid har blitt alvorlig sykt. Som Jørgensen sier:

- Det er fort gjort å gå inn i stereotypisk tenkning. 🧠

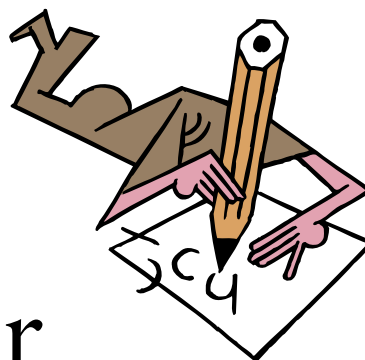
REFERANSER

- American Academy of Pediatrics, Board of Directors. (2025). Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS): Clinical Report. *Pediatrics*, 155(3), e2024070334. <https://www.doi.org/10.1542/peds.2024-070334>
- Jørgensen, M. K. S., Josefsson, L. K. & Jensen, T. M. (2026). Akutt oppståtte nevropsykiatriske symptomer hos barn: en kasuistikk fra BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(5), 288-293. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso5ae-Akutt-oppstatte-nevropsykiatriske-symptomer-hos-barn-en-kasuistikk-fra-BUP>
- Pfeiffer, H. C. V., Wickstrom, R., Skov, L., Sørensen, C. B., Sandvig, I., Gjone, I. H., Ygberg, S., de Visscher, C., Idring Nordstrom, S., Herner, L. B., Hesselmark, E., Hedderly, T., Lim, M. & Debes, N. M. (2021). Clinical guidance for diagnosis and management of suspected Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome in the Nordic countries. *Acta Paediatrica*, 110(12), 3153-3160. <https://doi.org/10.1111/apa.15875>
- Swedo, S. E., Leckman, J. F. & Rose, N. R. (2012). From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). *Pediatrics & Therapeutics*, 2(113). <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>



BRUDDSTYKKER Som i fortellingen om de blinde mennene og elefanten kan fagfolk mangle et helhetlig perspektiv på pasienter med psykosomatiske sykdommer.

TEKST Magnus Nordmo
Universitetet i Sørøst-Norge



Utfordringer for dysleksidiagnosen

Diagnosen er i en legitimitetskrise, der manglende enighet om kriteriene åpner for sosiale ulikheter i tilrettelegging.

Dysleksibetegnelsen har en sentral plass i dagens skole og samfunn ved å danne grunnlag for rettigheter til tilrettelegging og ressursfordeling. Tross bred faglig enighet om at dysleksi kjennetegnes av vedvarende funksjonelle vansker i lesing og skriving, mangler feltet konsensus om hva dysleksi i bunn og grunn er (Carroll et al., 2025; Metsala et al., 2026). Kjernen i spenningsfeltet ligger i hvordan man skal avgrense dysleksi som en «uventet» svekkelse i kontrast til personens øvrige kognitive evneprofil, og hvordan dette skillet kan rettferdiggjøres gitt den naturlige variasjonen man finner i kognitive ferdigheter.

I artikkelen gjør jeg rede for den vitenskapelige bakgrunnen for hvordan man forstår dysleksi, med et særlig blikk på overgangen fra den klassiske intelligens–diskrepans-modellen til dagens mer skjønnsmessige definisjoner. Videre belyser jeg utfordringene som oppstår når diagnostiske kriterier ikke lenger operasjonaliseres gjennom terskelverdier, og hvordan det kan påvirke konsistensen i utredningspraksis. Med utgangspunkt i forskning på sosioøkono-

KONTAKT magnus.nordmo@usn.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til professor Monica Melby-Lervåg for kommentaren på et tidligere utkast av denne artikkelen.

miske faktorerens betydning for pedagogisk praksis drøfter jeg hvordan fraværet av entydige grenser reiser viktige spørsmål om rettferdig ressursfordeling og rettssikkerhet i utdanningssystemet. Jeg drøfter avslutningsvis tre mulige retninger for feltets videre utvikling: et økt søkelys på klinisk nytteverdi fremfor dysleksidiagnosen, en mer kompleks nevrovitenskapelig forklaringsmodell, eller en videreføring av dysleksi som en pragmatisk sosial kategori.

Naturlig variasjon i kognitive evner

For å forstå hvordan spesifikke og generelle kognitive evner brukes til å definere dysleksi, må man se på hvordan mentale funksjoner systematisk samvarierer og fordeler seg i befolkningen. Med kognitive evner menes ulike mentale funksjoner som språk, hukommelse, resonnering og prosesseringshastighet – altså ulike sider av hva hjernen kan gjøre. Et av psykologiens mest robuste funn er at kognitive evner samvarierer (Van Der Maas et al., 2006). Elever som skårer høyt på én type kognitiv ferdighet, har i gjennomsnitt også en tendens til å skåre høyt på andre, og tilsvarende for elever som skårer lavere. Elever som er gode i matematikk, er for eksempel gjennomsnittlig også gode i andre teoretiske fag, og vice versa (Roth et al., 2015).

Når kognitive evner studeres i befolkningen, følger de en normalfordeling, der de fleste elever befinner seg rundt gjennomsnittet, og færre skårer svært høyt eller svært lavt. Fordelingen representerer vanlig menneskelig variasjon, med en prinsipiell forskjell mellom normal kognitiv variasjon og dysleksi som nevroutviklingsforstyrrelse. Dette skillet innebærer at dysleksi ikke forstås som en generell kognitiv svakhet, men som et spesifikt og uventet avvik i lese- og skriveferdigheter sammenlignet med individets øvrige evneprofil, kjennetegnet av funksjonelle svakheter i de nevralt systemene som understøtter spesifikke ferdigheter, som ordavkodning (Sleeman et al., 2022).

Gjennomsnittlig eller lavt kognitivt evnenivå

Diskusjonen om det spesifikke og uventede avviket i lese- og skriveferdigheter i dysleksifeltet har stått sentralt i feltet over flere tiår som spørsmålet om intelligens–diskrepans (Snowling et al., 2020). I denne sammenhengen dreier det seg om at individet med dysleksi sine faktiske prestasjoner i lesing og skriving ligger vesentlig under det nivået man ville forventet ut fra vedkommendes generelle evnenivå. Den spesifikke kognitive svekkelsen ble senere

formalisert i den klassiske intelligens–diskrepans-modellen, som definerte dysleksi som lese- og skrivevansker i kontrast til et ellers normalt eller høyt generelt evnenivå, operasjonalisert gjennom et betydelig avvik mellom IQ og leseferdigheter (Snowling et al., 2020). Tankegangen var at man ved å påvise et statistisk signifikant gap mellom IQ og leseferdigheter kunne identifisere en «ren» form for spesifikke lærevansker, og dermed utelukke at vanskene skyldtes generelle kognitive begrensninger.

Intelligens–diskrepans-modellen møter i dag bred motstand blant dysleksiforskere, praktikere og interessegrupper (Carroll et al., 2025; Gibbs & Elliott, 2020). For det første utelater den systematisk elever med reelle og vedvarende lesevansker som også har et lavere generelt evnenivå. For det andre viser forskning at strukturert leseopplæring er like effektiv uavhengig av om det kun er lese- og skriveferdighetene som er unikt svekkede (Stuebing et al., 2009). Ut ifra et likebehandlingsprinsipp fremstår det dermed som dypt problematisk å prioritere elever med høyt evnenivå foran elever med svakere kognitive evner, all den tid behovet for lesestøtte er like reelt hos begge grupper, og leseopplæring fungerer like effektivt uavhengig av evnediskrepansen.

Uklart hvem som har dysleksi

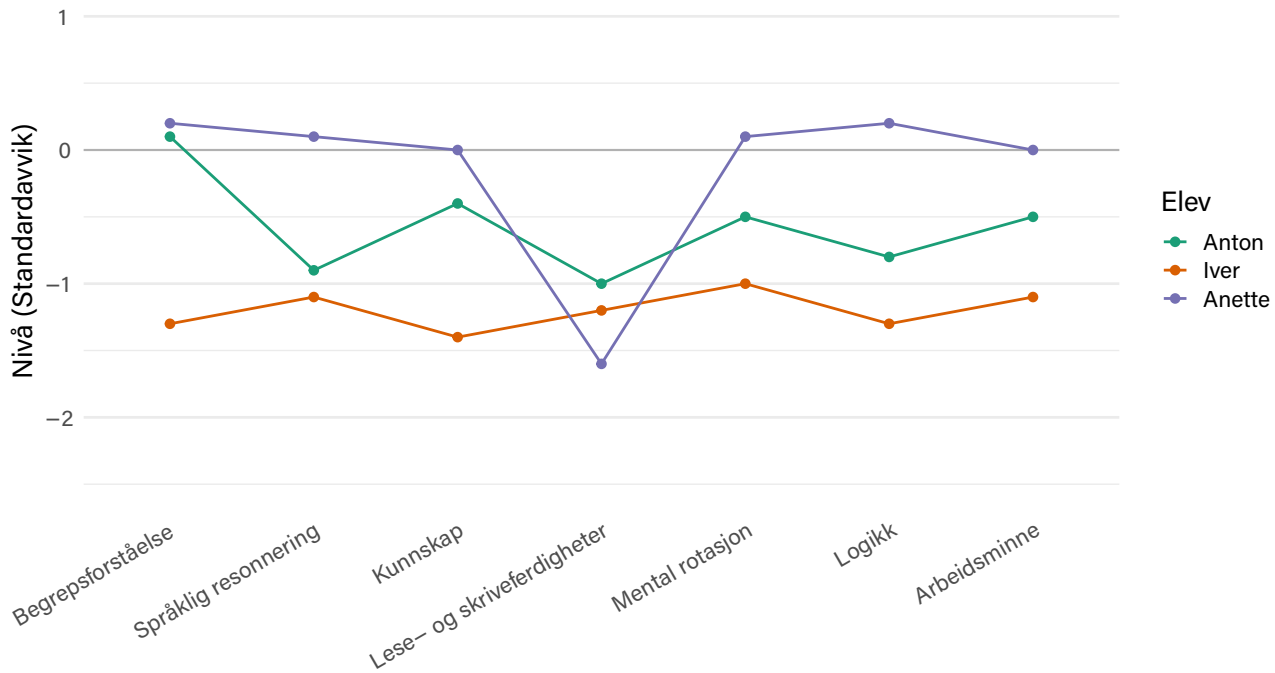
Etter det eksplisitte kravet om en intelligens–diskrepans ble forlatt, har man i økende grad tatt i bruk «mykere» begreper, der vurderingen overlates mer til utreders skjønn. Her blir begreper som spesifisitet eller kontrast til øvrig evnenivå implisert språklig uten at de operasjonaliseres gjennom terskler (se Tabell 1). Dette perspektivet kommer til uttrykk både i ICD-11 (American Psychological Association, 2013), der dysleksi beskrives som en «utviklingsmessig læringsforstyrrelse» (*developmental learning disorder*), og i DSM-5 (WHO, 2018), som en «spesifikk læringsvanske» (*specific learning disorder*). I begge diagnosemanualene beskrives dysleksi som en spesifikk kognitiv svekkelse, uten å gå nærmere inn på forholdet mellom de generelle og spesifikke kognitive evnene. Den mykere forståelsen understøttes også av en nyere ekspertkonsensusprosess (Carroll et al., 2025), der et bredt panel av forskere, praktikere og interessegrupper ble enige om at dysleksi eksisterer på et kontinuum uten klare grenseverdier. Et tydelig avvik fra den mykere begrepsbruken finner man i definisjonene til den internasjonale dysleksiforeningen, der man har fjernet henvisning til generelle kognitive evner fullstendig, men

TABELL 1

Ulike definisjoner av dysleksi

Det eksplisitte diskrepanskriteriet	Ekspertkonsensus (Carroll et al., 2025)	Statped (2026)	International Dyslexia Association
Normalt evnenivå (IQ > 85) og leseferdigheter minst 1.5 standardavvik under gjennomsnittet	Ved dysleksi er noen eller alle aspekter ved lese- og skriveferdigheter svake i forhold til alder, ordinær undervisning og opplæring, og i kontrast til personens øvrige ferdighetsnivå.	Dysleksi betegner en spesifikk vanske med å lære effektivt ordavkodning, som ikke kan forklares fullt ut av svakt evnenivå, syns- eller hørselsvansker.	Dysleksi er en spesifikk lærevanske som gjør det vanskelig å tilegne seg funksjonell lese- og skriveferdighet.

Merknad. Utdrag med min oversettelse.



beholder søkelyset på at dysleksi er en «spesifikk lærevanse» (International Dyslexia Association, 2025).

Utfordringen med en mindre streng operasjonalisering kan illustreres ved Figur 1, som viser tre elever med sammenlignbare lese- og skrivevansker, men ulike kognitive profiler. Mens Anette har et stabilt evnenivå, viser Iver generelle kognitive svakheter, og Anton et ujevnt funksjonsmønster. Med utgangspunkt i det klassiske diskrepanskriteriet er det kun Anette som kvalifiserer for en dysleksidiagnose, da hun er den eneste med et tydelig gap mellom kognitive evner og lese- og skriveferdigheter. De alternative definisjonene gir ingen tydelig inndeling i slike gråsonetilfeller, som medfører at den diagnostiske konklusjonen i stor grad forskyves fra objektive terskelverdier til en helhetlig og skjønsmessig veiing av andre forhold.

En lignende logikk finnes i Simple View of Reading (Hoover, 2024), en teoretisk modell som fremhever at lesing er produktet av ordavkodning pluss språkforståelse. Her defineres dysleksi som en spesifikk svikt i avkodning hos elever med ellers normal språkforståelse. Utfordringen er at denne «rene» profilen kun gjelder en liten minoritet; de fleste elever med lesevansker har svakheter på begge områder (Sleeman et al., 2022; Snowling et al., 2020). En slik utbredt samvariasjon er som forventet, gitt at kognitive ferdigheter normalt sett følger hverandre i befolkningen.

Dysleksidiagnosen kan følge sosial bakgrunn

Når sentrale begreper som spesifisitet ikke er klart operasjonalisert, blir vurderingene i stor grad overlatt til faglig skjønn, som gir rom for tilfeldig variasjon. Det illustreres tydelig i en unik analyse av Gunnerud (2012), som viste at

fagansatte i norske PPT-kontor hadde en splittet praksis for vurdering av kognitive evner i dysleksiutredninger: Omtrent to tredjedeler mente at normale, eller bedre, kognitive evner var et nødvendig kriterium for å bruke dysleksibetegnelsen, mens den siste tredjedelen ikke tillot dette vekt.

Når avgrensningen av dysleksi i stor grad beror på implisitte forståelser og faglig skjønn, øker sannsynligheten for at diagnostisering påvirkes av foreldres ressurser, språk og systemkompetanse. Foreldre som har kunnskap om kriterier, tilgang til private utredninger eller evne til å argumentere for spesifikke tolkninger av barnets fungering, står sterkere i møte med et uklart system. I studier fra Storbritannia ser man at barn fra høyere sosiale lag har høyere sannsynlighet for å motta dysleksimerkelappen, der diagnosene ser ut til å følge sosial bakgrunn snarere enn objektive mål på lese- og skrivevansker (Knight et al., 2025; Knight & Crick, 2021). Forfatterne påpeker at dette i siste instans truer utdanningssystemets moralske integritet; når tilgangen på avgjørende støttetiltak som ekstra tid ved eksamen blir avhengig av foreldrenes økonomiske kapital, fungerer dysleksimerkelappen som en driver for økte sosiale forskjeller fremfor å være et verktøy for rettferdig inkludering.

I en norsk kontekst ser man betydelig variasjon i innhold og tildeling i spesialundervisningen, der lokale faktorer og profesjonelt skjønn ofte veier tyngre enn elevens objektive behov (Haug, 2024). Variasjonen preger også rettssikkerheten for elever med behov for tilrettelegging, som er karakterisert av geografisk variasjon og ujevn praksis i klagebehandlingen hos statsforvalterne (Utdanningsdirektoratet, 2026). Rapporten fra Utdanningsdirektoratet viser også at ressurssterke foreldre i større grad har kapasitet til å initiere klagesaker når

rettighetene ikke innfris. Hvordan skjevfordelingen i spesialundervisning og rettssikkerhet slår ut spesifikt når det gjelder dysleksimerkelappen, er uklart, og det er utvilsomt et behov for mer kartlegging av norsk praksis.

Kanskje dysleksibetegnelsen må ut

Analysen presentert i denne teksten tydeliggjør at dysleksibetegnelsen står i en vedvarende legitimitetskrise. Når «spesifisitet» ikke lenger operasjonaliseres gjennom objektive terskler, blir beslutningen tatt på bakgrunn av individuelt skjønn, som kan skape økte sosiale forskjeller. Hvordan man skal balansere hensyn til tydelig operasjonalisering og den praktiske beslutningshverdagen i spesialisthelsetjenesten, er det fremdeles liten enighet om (Carroll et al., 2025; Metsala et al., 2026). Balanseringen mellom ulike hensyn vil også kunne avgjøre hvilken prinsipiell retning feltet vil utvikle seg i, der jeg mener det særlig er tre alternativer: 1) et større søkelys på klinisk nytteverdi enn dysleksidiagnose, 2) en mer vitenskapelig nøyaktig forklaringsmodell, eller 3) å beholde dysleksi som en praktisk merkelapp.

Et skifte bort fra merkelapp, mot klinisk nytteverdi

Et radikalt alternativ er å avvike dysleksi som en særskilt kategori til fordel for en ren funksjonell tilnærming. Elliott og Grigorenko (2024) argumenterer for at dysleksibetegnelsen mangler «klinisk nytteverdi» fordi den ikke gir føringer for intervensjoner som skiller seg fra andre former for lesestøtte. I praksis argumenterer forskerne for at enhver elev med utilstrekkelig lese- og skriveutvikling burde ha krav på støtte. Ved å flytte oppmerksomheten vekk fra diagnostiske overveielser og over til en behovsbasert ressursfordeling fjerner man også behovet for å tolke skjønsmessige kriterier, som i teorien vil kunne dempe potensiell sosioøkonomisk skjevfordeling.

En multidimensjonal forklaringsmodell

Et annet alternativ er å beholde dysleksibetegnelsen, men erstatte den enkle diskrepansforståelsen med mer komplekse, vitenskapelige rammeverk. En slik tilnærming ville innebære at utredninger må kartlegge et bredere spekter av nevralt systemer (f.eks. fonologisk prosessering, benevningshastighet og arbeidsminne) for å identifisere en spesifikk kognitiv profil. Penningtons (2006) «Multiple Deficit Model» og det moderne transdiagnostiske perspektivet på nevroutviklingsforstyrrelser (Astle et al., 2022) påpeker at dysleksi er resultatet av flere interagerende kognitive og biologiske risikofaktorer. En presis nevrovitenskapelig forankring gjør forklaringsmodellen mer nøyaktig, men man trenger en betydelig kompetanseheving i PPT og andre kliniske miljøer og klinikere skal tolke disse

profilene på en konsistent måte. Spørsmålet er om en slik kostbar kompetanseheving er realistisk, eller om det medfører noen faktisk endring i praksis.

Den pragmatiske merkelappen

Det tredje alternativet er å beholde dagens situasjon, men anerkjenne dysleksibetegnelsen som en sosial og identitetsmessig konstruksjon snarere enn en biologisk avgrenset enhet. Snowling et al. (2020) peker på at selv om grensene er flytende, har merkelappen stor betydning for individets selvforståelse og emosjonelle mestring. I dette tredje scenarioet fungerer dysleksi som en «institusjonell snarvei» som gir anerkjennelse for et reelt strev, selv om den vitenskapelige avgrensningen forblir uklar. Risikoen ved et slikt spor er at vi opprettholder et system som i realiteten styres av ulik grad av systemkompetanse og foreldrenes påvirkningskraft.



Veien videre

Veien videre reiser fundamentale spørsmål om dysleksibetegnelsens fremtidige rolle, og om den primært skal fungere som en vitenskapelig kategori, en rettighetsnøkkel eller en sosial identitetsmarkør. Valgene som tas i utforming av fremtidens spesialpedagogiske praksis, vil ha stor betydning for hvordan man balanserer hensynet til operasjonell tydelighet mot målet om en behovsbasert og rettferdig ressursfordeling. En sentral utfordring for feltet blir å utvikle rammeverk som sikrer støttetiltak for elevene med størst behov, samtidig som man minimerer risikoen for at sosioøkonomiske faktorer og skjønnsmessige vurderinger fører til utilsiktet variasjon i tilgangen på hjelp. Ψ

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Fifth edition, ed.). American Psychiatric Association.
- Astle, D. E., Holmes, J., Kievit, R. & Gathercole, S. E. (2022). Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 397–417. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13481>
- Carroll, J. M., Holden, C., Kirby, P., Thompson, P. A., Snowling, M. J. & the Dyslexia Delphi Panel. (2025). Toward a consensus on dyslexia: Findings from a Delphi study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(7), 1065–1076. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14123>
- Elliott, J. G. & Grigorenko, E. L. (2024). *The Dyslexia Debate Revisited* (1. utg.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009083140>
- Gibbs, S. J. & Elliott, J. G. (2020). The dyslexia debate: Life without the label. *Oxford Review of Education*, 46(4), 487–500. <https://doi.org/10.1080/03054985.2020.1747419>
- Gunnerud, H. S. (2012). *Hva er dysleksi egentlig: En spørreundersøkelse om PP-rådgiveres forståelse og bruk av begrepet dysleksi* [Upublisert Mastergrad]. Universitetet i Oslo.
- Haug, P. (2024). 30 år med inkluderende opplæring i norsk skole. *Paideia*, 28, 15–24.
- Hoover, W. A. (2024). The simple view of reading and its broad types of reading difficulties. *Reading and Writing*, 37(9), 2277–2298. <https://doi.org/10.1007/s11145-023-10471-x>
- International Dyslexia Association. (2025). 2025 *Dyslexia Definition Project*. International Dyslexia Association. <https://dyslexiaid.org/2025-dyslexia-definition-project/>
- Knight, C. & Crick, T. (2021). The assignment and distribution of the dyslexia label: Using the UK Millennium Cohort Study to investigate the socio-demographic predictors of the dyslexia label in England and Wales. *PLOS ONE*, 16(8), e0256114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256114>
- Knight, C., Lowthian, E., Jenks, E., Jones, C., Crick, T. & Rees, S. (2025). The relationship between dyslexia, autism, and academic outcomes: Longitudinal analysis of population-level education and health data. *Oxford Review of Education*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/03054985.2025.2590464>
- Metsala, J. L., Siegel, L. S., Hurford, D. P. & Ozier, M. R. (2026). Consensus Without Clarity for Dyslexia Identification: A Commentary on Holden et al. *Dyslexia*, 32(1), e70019. <https://doi.org/10.1002/dys.70019>
- Pennington, B. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 385–413. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.04.008>
- Roth, B., Becker, N., Romeyke, S., Schäfer, S., Domnick, F. & Spinath, F. M. (2015). Intelligence and school grades: A meta-analysis. *Intelligence*, 53, 118–137. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2015.09.002>
- Sleeman, M., Everatt, J., Arrow, A. & Denston, A. (2022). The identification and classification of struggling readers based on the simple view of reading. *Dyslexia*, 28(3), 256–275. <https://doi.org/10.1002/dys.1719>
- Snowling, M. J., Hulme, C. & Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia: Past, present and future. *Oxford Review of Education*, 46(4), 501–513. <https://doi.org/10.1080/03054985.2020.1765756>
- Statped. (2026, 3. mars). *Lese- og skrivevansker*. <https://www.statped.no/tiltak-og-tilrettelegging/sprak-og-kommunikasjonsvansker/lese-og-skrivevansker/#faq-item>
- Stuebing, K. K., Barth, A. E., Molfese, P. J., Weiss, B. & Fletcher, J. M. (2009). IQ is Not Strongly Related to Response to Reading Instruction: A Meta-Analytic Interpretation. *Exceptional Children*, 76(1), 31–51. <https://doi.org/10.1177/001440290907600102>
- Utdanningsdirektoratet. (2026, 3. mars). *Svar på oppdrag nr. 2025-01 (del 1 og del 4): Kunnskap, status og tiltak for å sikre bedre tidlig innsats, tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging*. <https://www.udir.no/om-udir/udirs-svar-pa-oppdrag-fra-kunnskapsdepartementet/svar-pa-oppdrag-nr.-2025-01-del-1-og-del-4-kunnskap-status-og-tiltak-for-a-sikre-bedre-tidlig-innsats-tilpasset-opplaring-og-individuell-tilrettelegging>
- Van Der Maas, H. L. J., Dolan, C. V., Grasman, R. P. P., Wicherts, J. M., Huizenga, H. M. & Raijmakers, M. E. J. (2006). A dynamical model of general intelligence: The positive manifold of intelligence by mutualism. *Psychological Review*, 113(4), 842–861. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.113.4.842>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11: International classification of diseases*. <https://icd.who.int/>

TEKST Erik Winther Skogli
Psykisk helse- og rusklinikk,
Sykehuset Innlandet HF;
Institutt for psykologi,
Universitetet i Innlandet

Merete Glenne Øie
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo;
Forskningsavdelingen,
Sykehuset Innlandet HF

Livet blir bedre for barn og ungdom med ADHD eller autisme

OMTALT PROSJEKT

The Lillehammer Neurodevelopmental Follow-Up Study (LINEUP-studien). Forskningsprosjekt ved Sykehuset Innlandet i samarbeid med Universitetet i Oslo og Universitetet i Innlandet.

KONTAKT erik.skogli@inn.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

En longitudinell studie viser at mange ikke lenger oppfyller diagnosekriteriene etter ti år.

Vi vet for lite om prognosene til barn og ungdom med nevroutviklingsforstyrrelser, og hvilke mål som bør prioriteres i behandling og oppfølging. Er det symptomnivået knyttet til ADHD eller autisme som bestemmer langtidsutfallet, eller er de psykiske tilleggsvanskene mest avgjørende? Bør vi legge mer vekt på hverdagsfunksjon, og hvordan skal vi tilrettelegge for de kognitive vanskene i oppfølgingen av barn og ungdom med nevroutviklingsforstyrrelser?

For å svare på disse spørsmålene har vi og vår forskergruppe fulgt en kohort av barn og ungdom diagnostisert med ADHD eller autisme over en periode på ti år. Formålet med studien var å kartlegge kognitiv utvikling, psykisk helse og daglig fungering, med særlig vekt på hvilke faktorer i barne-

og ungdomsalder som henger sterkest sammen med funksjonsnivå, psykisk helse og livskvalitet i voksenlivet. Resultatene tyder på at livet blir bedre for mange av deltagerne etter hvert som de blir eldre. Symptomtrykket avtar, og mange opplever bedret livskvalitet. Noen utfordringer vedvarer imidlertid inn i voksen alder, spesielt problemer med eksekutive funksjoner og psykiske tilleggsvansker. Når deltagerne ble spurt om hvilke faktorer som hadde vært viktige for en god oppvekst med ADHD eller autisme, ble støtte og aksept fra familie og venner fremhevet som særlig avgjørende.

Resultater

I LINEUP-studien fant vi at kun 39 % av deltagerne (23 av 59) diagnostisert med ADHD i barne- og ungdomsalder fylte diagnosekriteriene etter 10 år (Skogli et al., 2022). I tillegg brukte kun 1 av 10 sentralstimulerende medisiner, sammenlignet med at over halvparten brukte slike medisiner ved to-års oppfølging. Blant deltagerne diagnostisert med autisme i barne- og ungdomsalder var det 65 % (15 av 23) som fortsatt fylte diagnosekriteriene etter 10 år (Orm, Andersen, Fossum et al., 2022). Funnene tyder på en reduksjon i kjernesymptomer og/eller bedret funksjon hos mange som ble diagnostisert med ADHD eller autisme i barne- og ungdomsalder.

Selv om det komorbide lidelsestrykket avtok noe, viste deltagerne diagnostisert med ADHD eller autisme i barne- og ungdomsalder et markant høyere nivå av psykiske tilleggsvansker i voksen alder sammenlignet med kontrollgruppen. Deltagerne som ikke lenger fylte diagnosekriteriene i voksen alder, rapporterte gjennomgående lavere nivåer av psykiske tilleggsvansker enn dem som fylte diagnosekriteriene (Orm et al., 2021).

Selv om generelt symptombilde og psykiske tilleggsvansker avtok, vedvarte vansker med eksekutive funksjoner inn i voksenalder for deltagerne diagnostisert med ADHD eller autisme i barne- og ungdomsalder (Fossum et al., 2021). Nedsatt arbeidsminne, inhibisjon og mental fleksibilitet, målt med ulike nevropsykologiske tester i barne- og ungdomsalder, var assosiert med dårligere psykisk helse i voksenalder. Kognitive vansker så faktisk ut til å ha sterkere negativ sammenheng med deltagerens psykiske helse enn selve kjernesymptomene (Fossum et al., 2023; Orm, Andersen, Teicher et al., 2022). En mulig forklaring er at eksekutive funksjonsvansker kan lede til gjentatte nederlagsopplevelser i skole og andre sosiale sammenhenger, noe som over tid kan føre til økt risiko for å utvikle psykiske problemer. Hos deltagerne diagnostisert med autisme predikerte vansker med eksekutive funksjoner i barne- og ungdomsalder også større vansker med hverdagsfunksjon og redusert livskvalitet i voksen alder (Andersen et al., 2023; Fossum et al., 2024).

Livet blir bedre

Ti år etter første undersøkelsestidspunkt hadde de fleste deltagerne diagnostisert med ADHD eller autisme i barne- og ungdomsalder fullført videregående skole og

TABELL 1

Funksjon i voksen alder (n = 127)

	ADHD (n = 61)	Autisme (n = 26)	Sammenlignings- gruppe (n = 40)
Bor for seg selv	58 %	46 %	N/A
Bor med partner	30 %	17 %	20 %
Fullført videregående	79 %	75 %	90 %
I utdanning eller arbeid	80 %	71 %	98 %
Minst én nær venn	95 %	75 %	100 %

Merknad. Kilde: Fossum et al., 2024.

var i utdanning eller ordinært arbeid (Tabell 1). Litt over halvparten av deltagerne diagnostisert med ADHD bodde for seg selv, mens 1/3 bodde med partner. For deltagerne diagnostisert med autisme bodde litt under halvparten for seg selv, mens 1/5 bodde med partner. Et mindretall av deltagerne diagnostisert med ADHD eller autisme bodde hjemme hos sine foreldre. Nesten alle som ble diagnostisert med ADHD, rapporterte å ha minst én nær venn i voksen alder, og rundt 3/4 av deltagerne diagnostisert med autisme rapporterte det samme.

Selv om deltagerne diagnostisert med ADHD eller autisme i barne- og ungdomsalder rapporterte lavere selvpolevd livskvalitet i voksen alder sammenlignet med jevnaldrende uten diagnose, viste dybdeintervjuer med et utvalg av deltagerne (n = 24) at de likevel opplevde livet som gradvis bedre over tid. Deltagerne beskrev mindre mobbing, flere muligheter til å dyrke egne interesser og større toleranse fra jevnaldrende med økende alder. Mange trakk særlig frem overgangen fra grunnskole til videregående skole og høyere utdanning som en positiv og betydningsfull milepæl (Dangmann et al., 2024; Øverland, Andersen et al., 2024; Øverland, Hauge et al., 2024).

Oppsummering

Funn fra LINEUP-studien indikerer at prognosene er relativt gode for mange av barna og ungdommene som fikk en ADHD- eller autismediagnose ved BUP Innlandet i 2008/2009. Ti år senere er et flertall av deltagerne i utdanning eller arbeid, og nesten alle oppgir å ha minst én nær relasjon i livet sitt. Mange trenger imidlertid fortsatt støtte og tilrettelegging, og noen vansker vedvarer inn i voksen alder i form av et forhøyet psykisk lidelsestrykk og eksekutive funksjonsvansker.

Resultater fra LINEUP-studien viser at det er viktig å videreutvikle behandlingstilbudet for psykiske helseplager og eksekutive funksjonsvansker hos barn og ungdom med nevroutviklingsforstyrrelser. «ADHD-effekt» (Dyresen et al., 2023) og «Empower Autistics» (Orm, 2025) er to pågående behandlingsstudier ved Sykehuset Innlandet og Lovisenberg Diakonale Sykehus som evaluerer effekten av eksekutiv funksjonstrening og behandling av psykiske tilleggsvansker hos barn med ADHD og autisme.

Samtidig viser deltagerens egne beskrivelser oss at

METODE

- Tiårig oppfølgingsstudie av en gruppe barn og ungdom diagnostisert med ADHD eller autisme ved Sykehuset Innlandet.
- Barn og ungdom uten noen psykiatrisk diagnose ble inkludert i prosjektet som sammenligningsgruppe.
- Totalt 173 deltagere i alderen 8–17 år ble inkludert ved baseline i 2008–2009 (ADHD $n = 85$, autisme $n = 38$, sammenligningsgruppe $n = 50$).
- Etter 10 år ble 127 deltagere (73 % av originalutvalget) undersøkt på nytt (ADHD $n = 61$, autisme $n = 26$, sammenligningsgruppe $n = 40$).
- Alle deltagerne hadde evnemessige forutsetninger over grensen for psykisk utviklingshemming (IQ ≥ 70) og var henvist for utredning og behandling som del av ordinær klinisk praksis ved BUP Innlandet (Andersen et al., 2013; Skogli et al., 2014).

HOVEDFUNN

- Tiårsoppfølgingen viser at mange med barndomsdiagnose ADHD eller autisme rapporterer bedre hverdagsfungering og økt livskvalitet i voksen alder.
- En betydelig andel fyller ikke lenger diagnosekriteriene i voksen alder, og disse har også færre psykiske tilleggsvansker.
- Psykiske tilleggsvansker er i voksen alder fortsatt klart mer utbredt enn i sammenligningsgruppen og er forbundet med lavere selvrapportert livskvalitet.
- Eksekutive funksjonsvansker målt med nevropsykologiske tester i barnealder vedvarer ofte, og predikerer senere psykiske plager sterkere enn kjernesymptomer.
- Støtte og aksept fra familie og venner beskrives i kvalitative dybdeintervjuer som særlig betydningsfullt for en god oppvekst med ADHD eller autisme.

foreldre og øvrig familie utgjør de viktigste rammene rundt barnas utvikling. Ved å støtte familiene i å skape trygge og stabile oppvekstvilkår legges et godt grunnlag,

både for at kliniske behandlingsprogrammer skal ha effekt, og for at personer med nevrou utviklingsforstyrrelser kan leve gode liv fra barneår og inn i voksen alder. 🗨️

REFERANSER

- Andersen, P. N., Hovik, K. T., Skogli, E. W., Egeland, J. & Øie, M. G. (2013). Symptoms of ADHD in children with high-functioning autism are related to impaired verbal working memory and verbal delayed recall. *PLoS One*, 8(5), e64842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064842>
- Andersen, P. N., Orm, S., Fossum, I. N., Øie, M. G. & Skogli, E. W. (2023). Adolescence internalizing problems as a mediator between autism diagnosis in childhood and quality of life in emerging adults with and without autism: a 10-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04635-w>
- Dangmann, C. R., Skogli, G. K. W., Holthe, M. E. G., Steffenak, A. K. M. & Andersen, P. N. (2024). Life Gets Better: Important Resilience Factors When Growing Up With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 28(8), 1198–1209. <https://doi.org/10.1177/1087054724124666>
- Dyresen, A., Stubberud, J., Fjermestad, K. W., Haugen, I. & Øie, M. G. (2023). Executive control training for adolescents with ADHD: Study protocol for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 136, 107404. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107404>
- Fossum, I. N., Andersen, P. N., Øie, M. G. & Skogli, E. W. (2021). Development of executive functioning from childhood to young adulthood in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A 10-year longitudinal study. *Neuropsychology*, 35(8), 809–821. <https://doi.org/10.1037/neu0000768>
- Fossum, I. N., Orm, S., Andersen, P. N., Geurts, H. M., Øie, M. G. & Skogli, E. W. (2023). Childhood Executive Function Predicts Internalizing and Externalizing Symptoms in Emerging Adults With and Without Autism: A 10-Year Longitudinal Study. *Developmental Neuropsychology*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/087565641.2023.2206663>
- Fossum, I. N., Øie, M. G., Orm, S., Andersen, P. N. & Skogli, E. W. (2024). Longitudinal Predictors of Adaptive Functioning in Emerging Adults with and without Autism Spectrum Disorder. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 53(2), 137–149. <https://doi.org/10.1007/s10802-024-01265-y>
- Orm, S. (2025). *A randomized controlled trial of modular psychotherapy for autistic youth* (ISRCTN34266422). ISRCTN Registry. <https://doi.org/10.1186/ISRCTN34266422>
- Orm, S., Andersen, P. N., Fossum, I. N., Øie, M. G. & Skogli, E. W. (2022). Brief report: Autism spectrum disorder diagnostic persistence in a 10-year longitudinal study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102007>
- Orm, S., Andersen, P. N., Teicher, M. H., Fossum, I. N., Øie, M. G. & Skogli, E. W. (2022). Childhood executive functions and ADHD symptoms predict psychopathology symptoms in emerging adults with and without ADHD: a 10-year longitudinal study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(2), 261–271. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00957-7>
- Orm, S., Øie, M. G., Fossum, I. N., Andersen, P. N. & Skogli, E. W. (2021). Declining Trajectories of Co-occurring Psychopathology Symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: A 10-Year Longitudinal Study [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1774). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.724759>
- Skogli, E. W., Egeland, J., Andersen, P. N., Hovik, K. T. & Øie, M. G. (2014). Few differences in hot and cold executive functions in children and adolescents with combined and inattentive subtypes of ADHD. *Child Neuropsychology*, 20(2), 162–181. <https://doi.org/10.1080/09297049.2012.753998>
- Skogli, E. W., Orm, S., Fossum, I. N., Andersen, P. N. & Øie, M. G. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder persistence from childhood into young adult age: a 10-year longitudinal study. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13546805.2022.2123735>
- Øverland, E., Andersen, P. N., Orm, S., Øie, M. G., Skogli, E. W. & Hauge, Å. L. (2024). “I Have Tried to Fit In, but I Just Want to Be Me”: Development Toward Identity Formation in Young Autistic Adults. *Autism in Adulthood*. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0156>
- Øverland, E., Hauge, Å. L., Orm, S., Øie, M. G., Skogli, E. W., Pellicano, E. & Andersen, P. N. (2024). “I have to charge my social battery”: Perspectives from autistic young adults on Quality of Life. *Autism*. <https://doi.org/10.1177/13623613241245578>

OVERSIKT

Marion Risa

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi,
Universitetet i Bergen

Marta Maria Gorecka

Institutt for psykologi, UiT, UiT Norges
arktiske universitet, Tromsø

Rune Raudeberg

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi,
Universitetet i Bergen

Mai Eline Høiland Selvikvaag

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi,
Universitetet i Bergen

Edmund Sonuga-Barke

Department of Child and Adolescent
Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology
and Neuroscience, King's College London

Sentrale utfordringer i diagnostikk av ADHD hos kvinner – En narrativ litteraturgjennomgang

KONTAKT rune.raudeberg@uib.no

Sammendrag

MERKNAD Arbeidet er basert på MR og MEHS sin hovedoppgave levert ved Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet, desember 2024. MR og MEHS har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen. MMG er medlem av Fagutvalget for klinisk nevropsykologi i Norsk psykologforening og er kursleder i spesialistprogrammet i nevropsykologi. Disse rollene påvirker ikke innholdet eller konklusjonene i artikkelen. E S-B har mottatt foredragshonorar fra Takeda Pharmaceutical Company Limited og forskningsstøtte fra Qbtech AB. RR har mottatt foredragshonorar fra Norsk psykologforening, Helse Sør-Øst, Helse Bergen, Sykehuset i Vestfold HF og Spesialsykehuset for epilepsi (SSE).

Denne narrative litteraturgjennomgangen hadde som mål å undersøke faktorer som påvirker identifiseringen av ADHD-symptomer hos jenter og kvinner. Et søk i PubMed, PsycInfo og Web of Science (WoS), begrenset til perioden 2021 til 2024, med spesifikke søkeord relatert til ADHD og kjønnsforskjeller, resulterte i 1 729 artikler. Etter fjerning av duplikater og irrelevante artikler ble 60 gjennomgått. Tre nøkkelfaktorer ble identifisert: (a) omsorgspersoner, lærere og helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap om kjønnsforskjeller i symptompresentasjon; (b) diagnostiske utfordringer og overlappende symptomer; (c) maskering av symptomer. Anbefalingene er: (a) å inkludere kjønns spesifikke symptombeskrivelser i retningslinjer for ADHD-diagnostisering; (b) å øke erkjennelsen av at funksjonsnedsettelse relatert til ADHD ikke er begrenset til svake skoleprestasjoner; (c) å utvikle bedre verktøy for å identifisere og vurdere symptommaskering.

Nøkkelord: hyperkinetisk forstyrrelse, ADHA, jenter, kvinner, underdiagnostisering, feildiagnostisering, kjønnsbias

Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet (ADHD) er anslått til å være 8 % blant barn og unge (Ayano, Demelash, et al., 2023), og 3 % hos voksne (Ayano, Tsegay, et al., 2023). Gutter får diagnosen 3–16 ganger oftere enn jenter (Hartung & Lefler, 2019; Nøvik et al., 2006), men hos voksne varierer kjønnsforholdet fra 1: 1 til 3: 1 (Faheem et al., 2022). Dette kan bety at gutter oftere utvikler ADHD eller oftere får diagnosen, eller at jenter sjeldnere utvikler ADHD eller er underdiagnostisert. Forskjellene i kjønnsforhold hos voksne kan delvis tilskrives at kvinner generelt bruker helsetjenester hyppigere (Hansen et al., 2012), da kontakt med helsevesenet i voksen alder oftere er selvhenvising basert på egen opplevelse. I barndommen er henvisning avhengig av hvordan foreldre og lærere oppfatter symptomene, der atferd som er mer utbredt hos gutter, kan være årsaken til henvisning.

Kvinner som først får ADHD-diagnose i voksen alder, har høyere forekomst av komorbide psykiske lidelser og relasjonsvansker og økt risiko for selvmord, også når de sammenlignes med menn med ADHD (Babinski, 2024; Kakuszi et al., 2018; C. Skoglund et al., 2024; Williamson & Johnston, 2015). Kvinner med ADHD har høyere innleggelsesrater i psykisk helsevern sammenlignet med kvinner uten ADHD, og rapporterer om mer uttalt funksjonssvikt sammenlignet med menn med ADHD (Babinski, 2024; Williamson & Johnston, 2015; Young et al., 2020). I tillegg har de økt risiko for økonomiske og yrkesmessige vanskeligheter, utbrenthet og langtids sykefravær (Fuermaier et al., 2021; Porto et al., 2024). Gitt at kvinner med ADHD i gjennomsnitt får diagnosen fire år senere enn menn (C. Skoglund et al., 2024), er tidlig identifisering av ADHD-symptomer viktig for å forebygge slike negative utfall.

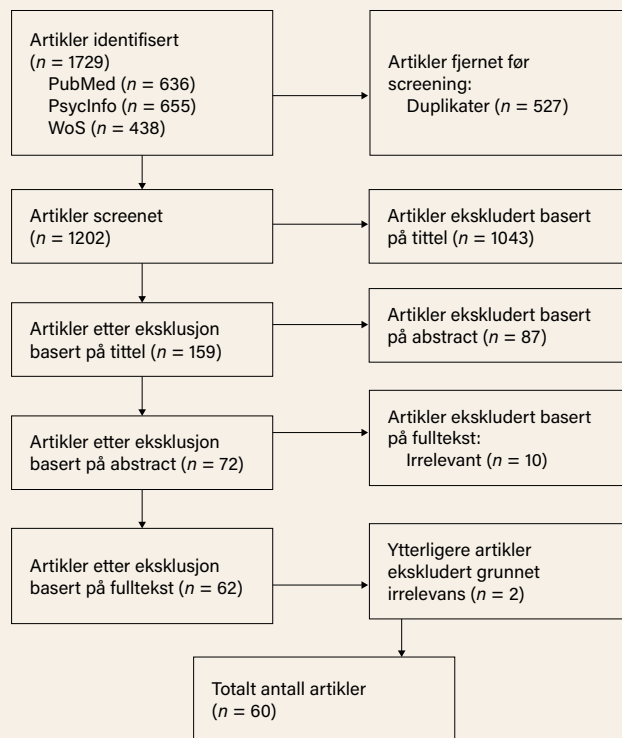
Over tid har økt oppmerksomhet på ADHD hos kvinner bidratt til en økning i henvisninger og diagnoser. Vi presenterer her en narrativ gjennomgang av nyere studier med fokus på kjønnsforskjeller ved ADHD. Vi har som mål å identifisere faktorer som kan føre til forsinket vurdering og diagnostisering av ADHD hos jenter og kvinner, og å foreslå strategier som er utviklet av forfatterne basert på den gjennomgåtte evidensen, for å adressere disse faktorene.

Metode

Vi søkte i PubMed, PsycInfo og Web of Science (WoS) med: («attention deficit hyperactivity disorder» OR ADHD) AND (girl* OR female* OR women OR «gender difference*» OR «sex difference*» OR «gender gap» OR «gender ratio» OR «sex specific») AND (detection OR identification OR diagnosis* OR screening OR assessment OR examination OR underdiagnosis* OR misdiagnosis* OR unrecognized* OR underrepresent*), fra 2021 til 2024. Litteraturgjennomganger, case-kontroll-

FIGUR 1

Litteratursøk og seleksjon



Merknad. Flyttdiagrammet viser antallet artikler identifisert, vurdert og inkludert eller ekskludert basert på forhåndsbestemte kriterier på hvert trinn, fra første søk til endelig utvalg.

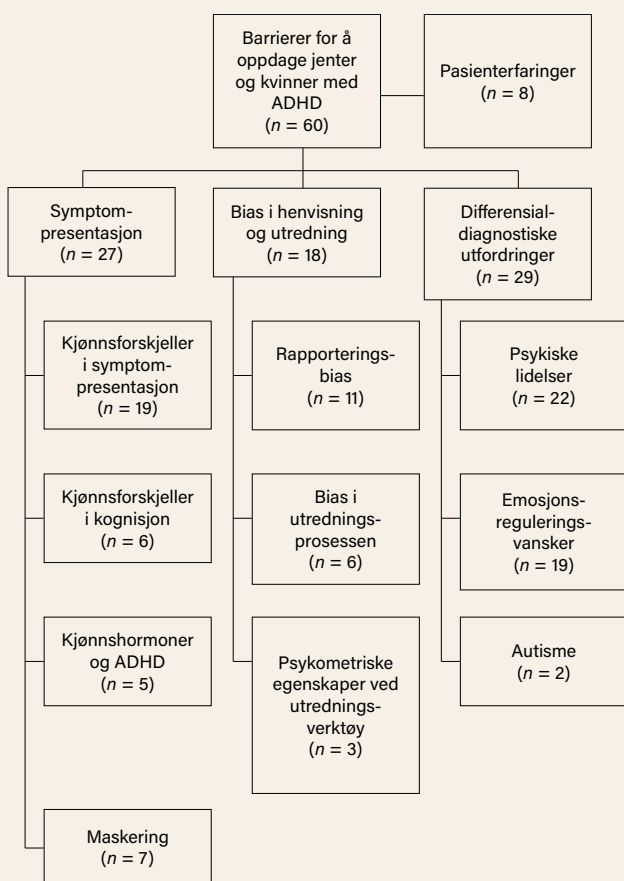
studier, korrelasjonsstudier, kvalitative intervjustudier, longitudinelle studier, tverrsnittsstudier, prospektive kohortstudier og retrospektive observasjonsstudier, samt relevante kommentarer på publiserte studier, ble inkludert. Studier som fokuserte på ADHD-symptomer kun hos gutter og menn, komorbide lidelser heller enn ADHD, nevrologiske markører for ADHD, eller dyrestudier ble ekskludert. Utvelgelsesprosessen er illustrert i figur 1. Det endelige valget ble gjort av førsteforfatterne ved konsensus. Under vurderingsprosessen ble artiklene systematisk kategorisert etter metode, formål og temaer som ble identifisert som konseptuelt relevante for forsknings spørsmålet.

Resultater

Nøkkeltemaer og undertemaer i utvalget av artikler som fremhever hindringer for tidlig oppdagelse av ADHD hos jenter og kvinner, presenteres i figur 2. De viktigste er: (a) forskjeller i symptompresentasjon, (b) skjevhet i henvisning og vurdering og (c) ulike diagnostiske utfordringer.

FIGUR 2

Tematisk oversikt over artiklene



Merknad. Figuren viser sentrale tema og undertema, og antallet artikler som omtaler de ulike temaene. Noen artikler omtaler flere tema, og det totale antallet artikler som belyser hovedtemaene, er derfor lavere enn summen av antall artikler knyttet til undertemaene. Temaet «Pasienterfaringer» bygger på resultatene fra kvalitative studier.

Ulik symptompresentasjon

Gutter har flere symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet enn jenter, mens jenter har flere symptomer på oppmerksomhetsvansker (DuMont et al., 2023; Fraticelli et al., 2022; Hinshaw et al., 2022; Lai et al., 2022; Martin, 2024; Todzia-Kornaś et al., 2024). Gutter har flere symptomer på opposisjonell atferdsforstyrrelse og mer aggresjon (Mphahlele et al., 2023), mens jenter har internaliserte symptomer som sosial tilbaketrekning og depressive symptomer (Lau et al., 2021). Generelt viser hyperaktivitet og impulsivitet seg på en mer subtil måte hos jenter (Hagstrøm et al., 2024; Hinshaw et al., 2022; Lai et al., 2022; Martin, 2024), og ved ADHD er uoppmerksom subtype den vanligste subtypen blant jenter, mens gutter

oftere får diagnosen ADHD kombinert subtype (Klefsjö et al., 2021; Siddiqui et al., 2024).

Kvinner er eldre enn menn når de får ADHD-diagnose (Fracicelli et al., 2022; Klefsjö et al., 2021; Martínez-Jaime et al., 2024; Siddiqui et al., 2024; C. Skoglund et al., 2024). Symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet avtar ofte fra barndommen og inn i ungdomsårene, spesielt hos gutter (Eng et al., 2023; Gilbert et al., 2023), mens symptomer på oppmerksomhetsvansker ser ut til å forbli stabile etter ungdomsårene, spesielt hos jenter (Eng et al., 2023; Gilbert et al., 2023). ADHD-symptomer blir mer tydelige og hemmende med økende alder hos jenter i motsetning til hos gutter (Lai et al., 2022; Martin, 2024). Destruktiv atferd har en tendens til å debutere i ungdomstiden hos jenter med ADHD (Hinshaw et al., 2022), og det kan være en sammenheng mellom økning i kjønnshormoner hos kvinner under puberteten og en forverring av ADHD-symptomer (Lee et al., 2023; Martin, 2024). For eksempel viser jenter og unge kvinner med ADHD en økt forekomst av søvnforstyrrelser og angstsymptomer, sammen med redusert hukommelse og oppmerksomhetskapasitet under menstruasjon sammenlignet med neurotypiske jevnaldrende (Kelly et al., 2024). Dette illustrerer den potensielle påvirkningen svingninger i kvinnelige kjønnshormoner kan ha på uttrykk og alvorlighetsgrad av ADHD-symptomer.

I studier som ikke rapporterte gruppeforskjeller i ADHD-symptomprofiler mellom kjønnene, var barna for det meste yngre enn 13 år (De Rossi et al., 2022; Gilbert et al., 2023), og jentene hadde symptomer på både hyperaktivitet og uoppmerksomhet. (De Rossi et al., 2022; Lynch & Davison, 2024; Siddiqui et al., 2024). Studier hvor det er få (Lin et al., 2023; Loyer Carbonneau et al., 2021) eller ingen kjønnsforskjeller (Ceroni et al., 2022; Mphahlele et al., 2022), var basert på nevropsykologiske testresultater, mens de som fant størst kjønnsforskjell, var basert på foreldre- og lærerreporter (Furzer et al., 2022; Lau et al., 2021; Mphahlele et al., 2023).

Skjevheter i henvisning og vurdering

ADHD diagnostiseres oftere hos gutter enn hos jenter, selv om de har lignende symptomer (Derks et al., 2007; Ohan & Johnston, 2005; Slobodin & Davidovitch, 2019). Foreldre og lærere identifiserer flere ADHD-symptomer hos gutter (Babinski, 2024; Hinshaw et al., 2022; Olsson, 2023) og vurderer omfanget av ADHD-relaterte vanskeligheter som større hos gutter enn hos jenter, til tross for at jentene selv rapporterer større vanskeligheter enn guttene (Andersen et al., 2024). Jenter og kvinner må ha et høyere antall og mer alvorlige ADHD-symptomer enn gutter og menn før klinikere vurderer utredning av ADHD (Babinski, 2024; Beheshti et al., 2021; DuMont et al., 2023; Garb, 2021; Hinshaw et al., 2022; Martin, 2024). Kvinner

forteller at til tross for langvarige konsentrasjons- og hukommelsesvansker, dårlig tidsforståelse og prokrastinering tok det lang tid før problemene deres ble vurdert som mulige symptomer på ADHD (Ginapp et al., 2023; Lynch & Davison, 2024; Mansfield & Soni, 2024; Morley & Tyrrell, 2023). Forsinket diagnose eller også feil diagnose fordi symptomuttrykket ikke stemte overens med symptomene assosiert med ADHD hos gutter, virker som en vanlig opplevelse blant kvinner diagnostisert med ADHD i voksen alder (Ginapp et al., 2023; Lynch & Davison, 2024; Morgan, 2023; Morley & Tyrrell, 2023). Generelt indikerer resultatene at kjønnsstereotyper påvirker identifisering og behandling av ADHD-symptomer.

Differensialdiagnostiske utfordringer

Jenter og kvinner får ofte andre diagnoser før de får diagnosen ADHD (Kelly et al., 2024; Klefsjö et al., 2021; Lai et al., 2022; Siddiqui et al., 2024), og har omtrent dobbelt så stor sannsynlighet for å få diagnosen angst og depresjon som gutter og menn med ADHD (Quinn, 2008; C. Skoglund et al., 2024). De behandles oftere enn gutter og menn for angst og depresjon før de vurderes for ADHD (Ginapp et al., 2023; Long & Coats, 2022; Lynch & Davison, 2024; Morgan, 2023). Flere studier indikerer at angst og depresjon kan være sekundære til (ubehandlet) ADHD hos kvinner (Ahmad et al., 2021; Attoe & Climie, 2023; Ginapp et al., 2023; Long & Coats, 2022; Morgan, 2023; Morley & Tyrrell, 2023), og at symptomene på disse lidelsene kan overskygge underliggende ADHD (Blikø, 2008; Taylor et al., 2019). I kvalitative studier er et vanlig funn at behandling for angst og/eller depresjon hadde liten eller ingen effekt, men avtok eller forsvant ved bruk av ADHD-medisiner (Ginapp et al., 2023; Morgan, 2023). I tillegg har borderline personlighetsforstyrrelse og bipolar lidelse type II symptomer (spesielt emosjonell dysregulering og hyperaktivitet) som overlapper med ADHD (Comparelli et al., 2022; Moukhtarian et al., 2021), noe som gjør klinisk vurdering utfordrende.

Emosjonell dysregulering er vanlig blant både gutter og jenter med ADHD (De Ronda et al., 2024; Kahle et al., 2021; Welkie et al., 2021). Selv om disse vanskelighetene har en tendens til å avta med alderen hos gutter, vedvarer eller forverres de ofte hos jenter med ADHD og hos de med subkliniske symptomer (De Ronda et al., 2024; Gilbert et al., 2023). Dette kan øke jenters sårbarhet for depresjon og angst over tid på grunn av vedvarende emosjonell dysregulering (De Ronda et al., 2024; Gilbert et al., 2023; Welkie et al., 2021). Videre tyder noe evidens på at emosjonell dysregulering kan fungere som en indikator på underliggende ADHD (Kahle et al., 2021).

Kvinner med ADHD har en mer kompleks og alvorlig symptomkonstellasjon når ADHD-diagnosen først stilles (Babinski, 2024; Hinshaw et al., 2022), og de har høyere risiko for å utvikle rusproblemer og risikofyllt seksuell

atferd sammenlignet med menn med ADHD (Castellano-García et al., 2022; El Rasheed et al., 2023; Lai et al., 2022). Videre har kvinner med ADHD høyere risiko for selvskadning og selvmordsforsøk sammenlignet med menn med ADHD (Hinshaw et al., 2022; O'Grady & Hinshaw, 2021; C. Skoglund et al., 2024; Todzia-Kornaś et al., 2024; Ward & Curran, 2021).

Maskering av ADHD-symptomer

Å prøve å skjule eller også kompensere for ADHD-symptomene (dvs. maskering) er vanlig blant jenter og kvinner med ADHD (Ceroni et al., 2022; DuMont et al., 2023; Hinshaw et al., 2022; Kelly et al., 2024; Lai et al., 2022; Martin, 2024; Wicherkiewicz & Gambin, 2024). Hensikten med å maskere er for å møte sosiale forventninger, unngå negativ oppmerksomhet og passe bedre inn sosialt. Maskering kan innebære sjekking og kontrollering, forsøke å fremstå oppmerksom, og overdreven forberedelse (Bürger et al., 2024; Ginapp et al., 2023; Long & Coats, 2022; Mansfield & Soni, 2024; Morgan, 2023; Morley & Tyrrell, 2023). Jenter med ADHD bruker kompenserende strategier i større grad enn gutter med ADHD (Hinshaw et al., 2022; Lai et al., 2022; Martin, 2024; Wicherkiewicz & Gambin, 2024), men langvarig maskering øker risikoen for lav selvfølelse, utbrenthet, angst og depresjon, siden maskering krever mye energi og påvirker selvfølelse og identitet (Wicherkiewicz & Gambin, 2024). De fleste tenåringsjenter maskerer eller kompenserer som en sosial tilpasningsstrategi, men for jenter og kvinner med ADHD krever det mer mental innsats og større intensitet, noe som fører til mer trøtthet og stress, og reduserer kognitive ressurser for læring og sosial interaksjon (McKinney et al., 2024).

Diskusjon

Formålet med litteraturgjennomgangen var å undersøke om det finnes faktorer som kan forsinke diagnosen hos jenter med ADHD, og å foreslå strategier, basert på den gjennomgåtte dokumentasjonen, for å håndtere disse faktorene. Resultatene indikerer at oppmerksomhetsvansker er de dominerende symptomene på ADHD hos jenter (Fraticeili et al., 2022; Siddiqui et al., 2024; C. Skoglund et al., 2024), og at de har mindre hyperaktivitet og impulsivitet enn gutter og menn (Hagstrøm et al., 2024; Lai et al., 2022; Martin, 2024). Kjønnsforskjeller i symptomuttrykk kan føre til at jenters ADHD-symptomer blir oversett eller undervurdert (Hinshaw et al., 2022; Lai et al., 2022), eller oppfattet som en annen tilstand, oftest som angst og depresjon (Quinn, 2008; C. Skoglund et al., 2024). I kvalitative studier fremheves maskering som en hovedårsak til at ADHD-symptomer ikke ble oppdaget eller ikke forstått (Mansfield & Soni, 2024; Morley & Tyrrell, 2023). Fordi ADHD-symptomer ser ut

til å forverres for mange jenter i puberteten (Mansfield & Soni, 2024; Morley & Tyrrell, 2023), i en tid hvor kravene om uavhengighet øker utover ungdomsårene og inn i ung voksen alder, blir det vanskeligere å skjule symptomer (Lai et al., 2022; Martin, 2024). Dermed ser det ut til at symptomene debuterer i voksen alder, og ADHD blir en mindre plausibel diagnose, ettersom et kriterium for diagnosen er at symptomene må være til stede før fylte 12 år (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Antakelsen om at jenter og kvinner med ADHD er underdiagnostiserte, utfordres av statistikk som viser at andelen jenter med ADHD-diagnose har økt markant. Data fra Folkehelse rapporten viste at registrerte ADHD-diagnoser hos unge kvinner (16–19 år) doblet seg fra 1,5 % i 2019 til 3,1 % i 2022, langt mer enn for gutter i samme aldersgruppe i samme periode (Bang et al., 2024). Likevel var det i 2022 fortsatt 2,5 ganger flere gutter enn jenter i aldersgruppen 6–11 år registrert med ADHD-diagnose, og totalt var det 38 % flere gutter og menn med ADHD-diagnose for perioden 2010–2022 (Bang et al., 2024). Det er mulig at noe av den økte forekomsten av ADHD som er observert hos gutter sammenlignet med jenter, kan forklares med at de er mer sårbare for å utvikle ADHD, men dette er fortsatt uklart (Arnett et al., 2015; Camara et al., 2022). Alt i alt er det fortsatt grunn til å være oppmerksom på faktorer som kan bidra til forsinket diagnose hos jenter.

Tidlig oppdagelse og diagnose

Offisielle retningslinjer for vurdering av ADHD fremhever at jenter sannsynligvis er underdiagnostisert (Helse- direktoratet, 2022; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019). DSM-5 nevner kort at jenter og kvinner primært har oppmerksomhetsvansker (APA, 2013), men det finnes ingen beskrivelser av kjønnsforskjeller i symptomuttrykk, for eksempel at hyperaktivitet hos jenter ofte består av tankekjør, indre rastløshet og uro, og overdreven pratsomhet (Hagstrøm et al., 2024; Hinshaw et al., 2022; Lai et al., 2022; Martin, 2024). Å inkludere kjønns spesifikke eksempler på symptomuttrykk i diagnostiske manualer og retningslinjer kan hjelpe med å identifisere flere jenter med ADHD. En annen mulighet er å kreve færre symptomer for jenter enn for gutter (Olofsdotter et al., 2023). Dette kan imidlertid gi inntrykk av at jenter og kvinner har en mindre alvorlig form for ADHD, og løser ikke det opprinnelige problemet, som er at symptomvurderingsskjemaene er best til å måle hyperaktivitet (Hagstrøm et al., 2024). En bedre løsning er å utvikle kartleggingsverktøy slik at de blir bedre til å identifisere ADHD-symptomer som er typiske for jenter. For eksempel kan emosjonell dysregulering ved ADHD komme til uttrykk i atferd som overdreven unnskyldning og økte skyldfølelsesrespons, som ikke fanges opp av tradisjonelle symptomskjeklister (Platania et al., 2025).

Diagnostisk overskygging og komorbiditet bidrar til feildiagnostisering av jenter og kvinner med ADHD (Babinski, 2024; Ginapp et al., 2023; Hinshaw et al., 2022). Økt kunnskap om diagnostisk overskygging bidrar til å sikre at flere kan få riktig behandling tidligere og forhindre utvikling av komorbiditet. Selvskadning, risikofylt seksuell atferd og rusmisbruk kan være uttrykk for hyperaktivitet og impulsivitet, og kan indikere underliggende ADHD (El Rasheed et al., 2023; Todzia-Kornaś et al., 2024; Ward & Curran, 2021). Samtidig er sammenhengene mellom disse tilstandene og/eller symptomene lite studert, underkommunisert og dårlig forstått (L. B. Skoglund, 2024). Det finnes også for lite kunnskap om kjønns hormoner påvirker debut av ADHD, alvorlighetsgraden av ADHD-symptomer og effekten av ADHD-medisiner hos kvinner (Bürger et al., 2024).

Et nødvendig kriterium for diagnosen er at ADHD-symptomene fører til funksjonell svikt. Ifølge DSM-5 (APA, 2013) manifesterer dette seg i barndommen som redusert skoleprestasjon og sosial avvisning, og i voksen alder som problemer i arbeidslivet og økte mellommenneskelige konflikter. For jenter som får diagnosen sent, er det imidlertid mange som ikke presterte dårlig på skolen eller hadde atferdsvansker i barndommen (Mansfield & Soni, 2024; Morley & Tyrrell, 2023). Mange rapporterer at de brukte overdrevent mye tid på skolearbeid, planlegging og organisering for å kompensere for sine vanskeligheter (Lynch & Davison, 2024; Morgan, 2023). Maskering av ADHD-symptomer er sannsynligvis en av de viktigste grunnene til at jenter og kvinner med ADHD blir diagnostisert sent og/eller feildiagnostisert. Det vil være nyttig å forstå bedre hvilke kompenserende strategier jenter og kvinner bruker for å maskere symptomer, og hvordan maskering kan vurderes som en del av en diagnostisk prosess. Forskning på maskering ved autisme, som for eksempel Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q; Hull et al., 2019), kan gi en metodologisk tilnærming for å studere maskering ved ADHD. Fremskritt innen maskinlæring og kunstig intelligens har vist at det er mulig å utvikle diagnostiske algoritmer som kan redusere kjønnsbias (Neufang et al., 2025), men videre utvikling og validering er nødvendig for klinisk anvendelse. Mer forskning på ADHD-symptomer fra et livsløpsperspektiv virker spesielt relevant for å bedre forstå ADHD-symptomer hos jenter i tenårene og hos unge voksne kvinner, og hvordan symptomene deres varierer og/eller utvikler seg i ulike aldre.

Selv om fokuset for oversikten var jenter og kvinner med ADHD, erkjenner vi at gutter og menn med ADHD-symptomer med overvekt av uoppmerksomhet og konsentrasjonsvansker også er i risiko for underdiagnostisering og feildiagnostisering på grunn av kjønnsatypisk symptompresentasjon og maskering. Dette temaet bør undersøkes nærmere i fremtidige studier.

Begrensninger

Den fleksible, ikke-standardiserte metodikken for artikkelutvelgelse gjør det vanskelig for andre å kopiere denne studien, og fraværet av klart definerte rammeverk for utvelgelse og analyse av studier, kombinert med subjektive vurderinger og tolkninger, kan føre til utvelgelses- og tolkningsbias. Det kan ikke utelukkes at studier og resultater som passer med våre antakelser og perspektiver, har blitt fremhevet i større grad enn andre studier. Vi sporet ikke hvilke referanser som ble hentet gjennom det systematiske søket, versus hvilke som ble lagt til senere for kontekst. Selv om alle siterte studier var relevante for forskningsspørsmålet, bør fremtidige oversikter eksplisitt dokumentere dette skillet for å øke åpenhet og reproduserbarhet. Av plasshensyn har vi ikke inkludert andre viktige hindringer, som lav sosioøkonomisk status eller manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

ADHD-konseptet har blitt operasjonalisert og vurdert på ulike måter i de inkluderte studiene, noe som gjør det vanskelig å sammenligne resultater. Mange av de inkluderte studiene har flere metodologiske svakheter

som påvirker kunnskapsgrunnlaget for våre konklusjoner. Siden vi ikke systematisk har vurdert kvalitet, betyr dette at studier med høy kvalitet og sterkere evidens ikke nødvendigvis tillegges større vekt enn studier med svakere kvalitet.

Konklusjon

Selv om en større andel jenter og kvinner får diagnosen ADHD i dag enn for ti år siden (Bang et al., 2024), viser resultatene fra vår litteraturgjennomgang at det fortsatt er behov for å øke forståelsen av kjønnsrelaterte forskjeller i ADHD-symptomer. Studien indikerer at forskjeller i symptompresentasjon, skjevhet i henvisning og forståelse av symptomer, komorbiditet og maskering/kompensasjon er sentrale ved ADHD hos kvinner. Økt kunnskap om kjønnsforskjeller i symptomuttrykk, om maskering av symptomer og om diagnostisk overskygging vil kunne sikre at flere jenter med ADHD blir identifisert, undersøkt, diagnostisert og får passende og nødvendig helsehjelp tidligere. ♾

REFERANSER

- Ahmad, S. I., Meza, J. I., Posserud, M.-B., Brevik, E. J., Hinshaw, S. P. & Lundervold, A. J. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Dimensions Differentially Predict Adolescent Peer Problems: Findings from Two Longitudinal Studies. *Frontiers in Psychology*, 11, 609 789. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.609789>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Andersen, A. C., Sund, A. M., Thomsen, P. H., Lydersen, S., Haugan, A.-L. J. & Nøvik, T. S. (2024). Executive function measured by BRIEF in adolescents diagnosed and treated for ADHD: Problem profiles and agreement between informants. *Child Neuropsychology*, 30(1), 45–59. <https://doi.org/10.1080/09297049.2023.2174506>
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C. & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(6), 632–639. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12337>
- Attoe, D. E. & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 645–657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L. & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>
- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T. & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Research*, 328, 115 449. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>
- Babinski, D. E. (2024). Sex Differences in ADHD: Review and Priorities for Future Research. *Current Psychiatry Reports*, 26(4), 151–156. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01492-6>
- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Stavenes Støle, H., Surén, P., Odsbu, I. & Hartz, I. (2024). *Folkehelse rapporten. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*
- Beheshti, A., Chavanon, M.-L., Schneider, S. & Christiansen, H. (2021). ADHD overdiagnosis and the role of patient gender among Iranian psychiatrists. *BMC Psychiatry*, 21(1), 514. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03525-3>
- Blikø, I. K. K. (2008). ADHD hos voksne: En undersøkelse av diagnostikk, komorbiditet og problembelastning [ADHD in adults: An examination of diagnostics, comorbidity and problem loading]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(5), 536–544. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008a-s04ae-ADHD-hos-voksne-En-undersokelse-av-diagnostikk-komorbiditet-og-problem-belasting>
- Bürger, I., Erlandsson, K. & Borneskog, C. (2024). Perceived associations between the menstrual cycle and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A qualitative interview study exploring lived experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 40, 100 975. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100975>
- Camara, B., Padoin, C. & Bolea, B. (2022). Relationship between sex hormones, reproductive stages and ADHD: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 25(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01181-w>
- Castellano-García, F., Benito, A., Jovani, A., Fuertes-Sáiz, A., Mari-Sanmillán, M. I. & Haro, G. (2022). Sex Differences in Substance Use, Prevalence, Pharmacological Therapy, and Mental Health in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Brain Sciences*, 12(5), 590. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050590>
- Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Biglia, E., Soldini, E., Izzo, A., Morellini, L. & Sacco, L. (2022). Attentive-executive functioning and compensatory strategies in adult ADHD: A retrospective case series study. *Frontiers in Psychology*, 13, 1 015 102. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015102>
- Comparelli, A., Polidori, L., Sarli, G., Pistollato, A. & Pompili, M. (2022). Differentiation and comorbidity of bipolar disorder and attention deficit and hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A clinical and nosological perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 949 375. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949375>
- De Ronda, A. C., Rice, L., Zhao, Y., Rosch, K. S., Mostofsky, S. H. & Seymour, K. E. (2024). ADHD-related sex differences in emotional symptoms across development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1419–1432. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02251-3>
- De Rossi, P., Pretelli, I., Menghini, D., D'Aiello, B., Di Vara, S. & Vicari, S. (2022). Gender-Related Clinical Characteristics in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>
- Derks, E. M., Hudziak, J. J. & Boomsma, D. I. (2007). Why More Boys Than Girls With ADHD Receive Treatment: A Study of Dutch Twins. *Twin Research and Human Genetics*, 10(5), 765–770. <https://doi.org/10.1375/twin.10.5.765>

- DuMont, M., Agostinis, A., Singh, K., Swan, E., Buttle, Y. & Tropea, D. (2023). Sex representation in neurodegenerative and psychiatric disorders' preclinical and clinical studies. *Neurobiology of Disease*, 184, 106–214. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2023.106214>
- El Rasheed, A. H., Abd El Moneam, M. H. E.-D., Tawfik, F., Farid, R. W. M. & Elrassas, H. (2023). Risk behaviors in substance use disorder in a sample of Egyptian female patients with or without symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00295-4>
- Eng, A. G., Phan, J. M., Shirtcliff, E. A., Eisenlohr-Moul, T. A., Goh, P. K. & Martel, M. M. (2023). Aging and Pubertal Development Differentially Predict Symptoms of ADHD, Depression, and Impairment in Children and Adolescents: An Eight-Year Longitudinal Study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(6), 819–832. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01030-7>
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A. & Majeed, I. (2022). Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 75, 103–205. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103205>
- Fratlicelli, S., Caratelli, G., De Berardis, D., Ducci, G., Pettorosso, M., Martinotti, G., Di Cesare, G. & di Giannantonio, M. (2022). Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: An update of the current evidence. *Rivista Di Psichiatria*, 57(4), 159–164. <https://doi.org/10.1708/3855.38380>
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S. & Tucha, O. (2021). ADHD at the workplace: ADHD symptoms, diagnostic status, and work-related functioning. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1021–1031. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02309-z>
- Furzer, J., Dhuey, E. & Laporte, A. (2022). ADHD misdiagnosis: Causes and mitigators. *Health Economics*, 31(9), 1926–1953. <https://doi.org/10.1002/hec.4555>
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 90, 102–087. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102087>
- Gilbert, M., Boecker, M., Reiss, F., Kaman, A., Erhart, M., Schlack, R., Westenhöfer, J., Döpfner, M. & Ravens-Sieberer, U. (2023). Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01622-w>
- Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., MacDonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W. & Potenza, M. N. (2023). «Dysregulated not deficit»: A qualitative study on symptomatology of ADHD in young adults. *PLoS ONE*, 18(10), e0292721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292721>
- Hagström, J., Nielsen, T., Sørensen, M. E., Aagaard, K., Arendt Rasmussen, M., Rosenberg, J. B., Mohammadzadeh, P., Sevelsted, A., Hernández-Lorca, M., Fagerlund, B., Rydkjær, J., Pagsberg, A. K., Kaufman, J., Ebdrup, B. H., Bilenberg, N. & Jepsen, J. R. M. (2024). Dimensional profiling of psychopathology in children and adolescents based on the K-SADS-PL and an analysis of the construct validity of two ADHD symptom dimensions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(1), 71–78. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2262997>
- Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Ringberg, U. & Førde, O. H. (2012). Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: A population based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), 336. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-336>
- Hartung, C. M. & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM-5 and beyond. *Psychological Bulletin*, 145(4), 390–409. <https://doi.org/10.1037/bul000183>
- Helsedirektoratet. (2022). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M. & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484–496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P. & Petrides, K. V. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>
- Kahle, S., Mukherjee, P., Dixon, J. F., Leibluft, E., Hinshaw, S. P. & Schweitzer, J. B. (2021). Irritability Predicts Hyperactive/Impulsive Symptoms Across Adolescence for Females. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(2), 185–196. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00723-7>
- Kakuszi, B., Bitter, I. & Czobor, P. (2018). Suicidal ideation in adult ADHD: Gender difference with a specific psychopathological profile. *Comprehensive Psychiatry*, 85, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.06.003>
- Kelly, C., Martin, R., Taylor, R. & Doherty, M. (2024). Recognising and responding to physical and mental health issues in neurodivergent girls and women. *British Journal of Hospital Medicine*, 85(4), 1–12. <https://doi.org/10.12968/hmed.2023.0337>
- Klefsjö, U., Kantzer, A. K., Gillberg, C. & Gillstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(4), 301–305. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850589>
- Lai, M.-C., Lin, H.-Y. & Ameis, S. H. (2022). Towards equitable diagnoses for autism and attention-deficit/hyperactivity disorder across sexes and genders. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(2), 90–100. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000770>
- Lau, T. W. I., Lim, C. G., Acharyya, S., Lim-Ashworth, N., Tan, Y. R. & Fung, S. S. D. (2021). Gender differences in externalizing and internalizing problems in Singaporean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00356-8>
- Lee, J., Lee, S. I., Lee, Y. M. & Hong, Y. H. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Girls With Central Precocious Puberty. *Journal of Attention Disorders*, 27(13), 1460–1466. <https://doi.org/10.1177/10870547231180116>
- Lin, H.-Y., Chiu, E.-C., Hsieh, H.-C. & Wang, P.-J. (2023). Gender Differences in Auditory and Visual Attentional Performance in Children with and without ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 38(6), 891–903. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad019>
- Long, N. & Coats, H. (2022). The need for earlier recognition of attention deficit hyperactivity disorder in primary care: A qualitative meta-synthesis of the experience of receiving a diagnosis of ADHD in adulthood. *Family Practice*, 39(6), 1144–1155. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmco38>
- Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M. & Guay, M.-C. (2021). Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1640–1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>
- Lynch, A. & Davison, K. (2024). Gendered expectations on the recognition of ADHD in young women and educational implications. *Irish Educational Studies*, 43(1), 61–81. <https://doi.org/10.1080/03323315.2022.2032264>
- Mansfield, E. M. G. & Soni, A. (2024). 'I have it, so I understand it, I feel it': The secondary school experiences of adolescent females with ADHD in England. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 24(3), 681–695. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12660>
- Martin, J. (2024). Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? *The Lancet Psychiatry*, 11(4), 303–310. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00101-5)
- Martínez-Jaime, M. M., Reyes-Morales, H., Peyrot-Negrete, I. & Barrientos-Álvarez, M. S. (2024). Access to early diagnosis for attention-deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in Mexico City at specialized mental health services. *BMC Health Services Research*, 24(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11022-y>
- McKinney, A., O'Brien, S., Maybin, J. A., Chan, S. W. Y., Richer, S. & Rhodes, S. (2024). Camouflaging in neurodivergent and neurotypical girls at the transition to adolescence and its relationship to mental health: A participatory methods research study. *JCPP advances*, 4(4), e12294. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12294>
- Morgan, J. (2023). Exploring women's experiences of diagnosis of ADHD in adulthood: A qualitative study. *Advances in Mental Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/18387357.2023.2268756>
- Morley, E. & Tyrrell, A. (2023). Exploring Female Students' Experiences of ADHD and its Impact on Social, Academic, and Psychological Functioning. *Journal of Attention Disorders*, 27(10), 1129–1155. <https://doi.org/10.1177/10870547231168432>
- Moukhtarian, T. R., Reinhard, I., Moran, P., Rycckaert, C., Skirrow, C., Ebner-Priemer, U. & Asherson, P. (2021). Comparable emotional dynamics in women with ADHD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00144-y>
- Mphahlele, R. M., Meyer, A. & Pillay, B. J. (2022). Working memory and set-shifting in school-aged children classified as having attention-deficit hyperactivity disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 28. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.2021.1729>
- Mphahlele, R. M., Pillay, B. J. & Meyer, A. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. *South African Journal of Education*, 43(1), 1–14. <https://doi.org/10.15700/saje.v43n1a2136>
- National Institute for Health and Care

- Excellence. (2019, 13. september). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE guideline NG87). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Neufang, S., Li, F., Akhrif, A. & Beyan, O. D. (2025). Toward a fair, gender-debiased classifier for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder- a Machine-Learning based classification study. *BMC medical informatics and decision making*, 25(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12911-025-03126-0>
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston*, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J. & ADORE Study Group*. (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe – ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(S1), i15–i24. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-1003-z>
- O'Grady, S. M. & Hinshaw, S. P. (2021). Long-term outcomes of females with attention-deficit hyperactivity disorder: Increased risk for self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 218(1), 4–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.153>
- Ohan, J. L. & Johnston, C. (2005). Gender Appropriateness of Symptom Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional-Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359–381. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-2694-y>
- Olofsdotter, S., Fernández-Quintana, Á., Sonnby, K. & Vadlin, S. (2023). Clinical utility of new cut-off scores for the world health organization ADHD self-report scale among adolescents in psychiatric outpatient care. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 100–391. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100391>
- Olsson, Å. (2023). Teachers' gendered perceptions of attention deficit hyperactivity disorder – a literature review. *European Journal of Special Needs Education*, 38(3), 303–316. <https://doi.org/10.1080/08856257.2022.2076476>
- Platania, N. M., Starreveld, D. E. J., Wynchank, D., Beekman, A. T. F. & Kooij, S. (2025). Bias by gender: exploring gender-based differences in the endorsement of ADHD symptoms and impairment among adult patients. *Frontiers in global women's health*, 6, 1–549. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1549028>
- Porto, T. I., Murgo, C. S. & Souza, A. P. D. (2024). Prevalence and Correlations Between ADHD and Burnout Dimensions in Brazilian University Students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 34, e3413. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3413>
- Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture. *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 419–423. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0067-5>
- Siddiqui, U., Conover, M. M., Voss, E. A., Kern, D. M., Litvak, M. & Antunes, J. (2024). Sex Differences in Diagnosis and Treatment Timing of Comorbid Depression/Anxiety and Disease Subtypes in Patients With ADHD: A Database Study. *Journal of Attention Disorders*, 28(10), 1347–1356. <https://doi.org/10.1177/10870547241251738>
- Skoglund, C., Sundström Poromaa, I., Leksell, D., Ekholm Selling, K., Cars, T., Giacobini, M., Young, S. & Kopp Kallner, H. (2024). Time after time: Failure to identify and support females with ADHD – a Swedish population register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6), 832–844. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13920>
- Skoglund, L. B. (2024). *ADHD Girls to Women: Getting on the Radar*. Jessica Kingsley Publishers. ISBN: 9 781 805 010 548.
- Slobodin, O. & Davidovitch, M. (2019). Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 441. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00441>
- Taylor, M. J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Anckarsäter, H., Greven, C. U. & Ronald, A. (2016). Is There a Female Protective Effect Against Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Evidence From Two Representative Twin Samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 504–512.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.004>
- Taylor, M.J., Larsson, H., Gillberg, C., Lichtenstein, P. and Lundström, S. (2019). Investigating the childhood symptom profile of community-based individuals diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder as adults. *J Child Psychol Psych*, 60: 259–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12988>
- Todzia-Kornaś, A., Szczegliński, A. & Gondek, T. M. (2024). Suicidality and nonsuicidal self-injury in females diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder—A narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(1), 38–42. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000908>
- Ward, J. H. & Curran, S. (2021). Self-harm as the first presentation of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(4), 303–309. <https://doi.org/10.1111/camh.12471>
- Welkie, J., Babinski, D. E. & Neely, K. A. (2021). Sex and Emotion Regulation Difficulties Contribute to Depression in Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychological Reports*, 124(2), 596–610. <https://doi.org/10.1177/003294120918803>
- Wicherkiewicz, F. & Gambin, M. (2024). Relations Between Social Camouflaging, Life Satisfaction, and Depression Among Polish Women with ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06410-6>
- Williamson, D. & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

TEKST Nora Sveaass

Aktuelt fra International Union of Psychological Science - Psykologiens globale stemme



FOTO MONICA ORJUELA

Den internasjonale unionen for psykologisk vitenskap (IUPsyS) ble etablert i 1889 under den første internasjonale psykologikongressen i Paris. Med 82 medlemsland og 20 tilknyttede organisasjoner representerer IUPsyS over en million psykologer verden over. IUPsyS fungerer dermed som et talerør for psykologi i hele dens bredde, både som vitenskap og som profesjon. Norge ble medlem av IUPsyS i 1951.

I 2022 ble arbeidsgruppen Presidential Task Force on Psychological Science Diplomacy etablert. Den har som formål å videreutvikle og arbeide for såkalt *science diplomacy* (vitenskapsdiplomati) for å styrke psykologisk kunnskap og forståelse som ressurs og tilnærming i internasjonalt freds- og forsoningsarbeid. Gruppen består i dag av seks personer, inkludert Nora Sveaass fra Norge.

Gruppen har arbeidet med uttalelsen *Statement on War and the Responsibilities of Psychological Science* som i mars i år ble vedtatt av IUPsyS og publisert globalt. Den er svært aktuell med henblikk på verdenssituasjonen i dag og psykologers ansvar og oppgave i forbindelse med dagens usikre situasjon. Uttalelsen er også inspirert av tilsvarende uttalelse, det såkalte *Manifesto* fra 1946, der meget profilerte psykologer tok til orde for viktigheten av psykologers bidrag i arbeidet med fred, mot kolonialisme, mot undertrykking og rasisme og for menneskerettigheter til alle. ♻️

Les hele uttalelsen på iupsys.net
Skann QR-koden:



IUPsyS' OPPDRAG

Oppdraget til IUPsyS er «utvikling, representasjon og fremme av psykologi som en grunnleggende og anvendt vitenskap nasjonalt, regionalt og internasjonalt» (Artikkel 5, IUPsyS' vedtekter).

IUPsyS' FORMÅL

Formålet er formulert i Artikkel 6 av IUPsyS-statuttene:

- Å forbedre og fremme utviklingen av psykologifaget og profesjonen.
- Å utveksle ideer og vitenskapelig informasjon mellom psykologer fra forskjellige land.
- Å organisere de internasjonale psykologikongressene og andre møter om emner av generell eller spesiell interesse innen psykologi.
- Å bidra til psykologisk kunnskap gjennom publiseringsaktiviteter.
- Å fremme utveksling av publikasjoner og annen kommunikasjon mellom forskjellige land.
- Å fremme kvalitet i standarder for utdanning, opplæring, forskning og anvendelse av psykologi.
- Å muliggjøre utvikling av psykologiske forskere og nasjonale foreninger gjennom kapasitetsbyggende aktiviteter.
- Å fremme internasjonal utveksling, spesielt blant studenter og unge forskere.
- Å samarbeide med andre internasjonale, regionale og nasjonale organisasjoner i saker av gjensidig interesse.

Hjelper barnevernsungdom med følelser

I sin doktorgrad undersøkte Kristin Espenes implementeringen av Omsorgs- og endringsmodellen (OEM; Care and Development Model, CDM) for ungdom i barnevernsinstitusjoner. Modellen er forankret i dialektisk atferdsterapi (DBT), en transdiagnostisk behandling som søker å styrke evnen til å holde ut og regulere følelser og relasjonell kompetanse.

I artikkel én gjennomførte Espenes en metaanalyse av ulike psykososiale intervensjoner for emosjonsregulering hos barn og unge. Analysens resultater tydet på moderat bedring i emosjonsregulering, internalisering (f.eks. angst) og eksternalisering (f.eks. aggressiv atferd).

I artikkel to viste Espenes at barnevernsansatte som fikk ti dagers opplæring i OEM-modellen vurderte modellen som gjennomførbar, altså mulig og enkel å bruke med ungdom, og akseptabel, altså god og samsvarende med de ansattes behov.

I artikkel tre gjennomførte Espenes en første pre-posttest undersøkelse av

intervensjonen, uten kontrollgruppe, med barnevernsungdom i perioden fra de ble plassert på barnevernsinstitusjon til oppholdet ble avsluttet. Ungdommene hadde typisk tidligere traumatiske opplevelser, atferdsvansker og andre psykiske helseutfordringer. Som en del av intervensjonen, som varte i flere måneder, fikk ungdommene opplæring i emosjonsregulering, håndtering av ubehag, relasjonelle ferdigheter og mindfulness.

Ungdommene hadde færre vansker med å opprettholde målrettet atferd til tross for vanskelige emosjoner etter intervensjonen, men det var ellers få endringer i emosjonsreguleringen. Ifølge ungdommenes omsorgspersoner viste ungdommene også mindre eksternalisering og færre kognitive, relasjonelle og oppmerksomhetsrelaterte utfordringer. Behandlernes vurdering av bedring blant ungdommene korrelerte kun moderat med ungdommenes selvrapporterte bedring. 📢



FOTO PRIVAT

Kristin Espenes

Targeting emotion regulation in adolescents: Implementation and preliminary outcomes of a dialectical behavior therapy-informed model in residential youth care

Disputas 09.04.26

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Kognitive vansker ved spiseforstyrrelser

Tora Thorsrud undersøkte behandling av kognitive utfordringer hos kvinner diagnostisert med spiseforstyrrelser. Utgangspunktet for transdiagnostisk kognitiv remedierings-terapi (TCRT) er at pasienter med ulike spiseforstyrrelser har felles kognitive utfordringer, og at styrking av metakognisjon og evnen til å håndtere utfordringene kan supplere tradisjonell terapi.

I én artikkel sammenlignet Thorsrud hvordan kvinner med spiseforstyrrelser presterte på nevropsykologiske tester, enten de hadde spiseforstyrrelser preget mer av restriksjon, slik som restriktivt matinntak ($n = 33$), eller tap av kontroll, slik som overspising ($n = 36$). Kvinner med begge typene spiseforstyrrelser hadde lavere grad av inhibisjon og evne til fleksibel informasjonsprosessering, og større utfordringer med eksekutiv fungering, sammenlignet med normdata. Resultatene støtter antakelsen om felles

kognitive utfordringer.

Thorsrud utførte også en kontrollert studie for å sammenligne effekten av TCRT med vanlig terapi (*treatment as usual*), som ved spiseforstyrrelser blant annet er kognitiv atferdsterapi og normalisering av kroppsvekt. Deltakerne som fikk TCRT ($n = 30$), hadde bedre selvrapportert eksekutiv kontroll, men ellers få kognitive forbedringer sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatene støtter i liten grad at TCRT styrker evnen til å håndtere kognitive utfordringer.

Tretten av deltakerne fra den kontrollerte studien ble senere rekruttert til en kvalitativ studie, der Thorsrud brukte semistrukturert intervju for å undersøke hvordan deltakerne opplevde TCRT. Deltakerne fortalte at tilnærmingen fremstod som relevant og enkel å skreddersy, men samtidig utfordrende å komme inn i og gjennomføre. 📢



FOTO NTNU

Tora Thorsrud

Transdiagnostic cognitive remediation therapy for patients with eating disorders: neuropsychological profiles, treatment outcomes and patient perspectives

Disputas 10.04.26

Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Plikten til å avverge

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utviklet e-læringskurs om plikten til å prøve å avverge drap, mishandling i nære relasjoner, voldtekt og seksuelle overgrep mot barn.

– Mange som møter mennesker utsatt for vold eller overgrep kan bli usikre. Å vite om plikter ved vold og overgrep kan være avgjørende, sier Camilla Shalchian-Tabrizi, prosjektleder i NKVTS.

Kursene er utviklet av NKVTS på initiativ fra Justis- og beredskapsdepartementet, og er tilpasset ulike situasjoner der avvergingsplikten kan bli aktuell. Plikten utløses når man vet eller tror det er sannsynlig at et alvorlig lovbrudd kan skje, noe man kan forsøke å forhindre for eksempel ved å varsle politi eller barnevern.


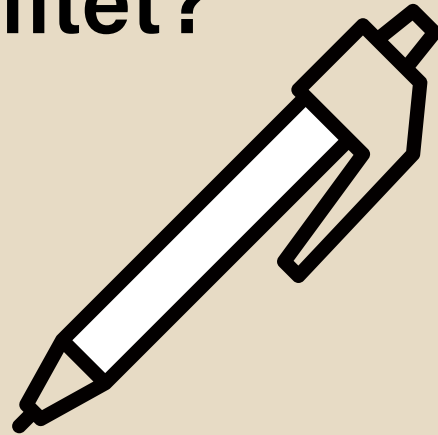
NKVTS sine kurs retter seg blant annet mot helse- og omsorgspersonell, og avvergingsplikten går foran taushetsplikten. Du finner mer informasjon om avvergingsplikten og kurset på plikt.no. 



FOTO BETH HOPE

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

I Psykologtidsskriftet kan du dele erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkolleger.



For sjangerbeskrivelser
og forfatterveiledning:

TEKST Eivind Aakhus
Nasjonalt senter for aldring og helse

Sverre Bergh
Forskningscenter for aldersrelatert
funksjonssvikt og sykdom
Nasjonalt senter for aldring og helse

Geir Selbæk
Geriatrisk avdeling, Institutt for klinisk
medisin Universitetet i Oslo
Nasjonalt senter for aldring og helse

Rusmiddelbruk, kognitiv svikt og komorbid demens

KOMMENTAR TIL

Erga, A. H., Hetland, J., Høiland, K., Fodstad, E. C., Drevsjø, S. & Braatveit, K. J. (2026). Utredning av kognitiv fungering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 163-172

KONTAKT eivind.aakhus@aldringoghelse.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonflikt skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Differensialdiagnostikk av demens i rusbehandling er en kompleks øvelse.

Aleksander Hagen Erga og kolleger (2026) går i *Psykologtidsskriftets* marsnummer gjennom kunnskapsgrunnlaget for utredning av kognitiv fungering/vansker hos personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Temaet er helt sentralt innen rusbehandling. Forfatterne beskriver kognitiv vurdering som et behandlingsforløp i tre nivåer: 1) starten av forløpet, 2) underveis i et forløp og 3) vurdering av vedvarende kognitive tilstander. I sistnevnte gruppe beskrives typiske kliniske bilder som autismspekterforstyrrelser, ADHD og «utfordringer med global kognitiv fungering». Vi er usikre på hva det sistnevnte rommer, men vi antar at det gjelder for eksempel kognitiv svikt ved demenssykdom. Dette kan være som en direkte følge av rusmiddelbruken eller ervervede skader oppstått under ruspåvirkning (f.eks. hodeskader, intracerebrale blødninger), eller som en samtidig utvikling av en av de nevrodegenerative demenssykdommene som for eksempel demens ved Alzheimers sykdom eller vaskulær demens. Vi noterer oss at forfatterne ikke én gang i løpet av artikkelen bruker begrepet *kognitiv svikt*, men vi antar at «vedvarende kognitive vansker som ikke bedres ved vedvarende avholdenhet fra rusmidler», ikke er noe annet enn kognitiv svikt, og at utredning i nivå tre også må inkludere demens som en aktuell differensialdiagnose.

Forfatterne anbefaler at pasienter med rusmiddelbruk og tegn på vedvarende kognitive vansker bør gjennomgå en full nevropsykologisk undersøkelse. Vi er enige i at nevropsykologisk kompetanse er ønskelig i ethvert faglig miljø som utreder kognitiv svikt, enten det dreier seg om rusmiddelbruk, demens eller annen årsak til kognitive vansker. Imidlertid er demenssykdom også en klinisk diagnose, der sannsynligheten for at en person har sykdommen, er et resultat av

klinisk undersøkelse, komparentinformasjon, testing med validerte tester (for demensdiagnostikk), bildediagnostikk (MR/CT/PET/SPECT) og eventuelt blod- eller spinalvæskeundersøkelse for kartlegging av demensmarkører. En full nevropsykologisk undersøkelse vil derfor kun være en del av en utredning som kan bidra til å kartlegge om en pasient i rusbehandling er rammet av en nevrodegenerativ demenssykdom.

Det er holdepunkter for å si at personer med langvarig alkoholmisbruk har en forhøyet risiko for demens som ikke skyldes alkoholmisbruket i seg selv. Hvis man ser på alle årsaker til demens, inkludert rusrelatert demens, finner en stor finsk registerundersøkelse en to–seks ganger forhøyet risiko for demens hos personer med alkoholmisbruk (Hu et al., 2023). Aranda og kolleger (2023) viste i et stort registermateriale at en historie med psykisk lidelse og rus økte risiko for å ha en demens av Alzheimers type med 22–51 % og vaskulær demens med 22–53 %. I en dansk registerundersøkelse fant man at personer med alkoholavhengighet hadde en dobbelt risiko for å få demens av nevrodegenerativ type (F00-F03 og G30 i ICD10) (Holst et al., 2017). For andre typer rusmisbruk er kunnskapen begrenset.

Differensialdiagnostikk opp mot demens i rusbehandlingsfeltet er en kompleks og krevende øvelse, der et velfungerende samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og demensutredningsmiljøet er viktig. Fra vår kjennskap til norsk klinisk praksis er det allerede samarbeid mange steder mellom TSB-avdelinger og fagmiljøer som utreder mulig demenssykdom. Ved

forløpskontroll av kognitiv funksjon bør man være særlig oppmerksom ved tegn på *økt* kognitiv svikt sammenlignet med tidligere undersøkelser, uten sikker årsak. Da bør man ut fra samlede opplysninger vurdere om det er holdepunkter for demensutvikling, og henwise til demensutredning hos aktuelt fagmiljø.

Det er viktig å kunne skille mellom demens som skyldes nevrodegenerativ årsak, og demens som skyldes rusmiddelbruken selv. Behandlingsmessig kan det få konsekvenser for valg av legemidler mot demens, og det vil også være av betydning for vurderinger omkring prognose, arvelighet og fremtidige omsorgsbehov. I tillegg kan både pasient og dennes nærmeste ha nytte av å vite at årsaken til den kognitive svikten skyldes noe annet enn rusmiddelbruken. Det kan bidra til å redusere skam og stigma. Ψ

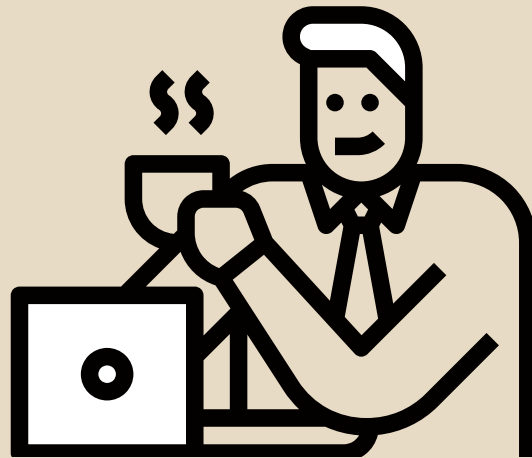
REFERANSER

- Aranda, M. P., Liang, J., Wang, X., Schneider, L. S. & Chui, H. C. (2023). The relationship of history of psychiatric and substance use disorders on risk of dementia among racial and ethnic groups in the United States. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–165–262. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1165262>
- Erga, A. H., Hetland, J., Høiland, K., Fodstad, E. C., Drevsjø, S. & Braatveit, K. J. (2026). Utredning av kognitiv fungering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 163–172. <https://doi.org/10.52734/MDGW7844>
- Holst, C., Tolstrup, J. S., Sørensen, H. J. & Becker, U. (2017). Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: A cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment: Alcohol dependence and somatic diseases. *Addiction*, 112(8), 1358–1366. <https://doi.org/10.1111/add.13799>
- Hu, Y., Korhonen, K., Li, P., Bobak, M., Martikainen, P. & Bijlsma, M. J. (2023). Association between alcohol use disorders and dementia in 262,703 dementia-free finnish adults: Is cardiovascular disease a mediator? *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(6), 1045–1052. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac252>

Hold deg oppdatert

Visste du at Psykologtidsskriftet ofte publiserer saker på nett som ikke er med i papirutgaven?

Ved å abonnere på vårt nyhetsbrev får du løpende informasjon om nye saker og ledige stillinger.



Uten kontinuerlig fagetisk
trening visner den
fagetiske kompetansen.

Å gjøre etisk refleksjon



FOTO ERIK ENGBLAD

TEKST Sverre Urnes Johnson
Psykologisk institutt, UiO
Modum Bad

KONTAKT s.u.johnson@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

Profesjonsetiske spørsmål blir stadig oftere aktualisert, og psykologer deltar i økende grad i offentligheten – i medier, podkaster, bøker, foredrag og kommersielle formater. Dette forsterker behovet for noe helt grunnleggende i psykologfaget: evnen til metaperspektiv – å kunne se egen rolle, egne valg og egen praksis utenfra. En slik evne oppstår ikke spontant. Den må læres, trenes og vedlikeholdes systematisk.

Profesjonsetikk som øvelse, ikke bare pensum

Jeg underviser profesjonsstudenter i psykologi allerede fra første semester i grunnleggende profesjonsetikk. Nettopp fordi studentene ennå ikke har etablert faste vaner, kan de raskt trenes i å gjenkjenne etiske dilemmaer og reflektere strukturert rundt dem. I undervisningen arbeider vi ikke bare med definisjoner og prinsipper på tavla, men med konkrete, praksisnære situasjoner og prosedural og målrettet trening (Anderson, 1982; Ericsson, 2008). Aktuelle eksempler fra media drøftes aktivt. De aktuelle situasjonene som preger mediebildet, hentes ikke frem for å henge ut kollegaer, men for å bevisstgjøre studentene om faktiske dilemmaer.

Studentene får presentert caser som kan minne om situasjoner psykologer møter i terapirommet, i møte med pårørende, i tverrfaglige team eller i offentligheten. Eksempler fra pensumboken brukes flittig (Øvreide & Backe-Hansen, 2025). De lærer tidlig et sentralt akronym som de skal ta med seg videre i studiet: KARI – kompetanse, ansvar, respekt og integritet – de etiske prinsippene



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

ne for nordiske psykologer (Norsk psykologforening, 1998). Det samme gjelder begrepet evidensbasert praksis (APA, 2006; Norsk psykologforening, 2007).

Psykologer flest er enige om at det er viktig å arbeide evidensbasert eller følge fagetiske prinsipper. Evidensbasert praksis og KARI er imidlertid abstrakte begreper. For at de skal gi mening og kunne brukes, må de knyttes til observerbare hendelser og situasjoner. De må gjøres eksplisitte og praktiske. Det må tydeliggjøres hvordan evidensbasert praksis faktisk viser seg i konkrete eksempler: hvordan psykologen sjonglerer de tre pilarene forskning, pasientenes preferanser og klinisk erfaring i konkrete valg.

Tilsvarende for fagetikken. Dilemmaene vi arbeider med, kan handle om maktasymmetri, eksponering av sårbare personer, uklare roller, rollekonflikter, lojalitet til arbeidsgiver versus lojalitet til klient, spenningen mellom faglig formidling og kommersiell utnyttelse – eller praksis som ikke er i samsvar med tilgjengelig forskning.

Poenget er ikke å gi studentene «riktige svar», men å trene dem på selve arbeidsmåten:

- oppdage at «her er det faktisk et dilemma»
- sette ord på hvilke hensyn som står mot hverandre
- undersøke hvordan makt, rolle, sårbarhet og kontekst påvirker situasjonen
- formulere begrunnede valg, og tåle at det ikke finnes en fasit

Prosedural læring

Undervisningen legger vekt på prosedural læring: Studentene lærer ikke bare om etikk, de lærer å *gjøre* etisk refleksjon. De øver på å identifisere relevante prinsipper, analysere situasjonen steg for steg, drøfte ulike handlingsalternativer og vurdere mulige konsekvenser, og de presenterer for hverandre. Over tid blir dette en form for «fagetisk muskulatur» – en ferdighet som kan aktiveres i nye, uforutsette situasjoner.

Det er påfallende hvor raskt denne muskulaturen kan begynne å utvikle seg. Allerede etter svært få undervisningsøkter ser jeg studenter uten klinisk erfaring bli i stand til å gjenkjenne asymmetri, sette ord på potensiell skade og stille spørsmål ved egen og andres motivasjon. Det tyder på at profesjonsetisk dømmekraft ikke er noe man automatisk får med alderen eller økende erfaring, men er noe som kan bygges systematisk – fra første semester.

Metabevissthet som kjerne i etikken

I kjernen av arbeidet med å utvikle en fagetisk muskulatur ligger metabevissthet: evnen til å reflektere over egen tenkning, egne reaksjoner og egne læringsprosesser (Flavell, 1979). Metabevissthet ved profesjonsetikk handler blant annet om å kunne betrakte egne faglige og etiske vurderinger som nettopp vurderinger – ikke som ren

— profesjonsetikk bør være en rød tråd

sunn fornuft eller gode intensjoner. Studentene får flere spørsmål: Hvor kan du være blind? Hvilke hensyn ser du først, og hvilke glemmer du? Hvem er mest sårbar i denne situasjonen? Hvilke interesser kan du selv ha som du ikke umiddelbart legger merke til? Hvordan viser de fagetiske prinsippene (KARI) seg i denne saken?

Slik trening, helt fra starten av studiet, gjør at profesjonsetikk ikke reduseres til et sett abstrakte idealer, men blir en konkret, personlig og faglig ferdighet. Målet er at studentene etter hvert tar med seg denne måten å tenke på inn i praksis – og videre inn i et helt yrkesliv.

Studentene skal tidlig lære at deres egne vurderinger ikke er nøytrale, men vil formes av erfaring, gruppepress, forventninger, frykt for å gjøre feil og behov for anerkjennelse.

Når blikket løftes fra første semester og framover mot psykologyrket som helhet, blir én ting tydelig: Det er ikke nok å ha hatt etikkundervisning gjennom profesjonsstudiet i psykologi. Problemstillingene psykologer møter, endrer karakter i takt med samfunnet – gjennom ny teknologi, nye behandlingsformer, nye medieformater og nye samhandlingsarenaer. Profesjonsetikk må derfor forstås som en kontinuerlig faglig oppgave: noe som må oppdateres, drøftes og øves på, også for erfarne psykologer. Det innebærer blant annet at det bør være systematisk refleksjon rundt hvordan man 1) håndterer egen rolle når man trer ut av terapirommet og inn i offentligheten, 2) forstår og praktiserer samtykke i formater hvor eksponeringen er stor og varig, 3) balanserer ønsket om å normalisere psykiske plager med behovet for å beskytte enkeltpersoner mot utilsiktet skade og 4) forholder seg til kommersielle og mediale logikker som ikke nødvendigvis sammenfaller med faglig forsvarlighet.

Mange av disse problemstillingene kan ikke løses med forskrifter. De krever nettopp den metabevissstheten og prosedurale etiske kompetansen vi forsøker å bygge fra første semester: evnen til å stoppe opp, undersøke egen posisjon, drøfte med andre og være villig til å justere kursen.

En profesjon som tåler etisk ubehag

Hvis psykologer skal utøve faglig integritet i møte med komplekse forventninger fra pasienter, arbeidsgivere, medier og samfunn, må profesjonen som helhet tåle etisk ubehag. Det betyr at vi må kunne diskutere vanskelige

saker, også når de berører kollegaer, etablerte praksiser eller populære formater, uten å gå inn i verken stillhet eller ren gapestokkmentalitet. Psykologstanden må evne å korrigere seg selv.

For utdanning og spesialisering innebærer dette at profesjonsetikk bør være en rød tråd gjennom praksis, veiledning og spesialistløp, der konkrete erfaringer brukes som utgangspunkt for profesjonsetisk refleksjon. Videre bør de fagetiske prinsippene trenes på aktivt i etterutdanning og faglig fellesskap, der psykologer sammen kan bearbeide nye typer utfordringer – i terapirommet, i organisasjoner og i offentligheten.

Den store gruppen psykologer som er ferdig spesialisert, har så langt jeg har kartlagt, få tydelige arenaer der de kan trene på prosedurale ferdigheter knyttet til fagetiske prinsipper (KARI). Vi vet hva som skjer med en ferdighet som ikke vedlikeholdes eller trenes på aktivt: Den visner raskt hen. Nettopp denne gruppen kan derfor ha et særlig behov for systematisk, praktisk fagetisk trening. NPF bør følgelig legge til rette for målrettet fagetisk påfyll og prosedural trening spesielt rettet mot spesialister.

Når vi investerer i slik profesjonsetisk kompetanse, fra første semester og gjennom hele yrkeslivet, styrker vi ikke bare psykologers personlige og faglige integritet. Vi bidrar også til å beskytte dem vi er satt til å hjelpe, og til å bevare den tilliten psykologer er avhengige av i samfunnet.

Profesjonsetikk er en integrert del av det å være psykolog. I det første møtet som student, i det første terapiforløpet som nyutdannet, og i alle de nye arenaene der psykologer i dag utøver faget sitt. 🗨️

REFERANSER

- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological Review*, 89(4), 369–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.89.4.369>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Ericsson, K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 988–994. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00227.x>
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Norsk psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Norsk psykologforening.
- Norsk psykologforening. (2007). *Evidensbasert praksis i psykologi*. Norsk psykologforening.
- Øvreide, H. & Backe-Hansen, E. (2025). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm Akademisk.

Fagetisk råd fremstår defensivt, med en fagetisk visjon formulert i et tungt og filosofisk språk.

Høystemt og uklart om fagetikk



FOTO PRIVAT



FOTO PRIVAT

TEKST Anne-Kari Torgalsbøen
Universitetet i Oslo

Haldor Øvreeide
Institutt for familie og
relasjonsutvikling

KONTAKT ma.k.torgalsboen@
psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

Årets debatt om fagetikk synliggjør en forvirring knyttet til sentrale fagetiske spørsmål og temaer: Gjelder fagetikken i det offentlige rom? Hvem må forstås som psykologens klient? Fritas psykologen for ansvaret med informert samtykke? Hva er en profesjonell relasjon, og når inntreer den og avsluttes? Kan psykologer bruke sin tittel som markør for å fremme personlige synspunkter og politisk agenda? Spørsmålene tydeliggjør et stort behov for å klargjøre både faglige og etiske forpliktelser når vi opptrer med en privilegert, lovbeskyttet identitet i dagens ofte uoversiktlige mediefelt. Forvirringen er ødeleggende for de mange som opptrer faglig fokusert og etisk ansvarlig.

Visjonen om våre fagetiske forpliktelser

Vik og Eide (2026) begår en logisk feilslutning når de begrunner sin fagetiske visjon gjennom en sammenligning mellom etiske prinsipper og diagnosemanualen ICD-10. Der fagetikk handler om å tilegne seg innsikt og utvikle holdninger og praksis i tråd med moralske verdier, handler ICD-10 om å beherske en formalisert klassifikasjon av observerbare fenomener og å anvende stadig reviderte kriterier på ulike tilstander.

Slik Vik og Eide argumenterer, så setter de til side at fagetiske prinsipper allerede er solid forankret i FNs menneskerettighetserklæring (Lindsay et al., 2024). Når de samtidig insisterer på at ulike, og endrende, visjoner for fagetisk arbeid er nødvendige, vil vi her forsøke å formulere den fagetiske visjonen som FER og vi alle er forpliktet til, så konkret og tydelig som mulig.

For profesjonelt arbeid kan menneskerettighetserklæringen destilleres ned til fire grunnprinsipper. Først må (a) illegitim maktutøvelse og uaktsomhet ikke forekomme (ansvar), og (b) relasjonell tillit (respekt) være bærende for all profesjonell yrkesutøvelse, som igjen forutsetter at den profesjonelle (c)

arbeider kunnskapsmessig med (d) faglig integritet i sine relasjoner. De fire prinsippene er videre spesifisert som våre fagetiske forpliktelser (Norsk Psykologforening, 1998), som innebærer at klientens interesser skal ivaretas og prioriteres innenfor rammene for yrkesutøvelsen. Profesjonens visjon innebærer derfor å søke å arbeide etter slike grunnleggende verdier. En slik visjon innebærer ikke en egen vidløftig, for oss nærmest uforståelig filosofisk forforståelse av hva som må til for å fremme en god fagetisk praksis, slik Vik og Eide synes å forutsette, uten markering av hva som må prioriteres.

I prinsippet er etiske prinsipper enkle og selvfølgelig – helt til vi står i konkrete situasjoner. Da oppstår det ikke sjelden interessekonflikter, en skjør og usikker tillit der klienten overtilpasser seg eller utfordrer oss. Da er etisk aktsomhet med støtte i og bruk av prinsippene avgjørende for å oppnå den tilliten som trengs for arbeidet. Å forankre praksis i løpende fagetiske overveielser beskytter også psykologen best mot at arbeidet blir utsatt for usaklige angrep.

Dersom en psykolog har arbeidet i strid med etikken, er både offentlig og skjermert kritikk legitimt. Personlig støttende samtaler og faglig veiledning for psykologen kan selvsagt gis i det kollegiale fellesskapet, men med et skarpt skille til klientens interesser. Dersom klientens interesser settes opp mot psykologens, vil dette i seg selv være et fagetisk brudd. En slik avgjørende distinksjon er fraværende i Vik og Eides visjon. Klienten er ikke nevnt.

Maktskjevheten i klagebehandling

Selv om Landsmøtet har gitt rammen for dagens klagemodell i FER, forhindrer ikke det en diskusjon om hvordan praksisen fungerer. Å hevde at klienter og andre får behandlet en klage med dagens ordning, er tilslørende. Ettersom klager selv må fremsette klagen skriftlig, antar vi at det å fremme en klage kan være svært krevende for mange klienter. Den som klager, får videre kun informasjon om at et møte skal eller har funnet sted, men ingen detaljer om hvordan samtalen blir gjennomført, eller hvilke etiske prinsipper som var berørt. I det lukkede rom vil psykologen selv kontrollere narrativet om klientens kritikk. Øvreeide har vært invitert inn i dette ekkokammeret, og selv kjent på ubehaget ved at klienten ikke hadde anledning til å gi et tilsvarende svar. Vi kan ikke se at Vik og Eide har stilt spørsmål ved om asymmetrien i klagebehandlingen er etisk forsvarlig. Hva de inviterer psykologen til, er samtaler med «tvil, trygghet, ydmykhet, omtanke og visdom» i lukkede rom der klienten holdes utenfor.

FER utfordres til å abstrahere kritiske fagetiske problemstillinger fra den fagvirksomheten som allerede foregår i det offentlige rom, og å bruke tilgjengelige, konkrete eksempler som utgangspunkt. For å ta noe dagsaktuelt – en psykolog som tolker og uttaler seg om kronprinsparets kjærlighetsforhold ut fra kronprinsessens TV-intervju (Nielsen et al., 2026; Nielsen & Losen, 2026). Både for klienter og psykologer ville det vært informativt om FER sa noe om det etisk prinsipielle her, som er fullt

mulig å lese ut fra deres mandat. FER kan også belyse fagetiske utfordringer med eksempler knyttet til trender i tiden som påvirker psykologers yrkesutøvelse. Hva FER argumenterer for, er at de ikke kan uttale seg om saker der psykologer opptrer, ei heller gi klienter eller oss kollegaer informasjon om hva som skjer i lukkede samtaler der «visdom» skal råde.

Behov for etisk veiledning

Rådet har ikke mandat til å endre fagetikken, så det må skje i andre fora. FERs oppdrag er å tolke prinsippene opp mot dagens praksis, spesielt på nye praksisområder. Som tidligere leder av FER formidlet: «Relevansen og nytten av prinsippene ligger i å kontinuerlig anvende dem i reflekterende praksis» (Garmannslund, 2025). Opptrer psykologen offentlig, er det fagfellesskapets rett og ansvar å reagere når praksis avviker fra sentrale profesjonelle forventninger.

Basert på siste tids meningsutveksling om fagetikk synes FER å ha en forståelse av sitt oppdrag som samsvarer lite med psykologers behov for fagetisk veiledning, og med FERs retningslinjer. Å invitere debattantene til symposium om fagetikk på årets psykologikongress er vel og bra, men utilstrekkelig. Vi ønsker en diskusjon om måten FER fungerer på, og henvender oss derfor til Sentralstyret. Det er åpenbart et akutt behov for veiledende retningslinjer for psykologer som opptrer offentlig. En veileder som kan vise både til vår faglige prinsipperklæring og våre etiske prinsipper. Psykologer har mye verdifullt å bidra med i den offentlige samtalen, men tillit til slik yrkesutøvelse må bygges og vedlikeholdes. Frem mot neste landsmøte er det dessuten nødvendig å samtidig starte diskusjonen om en annen organisering av foreningens arbeid med fagetikk. Norske psykologer fortjener en fungerende fagetisk veiviser. ♣

REFERANSER

- Garmannslund, M. E. (2025). Sosiale medier krever god rolleforståelse og etisk bevissthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso1ae-Sosiale-medier-krrever-god-rolleforstaelse-og-etisk-bevissthet
- Lindsay, G., Øvreeide, H. & Kone, C. (2024). *Ethics for European Psychologists* (2. utg.). Hogrefe.
- Nielsen, M. K., Brennsæter, S. & Losen, S. (2026, 20. mars). Kronprinsparet i Epstein-intervju: - De færreste kan finne seg i alt. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/kjendis/de-faerreste-kan-finne-seg-i-alt/84396890>
- Nielsen, M. K. & Losen, S. (2026, 21. mars). Kronprinsparet i Epstein-intervju: - Vanskelig å vurdere. *Se og Hør*. <https://www.seher.no/kjendis/vanskelig-a-vurdere/84398359>
- Norsk Psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/etik/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Vik, O. M. & Eide, C. (2026). Fagetikk ivaretas best gjennom dialog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 251-252. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Fagetikk-ivaretas-best-gjennom-dialog>



ILLUSTRATION KNUT LOVÅS

Terapirommet trues av samfunnets tempo og kravet om effektivitet i psykisk helsevern.

Når tempoet blir en klinisk utfordring



FOTO PRIVAT

TEKST Rolf Aspestrand

Terapeuter møter i økende grad lidelse som ikke lar seg forstå som avgrensede symptomer, men som uttrykk for en mer gjennomgripende eksistensiell ustabilitet (Bauman, 2000). Både terapeut og klient kan komme i terapirommet overveldet av inntrykk, stimuli og krav om mestring – med opplevelsen av å ikke strekke til.

Den østerrikske psykiateren Viktor Frankl (2006) skrev at mellom stimulus og respons finnes et rom, der vår frihet ligger. Terapirommet kan nettopp være et slikt rom. Et sted hvor tempoet kan senkes, hvor reaksjoner ikke trenger å komme umiddelbart, og hvor erfaringer kan få modnes før de forstås. Jeg opplever at dette rommet i økende grad utfordres – både av en akselererende samtid og krav til effektivitet innen psykisk helsevern.

KONTAKT rolf@aspestrand.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Tid er en faglig forutsetning

Pasientforløpet i psykisk helsevern skal sikre helhetlige, forutsigbare og likeverdige behandlingsforløp. Samtidig har vi bygget inn et tempo som for sjeldent harmonerer med samtidens kliniske kompleksitet. Når tiden strammes inn, risikerer vi behandling som blir overfladisk eller fragmentert, og som øker risikoen for tilbakefall og gjentatte behandlingsrunder.

Tid er ikke et luksusgode i psykisk helse – det er en faglig forutsetning. Likevel blir omsorg ofte omtalt som noe det ikke lønner seg å prioritere. Emma

Holten (2023) understreker hvordan språk påvirker politikk: Når omsorg nedvurderes i språket, mister omsorgen også politisk betydning. Økende psykiske helseutfordringer krever flere fagfolk og tid, ikke færre ansatte og økt tempo. Kontinuerlig tidspres går i tillegg ut over motivasjon og kvaliteten på arbeidet.

Hva om noe av lidelsen vi forsøker å behandle, også opprettholdes av tempoet vi møter den med? Når forståelse, diagnostisering og intervensjon skjer for raskt, kan behandlingen utilsiktet speile den samme hastighet og reaktivitet klienten allerede er fanget i. Terapien, som skulle gi rom for integrasjon og forankring, risikerer i stedet å forsterke opplevelsen av overveldelse og utilstrekkelighet.

— Å stå i manglende progresjon eller stillhet er krevende

Erfaringer må holdes lenge nok

Den tsjekkiske psykiateren Jan Roubal bruker metaforen kompostering som et bilde på tiden og rommet som trengs for at transformasjon kan oppstå. På samme måte som store mengder organisk materiale må ligge urørt før det kan bli til næringsrik jord, trenger visse erfaringer å få ligge – verken fornektet eller forsert – før de kan gi grobunn for ny mening og endring.

Ikke alt terapeutisk materiale kan «arbeides gjennom» lineært. Klienter kommer med en strøm av ufordøyde inntrykk: informasjon, krav, relasjonelle erfaringer og kroppslig aktivering. Når vi forsøker å strukturere for tidlig, kan vi bidra til ytterligere fragmentering.

En terapeutisk impuls kan være å skape sammenheng raskt – gjennom tolkning, forklaring eller diagnostisering. Når vi for raskt bekrefter historien eller bestillingen til klienten, kan vi lett bli en del av mønsteret og fikseringen klienten kom til oss for å frigjøre seg fra. Klientens narrativ kan i tillegg gi både klient og behandler tilgang til raske og allerede kjente svar.

Med utgangspunkt i metaforen om kompostering er det avgjørende at vi holder erfaringen lenge nok til at den kan modnes i klienten over tid og gi rom for vesentlige nyanser som lett kan gå tapt når intervensjonene kommer prematurt eller blir for retningsgivende. Assimilering begynner sjelden med analyse, men med viljen til å bli i det uavklarte, det vage og smertefulle – sammen.

Terapeuten må også holde lenge nok

En utfordring i et tidspresset landskap er at vi som terapeuter selv utvikler tendenser til forenkling og generalisering av lidelse og behandling. Vi kan utilsiktet overse det unike og kanskje avgjørende ved personen og situasjonen vi møter – og undervurdere behovet for tid og tilstedeværelse som del av vår behandling.

Å stå i manglende progresjon eller stillhet er krevende, og kan gi både klient og terapeut opplevelsen av å ikke få det til. For å unngippe ubehaget kan vi intervensjonere for tidlig – særlig når systemets forventninger om progresjon, måloppnåelse og dokumenterbar effekt puster oss i nakken. Tilstedeværelse og genuin nysgjerrighet kan fort forvitte i en slik dynamikk.

Når tilgangen til toleransevinduet blir utfordret, beveger vi oss oftere mellom hyperaktivering og nummenhet (Siegel, 2010). Utålmodighet, reaktivitet og raske eller automatiserte løsninger kan lett bli en utvei for både klient og terapeut, selv om slike løsninger sjelden gir varig endring og paradoksalt kan bidra til å forlenge behovet for psykisk helsehjelp. Samtiden tvinger oss i større grad til å ta inn situasjonens kompleksitet og patologi før vi trekker forhastede konklusjoner om individuell patologi.

Å tåle stillstand og stillhet

Stillhet, ofte fryktet som tegn på manglende kunnskap eller erfaring, kan gi et tiltrengt og fruktbart rom hvor klienten kan utfolde sin indre verden i eget tempo. Terapeutens toleranse for fravær åpner for en sårbarhet som lenge kan ha vært begravd under adaptive forsvar og reaktivitet. Terapeuten som venter, som senker tempoet, som puster, signaliserer til klienten: Du trenger ikke vite ennå. Du trenger ikke prestere.

Som terapeut kan det være krevende å anerkjenne egne reaksjoner og impulser i en fase der tempoet senkes. Tåle å sitte i ubehaget, å vente – vel vitende om egne og formelle krav om framdrift. Å bli i det uavklarte og unngå forhastet forklaring og intervensjon krever disiplinert tilbakeholdenhet.

Vi vet at endring ofte oppstår spontant og paradoksalt når personen blir møtt der hen er, og endringen et slikt møte medfører kontakt og samspill (Kirkegaard, 1855/1990; Stern, 2004). Jeg mener motet og disiplinen til å vente er en profesjonell kjernekompetanse som må utvikles i utdanning, veiledning og faglige fellesskap. Kompetansen må også anerkjennes organisatorisk.


En nødvendig diskusjon

I dag er terapirommet et av få steder hvor tempoet kan senkes. Flexibilitet i tidsbruk gir rom for nyanser, for å forstå behandlingsbehovet bedre og for å unngå forhastede konklusjoner om patologi og tiltak. Mister vi dette rommet, mister vi ikke bare et metodisk verktøy, men en del av terapiens etiske og menneskelige kjerne.

Jeg fører ikke et argument mot struktur, evidens eller effektivitet, men en invitasjon til faglig refleksjon. Vi må

våge å diskutere tempo som faglig parameter: Hvor raskt setter vi diagnoser og mål? Hvor automatiserte er intervensjonene våre? Hvordan møter vi samtidens kompleksitet og det uavklarte?

Dagens ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er i stor grad innrettet mot diagnostiserbar patologi, mens langvarige behov for psykososial støtte faller mellom nivåene.

I psykisk helsepolitikk må politikerne skape et tydeligere skille mellom det å være syk og det å være menneske. Med en aldrende befolkning, færre yrkesaktive og økt press på finansieringen trenger vi å styrke den forebyggende folkehelseinnsatsen, der flere faggrupper samarbeider tidligere og bredere, for å ivareta psykisk helse i ulike livsfaser og som en samfunnsverdi – ikke bare som en kostnad i et presset system. 

REFERANSER

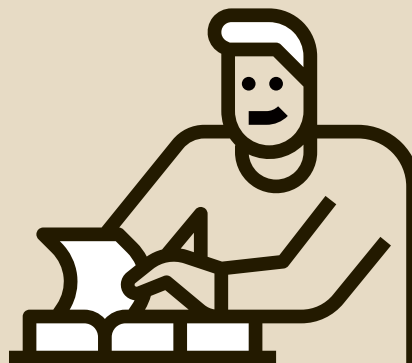
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning* (I. Lasch, overs.). Beacon Press. (Originalt utgitt 1946)
- Holten, E. (2023). *Omsorgens økonomi*. Gyldendal.
- Kierkegaard, S. A. (1990). *Synspunktet for min forfatter-virksomhed*. I H. V. Hong & E. H. Hong (overs.), *Upbuilding discourses in various spirits* (s. 96–107). Princeton University Press. (Originalt utgitt 1855)
- Roubal, J. (2022). *Landscape of depression and the metaphor of composting* [Upublisert veiledningsseminar]. Pieve Tesino, Italia.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindfulness and neural integration*. W. W. Norton & Company. <https://doi.org/10.1017/s1352465812000185>
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W. W. Norton.

Anmeld bok for Psykologtidsskriftet

Bokanmeldelser er populært
lestoff hos oss.

Som bokanmelder holder du
deg faglig oppdatert.

Interessert? Kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



TEKST Gunnar Schaefer
Helse Stavanger, Stavanger
DPS

Manual for behandling av ADHD – Mellom nevrobiologi og snusfornuft



BOOK *Mestringsstrategier for voksne med ADHD – behandlingsprogram i kognitiv atferdsterapi. Terapeutveileder.*

FORFATTERE Steven A. Safren, Susan E. Sprich, Carol A. Perlman, Michael W. Otto. (Oversatt av Ane Sjøbu)

ÅR 2025

FORLAG Gyldendal

SIDER 172

MERKNAD Anmelderen har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Behandlingsmanualen viser systematisk frem sentrale prinsipper i kognitiv atferdsterapi, men vil kreve at klienten allerede har relativt god selvregulering.

Mestringsstrategier for voksne med ADHD – behandlingsprogram i kognitiv atferdsterapi er den norske oversettelsen av *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program* (2017). Forfatterne Steven A. Safren, Susan E. Sprich, Carol A. Perlman og Michael W. Otto er erfarne klinikere og forskere med bred kompetanse innen psykologi, ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) og kognitiv atferdsterapi.

Boken er en terapeutmanual som beskriver et strukturert individuelt behandlingsprogram for voksne med ADHD. Programmet bygger på kognitiv atferdsterapi (KAT), og manualen har en tilhørende arbeidsbok for pasienter (som foreløpig ikke finnes på norsk). Manualen retter seg mot behandlere med grunnleggende KAT-kunnskap.

Programmet er utviklet og forsket på ved Massachusetts General Hospital og Harvard Medical School, med støtte fra *The National Institute of Mental Health*. Det som omtales som «en større studie» ($N = 86$), viste at kombinasjonen av medikamentell behandling og dette KAT-programmet ga bedre resultater enn medikamenter kombinert med avslapning/opplæring. Bedring ble opprettholdt etter 6 og 12 måneder. Programmet presenteres som et evidensbasert supplement til medikamentell behandling.

Boken består av en teoretisk introduksjon og en detaljert presentasjon av selve programmet.

— Boken nevner ikke differensialdiagnostiske overveielser

Teoretisk grunnlag

Innledningsvis beskrives ADHD som en veldokumentert nevrobiologisk lidelse som kan diagnostiseres med sikkerhet hos voksne. Kjernesymptomene oppgis som uoppmerksomhet/konsentrasjonsvansker, nedsatt impuls kontroll og svak selvregulering. Utbredelse av ADHD anslås å være mellom 1 og 5 %. Det beskrives at «ADHD er utbredt, men lite anerkjent og ofte underbehandlet hos voksne» (Safren, 2025, side 7). Det refereres også forskningsresultater som tyder på forholdsvis lav korrelasjon mellom symptomer i barneår og voksen alder: Mange med ADHD-symptomer i barneår såkalt «vokser det av seg», mange som fyller diagnosekriteriene i voksen alder, fylte ikke kriteriene i barneår. Forfatterne understreker at voksne med ADHD ofte har nytte av medikamentell behandling, men at mange fortsatt strever med restsymptomer knyttet til organisering, planlegging og prokrastinering. Mange har derfor behov for hjelp til å utvikle mestringsstrategier, hvilket er bokens utgangspunkt.

Behandlingsprogrammet bygger som nevnt på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og har som mål å hjelpe deltakerne å endre tanke- og handlingsmønstre som kan forsterke ADHD-symptomer. Målet er å identifisere uhensiktsmessige tanker og atferd og erstatte disse med mer konstruktive måter å tenke og handle på. Programmet hviler på et generisk psykoedukativt premiss om at kunnskap og innsikt er viktig for mestring.

Behandlingen følger noen sentrale prinsipper, hvor hvert punkt har sin egen undertekst. I parentes har jeg skrevet inn det jeg oppfatter som metabudskapet.

- Definer dine mål med behandlingen (eierskap).
- Behandlingen har en instruerende form – nesten som et kurs (følger du oppskriften, kommer du til å lykkes).
- Timene har en fast struktur hvor det i hver time er egne tema (skal du lykkes, må du jobbe systematisk).
- Behandlingen involverer hjemmeoppgaver (øvelse gjør mester).
- Feedback-orientert tilnærming. Klientens arbeid med hjemmeoppgaver følges systematisk opp. Positiv innsats anerkjennes. Hvis klienten ikke har lyktes, tilbys problemløsning. Fortløpende evalueres endring i symptomer på ADHD målt ved selv-utfylt spørreskjema (Adult ADHD self-report scale). (Tilbakemelding underveis er en forutsetning for motivasjon, og gir anledning til korreksjon om nødvendig).

Behandlingsprogrammet

Programmet består av tre hovedmoduler (ti sesjoner) samt en fjerde modul med to valgfrie sesjoner.

Modul 1: Psykoedukasjon, organisering og planlegging
Deltakerne lærer å bruke kalender, lister og alarmsystemer konsekvent. Oppgaver skal prioriteres (A–B–C), og større oppgaver deles i deltrinn. Etablering av faste steder for nøkler og dokumenter anbefales. Med andre ord gis det en rekke nokså selvsagte råd om hvilke vaner det er fornuftig å etablere dersom du strever med kjernesymptomer på ADHD.

Modul 2: Dempe avledninger

Deltakeren kartlegger hvor lenge konsentrasjonen kan opprettholdes, og tilpasser oppgaver og ambisjoner til dette. Strategier inkluderer å slå av varsler på mobil og e-post, rydde arbeidsområdet og redusere ytre forstyrrelser. Påminnere brukes aktivt.

Modul 3: Hensiktsmessig tankegang

Deltakerne lærer å identifisere og vurdere automatiske tanker, stille spørsmål ved uhensiktsmessige tanker og velge mer rasjonelle tolkninger.

Modul 4: Ekstrateknikker

Time 11 omhandler hvordan man kan bruke de allerede presenterte teknikkene til å forebygge prokrastinering.

Time 12 involverer pårørende og fokuserer psykoedukasjon og samarbeid, med mål om å dempe eventuelle konflikter i parforhold og etablere støtte for behandlingen. Timen kan med fordel gjennomføres tidlig i programmet.

Faglig vurdering

Helsedirektoratets *Retningslinjer for utredning og behandling av ADHD* (Helsedirektoratet, 2016) fremhever psykoedukasjon og andre ikke-medikamentelle tiltak som sentrale komponenter i behandling av ADHD. Siden publiseringen i 2016 har det pågått en økende faglig diskusjon om evidensgrunnlaget for langtidsbruk av ADHD-medikasjon (Velken, 2024).

I denne konteksten fremstår *Mestringsstrategier for voksne med ADHD* som et viktig bidrag. Det er et strukturert, manualbasert og ikke-medikamentelt behandlingsprogram som kan fungere som et nyttig supplement til eksisterende tilbud. Et av de mest utbredte ikke-medikamentelle behand-

lingstiltakene i norsk helsetjeneste i dag er Pegasuskurset (Hirvikoski et al., 2016), som er en psykoedukativ intervensjon i storgruppe for voksne med ADHD og deres nærstående. Rent innholdsmessig deler de to programmene flere sentrale elementer, både i form av psykoedukativt fokus og konkrete strategier for organisering og mestring i hverdagen. Særlig for pasienter som har behov for individuell oppfølging, representerer *Mestringsstrategier for voksne med ADHD* et nyttig supplement.

Styrkene til *Mestringsstrategier for voksne med ADHD* er systematikk, klare mål, involvering av pårørende og feedbackorientert praksis. Samtidig fremstår ikke boken helt i tråd med tiden når den beskriver at ADHD er en lite anerkjent og ofte underbehandlet diagnose hos voksne. Utsagnet stod seg nok betraktelig bedre da det ble skrevet i den engelske utgaven fra 2017, enn det gjør i norsk oversettelse anno 2025. Det har de siste årene pågått en omfattende debatt i fagmiljø og i offentligheten om hvorvidt ADHD er over- eller underdiagnostisert. Flere riksdekkende medier har hatt fylldig dekning av økningen av ADHD-diagnoser og av geografiske forskjeller i forekomst.

Det som er tidsaktuelt i dagens helsetjeneste, er prioritering. Boken sier lite om dette. Dette er i og for seg ikke bokens oppgave. Men jeg syns det er påfallende at det ganske uspesifikke begrepet *svak selvregulering* presenteres som et kjernesymptom ved diagnosen, i et avsnitt som ellers argumenterer for begrepsvaliditet og diagnostisk presisjon. Referansen til svak selvregulering er godt i overensstemmelse med klinisk forståelse av tilstanden, dog ikke vanlig å omtale som et kjernesymptom. Svak selvregulering er også vanlig forekommende ved andre tilstander som for eksempel kompleks PTSD (posttraumatisk stresslidelse) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Boken nevner ikke differensialdiagnostiske overveielser. Med en såpass uforpliktende begrepsbruk risikerer en, etter min mening, å bidra til en utvanning av ADHD-diagnosen, stikk i strid med beskrivelse som gis av diagnosens validitet og presisjon innledningsvis.

Bokens oppgave er ikke å diskutere ADHD i en kulturell kontekst, men å gi veiledning i hvordan man gjennomfører en evidensbasert behandlingsmetode for ADHD. Her leverer den. Den gir en grundig innføring i programmet med mange eksempler. For min del skapte likevel innledningen større forventninger enn programmet klarer å innfri. Jeg var spent på å lese det siste nye om ikke-medikamentell behandling av ADHD. Flere av strategiene som presenteres, er relativt grunnleggende og bygger på kjente prinsipper – jeg undrer meg om kvaliteten ligger mer i systematikken enn i teknikkene.

Programmet krever også høy grad av egeninnsats og selvregulering fra pasienten. Deltakeren skal lage huskelister, administrere kalendere, bruke alarmer, utarbeide pro-contra-lister og prioriteringsmatriser. Dette får meg til å tenke på begrepet *bootstrapping*: en metode der man estimerer usikkerhet ved å ta mange nye prøver fra egne data, altså å få mye ut av lite. Begrepet kommer fra metaforen for å løfte seg selv opp fra bakken ved å dra i egne støvelstrøpper.

For terapeuter som liker å jobbe manualbasert og er fortrolige med KAT, gir *Mestringsstrategier for voksne med ADHD* en enkel innføring i et individuelt behandlingsprogram. Det kan som nevnt være et godt supplement til Pegasuskurs for personer som ikke vil eller klarer å dra nytte av gruppebehandling. For en leser som primært har lyst å oppdatere seg på siste nytt på behandlingen av ADHD, er jeg redd for at boken vil skuffe, både innholdsmessig, men også rent tekstmessig. Fordi boken er en terapeutmanual, med detaljerte beskrivelser for hvert steg i behandlingen, bærer teksten preg av mange gjentakelser, hvilket forringer leseropplevelsen.

Programmet har karakterer av livsmestring, og jeg tenker det vil kunne være til god hjelp for mange som har vansker med planlegging og organisering, uavhengig av eventuell ADHD-diagnose. I likhet med en del andre tiltak som er tunge på psykoedukasjon, mener jeg denne typen tiltak gjerne hører bedre hjemme i førstelinjen enn i spesialisthelsetjenesten. ♡

REFERANSE

- Hirvikoski, T., Waaler, E., Carlsson, J., Helldén, G. & Lindström, T. (2016). *PEGASUS – Kurs for voksne med ADHD og deres nærstående. Manual for kursansvarlige*. Hogrefe.
- Helseidirektoratet (2016, 29. februar). ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging [nettdokument]. Helseidirektoratet. <https://www.helseidirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A. & Otto, M. (2025). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*. Gyldendal. Oxford University Press.
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A. & Otto, M. (2025). *Mestringsstrategier for voksne med ADHD – behandlingsprogram i kognitiv atferdsterapi*. (A. Sjøbu, overs.). Gyldendal.
- Velken, T. (2024). Er det grunnlag for påstanden om at ADHD-medisiner beskytter mot tidlig død? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/er-det-grunnlag-for-pastanden-om-at-adhd-medisiner-beskytter-mot-tidlig-dod/644-953>

TEKST Aina Dyb Bjerke
DPS Groruddalen

Avslutning av terapi



BOK *Avslutning av terapiforløp. Med eksempler fra familievernnet*
FORFATTER Vidar M. S. Husby
ÅR 2025
FORLAG Fagbokforlaget
SIDER 166

MERKNAD Anmelderen har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Et bidrag som hjelper klinikerer med å holde fokus på slutten gjennom hele terapiforløpet.

Psykolog og forfatter Vidar Husby står bak et viktig arbeid med å innføre målbevisst ferdighetstrening i den norske psykologstanden. Han har tidligere utgitt boken *Målbevisst ferdighetstrening: Øv på relasjonelle ferdigheter i psykoterapi* (Husby, 2023). Målbevisst ferdighetstrening, fra engelsk *deliberate practice* (DP), er en praksis som raskt har fått fotfeste. Formålet er å hjelpe oss terapeuter med å omsette «hva vi kan» til faktisk handling som da formidler nettopp dette til den vi forsøker å hjelpe.

I forfatterens nyeste bok *Avslutning av terapiforløp* (Husby, 2025) er det, som tittelen tilsier, kunsten å skape gode avslutninger i terapi som står i fokus. Boken tar utgangspunkt i forfatterens erfaringer fra familievernnet, men den skal også passe for alle som arbeider med familievern, velferd, deltakelse, relasjonelt arbeid og psykisk helsevern. Spørsmålet som stilles innledningsvis, er «hvilke terapeutiske nøkkelferdigheter inngår i å legge til rette for en faglig god avslutning?» (Husby, 2025, s. 8). Husby understreker at boken tar utgangspunkt i faglig begrunnede utskrivelser, og at «en ufaglig fortsettelse av terapien kan hemme klientens bedring» (Husby, 2025, s. 7).

Boken framstår som et viktig bidrag fordi tematisering av avslutning i terapi gjerne forbindes med ubehag. For terapeuten kan det å bringe opp avslutning av terapiforløpet føles som å avvise pasienten. Vi kan skape sinne, uro eller fortvilelse hos den vi skal hjelpe, og selv bli avvist tilbake. Kanskje vi til og med utsetter «hele greia» og ender opp slitne, inkongruente og uautentiske. Men – som forfatteren argumenterer – ved å ikke ha et aktivt forhold til avslutninger kan pasienten

blant annet gå glipp av arbeid med myndiggjøring, aktivt hente fram egne indre og ytre ressurser, oppsummering og – ikke minst – gå glipp av viktig følelsmessig prosessering av relevante tilknytningstemaer.

Målbevisst ferdighetstrening framstår som motive-rende. Den ufarliggjøres ved å formidle fordelene ved å ta øvingen ned fra scenen (terapirommet) og inn i trygge øvingslokaler gjennom å terpe på avgrensede øvingsmål med en kollega du har tillit til. Formålet er å tre ut av prestasjonsmodus og inn i et trygt rom for øving, prøving, lek og feiling – innenfor din nærmeste utviklingssone. En QR-kode gir tilgang til en video der Husby demonstrerer nettopp hvordan øvingen foregår, sammen med en kollega.

DP og avslutning

Arbeidet med avslutningen starter ifølge forfatteren allerede fra første time, da spesifikt gjennom å etablere enighet om forløpets målsettinger, ved siden av å bygge relasjon. Boken er delt inn i hvordan holde fokus på avslutning i henholdsvis starten, underveis og i den avsluttende fasen av terapien. Avslutningen blir dermed en slags hjelper og følgesvenn gjennom hele forløpet, og bidrar slik til nyttig struktur av den terapeutiske prosessen som helhet. Særlig interessant er hvordan dette bidrar til å opprettholde et solid blick på allianse og relasjon.

Strukturen framstår som særlig anvendelig i det offentlige, der terapeuten i tillegg til behandleransvar gjerne har et mandat om rettmessig fordeling av offentlige midler. Bokens oppbygging er oversiktlig, med introduksjon til det avsluttende arbeidet under de ulike fasene av terapien, og tilbyr mange eksempler på konkrete og engasjerende øvingsoppgaver. Eksempelvis hvordan man tematiserer gjentatte forsentskomminger hos klienten som et hinder i å nå de etablerte målsettingene i terapien, som helst skal til før terapien avsluttes.

Husby loser leseren med stødighet og empati gjennom ulike og til dels krevende øvelser rettet mot avslutningsarbeidet. Et eksempel er håndtering av konfrontasjoner underveis eller utfordrende reaksjoner hos klienten når terapeuten tematiserer avslutningen. Terapeutens emosjonelle responser og regulering av disse (selvobservasjon) tas på alvor, og det øves på å gi klienten tilstrekkelig rom for å uttrykke og utdype tanker og følelser rundt den forekommende avslutningen. Videre utvikles ferdigheter om hvordan man fremmer samarbeid om avslutning framfor å stå fast i konflikt eller resignasjon. Det innledende spørsmålet om hvilke nøkkelferdigheter vi trenger for å gjøre en god faglig avslutning, besvares på denne måten trinnvis og oversiktlig gjennom de ulike delene. Det er rett og slett lenge siden jeg har lest noe så praksisnært og umiddelbart nyttig.

Savner mer diskusjon

Boken er på 166 sider og kunne med fordel inneholdt en egen diskusjonsdel. Boken henvender seg innledningsvis

til alle utøvere av relasjonelt arbeid, men med utgangspunkt i familievernet. Jeg savner derfor en refleksjon rundt overføring til andre rammer og sammenhenger. Det samme gjelder avslutning av kortere forløp som avsluttes før målene er nådd, for eksempel av økonomiske eller organisatoriske hensyn. Eller hva med terapiforløp som faktisk trenger å utspille seg mer fritt?

Forfatteren formulerer i første kapittel at akkurat som kirurger, pianospillere og sjakkspillere terper på spesifikke ferdigheter, vil terapeuter oppleve framgang og unngå stagnasjon ved å trene målbevisst for å bedre sine spesifikke relasjonelle ferdigheter. I denne sammenheng savner jeg på et mer prinsipielt nivå en tydeligere refleksjon rundt hvordan prosedural kunnskap (praktiske ferdigheter) – som for en terapeut i stor grad vil integreres i ens personlighet – skiller seg fra utvikling av rent kognitive eller motoriske ferdigheter. Her kunne forfatteren med fordel tematisert tydeligere noe om hvor unikt, spennende og sårbart det er å arbeide med ferdigheter som i tillegg til å handle om hva vi gjør, også handler om *hvem man er i relasjon*. Selv om forfatteren holder fram en aksepterende og støttende holdning til egen læring, der terapeutens frykt og selvkritikk anerkjennes, dekkes ikke en slik refleksjon fullt ut.

En terapeut som er i en fase der hen øver på nye ferdigheter, vil sannsynligvis kunne frykte å ikke framstå som genuin, eller bli selvbevisst. På den andre siden vil jeg tro at flere automatiserte ferdigheter fremmer økt tilstedeværelse hos behandler, et annet viktig grunnprinsipp for gode terapeutiske forløp. I tillegg har terapeutisk nærvær vist seg positivt for terapeutisk egenomsorg. Ved å løfte fram noe av dette tenker jeg Husby og DP-feltet ville kunne rekruttere enda bredere. Det også blant dem som stille lukker kontordøren bak seg i overveldelse av tanken på enda flere krav og egenskaper som skal forbedres og innfris.

Målrettet ferdighetstrening framstår såpass overbevisende at det nesten kjennes vanskelig å fortsette klinisk arbeid uten å ta metoden i bruk. Derfor savner jeg en egen diskusjon av empiri, framfor spredte referanser til enkeltstudier og teori gjennom lesningen.

Til slutt vil jeg trekke frem etterordet, formidlet av terapeuter ved Bjørgvin familiekontor om sin erfaring med å bruke DP, og som har vært utgangspunktet for forfatterens erfaringer. Her konkretiserer og kontekstualiserer boken målrettet ferdighetstrening med avslutninger i praksis. Det beskrives hvordan etablering av faste makkerpar, i en hverdag hvor behandlerne står i høy grad av individuelt ansvar, har redusert den emosjonelle belastningen og fremmet kvalitetssikring av arbeidet. Jeg tenker dette er en fin oppfordring til ledere om å legge til rette for strukturer som fremmer samarbeid og felles faglig utvikling.

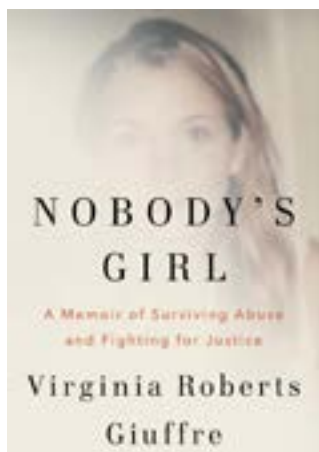
Avslutningsvis, som forfatteren selv understreker: En avslutning trenger ikke å være perfekt, men god nok. ♣

REFERANSER

- Husby, V. M. (2023). *Målbevisst ferdighetstrening: Øv på relasjonelle ferdigheter i psykoterapi*. Gyldendal.
 Husby, V. M. (2025). *Avslutning av terapiforløp*. Fagbokforlaget.

TEKST Marit Råbu
 Psykologisk institutt,
 Universitetet i Oslo

Å overleve etter Epstein



BOK *Nobody's girl – A memoir of surviving abuse and fighting for justice*

FORFATTER Virginia Giuffre

ÅR 2025

FORLAG Alfred A. Knopf

SIDER 367

KONTAKT mariraa@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatteren har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Giuffres fortelling viser hvordan omgivelsene – også mennesker i maktposisjoner – velger å overse seksuelle overgrep.

Nobody's girl – A memoir of surviving abuse and fighting for justice er en selvbiografi skrevet av Virginia Roberts Giuffre (2025), et av de mest kjente ofrene for Jeffrey Epstein og Ghislaine Maxwell. Den gjør virkelig vondt å lese. Jeg har tidligere fordypet meg i bøker om seksuelle overgrep (Råbu, 2024, 2025), og begynte å lese Giuffres bok da den kom ut i fjor høst, men la den vekk. Da Epstein-filene ble frigitt 30. januar i år, tok jeg meg sammen og leste videre. Det mest uutholdelige med boken er at den skulle være en fortelling om overlevelse. Isteden har den blitt en fortelling fra en som ikke overlevde. På mange måter er det en typisk fortelling om overgrep, selv om omfanget og bakteppet med milliardærer og elite gjør den spesiell. Det typiske er hvordan de utsatte jentene er sårbare fra før, og at så mange i omgivelsene ser en annen vei.

Virginia Roberts Giuffre deltok aktivt i kampen for å stille overgriperne til ansvar, og har medvirket i flere dokumentarfilmer og -serier som er laget om Epstein-saken. Hun skrev *Nobody's girl* sammen med journalist Amy Wallace. I april 2025, før boken kom ut, tok Giuffre sitt eget liv. Hun var 41 år, og etterlot seg tre tenåringsbarn. I forordet i *Nobody's girl* forteller Wallace at Giuffre skal ha blitt fysisk mishandlet av ektemannen sin. I hovedteksten blir den samme mannen overveiende fremstilt nærmest som prinsen i eventyret. Da muligheten for å flykte fra Epstein og Maxwell oppsto, dukket rednings-

mannen opp og hjalp henne. Sammen skapte de et nytt liv og en familie i hans hjemland Australia, og levde sammen i 22 år.

Sammenhengende overgrep

Giuffres fortelling begynner da hun var barn i Palm Beach i Florida. I likhet med overleveren Marina Lacerda som nylig besøkte Norge, vokste Giuffre opp i en fattig familie hvor hun ble utsatt for omsorgssvikt og seksuelt misbruk. Det er mange hjerteskjærende detaljer i barndomsfortellingen hennes. For eksempel ga faren henne hesten Alice, men truet med å avlive den om hun motsatte seg misbruket eller fortalte om det til noen. Faren lånte henne ut til bestekompisen sin, så han også kunne misbruke henne. Giuffre ble oppfattet som et vanskelig barn og bodde i en periode på en barnevernsinstitusjon. Hun rømte fra institusjonen, og ble voldtatt og mishandlet av menn som plukket henne opp mens hun var på rømmen. Å være *Nobody's girl* er å være en som ingen passer på.

Som sekstenåring, i 2000, begynte hun å jobbe som garderobeassistent på Donald Trumps feriested Mar-a-Lago i Palm Beach, hvor faren hennes arbeidet som vaktmester. Giuffre trivdes i spa-avdelingen og ville lære seg massasje. En dag hun satt i resepsjonen og leste en bok om massasje, ble hun kontaktet av Ghislaine Maxwell. Maxwell tilbød henne å møte en rik mann som kunne være interessert i å ansette en massør. Faren kjørte henne til Epsteins residens etter arbeidstid samme dag. Det såkalte jobbintervjuet besto i at Maxwell og Giuffre masserte Epstein mens de spurte henne ut om livet hennes. Hun kjente at oppmerksomheten gjorde henne godt, og delte mye av det vonde hun hadde opplevd. Deretter ble hun voldtatt av Epstein. Hun fikk 200 dollar, og ble bedt om å komme tilbake dagen etter. Med hennes erfaringsbakgrunn ble hun glad og stolt over at Epstein og Maxwell snakket om henne som *a keeper*, en de ville beholde.

Giuffre fant seg i mye og var vant til å tilpasse seg andres behov. Hun hadde knapt hatt penger før, og hadde ingen å klage til. Etter hvert fikk hun en leilighet og en arbeidsavtale hvor hun skulle være tilgjengelig når som helst hun ble tilkalt. Giuffre skriver om reiser hun ble tatt med på, og hvordan hun ble lånt ut til mektige og berømte forretningsmenn, forskere, også noen psykologiprofessorer, politikere og til daværende prins Andrew av Storbritannia. Enkelte utsatte henne for grov fysisk vold,

hvor hun fryktet at hun skulle bli drept. Hun ble utsatt for tortur i forbindelse med at Epstein begynte å interessere seg for sadomasochisme.

Epstein trengte liksom stadig nye unge tenåringer å forgripe seg på – ifølge Maxwell hadde han behov for tre nye per dag. Han foretrakk de som nettopp hadde nådd puberteten. Det skal være mer enn tusen ofre. Mange ble også lokket til å bli medskyldige ved at de hjalp til med å rekruttere nye ofre inn i det som ble en stor overgrepspyramide. Giuffre beskriver medskylden, at hun ble delaktig i å utsette andre for overgrep, som det aller verste hun ble manipulert til å delta i. Epstein hadde sagt at han «eide» det lokale politiet, i tillegg til at han hadde grep om mange andre mektige mennesker. Han hadde kameraer i alle rom på de mange eiendommene sine, og uttrykte at det var nyttig å ha noe på andre.

For jentene som ble en del av Epstein og Maxwells system, var inngangen ofte at Epstein ville hjelpe ubemidlede jenter som hadde et talent eller interesse for noe, for eksempel å tegne eller danse. Som velgjørere la de til rette for den enkelte, parallelt med de seksuelle overgrepene. Dobbeltkommunikasjonen var forvirrende, men for Giuffre var det et velkjent mønster å falle inn i. Tross alle krenkelsene hun ble utsatt for, utviklet hun en slags tilknytning til Epstein og Maxwell. Hun nevner selv Stockholm-syndromet for å beskrive det som skjedde med henne. Hun samlet på tegn på ømhet fra dem. Det var som om hun var barnet deres, som de brydde seg om. I 2002 fortalte de at de hadde bestemt at hun skulle bære fram et barn for dem. Giuffre visste av erfaring at hun ikke bare kunne avslå noe de ville ha av henne, og fikk forhandlet fram at hun skulle få reise og ta en massasjeutdannelse i Thailand først. Det var på denne reisen at hun møtte mannen hun giftet seg med og rømte til Australia sammen med.

Hvordan overleve

Jeg har lett i fortellingen etter hva som hjalp Giuffre med å holde ut, håpe på et bedre liv og faktisk komme seg videre. Åpenbart var det lenge og innimellom mye godt i forholdet hennes til ektemannen, og foreldrene hans, som viste henne omsorg. Giuffre og mannen fikk tre barn, og engasjerte seg i hverdagen og utviklingen deres. Hun hadde hele livet mange dyr – hunder, hester, høner, sauer og bier. Musikk og sangtekster var til hjelp for henne når hun ble overveldet av smerte, og musikk var en felles interesse i familien.

— å delta i arbeidet for at de skyldige skulle bli stilt til ansvar, ble betydningsfullt

FOTO DIDIER DESCOUVENS



Etter at hun fikk barn nummer to, møtte hun en helsearbeider som så at hun strevde, og som støttet henne på måter som kjentes godt. I etterkant av den hjelpen kom hun i kontakt med en psykoterapeut som hun hadde ukentlige samtaler med gjennom mange år. Hun strevde med sterk angst og mareritt, og fikk diagnosen PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Hun brukte angstdempende medisiner som hun i utgangspunktet hadde fått av Maxwell, og etter hvert ble avhengig av. Det at hun hadde utviklet en tilknytning til overgriperne, var noe som tok henne tid og krefter å arbeide med i psykoterapi. Terapeuten hjalp henne også med pusteteknikker, avspenningsøvelser og yoga, og hun hadde terapitimer per telefon når hun var i USA.

I en periode da Giuffre strevde tungt, hjalp hun datteren med å lage et demon-kostyme til halloween. Datteren ville være demonen Nezuko Kamado, en karakter fra en manga-serie. I motsetning til vanlige demoner trenger ikke Kamado blod, og er en som strever for å gjøre det onde om til noe godt. Giuffre ble rørt av å se hvordan datteren fanget opp og arbeidet med parallelle temaer. Det å delta i arbeidet for at de skyldige skulle bli stilt til ansvar, ble betydningsfullt, og i perioder bidro

det til å gi Giuffre selvrespekt og krefter. Ikke minst var fellesskapet med andre som hadde erfart Epstein og Maxwells overgrep, og samarbeidet med advokater og journalister for å stille overgriperne til ansvar, noe som ga livet mening og retning.

Samtidig var kampen belastende. Hun ble utsatt for svertetekampanjer og trusler fra mektige aktører. Fremmede biler satte fullt lys inn i huset deres om natta. Kampen medførte også lengre reiser til USA, og det å være borte fra barna og mannen skapte savn. Også i perioder hvor hun var hjemme, opplevde både hun selv og familien at hun var mentalt fraværende.

Omgivelsene vil ikke se

Giuffre var med på å oppsøke folk som hadde vært ansatt hos Epstein, i håp om at de ville fortelle om hva de hadde sett. Mange stengte døren og truet henne. De som slapp henne inn og snakket med henne, sa de ikke husket eller hadde sett noe. Det gjaldt for eksempel en sjåfør, og en kokk som hadde vist henne omsorg og pleide å gi henne pizza i strid med Epsteins kostholdsregime, der jentene skulle holdes radmagre. Vitnene var trolig redde for å

— Både hjerte og hjerne vrer seg

havne i trøbbel selv, og de hadde kanskje fått betalt for å tie. På et tidspunkt i etterforskningen kom det fram at faren til Giuffre hadde fått overført en større pengesum fra Epstein akkurat på den tiden hun ble rekruttert.

Giuffre strakk seg langt for å opprettholde kontakten med foreldrene sine, tross alt. Hun bodde et par år i USA sammen med ektefellen og barna sine fordi hun ønsket kontakt med foreldrene og brødrene. Brødrene, som selv hadde fått barn, brøt med faren da de fikk vite om misbruket han hadde utsatt datteren sin for. Hun fikk etablert kontakt med moren sin, som kunngjorde at hun ikke orket å snakke med henne om fortiden. Opplysningen om pengeoverføringen til faren gjorde at Giuffre til slutt brøt med ham.

Jeg har tidligere skrevet om boken til Neige Sinno (2024), om hvordan ofre for seksuelle overgrep ofte får ansvar for skammen, og om hvilke psykologiske forsvarsmekanismer som kan bidra til at folk rundt ikke klarer å forholde seg til det som har skjedd (Råbu, 2025). I boken *Truth and repair. How trauma survivors envision justice* har den amerikanske forskeren og psykiateren Judith Herman (2023) beskrevet hvordan mennesker i omgivelsene ofte aktivt unngår å oppdage vold og overgrep, og later som ingenting. I Epstein-saken har utallige mennesker i mektige posisjoner over tid vært med på å skjule, benekte, normalisere og bagatellisere forbrytelsene. Mange har også deltatt aktivt i overgrepene.

Det har kommet fram at flere nordmenn i maktposisjoner har hatt omfattende kontakt med Epstein. De tidligere toppdiplomatene Mona Juul og Terje Rød-Larsen er under etterforskning av Økokrim, og siktet for grov korrupsjon (Newth, 2026). Det samme gjelder tidligere statsminister Thorbjørn Jagland (Newth et al., 2026). Jagland har også vært leder for Nobelkomiteen og generalsekretær i Europarådet. Tidligere utenriksminister Børge Brende har måttet gå av som leder for World Economic Forum (Gjerstad, 2026), og kronprinsesse Mette-Marit er under press for å forklare seg (Bergem, 2026; Vartdal & Aas, 2026). I mediene er det først og fremst økonomi og korrupsjon det har handlet om etter frigivelsen av Epstein-dokumentene (Jakobsen, 2026; Newth et al., 2026). De systematiske overgrepene mot barn og unge jenter står i fare for å komme i skyggen.

Epstein var en mester i å knytte seg til mektige og betydningsfulle mennesker, og han lot til å ha hatt en interesse for prinsesser, særlig de inngiftede. I tillegg til Mette-Marit hadde han relasjoner til britiske Sarah

og svenske Sofia. Epstein-overleveren Marina Lacerda som deltok i Debatten på NRK 17. februar (Vartdal & Aas, 2026), kritiserte Mette-Marit for kontakten hun hadde med Epstein. I det skriftlige svaret fra Slottet etter Lacerdas kritikk av Mette-Marit var det viktigste budskapet fra kronprinsessen en gjentakelse av at hun ikke visste. Dette til tross for at hun skrev til Epstein i 2011 at hun hadde googlet ham, og at det ikke så bra ut, etterfulgt av smiletegn.

Reparasjon

Herman (2023) har beskrevet hva som kjennetegner en unnskyldning som kan være til nytte for den som mottar den. En god unnskyldning må inneholde (1) anerkjennelse av det man selv har gjort galt (2), en forklaring av at det skjedde, og (3) ønske om å bidra til reparasjon.

Om vi skal tenke oss at de nevnte maktpersonene skulle ha svart på kritikken i tråd med disse forslagene, måtte de ha vist at de forstår hva det var ved kontakten deres med Epstein som kan såre andre. De kunne ha beklaget at relasjonen de hadde til Epstein og måten de kommuniserte med ham på, har bidratt til ekstra belastning for ofrene hans, og for andre som har vært utsatt for overgrep. Istedenfor å nekte for å ha visst noe kunne de ha innrømmet at de ikke tok inn over seg hvor alvorlige forbrytelsene hans var, og dermed bidro til bagatellisering. De kunne også ha erkjent at de selv på et vis ble forført av Epstein, og slik fikk en erfaring med hvilken makt han kunne få over folk. Videre burde de ha understreket at de tok sine valg fra maktposisjoner. De var voksne som burde ha visst bedre, slik at deres erfaringer ikke kan sammenlignes direkte med erfaringene til alle de som ble utsatt for overgrep da de var svært unge og i en vanskelig livssituasjon.

Et relevant spørsmål for oss som er behandlere, er: Hvordan kan vi bruke Guiffres fortelling til bedre å forstå hva mennesker som har så grimme erfaringer, trenger? Mange har erfaringer som kan minne om Guiffres, selv om de ikke er knyttet til verdens makelite. Som Neige Sinno (2024) skriver og viser: Overgrep blir begått overalt.

Det minste vi kan gjøre, er å forholde oss til realiteten slik den kan være i all sin gru. Det å få fortelle kan være frigjørende i seg selv. Det var det Giuffre prøvde å få til med fortellingen i boken. Den skulle være et frigjøringsprosjekt.

Særlig når vi står overfor noe så smertefullt at det er en underdrivelse å si at vi blir overveldet, trenger vi også noe som er meningsfullt og håpefullt. Det er derfor nyhetssendinger tar med noen gode eller hverdagslige nyheter innimellom alt det forferdelige. Vi mennesker (og de fleste dyr) har det i oss å leke, og lek er helt sentralt for utvikling og vekst (Winnicott, 1971). Dessuten er lek meningsfullt og vitaliserende i seg selv. Lek i alle sine former kan gi oss både avbrekk og nye perspektiver. Vi trenger å tenke på noe annet, se det fra en annen vinkel, huske at det fins mer enn tragedier og destruktivitet. I terapi kan det være viktig å veksle mellom å kjenne etter, å være i – men også å kunne distansere seg og reflektere omkring – kompliserte opplevelser, følelser og minner (Lisboa et al., 2026). Det er viktig å erfare at det går an å komme ut av tilstander som kjennes uutholdelige.

Giuffre viste dette i boken sin. Midt i en fortelling med grufulle detaljer skriver hun at hun trenger en pustepause, og at hun er sikker på at leseren også trenger det. Hun forteller om en familieutflukt til et fengsel som nå er museum. Australia har mange gamle fengsler, ettersom Storbritannia på 1800-tallet sendte hundretusenvis av straffanger dit. Hun beskriver en fengselscelle hvor hele den ene veggen utgjør et detaljert og avansert kunstverk, skrappt inn i celleveggen med en messingknapp fra en fangeuniform. Fangen slapp aldri ut i live, men Giuffre berømmer ham for å ha klart å holde håpet levende. Som hun skriver: «There's something within all of us, even when we're not aware of it, that fights to keep our spirits alive» (s. 109).

Ikke alle overlever

I perioden etter etterforskningen, høringer og rettsaker var Giuffre plaget av en rekke somatiske sykdommer. Hun var utmattet, og fikk hjernehinnebetennelse. Mens hun var på sykehus, falt hun og brakk nakken, og måtte i den sammenheng ha flere operasjoner. Hun utviklet kroniske smerter i nakken, fikk lungebetennelser og gjenstridige sårinfeksjoner, og ble diagnostisert med fibromyalgi, som innebærer kroniske smerter i kroppen og utmattelse. Det er velkjent at både immunforsvaret og autoimmune sykdommer henger sammen med traumer og belastninger. Giuffre ble avhengig av smertestillende medisiner. I 2022 gjorde hun to selvmordsforsøk, det ene mens hun var innlagt på sykehus. Hun beskriver imidlertid at hun kom seg igjen etter dette, og at hun og mannen fikk et nærere og sunnere forhold. Hun ba ham om å ta hånd om alle pillene hennes. Samtidig som hun tok imot hjelp, opplevde hun at hun selv hadde mer å gi og ikke bare var en som han måtte ta seg av.

At Virginia Giuffre tok sitt eget liv etter å ha skrevet en bok om overlevelse, vekker følelser som minner om de jeg har kjent i møte med selvmord og brå død ellers i livet: Både hjerte og hjerne vrer seg. Man får intens trang til å vri tiden tilbake og gjøre det uopprettelige ugjort.

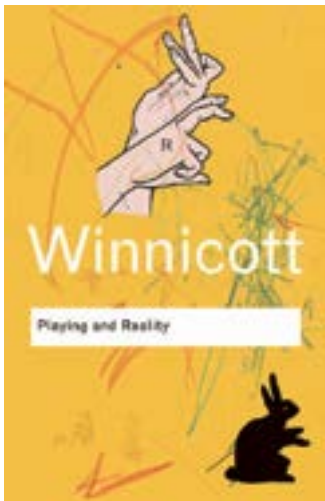
Giuffre erfarte og overlevde ekstreme belastninger i alle faser av livet, og gang på gang klarte hun å finne mening, godhet og glede til tross for alt hun ble utsatt for. Som mange andre selvmord går det an å tenke på det som en ulykke. Det kunne ha endt annerledes, om hun nok en gang hadde greid å komme seg ut av en umulig situasjon og en tilstand med overveldende smerte og håpløshet. ♣

REFERANSER

- Bergem, I. M. (2026, 9. februar). Epstein-dokumentene: Hva visste kronprinsesse Mette-Marit? *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/hva-visste-kronprinsessen/10189979>
- Giuffre, V. R. (2025). *Nobody's girl – A memoir of surviving abuse and fighting for justice*. Alfred A. Knopf.
- Gjerstad, T. (2026, 26. februar). Børge Brende trekker seg fra eliteforum. *Dagens Næringsliv*, 6–7. <https://www.dn.no/politikk/jeffrey-epstein/borge-brende/world-economic-forum/borge-brende-trekker-seg-fra-eliteforum/2-1-1949956>
- Herman, J. L. (2022). *Truth and Repair. How trauma survivors envision justice*. Basic Books.
- Jakobsen, H. Ø. (2026). Epstein-dokumentene: Slik skal UD ha spurt Mona Juul om Epstein-koblingen. *Morgenbladet*, 6–12. <https://www.morgenbladet.no/samfunn/slik-skal-ud-ha-spurt-mona-juul-om-epstein-koblingene/10197262>
- Lisboa, R., Barbosa, E., Moura, I., Salgado, J. & Sousa, M. (2026). Flexibility between immersion and distancing: Relationship with depressive symptoms and therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 36(1), 139–151. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2451330>
- Newth, M. (2026, 12. februar). Dette er innholdet i siktelsene mot Mona Juul og Terje Rød-Larsen. *Dagens Næringsliv*, 10–11. <https://www.dn.no/innenriks/dette-er-innholdet-i-siktelsene-mot-mona-juul-og-terje-rod-larsen/2-1-1941979>
- Newth, M., Berg, M., Johannessen, H. J. & Melgård, M. (2026, 12. februar). Økokrim har siktet Thorbjørn Jagland for grov korrupsjon. *Dagens Næringsliv*, 8–9. <https://www.dn.no/innenriks/okokrim/thorbjorn-jagland/okokrim-har-siktet-thorbjorn-jagland-for-grov-korrupsjon/2-1-1942732>
- Råbu, M. (2024). Bøker om overgrep og grooming: Når «Lolita» endelig kommer til orde selv. *Morgenbladet*, 22–24. <https://www.morgenbladet.no/ideer/boker-om-overgrep-og-grooming-nar-lolita-endelig-kommer-til-orde-selv/9200808>
- Råbu, M. (2025). Overgrepsutsattes ansvar for skammen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6, 356–360. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso6ae-Overgrepsutsattes-ansvar-for-skammen>
- Sinno, N. (2024). *Trist tiger* (E. Halmøy, Overs.). Cappelen Damm.
- Vartdal, Å. & Aas, E. (Programledere). (2026, 2. februar). Mette-Marits kontakt med Epstein. I V. F. Haugen (Ansvarlig redaktør), *Debatten*. NRK.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.

TEKST Per Are Løkke
Privatpraktiserende
avtalespesialist

Leken som forsvinner



BOK *Playing and Reality* (2. utg.)
FORFATTER D.W. Winnicott
ÅR 1971/2025
FORLAG Routledge
SIDER 214

MERKNAD Forfatteren har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Playing and Reality er til trøst i en tid hvor leken blir borte fra behandlingsrommene.

Jeg ble nylig fortalt at leketerapirommene har blitt lagt ned ved noen av våre barnepsykiatriske institusjoner, og omgjort til oppbevaringssted for sykler eller arkiv. Som ivrig fritidsfisker tenkte jeg det samme som da fisken begynte å forsvinne fra Oslofjorden: Vi lever i en tid som ikke har omsorg for naturen, artsmangfoldet og menneskenes grunnleggende eksistens. Men, ikke bare det. Leketerapi er min metode. Det skapte en følelse av sorg, og mange minner dukket opp av små barn som kommer inn på kontoret og uttrykker seg i sitt eget språk, leken. Jeg så for meg hvordan lekerommet hadde blitt pakket ned. Sandkassen, alle verdens figurer, fargeblyantene, plastilin, myke kosedyr, musikkinstrumenter, saks, papir og mye mer blir lagt i esker og båret ut. Et lite økosystem som forsvinner.

Hva slags fagfelt holder vi på å skape som bytter ut barnas universelle språk – leken – med voksne behov? Det er ikke bare sykler og arkiv, men også systemets behov for digitalisering, standardisering, utredning, diagnoser og medikalisering som skyver leken ut av behandlingsrommene. Hva ville Winnicott sagt? I den lekne boken *Tea with Winnicott* (2016) intervjuer en av hans biografer, psykoanalytikeren Brett Kahr, Winnicott 40 år etter hans død. Kahr konstaterer at Winnicott i hele sitt forfatterskap knytter psykisk helse til betydningen av å være lekende og levende – ikke til frihet fra symptomer. I intervjuet bekrefter Winnicott også ryktene om at han skriver på en ny bok: *How to be Alive, Though Dead*. Dette er menneskets store utfordring, og leken er det ultimate uttrykk for å være levende, sier Winnicott.

Lek og virkelighet

Ikke lenge etter at jeg hørte om lekerommenes skjebne, ble jeg invitert av Psykologtidsskriftet til å skrive om en klassiker. Jeg bestemte meg straks for Donald Winnicotts *Playing and Reality* (1971). Boken er ikke bare en trøst å lese i en tid hvor leken forsvinner fra behandlingsrommene, men også en kilde til raseri mot en utvikling som går i feil retning. Boken har siden utgivelsen blitt lest langt utenfor fagets grenser. Den ble utgitt i 1971, etter Winnicotts død. Boken består av 11 kapitler som kretser rundt det han kaller *transitional space*, som er stedet og mulighetsrommet mellom den indre og ytre verden, hvor leken er lokalisert.

Jeg har lest boken mange ganger i løpet av mine 40 år som psykolog. Winnicott går ofte rett på sak i sine artikler. Et eksempel på dette er kapittel 9 med overskriften «Mirror-role of mother and family in child development», hvor han allerede i første setning slår fast at morens ansikt er forløperen til speilet i barnets emosjonelle utvikling. Han vedkjenner at han er inspirert av den franske psykoanalytiker Jacques Lacans tanker om speilstadiet, før han i neste setning slår fast at Lacan ikke knytter speilet til morens ansikt, slik han selv gjør. Winnicott virker uredd og fri når han gjengir store teoretiske diskusjoner med få setninger, bare for å rydde plass til det han selv vil skrive om. Språket fremstår også nesten muntlig i sin poetiske enkelhet uten å være innvevd i den ofte tungrodede psykoanalytiske sjargongen. Setningene er samtidig svært kondenserte, de vokser frem som dikt med mange betydninger, meislet ut av kropp og erfaring. Det som ved første inntrykk kan fremstå som virkelighetsnært og gjenkjennelig, kan også virke abstrakt og filosofisk når jeg prøver å gripe hva han egentlig mener. Winnicotts tekster er, som vår kliniske praksis også sammensatte, mangetydige og til tider forvirrende.

Det svever imidlertid en positiv glorie over Winnicott som det er viktig å være på vakt overfor. Vi omgjør Winnicott til vår alles kosebarn og fetisj, som om ordene lek og kreativitet i seg selv er en slags resept mot det vonde i verden. Den franske psykoanalytiker Andre' Green (2005) har påpekt at mange henger seg opp i den positive delen av Winnicott og glemmer det han skriver om det negative, om fravær av omsorg, tap og destruktive krefter. Green hevder at Winnicott delvis var skyld i dette selv, da han skriver lite om at leken både for barn og voksne også kan være destruktiv og negativ. Tenk bare på mobbing, hooligans og alle de infame «games people play».

Livet i fangeleiren

Mens jeg leste boken denne gangen, dukket det opp mange stemmer og setninger fra de siste ukene i min praksis. Barn og ungdom som forteller om og beskriver uutholdelige følelser av å føle seg eksponert. De opplever på mange forskjellige måter å være rammet inn og underkastet et blikk som forteller dem at de ikke er bra nok. Den invaderende følelsen av å bli negativt eksponert skaper igjen angst, uro, frustrasjoner, håpløshet og et

raseri som for de fleste er vendt innover, samtidig som de ikke har noen steder å hvile og gjemme seg. De negative selvvurderingene skaper også intense følelser av skam. De vil synke i jorden og føler de ikke har rett til å eksistere. De vil forsvinne, men det er ingen steder å gå og hvile. Grunnleggende rytmer knyttet til mat og søvn blir forstyrret. Det er som om følelsen av alle verdens krav og forventninger suger til seg deres tanker, følelser og energi som en bråkete støvsuger. Alle mennesker må selvsagt bli forstått i sin individuelle og særegne kontekst, men her er det også som om jeg hører et kor av felles fortvilte syngende ut: *Hjelp oss, vi drukner i ytre og indre støy. Vi har ingen beskyttelse!*

Det har også vokst frem et tydelig samfunnsfenomen de siste årene. Der de unge i tidligere tider rømte fra hjemmet og ble kalt *runaway kids*, burer dagens unge seg inne på rommet sitt. Stadig flere ungdommer trekker seg bort fra skole, venner og også foreldre. De låser seg inn på rommet med gaming og sosiale medier som eneste kontakt med verden. Barne- og ungdomsrommet er for mange ikke lenger et fristed og en hvileplass, men har blitt et tilfluktssted og isolat. Det er selvsagt mange grunner til at de unge trekker seg bort fra skolen. Men en gjennomgående opplevelse er følelsen av å bli eksponert for og underkastet for mange ytre krav. Hvorfor er denne følelsen så uutholdelig?

La oss først gå til Dostojevskijs roman *I dødens hus* (2012), der han skildrer livet til straff-fanger i Sibir for å lete etter svar. Her tenker han over hva som ville knekke et menneske fullstendig og få den mest forherdede morder til å skjelve av angst. Det er ikke det å sone ti år i fangeleiren han sikter til, men følelsen av at noen står over dem og tvinger dem til å arbeide på kommando. Dette vil gi deres arbeid karakteren av å være fullstendig menings- og nytteløst, og skape en så stor grad av fornedrelse, skam og pine at de fleste ville hengt seg innen få dager. Når Dostojevskij skriver dette, er det ikke bare for å påpeke at mye av livet i fangeleiren er tvangsarbeid. Han fremhever også at fangene i realiteten hadde frihet til å arbeide uten at vokterne hang over dem. De bygget, murte, støpte og laget teglstein. Arbeidet var også kreativt, hadde mening og mål, og mange ble de dyktigste håndverkere i løpet av oppholdet.

Å bli eksponert

Både eleven og fangen opplever at det er følelsen av tvang og underkastelse knyttet til en invaderende eksponering fra den ytre verden som er uutholdelig. Winnicott har en dyp forståelse for smerten i slike opplevelser og skriver at ytre styring kan føles som å bli «uendelig utnyttet» og oppleves som «verre enn å bli voldtatt». Han skriver også at «compliance is a sick basis for life» (Winnicott, 1971, s. 88), og utdyper dette videre:

a relationship to external reality which is one of compliance, the world and its details being recognized but only as something to be fitting in with or demanding adaption. Compliance carries with it a sense of

futility for the individual and is associated with the idea that nothing matters and that life is not worth living. (Winnicott, 1971, s. 87)

Ytrestyring er Winnicotts teoretiske fiende. Men samtidig er det jo umulig å leve i et samfunn uten å tilpasse og underkaste seg plikter, lover og regler. Bokas tittel *Playing and Reality* peker mot at Winnicott mener det er mulig å tilpasse seg uten å miste seg selv og sin evne til å leke med virkeligheten.

Hvorfor beskriver da så mange unge i dag en opplevelse av at de mister seg selv i møte med virkeligheten? Winnicotts enkle svar er at omgivelsene og samfunnet har frarøvet dem mulighetene til å utvikle og bygge opp sin evne til å leke med virkeligheten. Evnen og friheten til å leke er altså den beste beskyttelse mot å føle seg eksponert. Den gjør sammenstøtet med virkeligheten mykere og bidrar til at passe doser av den rå virkeligheten kan tåles og symboliseres. Leken er psykens immunitetsforsvar. Den gir de unge en eksistensplass både i den ytre og indre verden og beskytter de tusen små daglige vekslingene som foregår mellom den subjektive og objektive virkeligheten.

Winnicott skriver i boken mye om overgangsrommet, overgangsobjekter og lekens mange kjennetegn og funksjoner. Denne gang ble jeg mest opptatt av hva Winnicott skriver om selve forutsetningen for å utvikle evnen til å leke, nemlig å være i det han kaller det formløse. «Which is what material is like before it is patterned and cut and shaped and put together» (Winnicott, 1971, s. 45).

Å være er den mest grunnleggende eksistensformen som skaper en kroppslig plass å operere fra, skriver Winnicott. Å være kommer før å gjøre.

Mange unge beskriver at de ikke har tilgang til en slik grunnleggende plass å operere fra, hvor de kan hvile, komme til hektene og positivt forme verden i egne bilder. De kutter og skader seg selv, men kan ikke kutte, forme og sette sammen verden ut fra egne kreative og spontane impulser. De føler seg tvert imot formet, definert og identifisert negativt av andre. Eller det motsatte: De arbeider besatt med å finne ut hva de voksne krever av dem, slik at de kan få gode karakterer eller bli likt. Jeg er en plastilinklump, sa en ungdom, bare jeg vet hva de andre ønsker av meg, kan jeg forme meg i deres bilde.

Vepsen

La meg prøve å utdype hva Winnicott mener når han bruker så sterke negative ord om ytrestyring. Begrepet

impingement står sentralt i Winnicotts teori og er, som vi skal se, knyttet til hans begreper om betydningen av å være og *det formløse*. Impingement kan oversettes med at yte stimuli truer med å invadere, trenge inn i og forstyrre barnets naturlige utvikling.

Jeg tenker (fritt etter hukommelsen) på en filmatisering jeg så for mange år siden av kapittelet Vepsen i boken *I et rom i et hus i en hage* (1976), skrevet av Finn Carling. En mor bærer sin handikappede gutt ned til en liten brygge ved en innsjø. Dette er guttens drømmested, hvor han observerer dyr og fugler, skog, trær, vann og vindens sus. Han leker, sanser og vever seg inn i drømmer hvor han møter forskjellige fantasifigurer. Inntil han begynner å høre den faretruende og inntrengende lyden av en veps som nærmer seg. Den surrer rundt ham og angriper. Han slår og vifter, roper på moren, som ikke hører ham, kan ikke flykte på grunn av sitt handikap og mister sine leker i vannet. Han er brått trukket ut av sin drømmeverden, og hele han er innstilt på å beskytte seg mot vepsen, som til slutt lander og begynner å kripe rundt på hans kropp. Vi følger gutten i hans angst og gru mens han venter på stikket.

Vepsen kan her være en metafor for impingement. Det viktige er hva som skjer med barnet. Vepsen trenger inn i guttens drømmeverden, som igjen fører til at han må mobilisere alle krefter for å beskytte seg selv. Han mister kontakten med sin opplevelse av å være i sin personlige indre og kreative verden, og må forflytte all oppmerksomhet mot den ytre verden. Winnicott understreker at impingement truer barnets følelse av kontinuitet og trygghet til å utfolde seg spontant ut fra et personlig senter. Barnet mister kontakten med sine spontane impulser, og blir fanget i skallet, i en stimulusfelle reaktiv til det som skjer i den ytre verden.

Vi må ikke glemme at impingement også kan styrke barnet. Det svekker og fragmenterer barnet dersom forstyrelsene er for tidlige, for mange og varer over for lang tidsperiode. Barnet blir da skadet i sin følelse av å leve i kontinuitet, og fragmenteres, som igjen er Winnicotts definisjon på et traume. Barnet blir styrket av impingement dersom omgivelsene først har gitt barnet nok erfaringer av å være, som i Winnicotts termer er byggeklossene til å utvikle et beskyttelsesskjold som tåler ytre forstyrrelser. Gutten i Carlings historie tålte nok å oppdage at verden ikke var en drøm. Han utviklet seg ved å oppdage at jeg var meg, vepsen var vepsen og verden var virkelig.

Winnicott beskrev den depressive moren og den autoritære faren som to forskjellige typer «vepser» som gjør at barnet mister kontakt med egne spontane impulser

— *Leken er psykens immunitetsforsvar*



og utvikler et falskt selv. Mitt inntrykk er at vi i dag kan føye til en lang liste av «vepser», for ikke å si svermer av veps som forstyrrer de unges utvikling. Jeg vil utdype hva denne listen handler om, men først beskrive hva Winnicott mener beskytter barnet mot impingement.

Det formløse

I kapittel 2, «Dreaming, Fantasying and Living», utdypes Winnicott betydningen av det han kaller det formløse, som nettopp handler om å bygge opp en beskyttelse mot impingement. Det nyfødte barnet er sårbart og avhengig i sin begynnelse og trenger maksimal beskyttelse. Når moren løfter barnet til brystet akkurat idet barnet er klar til å finne det, oppstår en følelse av enhet. Opplevelsen av enhet er kilden til en illusjon om at brystet er en del av barnet, at barnet selv har skapt/funnet brystet og har magisk kontroll over det. Winnicott kaller denne tilstanden for primær kreativitet. Barnet er alt.

Moren er ikke bare den første som skaper synkroniserte øyeblikk, men også følelsen av bevegelse, kontinuitet og sammenheng i tid og rom. Hun skaper det Winnicott kaller følelse av *going on being*. Denne sammenvevingen av moren og barnet er kun mulig fordi moren går ut av den vanlige tidens rytmer og lever fra time til time og sekund til sekund, maksimalt identifisert

med barnets rytmer. Winnicott skriver at når moren holder og løfter barnet, gir hun også barnet løfter om at det i sin ennå uintegreerte tilstand og formløshet kan hvile i sin væren.

Morens beskyttelse gir barnet en følelse av at invaderende, fremmede og uklare «vepser» (impingement) i den ytre og indre verden ikke er farlige og truende. Barnet blir ikke forstyrret av stimuli og kan hvile i det han kaller uintegrerthetens luksus, fremfor å tilpasse og beskytte seg, være på vakt eller splitte seg opp i deler. Når barnet har erfart mange nok slike erfaringer, oppstår gradvis en psykosomatisk kjerne og et værested for barnets personlige liv, holdt sammen av en beskyttende membran. Det skapes, ifølge Winnicott, en grunnleggende plass å operere ut fra. Det er stedet hvor barnet begynner å føle seg levende og virkelig.

Langsomme rom

Winnicott understreker kanskje mer enn noen annen teoretiker at samfunnet må legge til rette for at barn i alle aldre får mulighet til å erfare at de former og skaper verden i sine egne bilder. Dette er deres grunnleggende beskyttelse mot impingement. Barnet må først ha erfart at de skapte en verden som innfridde deres ønsker, før de kan glede seg over det faktum at de

ikke har skapt verden, og at svært mange ting ikke blir som de ønsker.

Under lesingen kom jeg til å tenke på artikkelen *The Metropolis and Mental Life* skrevet i 1903 av sosiologen Georg Simmel. Her beskriver han en type mentalitet som utvikler seg i de store byene, i kontrast til landsbyens roligere og langsomme rytmer. Byene intensiverer det emosjonelle livet med sine hyppige skiftninger, overflod av stimuli, støy og voldelige inntrykk. Det skjer en overoppheting og overstimulering av nervesystemet, og bymennesket blir tvunget til å lage et kognitivt beskyttelsesskjold mot byens inntrykksoverflod, noe som kan minne om Winnicotts beskrivelser av det falske selv.

Siden Simmel skrev sin artikkel for 125 år siden, forstår vi at overeksponering av stimuli og hurtige skiftninger alltid har kjennetegnet det moderne livet. Men sosiologen Hartmut Rosa (2020) skriver at nå, i vår senmoderne tid, har akselerasjonen bikket over en kritisk grense og blitt patologisk. Overført til de unge kan vi tenke at den sosiale patologien som Rosa beskriver, er knyttet til at de voksne ikke lenger klarer å beskytte barn mot alle «vepsene» som forstyrrer dem. Dermed brytes og svekkes også beskyttelsesskjoldet ned hos flere og flere unge.

Er det rett og slett for mange «vepser» i dag? For mange ytre krav, avbrytelser, stimuli og skiftninger som forstyrrer de unge fra morgen til kveld? Den samlede summen av forstyrrelser har blitt for stor. Vi kan bare ramse opp: sosiale medier og gaming; en altfor organisert hverdag; foreldrenes hastige liv (et tydelig eksempel på gjøre-modus); økt vekt på å identifisere og forebygge dysfunksjonelle barn; psykologien og psykiatriens diagnoselister, som foreldrene har overtatt; økt prestasjons-, kropps- og karakterpress; en endeløs strøm av influensere og TikTok-ere som invaderer hverdagslivet til de unge.

De forskjellige typer «vepser» påvirker selvsagt de unge på forskjellige og individuelle måter. Mitt poeng her er ikke å utdype virkningene av de forskjellige typer «vepser», men fremheve at det er for mange typer forstyrrelser, og at disse forstyrrelsene fører til at altfor mange unge mister kontakten med sitt eget personlige senter. De mister seg selv i den ytre verden og har ikke utviklet en indre verden hvor de kan gjenfinne seg selv. Balansen mellom lek og virkelighet forstyrres, som igjen svekker de unges feste i en personlig erfaringsverden.

Winnicotts relevans for vår tid

Winnicott beskriver at forutsetningen for at barnet skal klare å skille mellom indre og ytre virkelighet, en innside og en utside, er at det utvikles en porøs membran som utgjør grensen mellom en selv og omgivelsene. Denne membranen er barnets første beskyttelsesskjold og er i sin modne form kjennetegnet ved sin dobbelthet, ved å være både en åpning og lukning mot verden. Membranen er slik en forutsetning for barnets evne til å forbinde og adskille seg fra sine omgivelser.

På den ene siden er membranen en beskyttelse mot inntrykk og farer i omgivelsene. Samtidig er den en åpning som åpner for mottagelighet og kommunikasjon med miljøet barnet lever i. For at membranen skal fungere i sin dobbelthet, forutsetter det at den er både porøs og plastisk. Hvis membranen er for kraftig, vil personen stenge omgivelsene, som den er avhengig av, ute. Hvis den er for svak, opplever personen å bli spist opp av det miljøet den inngår i.

Jeg tenker at de unges «hjelp, vi trenger beskyttelse!» vitner om at vårt samfunns «svermer av vepser» holder på å ødelegge membranens dobbelthet, altså noe helt grunnleggende i identitetsdannelsen. De unge uttrykker jo nettopp at de er skadet både i sin åpning og lukning. De føler seg invadert og spist opp av sine omgivelser, samtidig som de lukker og isolerer seg for de omgivelsene de er avhengige av. De kan dermed heller ikke fungere i det Winnicott kaller mulighetsrommet (potential space), mellom den ytre og indre verden. De har mistet den viktigste evnen av dem alle, til å leke.

Kanskje de de unges opplevelser av å ikke orke mer indre og ytre støy er normale reaksjoner på de sosiale patologiene Rosa beskriver. De er så eksponert av forventninger og forstyrrelser at de føler seg hudløse og uten beskyttelse. De har heller ikke tilgang til langsomme og kravløse rom hvor de kan komme i kontakt med en indre kreativ og levende basis. Det er ingen tvil om at Simmels landsbyrom er truet på samme måte som leken, artsmangfoldet og naturen vi bygger ned. Dette vil ifølge Winnicott få dramatiske konsekvenser for de unges emosjonelle utvikling. Å vokse opp i langsomme, rolige og åpne rom er den grunnleggende forutsetningen for å bli levende og virkelig, altså det vi kaller psykisk helse.

Winnicotts metode

Winnicott er selv det beste eksempel på at terapeutens viktigste oppgave er å skape et åpent eksperimentrom for dette merkelige stedet («a queer place») han kaller formløsheten, eller den primære uintegrertheten. I boken gir han også flere eksempler på pasienter som har «a need to start from formlessness» (Winnicott, 1971, s. 46), og at å starte fra det formløse er det motsatte av å bli eksponert og identifisert (being patterned). Han fremhever også at å få lov til å være i det formålsløse ikke bare er et hvilested, men også selve forutsetningen for det kreative: «Achieve a resting state out of which a creative reaching out can take place» (Winnicott, 1971, s. 75).

Kapittel 10, «Interrelating apart from instinctual drive and in terms of cross-identifications», består av nedtegnelser fra en konsultasjon med 16 år gamle Sarah. Winnicott vet ikke grunnen til at hun er henvist, og innhenter heller ikke informasjon fra foreldrene. Sarah er en seriøs og flink ungdom, så Winnicott foreslår at de begynner samtalen med en lek. Han forteller at *Squiggle game* er en lek uten regler hvor en av dem begynner å tegne en strek eller krusedull som den andre skal fullføre. I leken dukker det opp blader fra trær, en streng lærerinne, en gutt med langt år og et ansikt som både kan være

— Å være kommer før å gjøre

gutt og jente, en danser, en mann som hviler nesa på en tenniseracket, en fugl som også kunne være en mann med hatt, og et gammelt notestativ.

Det skapes raskt assosiasjoner i mange retninger, men Sarah sier at det ikke er spontant. Hun vil alltid gjøre inntrykk på mennesker og bruker masse tid på å bli respektert, likt, og tenker på hvordan andre oppfatter henne. Du er ikke sånn her, svarer Winnicott og spør om drømmer som hun forteller om. Hun forteller også om ambivalente følelser knyttet til venner, gutter, faren, moren og broren. Hun lyver ofte til moren, men stjeler ikke. Når hun forteller at hun føler hun sitter på toppen av et kirketårn, hjelpeløs og uten beskyttelse, skriver Winnicott at dette er det nærmeste hun har kommet å beskrive sin selvopplevelse («statement of her positions»).

Sarah blir mer åpen og forteller om mange paranoide opplevelser, at folk ler bak hennes rygg, at hun føler seg verdiløs, og at hun har vært redd for å bli knivstukket, skutt eller drept. Hun har også vært morderisk rasende på en lærerinne, og Winnicott anerkjenner hennes evne til fullt ut å uttrykke sitt hat. Til slutt kommer de frem til den viktigste erfaringen: at hun går med ubevisste forventninger om at gode mennesker vil forandre seg til å bli dårlige, og at hun selv er aktør i å iscenesette slike drama. Dette knyttes igjen til forhold hun opplevde i sin tidlige barndom.

Winnicott skriver at en drøm har poesi i seg, lag på lag med mening og betydninger, og at alt handler om den som har skapt drømmen. Vi ser at Winnicott åpner opp for at Sarahs mange deler og biter – livserfaringer, drømmer, følelser, assosiasjoner og tanker – får plass i det formløse. Vi befinner oss da i et tilblivelsesrom og et slags improvisasjonsfelt hvor noe nytt holder på å vokse frem, slik vi ser når Sarah spontant sier at hun sitter ubeskyttet på et kirketårn. Winnicott legger stor vekt på at terapeuten må vente og ikke eksponere pasienten med sin egen flinkhet eller metode. Det er bare de impulser som individet har oppdaget og gjort til en del av seg selv, som kan bli tilgjengelig for selvkontroll og sosialisering. For tidlige svar skremmer vekk det sanne selvet som ennå ikke har funnet sine uttrykksformer. Vi mister vår profesjonalitet dersom vi blir for flinke og leter etter årsaker og sammenhenger for tidlig, formaner Winnicott igjen og igjen.

Når psykologien blir en del av problemet

Det er nesten forbløffende å se at forestillingene om å

være profesjonell i dag går i helt motsatt retning av det vi kan kalle «Winnicotts metode». Vi skal ikke bare identifisere, utrede og diagnostisere, vi skal også være aktive terapeuter. Vi har verktøykassa full av metoder, råd og teknikker. Vi er aktive og insisterer på verdien av å eksponere og øve. Vi er selv en del av det patologisk ytrestyrte systemet hvor det formløse ikke har plass. Vi er selv så hektiske og aktive at vi ikke legger merke til det som forsvinner foran øynene på oss.

Satt på spissen er vi blinde for det vi med sosiologen Bourdieu kan kalle en type symbolsk vold. Lek er barnets universelle språk. Det er skrevet en rekke bøker om hvordan samfunnet gir mindre plass til lek i barnehage og skole, og konsekvensene av dette (Lunde & Brodal, 2022). Det naturlige og sunne ville jo da være at hjelpeapparatet beskytter mot det som ødelegger leken, og gir plass til det i sine behandlingsrom. Det motsatte skjer. Lekerommene legges ned; kreativiteten forvitrer. På samme måte kan vi tenke om de unge som nå forskanser seg på sine rom. Vi debatterer om det er skolen eller foreldrenes skyld, mens det sannsynligvis mest av alt er uttrykk for, og vitne om, hvordan den totale mengden av ytrestyring truer og angriper de unges beskyttelsesskjold. De vitner om noe som angår oss alle.

Det er som om vårt samfunn i dag frykter og ikke klarer å forholde seg til det Winnicott kaller det formløse, altså å gi de unge rom og beskyttelse der de selv kan tumle rundt og utforske egne spontane impulser. Vi lever i et samfunn som på nær sagt alle nivåer fører til at det blir for mange forstyrrelser og avbrytelser i barnets følelse av «going on being». Her ligger også et paradoks. En av grunnene til at vårt samfunn har fobi mot det formløse og langsomme, er selvsagt at de økonomiske tenkemåtene regner slike rom som uproduktive. Hvis Winnicott har rett i at det er i de formløse rommene kilden og frøene til liv, fornyelse og kreativitet oppstår, ser vi også med all tydelighet at det er noe destruktivt vi er vitne til. Det er ikke bare naturen, artsmangfoldet, men også de unges oppvekstbetingelser som trues. 🗣️

REFERANSER

- Carling, F. (1976) *I et rom i et hus i en hage*. Gyldendal.
 Dostojevskij, F. (2012). *I dødens hus*. Vigmostad & Bjørke.
 Green, A. (2005). *Play and reflection in Donald Winnicott's writings*. Karnac books.
 Kahr, B. (2016). *Tea with Winnicott*. Karnac books.
 Lunde, C. & Brodal, P. (2022). *Lek og læring i et nevroperspektiv*. Universitetsforlaget.
 Rosa, H. (2025). *The Uncontrollability of the World*. Polity press.
 Winnicott, D.. *Playing and Reality*. Routledge. (Opprinnelig utgitt 1971)



FOTO KAJA BRUSKELAND/KAGGE FORLAG

Carina Carl

1984–2026

Carina Carl ble født 19. november 1984 og vokste opp på Kolbotn med foreldre og en eldre bror. Gjennom barndommen ble hun glad i natur og friluftsliv. Hun har tilbrakt utallige timer på tur i skog og fjell, ved sjøen og på svaberg ved hytta i Drøbak. Hun var glad i å bruke kroppen, og jobbet som treningsinstruktør ved siden av skolegang.

Carina studerte psykologi ved Københavns Universitet og ble uteksaminert i 2011. Etter noen år ved «Selskab for Adfærds- og Kognitiv Terapi» i København returnerte hun til Oslo i 2013. Her etablerte hun en selvstendig klinisk praksis, og hun spesialiserte seg videre i klinisk arbeidspsykologi. Med en sjelden evne til å se og møte den enkelte med tilstedeværelse, nysgjerrighet og empati ble hun raskt en populær psykolog og en ettertraktet foredragsholder over hele landet. Hun gjestet podkaster og radioprogram, og ble stadig intervjuet i aviser og magasiner.

Carina var en estetiker med humor og selvironi. Hun oppsøkte jevnlig det hun kalte «sanseopplevelser» – i det kulinariske, og i kunsten: opera, ballett og jazzkonserter – og hun hadde en stor kjærlighet for New York og Japan. Hun designet klær og etablerte et eget klesmerke. Hun praktiserte ashtanga yoga hver morgen og deltok på yoga-retreater i utlandet hvert år. Hun fant dyp mening og tilfredsstillelse i fordypelsen og hadde en sterk drivkraft og gjennomføringsevne. Hun var medforfatter av *Hverdagspsykologi* (2016) og *Jobbpsykologi* (2021), og forfatter av *Tenk enkelt* (2019) og *Tenk mindre* (2023).

Carina strevde og hadde det vondt – spesielt de siste årene, etter flere tunge livsbelastninger med kort mellomrom. Hun kjempet hardt, og hun gjorde så godt hun kunne. Hun ønsket profesjonell hjelp. Det var vanskelig å få i seg nok næring over tid, og til slutt klarte ikke kroppen mer.

Carina betydde enormt mye for mange – både privat og i jobbsammenheng. Hun satte evige avtrykk. Vi vil alltid huske hennes omsorg, innsiktsfulle betraktninger og rå latter. Vi takker henne for alt hun var, og alt hun gav, og for at hennes varme og kloke ord fortsetter å leve med oss i både tekst- og lydformat.

Carina Carl ble begravet i Kolbotn kirke fredag 20. mars. Vi lyser fred over hennes minne. 🕯

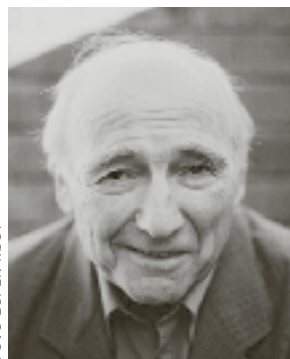


FOTO ESPEN RØST

Jan Smedslund

1929–2026

Jan Smedslund døde den 18. mars, og begravelsen fant sted i Gravlundskapellet på Vestre gravlund i Oslo den 7. april 2026. Jan ble 96 år gammel.

Jan tok dr.philos.-graden i 1955 og hadde deretter en lang akademisk karriere. Han var professor i psykologi ved Universitetet i Bergen fra 1964 til 1966, og fra 1966 til 1999 var han professor ved Universitetet i Oslo. Han var også instituttleder ved Psykologisk institutt i 1969–1970.

Tidlig i sin karriere samarbeidet Jan blant annet med Jean Piaget og gjorde seg internasjonalt kjent for sine undersøkelser av begrepsforståelse og tenkning hos barn og voksne. I den første delen av sitt virke arbeidet han med eksperimentell læringspsykologi og kognitiv utviklingspsykologi, og hans kanskje mest siterte artikkel er ofte ansett som en klassiker innen bedømmings- og beslutningspsykologi.

Noe senere ble han kjent for sine analyser av psykologiske begreper og for utviklingen av fagprosjektet Jan kalte psyko-logikk. Inspirert blant annet av Fritz Heider påviste Jan at grunnleggende prinsipper ved Albert Banduras sosiale læringsteori kunne avledes begrepslogisk fra meningen til teoriens begreper. Gjennom de siste tiårene av sitt faglige virke arbeidet Jan med å videreutvikle psyko-logikken og forståelsen av hvordan det er mulig for oss mennesker å oppnå psykologisk kunnskap også ved å reflektere over våre psykologisk relevante begreper og uavhengig av empiriske undersøkelser. Psyko-logikken

representerer et originalt og viktig bidrag til psykologisk grunnlagsrefleksjon. Jan bidro også til refleksjon over klinisk psykologisk praksis og utviklet det han omtalte som en bricoleur-modell for praksis hvor man søker å møte personer med det som i deres konkrete og unike kontekster er relevant.

Et kjennetegn ved Jan Smedslunds virke var bredden mellom teori og praksis. Han var spesialist i klinisk psykologi og hadde omfattende klinisk erfaring, samtidig som han utviklet en sterk teoretisk profil. Jans unike talenter ga oss et klarsynt perspektiv på sammenhengen mellom hverdagslivets sunne fornuft og de vanskelige spørsmålene ved vitenskapens yttergrenser.

Han hadde en rekke gjesteforskeropphold ved universiteter i USA og Europa, blant annet i Genève, ved Harvard og Stanford. Hans innsats ble også anerkjent gjennom priser og gjesteopphold på flere universiteter. Han ble også tatt opp som medlem i både Det Norske Videnskaps-Akademi og Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab.

I 2020 utga noen av oss en bok til ære for Jan. Tittelen på boken sier sitt: *Respect for Thought: Jan Smedslund's legacy for psychology*.

Gjennom sitt lange virke satte Jan Smedslund tydelige spor ved Institutt for psykologi og generelt i norsk psykologi, samt internasjonalt. Han etterlater seg et betydelig vitenskapelig arbeid og et varig faglig ettermæle. ♣

*Professor Jan Ketil Arnulf, Handelshøyskolen BI,
instituttleder Bjørn Lau, Universitetet i Oslo,
psykologspesialist Tobias Lindstad, privat praksis
og professor Erik Stänicke, Universitetet i Oslo*

Årets største medlemsdugnad



Foto: Felicia Rolff/Psykologforeningen

**Bjarte Bønes
Bruntveit**

Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitikken

Når lokale lønnsforhandlinger settes i gang, er det medlemmene selv som står i front. I de lokale oppgjørene finnes det største handlingsrommet, og det er her lønn kan brukes strategisk for å sikre stabilitet i tjenestene.

Våren er høysesong for lønnsforhandlinger. Psykologforeningen har i nesten alle tariffområder lokale lønnsforhandlinger. Dette gjør lønnsoppgjøret til årets største dugnad i foreningen, fordi det er vanlige medlemmer som gjør en forhandlingsjobb på vegne av oss alle. Derfor er det viktig å forklare hvorfor foreningen mener det er best at lokale tillitsvalgte forhandler lønn lokalt.

Hvorfor er lokale forhandlinger viktige?

Lokale forhandlinger er faktisk så viktige for foreningen at vi har deltatt i streiker for å ha muligheten til å forhandle lønn lokalt. Dette skjedde sist ved hovedtariffoppgjøret i staten i 2024.

Psykologer er en gruppe som er attraktive fordi vi har høy kompetanse, tar på oss ansvar og det er fremdeles begrenset tilgang på oss. Psykologer er nødvendige for at en skal kunne drive viktige tjenester i velferdsstaten. Samtidig er Psykologforeningen en relativt liten fagforening i norsk sammenheng.

Dersom arbeidsgivere skal kunne ansette og beholde psykologer, må de ha rom til å gjøre prioritinger og bruke lønn strategisk. Dette er mulig i lokale forhandlinger, men i mindre grad i sentrale forhandlinger. I lokale forhandlinger forhandles det for egen yrkesgruppe, og det er rom for å gjøre strategiske valg for å rekruttere og beholde psykologer.

«Lokale forhandlinger gir handlingsrom for å ivareta psykologers kompetanse, ansvar og bidrag til velferdsstaten»

Andre fagforeninger ønsker sentrale forhandlinger fordi de ofte prioriterer lavtlønnede og gir generelle tillegg til store grupper av ansatte. Dette er bra for mange av deres medlemmer, men fungerer dårligere for psykologer og andre grupper med høy utdanning. I den offentlige debatten brukes det ofte argumenter om at noen systemer er mer «rettferdige», «ansvarlige» eller «riktige».

Dette gir et skjevt bilde. Virkeligheten er så enkel som at hver fagforening jobber for det systemet som de mener er best egnet for deres medlemmer.

Årets største dugnad

Lokale forhandlinger betyr at det er de lokale tillitsvalgte som bestemmer hvilke krav som skal fremsettes og hvilke forhandlingsløsninger som er akseptable. Dette kan oppleves som fremmed for mange medlemmer. De færreste ble psykologer for å drive med lønnsforhandlinger.

Det er derfor stort behov for opplæring og nettverksbygging for lokale tillitsvalgte. Det er behov for at flere psykologer blir kjent med handlingsrommet for å påvirke profesjonens lønns- og arbeidsvilkår. Foreningen har derfor satset tungt på tariffkonferanser for spesialisthelsetjenesten, kommunene, staten og avtalespesialister. I år arrangeres det også en tariffkonferanse for psykologer som er ansatt i private virksomheter.

Sekretariatet bruker mye tid på rådgivning til lokale tillitsvalgte. Det er viktig at de som tar ansvaret for lokale forhandlinger vet at de har foreningen i ryggen.

Ulike lokale prioritinger

Det er store variasjoner i de lokale forhandlingene. Noen forhandler for hundrevis av medlemmer og noen forhandler for seg selv og kanskje noen få kollegaer. De som forhandler for mange, må ta hensyn til medlemmer med ulike interesser. De som forhandler for få vil ha enklere prioritinger, men også færre muligheter når noe skal prioriteres opp eller ned.

Psykologforeningen har ikke sentrale lønnskrav som binder de lokale tillitsvalgte. Lønnspolitikk diskuteres ofte, men det finnes for eksempel ingen vedtak som sier at psykologspesialister skal ha høyere lønn enn ikke-spesialister. Likevel ser vi at det er en prioritering som har gått igjen mange steder.

Det er gode grunner til dette. I spesialisthelsetjenesten er det et problem at for få spesialister blir værende etter at de har gjennomført spesialistutdannelsen. Det er ikke et like stort problem å få nyutdannede til å søke. Derfor har mange arbeidsgivere hatt en interesse av å prioritere spesialistlønn. For psykologene betyr dette også mye over tid, ettersom det er spesialistlønnen mange lever av store deler av yrkeslivet. Denne prioriteringen gir høyere livsløpslønn enn om lønnsforskjellene hadde blitt jevnet ut.

Samtidig finnes det arbeidsplasser der forskjellen mellom spesialist og ikke-spesialist er mindre relevant. Noen steder er ingen spesialister, andre steder er alle det. Da må en finne andre måter å gjøre meningsfulle prioriteringer.

Ved forskningsinstitusjoner kan det være naturlig at forskningskompetanse er viktigere enn spesialistutdanning. Lokale forhandlinger gjør det mulig å lage meningsfulle lønnsstrukturer som kan gi virksomheten mulighet til å tiltrekke seg og beholde relevant arbeidskraft. Alternativet ville være sentrale forhandlinger der alt avgjøres sentralt uten mulighet for å gjøre lokale tilpasninger.

En gjenkjennelig utfordring

En problemstilling som går igjen mange steder, er høy turnover blant psykologer. Over hele landet har arbeidsgivere problemer med å beholde psykologer, og utenfor universitetsbyene er det også en utfordring å rekruttere nyutdannede. Når ekstern turnover (folk som slutter i virksomheten)

og intern turnover (de som bytter jobb internt i samme virksomhet) legges sammen, er turnover ofte over 30 prosent. Det betyr at omtrent hver tredje psykolog bytter jobb hvert år.

Det går ut over pasientbehandlingen og er en dyr og lite rasjonell måte å drive en virksomhet på. Vi mener at frontfaget er et anslag og en norm over tid. Dersom det skal være fornuftig å bruke noe ekstra lønnsmidler i et oppgjør, bør det vurderes opp mot kostnadene ved høy turnover, som ofte er høyere enn lønnstilleggene.

Hva får du igjen for å være medlem?

Lokale forhandlinger gir handlingsrom for å ivareta psykologers kompetanse, ansvar og bidrag til velferdsstaten. Det er derfor foreningen investerer tungt i å støtte de lokale tillitsvalgte. Lønns- og arbeidsvilkår blir aldri «ferdig forhandlet». Det er en prosess som aldri tar slutt. Når du er organisert, er du en del av et fellesskap som påvirker lønnsutviklingen og styrker profesjonen.



«Det er viktig at de som tar ansvaret
for lokale forhandlinger vet at de har
foreningen i ryggen»

Fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse



Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

Rikke
Solbakke

Spesialrådgiver i
Jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Fra 1. juni 2026 trer det i kraft endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Endringene erstatter samtykkekompetanse med begrepet beslutningskompetanse, opphever sykdomsvilkåret, presiserer forståelseskravet og senker beviskravet for bortfall av kompetanse.

Fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse

Den første store endringen er at begrepet samtykkekompetanse erstattes med beslutningskompetanse. Dette er mer enn et språklig grep: Det beskriver bedre den faktiske situasjonen pasienten og helsepersonellet befinner seg i. Beslutningskompetanse setter søkelys på pasientens evne til å forstå beslutningen, vurdere alternativer og uttrykke et valg – uavhengig av om pasienten sier ja eller nei.

Selvbestemmelsesretten omfatter retten til både å samtykke og å avslå helsehjelp, og begrepsendringen tydeliggjør dette. Juridisk og i praksis innebærer endringen ingen realitetsendring, men den bidrar til å tydeliggjøre hva vurderingen faktisk skal dreie seg om.

Opphevelse av sykdomsvilkåret

Tidligere regelverk krevde at bortfall av kompetanse måtte skyldes en helsetilstand som psykisk lidelse, senil demens eller psykisk utviklingshemming. Det såkalte sykdomsvilkåret oppheves nå.

Det betyr at det ikke lenger stilles krav om årsakssammenheng mellom helsetilstand og manglende forståelse. Vurderingen av beslutningskompetanse knyttes i stedet til pasientens faktiske evne til å forstå hva beslutningen gjelder, og hvilke konsekvenser den har. Prop. 31 L (2024–2025) slår fast: «Det avgjørende er ikke pasientens helsetilstand generelt, men tilstanden på tidspunktet da beslutningen tas og i relasjon til spørsmålet pasienten skal ta stilling til».

Denne endringen gjør vurderingen mer individuell og situasjonsbasert, og reduserer risikoen for diskriminering på grunn av diagnose.



Presisering av forståelseskravet

Etter den nye bestemmelsen skal vurderingen sette søkelys på om pasienten er i stand til å forstå både hva beslutningen gjelder og konsekvensene av den. Vurderingen tar hensyn til hvor alvorlige konsekvensene er: Jo mer alvorlige, desto høyere krav til forståelse. Det kreves ikke full medisinsk forståelse; en alminnelig innsikt i situasjonen og de viktigste konsekvensene kan være tilstrekkelig. Denne presiseringen gjør det tydeligere hva helsepersonell skal legge vekt på, samtidig som beviskravet kobles til konsekvensene av pasientens valg.

Senking av beviskravet

Beviskravet for bortfall av beslutningskompetanse senkes fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig».

- «Åpenbart» innebærer i dag en høy terskel, og tvil kommer pasienten til gode.
- «Overveiende sannsynlig» betyr mer enn 50 prosent sannsynlighet for at pasienten ikke forstår beslutningen og konsekvensene.

Formålet med senkningen er å balansere pasientens rett til selvbestemmelse mot behovet for å sikre nødvendig helsehjelp. Et lavere beviskrav gjør det mulig å gripe inn tidligere i sykdomsforløp, og kan bidra til å forhindre forverring eller «svingdørsproblematikk». Samtidig opprettholdes en presumsjon for beslutningskompetanse, slik at tvang fortsatt bare kan brukes når det er nødvendig.

Avslutning

De nye reglene i § 4-3 markerer et tydelig skifte mot funksjonsbaserte og individuelle vurderinger av pasienters beslutningskompetanse. Endringene søker å balansere hensynet til selvbestemmelse med behovet for nødvendig helsehjelp. Lovendringen kan gi et mer fleksibelt og pasientsentrert rammeverk, der vurderingen av beslutningskompetanse knyttes til den konkrete situasjonen og konsekvensene av pasientens valg – uten å være låst til diagnose eller generell helsetilstand.



Spesialistutdanning for psykologer

Lær mer om utviklingsmulighetene i den terapeutiske relasjonen, og hvordan du kan bruke deg selv som terapeut for å oppnå endring. Programmene tar sikte på å favne kompleksiteten i en klinisk hverdag, med utviklingspsykologisk tenkning og forskning i sentrum.

Obligatorisk program i spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi: Søknadsfrist 15. oktober, oppstart januar 2027.

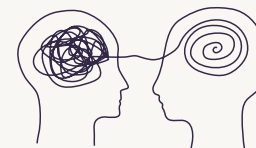
Valgfritt program i utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn og ungdom: Søknadsfrist 15. juni, oppstart 24. september 2026.

Ved spørsmål kontakt:

renate.stendal@r-bup.no (obligatorisk program),

monica.werner@r-bup.no (valgfri og intersubjektiv terapiutdanning)

- Undervisningen skjer i stabile grupper, med ro til langsgående prosesser og terapeututvikling.
- Integrasjon av teoretisk/empirisk kunnskap og klinisk praksis gjennom øvelser og refleksjon.
- Alle gruppelærere er erfarne terapeuter.




Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. juni, frist for å bestille annonse er **13. mai**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Juni	13. mai	1. juni
Juli	16. juni	1. juli
August	16. juli	3. august

Kontakt oss for mer informasjon:
Unni Sandland
E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Telefon 23 10 31 33

 Psykologtidsskriftet

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

Valgfritt program

Forståelse, utredning og tiltak ved kognitive vansker hos barn og unge 005

Sted og dato: Oslo, 19.10.2026 – 19.10.2027

Påmeldingsfrist: 14.09.2026

Pris per kurs: kr 8 700,- (medlem) / 17 400,- (ikke medlem)

Målgruppe: Målgruppen for dette programmet er psykologer som arbeider med barn og unge og som har gjennomført fellesprogrammet. Det forutsettes at man jobber med barn eller ungdom som har sammensatte tilstander hvor kognitive avvik forekommer, og hvor kognitive funksjonsvurderinger er aktuelt som for eksempel i BUP, PPT, habiliteringstjenesten og skolen.

Programmet er åpent for psykologer som skal bli spesialister i barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, habiliteringspsykologi, rus- og avhengighetspsykologi, klinisk helsepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet.

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

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

Kursledere: Kristin Moldjord og Helene Eidsmo Barder



Les mer om kurset og meld deg på her:

Healing Childhoods

Psykiske helseintervensjoner for barn berørt av krig, kriser og fordrivelse

Senter for krisepsykologi Konferanse 8. juni 2026 i Bergen

Fagfolk og organisasjoner møtes for å dele kunnskap om hvordan barn best kan støttes i og etter krig

- Krigens psykologiske påvirkning på barn
- Kunnskapsbaserte intervensjonsmodeller
- Regionale erfaringer fra noen av de mest krigsrammede områdene i verden

Konferansen er godkjent som vedlikeholdskurs for psykologer

Informasjon og registrering: uib.no/healing-childhoods

Senter for krisepsykologi (UIB) i samarbeid med *Children and War Foundation*



UNIVERSITETET I BERGEN



Malmgren UGB



Nytt kull i kunst og uttrykksterapi begynner i september 2026. Obligatorisk med 2 introduksjonskurs.

1 - Introduksjonskurs i Regenerativ Ledelse Samskaping med Kunst og Uttrykksmetoder - med fokus på ledelse, relasjoner og endringsarbeid.

Med psykolog Per Espen Stoknes og Anne Solgaard.
Datoer **8. – 10. mai 2026** i Oslo på Sagene Samfunnshus.

Løpende påmelding. Pris kr 3 750,-

2 - Introduksjonskurs: Inn i kroppen, ut i dansen

Med Siv Lotherington og Anne Solgaard. **Datoer 11. – 13. juni 2026** på Oslo Teatersenter, Hovinveien 1, Oslo (Tøyen).

Løpende påmelding. Pris kr 3 750,-

3 - Introduksjonskurs: Intermodal kunst og uttrykk i natur som stabilisering

Med Per Espen Stoknes og Gunnar Reinsborg.
Datoer **2. – 4. oktober 2026**

Påmelding for alle introduksjonskurs gjøres via vår nettside:
www.nikut.info



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:

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



Vedlikeholdskurs

Vold og foreldreskap

Sted og dato: Oslo, 15.10.2025 – 16.10.2025

Påmeldingsfrist: 10.09.2026

Pris per kurs: kr 8 700,- (medlem) / 9 700,- (ikke medlem)

Målgruppe: Psykologer (familievern, BUP, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusomsorg)

Målsetting: Kurset gir deg økt kunnskap om hvordan vold i nære relasjoner påvirker samspillet mellom familiemedlemmer.

Godkjent som 16-timers vedlikeholdskurs

Innhold: Kurset retter et spesielt fokus på hvordan barns utvikling preges av å leve med vold i nære relasjoner, ved at foreldrefungering hos både utøvere av vold og utsatte for vold blir preget. Det tematiseres om hvordan samspillet mellom voksne og barn preges i ulike faser. Mekanismer for hvordan vold preger foreldrefungering beskrives både på individnivå, i parforhold, i foreldre-barn relasjon, og på samfunnsnivå.

Kursleder: Psykologspesialist Henning Mohaupt

Les mer om kurset og meld deg på her:



Foreningen for psykologer i privat praksis (FPP)

Seminar og årsmøte 2026

17.-19. september 2026

Lisboa, Hotel Real Palacio

«Når psykoterapi blir vanskelig: selvskading, sårbarhet og etisk refleksjon»

Ved Erik Stänicke, psykologspesialist og professor (UiO) og Line Stänicke, psykologspesialist og førsteamanuensis (UiO)

Torsdag 17. september

08:30 – 09:00 Registrering

09:00 – 09:05 Åpning ved leder i FPP

09:05 – 10:30 Selvskading og destruktivitet (Line)

10:45 – 12:00 Digitale medier og digital risiko (Line)

12:00 – 13:00 Lunsj

13:00 – 14:00 Digital risiko – betydning for terapirommet?

14:15 – 15:00 Terapeutens utfordring ved risiko – sårbarhet og omnipotens (Erik)

15:15 – 16:00 Terapeutens utfordring ved risiko – negativ terapeutisk reaksjon og 'impasse' (Erik)

16:15 – 17:15 Årsmøte FPP

Fredag 18. september

09:00 – 10:00 Klinisk tenkning – relevansen av psykoanalytisk teori i dagens helsevesen? (Erik)

10:15 – 11:00 Case – Diskusjon i gruppe og refleksjon i plenum

11:15 – 12:00 Nevropsykoanalyse – predikasjon og projeksjon (Erik)

12:00 – 13:00 Lunsj

13:00 – 14:00 Etske konflikter – hvordan informerer de klinisk intervensjon? Hvor går grensen for overføringskjærlighet? (Erik)

14:15 – 15:00 Terapeutens utfordring – selvivaretagelse (Line)

15:30 – 17:00 Terapeutens utfordring – hva som motiverer oss (Line)

19:00 – Festmiddag

Lørdag 19. september

09:00 – 12:00 Norsk psykologforening: Informasjon og siste nytt fra Jus og Arbeidslivsavdelingen

Det vil bli lagt opp til eget opplegg for dem som jobber helprivat – uten driftstilskudd eller avtale med Helseforetaket

12:00 - 13:00 Lunsj

FPP er en forening for psykologer i privat praksis – heltid eller deltid – med eller uten driftstilskudd/avtale med Helseforetaket.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, sendes post@fppstyret.no innen 3. september.

Seminarer er godkjent som 18 timers vedlikeholdskurs for spesialitetene.

Seminaravgiften, kr 1 000, er sterkt subsidiert og inkluderer festmiddag. Seminarer er forbeholdt medlemmer av FPP. Medlemsavgift kr 350 per år. For å bli medlem i FPP send e-post (merket «**FPP innmelding**») til Medlemsservice@psykologforeningen.no

Frist for påmelding: 10. juni 2026. Påmelding er bindende.

Vi anbefaler at deltagerne bor på konferansehotellet. Vi har reservert et visst antall rom, som fylles opp etter «først til mølla» prinsippet. Vi anbefaler å være tidlig ute straks du har fått beskjed om at du er kommet med på seminarer. Lenke til hotellbooking ligger også i Norsk psykologforenings kurskalender (se nedenfor).

Påmelding via Norsk psykologforenings kurskalender:

<https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning/alle-kurs>

Eller bruk QR-koden:



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 Aanonsen
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

Sølve 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
austagder@psykologforeningen.no
908 38 407

Buskerud

Joan Sigrun Nygard
buskerud@psykologforeningen.no
416 66 260

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
finnmark@psykologforeningen.no
971 95 996

Hedmark

Ragnhild Platou Borgersen
hedmark@psykologforeningen.no
456 61 862

Hordaland

Asiyah Michelle Farooqui
hordaland@psykologforeningen.no
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
moreogromsdal@psykologforeningen.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

Mette Sevaldsen Lisø
nordland@psykologforeningen.no
414 01 624

Oppland

Eline Sørensen
oppland@psykologforeningen.no
902 96 361

Oslo

Birgit Aanderaa
oslo@psykologforeningen.no
917 12 983

Rogaland

Marie Tonette Solhaug Hansen
rogaland@psykologforeningen.no
977 34 812

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Marthe Kristine Striger Dingen
sortrondelag@psykologforeningen.no
473 11 213

Telemark

Birgitte Lindøe
telemark@psykologforeningen.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
troms@psykologforeningen.no
916 99 270

Vest-Agder

Trine Åstveit Lund
vestagder@psykologforeningen.no
988 91 554

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
vestfold@psykologforeningen.no
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhiblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Ole Magnus Vik, leder
Rådgivningstlf. 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 Aanonsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

Fag- og profesjonsrådet

Chris Margaret Aanonsen, 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

Terje Opsahl, Sørlandet sykehus, leder
Terje89@gmail.com
410 30 264

Stat

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

Kommunal sektor

Trude Hoff, Ringsaker, leder
trudhof@online.no
415 21 900

Avtalespesialister

Henrik Riekeles Vik, Helse Sør-øst, leder
henrik@rivik.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 utdanningsjef
linn@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingsjef
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

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 5 2026

Siste skoledag på Dikemark

Matt Oxman

Artikkel om psykedelikabruk får minneprisen

Gro Walø-Syversen

Akutt oppståtte nevropsykiatriske symptomer hos barn: en kasuistikk fra BUP

Mia Kristin Stensland Jørgensen, Lina Kristin Josefsson & Thomas Milo Jensen

Psykologer om den sjeldne diagnosen:

- Vi kjente at vi ikke strakk til

Matt Oxman

Utfordringer for dysleksidiagnosen

Magnus Nordmo

Livet blir bedre for barn og ungdom med ADHD eller autisme

Erik Winther Skogli & Merete Glenne Øie

Sentrale utfordringer i diagnostikk av ADHD hos kvinner - En narrativ litteraturgjennomgang

Marion Risa, Mai Eline Høiland Selvikvaag, Marta Maria Gorecka, Edmund Sonuga-Barke & Rune Raudeberg

Rusmiddelbruk, kognitiv svikt og komorbid demens

Eivind Aakhus, Sverre Bergh & Geir Selbæk

Å gjøre etisk refleksjon

Sverre Urnes Johnson

Høystemt og uklart om fagetikk

Anne-Kari Torgalsbøen & Haldor Øvreeide

Når tempoet blir en klinisk utfordring

Rolf Aspestrand

Manual for behandling av ADHD

- Mellom nevrobiologi og snusfornuft

Gunnar Schaefer

Avslutning av terapi

Aina Dyb Bjerke

Å overleve etter Epstein

Marit Råbu

Leken som forsvinner

Per Are Løkke

Minneord