

**Kliniske og etiske
dilemmaer ved
fabrikkert forstyrrelse**

Anne-Kari Torgalsbøen

**Circle of Security
– foreldreveiledning
uten effekt**

Lars Smith

**Fremtidens
behandlingstilbud
tar form**

Matt Oxman



Psykologtidsskriftet



Utgaven ble godkjent til trykk
23.09.2026

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 16.10, 16.11, 14.12

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 Peter-John de Villiers
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. Etikspanelet
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.
Etikspanelet 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.

F Fagpressen



INNHold

NR 10 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Peter-John de Villiers har tegnet forsiden, og sier: Vi er komplekse mennesker med mange lag – og masker som kan ta ulike former.



LEDER Katharine Cecilia Williams	
Tillit er beredskap	624
REPORTASJE Matt Oxman	
Fremtidens behandlingstilbud tar form	625
FAGARTIKKEL Anne-Kari Torgalsbøen	
Kliniske og etiske dilemmaer ved fabrikkert forstyrrelse	629
FRA PRAKSIS Døsen et al.	
Tyngdepunkt for barn med nevroutviklingsforstyrrelser	636
FRA FORSKNINGEN Magnus Nordmo	
Støy i barnevernsbeslutninger	640
FRA FORSKNINGEN Lars M. Rimol	
Uklart om spedbarn foretrekker prososiale andre	642
DOKTORGRADER	645
ORIGINALARTIKKEL Rasiah et al.	
Barnefaglig sakkyndiges opplevelser av å arbeide i skjæringspunktet mellom juss og psykologi	646
KOMMENTAR Sigmund Karterud	
Kropp og sjel er forskjellige	655
ETIKKPANELET Kristin Lyse	
Et fagetisk ansvar for å ivareta demokratiet?	657
DEBATT Live Hareide	
Leken som stjeles fra barndommen	661
DEBATT Gert Jaap Schoppink	
Pearson beskytter testenes integritet	663
KRONIKK Lars Smith	
Circle of Security – foreldreveiledning uten effekt	665
BOKSTOFF	
Kyrre Dyregrov anmelder Kognitiv terapi i behandling av lav selvvverdi	668
Klassikeren av Engen et al. Standing in the Spaces	670

TEKST Katharine Cecilia Williams
Sjefredaktør

Tillit er beredskap

Dystopien kan ta overhånd for den mest ukuelige optimist.

«I møte med uro, frykt og splittelse er tillit en av de sterkeste motkreftene vi har.» Slik introduserer Verdensdagen for psykisk helse årets markering, som går av stabelen 10. oktober. Kampanjen treffer meg. Tillit som fenomen er sentralt i alle de utfordringene vi som samfunn nå står i.

Myndighetene har bedt oss lage beredskapslager. Norge grenser til en aggressiv makt, og en krig pågår i vårt geografiske nabolag. Folk sliter mer økonomisk nå enn før. Undervisere ved landets studiesteder har den siste tiden meldt i nyhetspressen at de gruer seg til semesterstart. Det er vanskelig å få studentene engasjert i samtaler og diskusjoner i gruppearbeider. Studentene snakker ikke seg imellom, og forsøk på å få dem til å delta aktivt i undervisningen har ført til frafall. De unge på sin side opplever fremtiden som usikker og spør seg hvilken karriere de kan satse på for å unngå å bli gjort arbeidsløs av kunstig intelligens. Kommentarfeltene blir stadig mer dominert av usakligheter, personangrep og trakassering. Mediene jakter splittelse, fordi det paradoksalt nok virker samlende (les: øker lesertallene).

Dystopien kan ta overhånd for den mest ukuelige optimist. Jeg har funnet trøst og optimisme i at så mange samfunnsstemmer, slik som Verdensdagene, vil kjempe for vern av tillit. Den nære fremtid har aldri vært vanskeligere å predikere, og det er vanskelig å finne ut hvordan man skal forholde seg. Men noe vi *kan* gjøre, er å fremdyrke tillit.



FOTO MATT OXMAN

For mange psykologer vil «tillit» først og fremst være noe vi jobber for at pasientene skal ha til oss. Mange meter med bøker og artikler i vårt fagfelt har befattet seg med pasientens tillit. På den andre siden er minimalt skrevet om terapeutens tillit til pasienten. Denne settes på prøve når terapeuten oppdager at pasienten lyver – om symptomer, traumeopplevelser og plager. I denne utgaven av Psykologtidsskriftet kan du lese «Kliniske og etiske dilemmaer ved fabrikkert forstyrrelse» av Anne-Kari Torgalsbøen. Artikkelen gir et faglig interessant innblikk i fabrikkert forstyrrelse, et lite beskrevet klinisk fenomen. Imidlertid er det ikke snakk om et lite problem, hva kostnader i helsevesenet og lidelser for omgivelsene forstyrrelsen trolig utgjør. Forfatteren beskriver pasienter som vet hvilke knapper de skal trykke på for å få tilgang til nødvendige behandlinger og utredninger. Samtidig kan vi lese hvordan vår frykt for å uttrykke mistro mot pasienter kan bidra til å skyggelegge en viktig problemstilling. For noen pasienter kan dette medføre skadelige, nødvendige behandlinger.

Å rapportere om mistanke om fabrikkerte symptomer og sykdommer kan noen ganger være en fagetisk plikt, slik jeg forstår Torgalsbøen. Jeg tror det i tillegg krever at vi kultiverer en tillitskultur, oss kolleger imellom. Det handler om tilliten jeg har til at du har pasientens beste og profesjonsetikken for øye når du deler mistanke om at pasienten lyver.

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Fremtidens behandlings- tilbud tar form



FOTO KIRSTI SKOGSHOLM / MINA & MILLE STIFTELSEN

IMPETUS: Mina Alexandra og Mille Andrea Hjalmarsen døde av overdoser i 2023, da de var 16 år gamle. Tvillingene fikk uforsvarlig helsehjelp fra oppstykkede tjenester, konkluderte Statsforvalteren i Vestland. På bildet er jentene 13 år.

Spesialisthelsetjenesten får et nytt ansvar for barn og unge med rusmiddelproblemer. Fristen står svart på hvitt, løsningen i gråblyant.

Barn med rusmiddelproblemer har falt mellom stolene i spesialisthelsetjenesten. Til nå har det gått et skille mellom psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) på den ene siden og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på den andre; retningslinjene har regnet et rusmiddelproblem som et atferdsproblem eller en tilleggstilstand – ikke et helseproblem i seg selv – frem til pasienten fyller 18 år. Barnevernet har dermed stått igjen med et uforholdsmessig ansvar, konkluderte Barnevernsinstitusjonsutvalget i 2023.

Undersøkelser har vist at barn med rusmiddelproblemer generelt mottar et fragmentert og ujevnt behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2022; Riksrevisjonen, 2026). Noen barn har dødd av overdoser mens de har hatt tilknytning til barnevernsinstitusjoner (Helsetilsynet, 2023; Statsforvalteren i Vestland, 2024).



IDÉ: Heidi Elisabeth Svendsen satt i Barnevernsinstitusjonsutvalget, som anbefalte at «ansvaret for spesialisert rusbehandling flyttes fra barnevernet til helsetjenesten».

For å tette igjen huller i systemet har Stortinget vedtatt at barn med rusmiddelproblemer «skal gis behandling i spesialisthelsetjenesten», innen 2028. Barnevernet skal rendyrke sitt tilbud til omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse. Vedtaket har satt sterke faglige og byråkratiske krefter i sving. For selv om pasientgruppen tilsynelatende er liten og forskningen på hva som nytter, er mangelfull, har barna såpass alvorlige problemer at gruppen likevel får en høy prioritet.

Tre omfattende, parallelle og til dels overlappende prosjekter er i ferd med å forme det nye tilbudet. For det første har de regionale helseforetakene (RHF-ene) laget en plan for utbyggingen. RHF-ene foreslår at PHBU får hovedansvaret i forpliktende samarbeid med TSB. Planen ligger på bordet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). I mellomtiden skal et ekspertpanel bli enige om anbefalinger for tjenesteutviklingen. Panelet er nedsatt på vegne av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Til slutt skal Rusbehandlingsutvalget se på tjenestetilbudet i et livsløpsperspektiv og i alle helsetjenestene, ikke bare spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer rundt lovverk, koordinering og ressurser

gjenstår å løses. Samtidig må mer fundamentale spørsmål besvares, ikke minst om hvem pasientgruppen egentlig består av, og hvor skillet går mellom helsehjelp på den ene siden og omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse på den andre siden.

Stene-utvalget plantet et frø

Psykologspesialist Heidi Elisabeth Svendsen satt i Barnevernsinstitusjonsutvalget. Blant anbefalingene i den nasjonale offentlige utredningen (NOU-en) levert i 2023 foreslo utvalget at ansvaret for «spesialisert rusbehandling burde flyttes fra barnevernet til helsetjenesten». Idéen står seg godt på papiret, men spesialisthelsetjenesten må gjøre reelle endringer, sier Svendsen, på besøk hos Psykologtidsskriftet.

– Sånne som meg som har jobbet i PHBU, er vant til å jobbe poliklinisk, men mange barn med rusmiddelproblemer vil ikke møte opp til time. De skrives ofte ut etter at de ikke møtte opp til noen avtaler. Systemet er ikke helt rigget for dem.

Det nye tilbudet må være ambulant, fleksibelt, oppsøkende og utholdende, oppsummerer Svendsen. Frivillighet må fortsatt være hovedprinsippet, men ikke et adgangskrav til helsehjelp. Tjenestene må unngå å anta at ungdom med rusmiddelproblemer ikke kan hjelpes bare fordi ungdommen er ambivalent til behandlingen eller trekker seg unna, utdyper hun, men heller fortsette å ta kontakt og forsøke å bygge en relasjon over tid.

Svendsen sier hun er spent på hvor godt BUP og TSB vil samarbeide i praksis. For at barna skal få tilgang til spesialisert kompetanse på rusfeltet, må TSB være mer enn en ekstern rådgiver, sier hun.

Psykologspesialisten advarer mot å kaste barnet ut med badevannet. Barnevernsinstitusjoner sitter på viktig kompetanse for god rusbehandling, sier hun, for eksempel evnen til å stå i avvisning og uro over tid. Dessuten, gitt at barn med rusmiddelproblemer fortsatt skal bo på barnevernsinstitusjoner, vil institusjonene fortsatt trenge kompetanse på rusfeltet, legger hun til. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten må komme i tillegg til institusjonstilbudet – ikke i stedet – insisterer Svendsen.

RHF-ene har levert en plan

Vi møter Cecilie Skule og Inger Meland Buene på Helse Sør-Øst sitt kontor i Oslo sentrum. Begge har spilt sentrale roller i RHF-enes arbeid med en plan for å bygge ut behandlingstilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer. Skule, som er psykologspesialist og assisterende fagdirektør for psykisk helsevern og rusbehandling i regionen, ledet styringsgruppen for arbeidet. Buene, som

— mange barn med rusmiddelproblemer
vil ikke møte opp til time

— det vil komme nye pasienter og behov for kompetanse

er legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, ledet prosjektgruppen.

– Noen av pasientene er allerede i spesialisthelsetjenesten og har kanskje ikke fått god nok eller godt nok koordinert hjelp, sier Skule. Hun forteller at det var bred enighet i prosjektgruppen om å gi hovedansvaret for behandlingen til PHBU i tett samarbeid med TSB. I mai 2026 landet planen på bordet til HOD.

Buene sier planen gir høy vekt til ambulante tjenester – noe spesialisthelsetjenesten har mye erfaring med noen steder, men ikke alle. Hun fremhever også forslaget om å gjennomgå spesialistutdanningene for psykologer og leger, for å sikre den nødvendige kompetansen.

Psykologtidsskriftet påpeker at spesialisthelsetjenesten allerede sliter med kapasitet, og spør hvor ressursene til det nye ansvaret skal komme fra. Skule viser til kostnadsestimatene i planen og sier:

– Anslaget er det beste anslaget vi kunne gi. Alle er kjent med at tjenestene opplever stort press i perioder. Noen av pasientene i gruppen er i tjenestene fra før, men det vil komme nye pasienter og behov for kompetanse.

Et ekspertpanel enes om råd

Line Brotnow Decker jobber som spesialrådgiver ved Oslo universitetssykehus og leder det tverrfaglige ekspertpa-

nelet som skal komme til konsensus om anbefalinger for tjenesteutviklingen. Psykologtidsskriftet møter henne på Gaustad i kontorene til Nasjonalt kompetansesenter for rus- og avhengighetslidelser, alvorlige samtidige psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser (NRAPP), som nedsatte panelet på oppdrag fra Helsedirektoratet og Bufdir. Decker er psykologspesialist, forsker og tjenesteutvikler. Hele karrieren hennes har dreiet seg om barn og unge med alvorlige og sammensatte vansker.

Fordi problemene til barn med rusmiddelproblemer er såpass sammensatte, passer barnas behov dårlig med dagens sektorisererte tjenester, sier Decker. Utfordringen er velkjent, påpeker hun. Så tidlig som i 1982 – før Decker ble født – sto det i en NOU om barnemishandling og omsorgssvikt at forskjellige instanser alle kunne overse problemer – «kanskje i den tro at 'det som ikke tilbys av oss blir ivaretatt av de andre'» – og at instansene måtte samordne seg for å nå frem med effektiv hjelp til trengende barn og familier.

Decker sier det første – og vanskeligste – steget hvert medlem i ekspertpanelet har måttet ta, er steget ut av eget perspektiv. Mye ved barnevernssektoren kan være mystisk for helsepersonell og omvendt, sier hun. Sektorene har forskjellige formål, mandat, regelverk og yrkesgrupper. På grunn av forskjellene mellom sektorene – i tillegg til utfordringen med å skille helsehjelp fra omsorg, utviklingsstøtte



FOTO MATT OXMAN

STRUKTUR: Inger Meland Buene og Cecilie Skule spilte sentrale roller da RHF-ene la en plan for utbygging av behandlingstilbudet til barn med rusmiddelproblemer.

— vi oppfatter at det ikke er mye forskning å se til

og beskyttelse, og det faktum at barnevernsinstitusjoner fortsatt vil ha en naturlig rolle i behandlingen – kan ikke ansvaret for spesialisert rusbehandling egentlig «flyttes» fra barnevernsinstitusjoner til spesialisthelsetjenesten, påpeker Decker.

Flere kjennetegn ved barn med rusmiddelproblemer gjør det vanskelig å forske på effektene av hjelpetiltak for gruppen, forklarer Decker og gir tre eksempler. For det første er det store forskjeller mellom individer i gruppen. For det andre har barna ofte så alvorlige problemer at det ville være uetisk å sette dem på venteliste. For det tredje faller de ofte fra behandling. Fordi kunnskapsgrunnlaget fra forskning er såpass tynt, har panelets sammensetning og arbeid vektlagt praksis og erfaring, sier Decker.

– Forskning har ikke vært et stort fokus, fordi vi oppfatter at det ikke er mye forskning å se til.

Spilhaug-utvalget løfter blikket

Regjeringen oppnevnte Rusbehandlingsutvalget i juni 2025. Utvalgets mandat nevner barn og unge konkret i forbindelse med kunnskapsgrunnlaget for rus- og avhengighetsbehandling, innretting av tvangstiltak og medvirkning fra pårørende. Leder for utvalget, Guri Spilhaug, understreker at utvalget ikke kan diskutere innholdet i utredningen før de leverer NOU-en med frist 1. desember 2026.

I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver Spilhaug at utvalget ser positivt på at RHF-ene og direktoratenes ekspertpanel belyser noen av de samme spørsmålene som utvalget fra andre vinkler. Utvalget vil lene seg på planen til RHF-ene og rådene til ekspertpanelet, men



FOTO MATT OXMAN

VEILEDNING: Line Brotnow Decker leder ekspertpanelet som skal danne et grunnlag for retningslinjer. Bildet ble tatt under Ruskonsensuskonferansen.

samtidig forsøke å utfylle og supplere de foregående arbeidene, sier hun.

Kommunale tjenester har uttrykt bekymring for at barn og unges rusmiddelproblemer reduseres til et spørsmål om spesialisert behandling, forteller Spilhaug. I den grad planen til RHF-ene og anbefalingene til ekspertpanelet er begrenset til spesialisthelsetjenesten, har utvalget en jobb å gjøre rundt pasientgruppens behandlingsbehov i resten av helsetjenestene, forklarer hun. Jobben kan innebære å se på hvilken kunnskap som finnes om lavterskeltiltak i kommunen, inkludert hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide, sier Spilhaug. 

REFERANSER

De regionale helseforetakene. (2026). *Nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer*. Helse Sør-Øst RHF. <https://www.helse-sorost.no/497a54/siteassets/documents/styret/styremoter/2026/0423/048-2026-vedlegg-rapport---nasjonalt-oppdrag-rusbehandling-barn-og-unge---versjon-1.0.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 25. juni). Skal utrede fremtidens rus- og avhengighetsbehandling. *Regjeringen*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/skal-utrede-fremtidens-rus-og-avhengighetsbehandling/id3111894>

Helsedirektoratet. (2022). *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten*. Helsedirektoratet.

Helsetilsynet. (2023). *Gjennomgang av saker der*

barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet. (Rapport fra Helsetilsynet 3/2023). Helsetilsynet. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/gjennomgang-av-saker-der-barn-med-tilknytning-til-barnevernsinstitusjon-har-mistet-livet/#>

NOU 1982: 26. (1982). *Barnemishandling og omsorgssvikt*. Sosialdepartementet. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007070504050

NOU 2023: 24. (2023). *Med barnet hele vegen*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-24/id3005411/?ch=1>

Prop. 83 L (2024–2025). *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*. Barne- og familiedepartementet. <https://www>.

[regjeringen.no/no/dokumenter/prop-83-l-20242025/id3094694/?q=rendyrke&ch=3#match_o](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-83-l-20242025/id3094694/?q=rendyrke&ch=3#match_o)

Riksrevisjonen. (2026). *Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser* (Dokument 3:8). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser.pdf>

Statsforvalteren i Vestland. (2024, 21. februar). *Tvillingane fekk ikkje forsvarleg helsehjelp. Statsforvalteren i Vestland*. <https://utdatert.statsforvalteren.no/vestland/barn-og-foreldre/barnevern/tvillingane-fekk-ikkje-forsvarleg-helsehjelp>

TEKST Anne-Kari Torgalsbøen
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Kliniske og etiske dilemmaer ved fabrikkert forstyrrelse

Når pasienten fabrikkerer symptomer, bør psykologen forene pasient- og brukerrettigheter med kravet om faglig forsvarlighet.

Fabrikkert forstyrrelse er en tilstand der personer med viten og vilje lyver om, simulerer, aggraverer eller påfører sykdom, skade eller funksjonssvikt på seg selv; det er altså en form for avvikende hjelpesøking for helseplager der målet er å presentere seg selv i en sykerolle. Betegnelsen Münchhausens syndrom ble først tatt i bruk av Richard Asher (1951) for å beskrive selvpåført sykdom. Betegnelsen er oppkalt etter Baron von Münchhausen, som var viden kjent for å fortelle oppsiktsvekkende historier. Ifølge Asher var det en klar parallell mellom baronens løgnaktige fortellinger og de overdrevne, konstruerte symptomene hos personer med denne forstyrrelsen. Münchhausens syndrom ble derfor tatt i bruk som klinisk betegnelse for å beskrive viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk. I den reviderte engelske utgaven av diagnosemanualen ICD-11 (World Health Organization, 2024) har forstyrrelsen betegnelsen Factitious disorder imposed on self.

Overbehandling er et problem i helsetjenesten, både internasjonalt og i Norge, og anslås til om lag 20 % (Størdal & Hjørleifsson, 2026). En del av ressursene som brukes, gir dermed ingen reell helsegevinst. Fabrikkert forstyrrelse utpeker seg som en tilstand der psykologer – i psykisk helsevern og i andre deler av tjenesteapparatet – bør vurdere om det foreligger en reell indikasjon for behandling, eller om det er nødvendig å iverksette tiltak for å stanse den avvikende og potensielt skadelige hjelpesøkingen. En slik vurdering aktualiserer flere faglige og profesjonsetiske dilemmaer, blant annet om bedrag

skal forstås som en psykisk lidelse som bør behandles.

Spørsmålet er om personer som bevisst simulerer eller fabrikkerer sykdom, primært bør forstås som pasienter, eller som helsesvindlere som bryter den tillitsbaserte kontrakten mellom pasient og helsevesen. Og dersom de klassifiseres som helsesvindlere: Har de da rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven?

Hensikten med artikkelen er å klargjøre hva som er karakteristisk ved fabrikkert forstyrrelse, slik at tilstanden kan identifiseres, vurderes og adekvate tiltak kan iverksettes. Deretter drøftes de faglige og profesjonsetiske dilemmaene knyttet til diagnostikk, behandling og håndtering av denne tilstanden i psykisk helsevern og andre relevante kontekster.

“The most common lie is that with which one lies to oneself; lying to others is, relatively, an exception.”
— Friedrich Nietzsche

Når løgn blir sannhet

En sentral diskusjon i fagfeltet på fabrikkert forstyrrelse er i hvilken grad rapporterte symptomer forstås som viljestyrte valg, uttrykk for psykopatologi utenfor personens kontroll, eller en kombinasjon. For å belyse problemstillingen må vi se på sentrale psykologiske kjennetegn ved tilstanden. Bedrag kan forstås som en responsstil, definert som enhver handling med betydelige konsekvenser der individet bevisst forvrenger eller feilrepresenterer egen selvrapportering, ofte gjennom villedning og tilbakeholdelse av informasjon (Rogers & Bender, 2020). Bedraget kan være fullstendig adskilt fra pasientens psykiske fungering, et fenomen som dekkes av begrepet dissimulering.

Dissimulering beskriver et bredt spekter av bevisste forvrengninger eller feilfremstillinger av psykologiske symptomer (en form for skjult eller indirekte bedrag, der man gjemmer det virkelige bak en tilsynelatende uskyldig eller nøytral fasade). Kunnskap om dissimulering er nyttig for klinikere når presentasjonene verken passer med simulering, defensivitet eller andre spesifikke responsstiler.

Fabrikkert forstyrrelse er tett knyttet til en spesiell form for løgn, pseudologia fantastica. Patologisk løgn beskrives som en repetitiv, nærmest tvangspreget løgnaktighet, preget av langvarige, selvforherligende historier. I motsetning til hverdagslige, målrettede løgner gir den patologiske løgnen tilfredsstillelse i seg selv (Deutsch & Roazen, 1982), styrker selvfølelsen og utløser interesse og beundring fra andre (Green et al., 1999). Løgnen kan også gi en følelse av «rush», omtalt i faglitteraturen som duping delight (Ekman, 2009): den positive emosjonen som enkelte som lyver, opplever når de lykkes i å bedra andre og «komme unna med det».

Fabrikkert forstyrrelse i ICD-11

I ICD 11 (World Health Organization, 2024) beskrives fabrikkert forstyrrelse som bevisst simulering, forfalskning, fremkalling eller forverring av medisinske, psykologiske

eller atferdsmessige symptomer eller skader hos seg selv eller andre (ofte et barn), i en kontekst preget av bevisst bedrag. Det kan foreligge reell sykdom, men personen overdriver, forverrer eller legger til symptomer. Personen søker behandling eller presenterer seg selv/andre som syk, skadet eller funksjonshemmet på grunnlag av disse manipulerede symptomene. Atferden ved fabrikkert forstyrrelse forstås som målrettet og bevisst, men ikke primært motivert av ytre gevinster (som ulike trygdeytelser eller å unngå straff). Når bedraget hovedsakelig har som formål å oppnå emosjonell gratifikasjon (for eksempel omsorg og oppmerksomhet), klassifiseres det som fabrikkert forstyrrelse. Dersom atferden derimot kan knyttes til ytre mål som økonomisk gevinst, trygdeytelser eller å unngå juridiske konsekvenser, klassifiseres den som simulering (malingering) i ICD-11. I praksis kan begge typer gevinster opptre samtidig, og grensen mellom malingering og fabrikkert forstyrrelse kan være uklar. Fabrikkering kan blant annet innebære falske anklager om seksuelt misbruk, oppdiktete symptomer eller bevisst feilaktig informasjon om eget funksjonsnivå for å oppnå emosjonell tilfredsstillelse.

I diagnosemanualen DSM-5 er fabrikkert forstyrrelse (300.19) plassert under «Somatic symptoms and related disorders» med to hovedkategorier: Factitious disorder imposed on self (FDIOS) – tidligere Münchhausens syndrom og Factitious disorder imposed on another (FDIOA) – tidligere Münchhausen by proxy. De reviderte kriteriene vektlegger objektive, observerbare forhold og mindre spekulasjon om motivasjon og innebærer: 1) simulering eller skjult fremkalling av sykdom 2) å presentere seg selv (eller andre) som syk 3) bedrag uten tydelig ytre belønning (American Psychiatric Association, 2022).

Utbredelse og kostnader

Fabrikkering eller påføring av symptomer anses som sjelden i klinisk praksis, men det reelle omfanget er vanskelig å fastslå. Studier av medisinsk uforklarte symptomer antyder at en betydelig andel av konsultasjoner i både primær- og spesialisthelsetjenesten internasjonalt gjelder plager uten klar somatisk forklaring (20–50 % i primærhelsetjenesten og rundt 50–60 % i enkelte somatiske spesialiteter) (Nimnuan et al., 2001; Sattel et al., 2003). Fabrikkert forstyrrelse påført seg selv (FFPS) utgjør likevel bare en liten del av disse tilfellene.

Det foreligger per i dag ingen gode norske insidens- eller prevalensstudier av fabrikkert forstyrrelse påført seg selv. Tilstanden synes sjelden som formelt diagnostisert i klinisk praksis, og internasjonal litteratur tyder på betydelig underdiagnostikk og variasjon i kodingspraksis (Bass & Halligan, 2014; Fliege et al., 2007). Mørketallene antas å være store, blant annet fordi diagnosen sjelden stilles eksplisitt, mistanke ofte omtales indirekte («usannsynlig sykdomsatferd», «uforklarlige symptomer»), og fordi pasienter ofte forsvinner før utredning er fullført (Yates & Feldman, 2016).

Systematiske journalgjennomganger fra somatikken og avdelinger i psykisk helsevern tyder på at formelt



diagnostisert fabrikkert forstyrrelse er svært sjelden, som regel under 1 % av pasientene (Bass & Halligan, 2014; Fliege et al., 2007). Eldre kliniske kassusserier antyder at omkring 40 % av tilfellene gjelder primært psykiske symptomer (Carney & Brown, 1983). Nyere oversikter peker på en tydelig overhyppighet av borderline personlighetsforstyrrelse og omfattende selvskadende atferd (Links et al., 2010; Yates & Feldman, 2016).

I en fransk studie var pasientene kjennetegnet av utstrakt legemiddelbruk (Berar et al., 2023). I løpet av en toårsperiode fikk 66 % minst én resept på benzodiazepiner, 58,3 % på antidepressiver og 46,6 % på antipsykotika, trolig relatert til høy komorbiditet med andre psykiske lidelser og bruk av atypiske antipsykotika ved personlighetsforstyrrelse og depresjon. Kassusserier viser at pasientene typisk er i 30–40-årene når sykdomsatferden blir oppdaget (Krahn et al., 2003), men fabrikkert forstyrrelse er også beskrevet hos barn (Ferrara et al., 2013). Forløp og prognoser er usikre, da pasientene ofte motsetter seg innsyn i journal og sjelden fullfører langtidsoppfølging. Tilfriskning ved vedvarende fabrikkert forstyrrelse beskrives som sjelden (Bass & Taylor, 2013; Fehnel 2006).

Pasienter som later som om de har en psykisk lidelse, kan påføre helsetjenesten store kostnader. Vi mangler norske undersøkelser på kostnadene. En fransk studie beskrev én pasient med 42 kirurgiske inngrep og kontakt med 650 sykehus, og der 11,5 % av 2232 pasienter sto

for hoveddelen av ressursbruken (Berar et al., 2023). En italiensk pasient døde etter 41 innleggelser (Jimenez et al., 2020), og amerikanske kasus viser at kostnader for enkeltpasienter kan overstige én million dollar (Powell & Boast, 1993).

Årsaker, risikofaktorer og sårbarhet

Årsakene til sykdomsatferden er fortsatt et mysterium, mye fordi gruppen er lite interessert i å delta i forskning. Det vi vet, er at fabrikkeringen er bevisst, men at de selv ikke forstår motivene bak handlingene. Sykdomsatferden kan være en måte å håndtere interpersonlige tilknytnings- og identitetsproblemer på, noe som underbygges av en sterk assosiasjon mellom FFPS og å ha blitt utsatt for mishandling (Brown & Schefflin, 1999). Fabrikkert lidelse hos voksne kan være en konsekvens av selv å ha blitt utsatt for påført sykdom som barn (Bass & Glaser, 2014). Asher (1951) pekte ellers på ulike motiv, som nag mot leger, behov for oppmerksomhet og ønske om fri kost og losji.

Kjennetegn på fabrikkert forstyrrelse

I somatisk helsetjeneste kjennetegnes pasientgruppen av et sterkt ønske om invasive prosedyrer, til tross for smerte og betydelig komplikasjonsrisiko (Schrader et al., 2017). Atferden kan være knyttet til behov for

KJENNETEGN

Typiske selvpåførte symptomer:

- insulininjeksjoner for å utløse hypoglykemi
- blodtilførsel i urin
- tapping av eget blod for å skape anemi
- simulering av døvhets, blindhet eller feber (Schrader et al., 2017)

Vanlige fabrikkerte psykiske symptomer:

- alkoholmisbruk
- hallusinasjoner
- suicidale eller homicidale tanker
- smertetilstander (Yates et al., 2020)

Sjeldne tilstander som stockholmsyndromet og dissosiativ identitetsforstyrrelse kan også simuleres (Boysen & VanBergen, 2014).

Psykoaktive stoffer som brukes i symptomfabrikking av psykisk lidelse:

- sentralstimulerende midler for rastløshet og søvnløshet
- LSD og cannabis for persepsjonsendringer
- opioider for eufori
- hypnotika for sløvhets

kontroll, spenning, overlegenhetsfølelse overfor rådløst helsepersonell, eller til ønske om omsorg og hevn etter negative erfaringer (Schrader et al., 2017). Mortaliteten er høy på grunn av selvpåført skade, komplikasjoner og kamuflering av symptomer. Mange forlater sykehuset når somatisk sykdom ikke bekreftes og oppmerksomheten rettes mot psykiske årsaker.

Majoriteten er kvinner (66,2 %), ofte med helsefaglig bakgrunn (57 %). De har som regel god utdanning og er i jobb, men har vansker med nære relasjoner, får sjelden besøk under innleggelses og kan vise fiendtlighet og patologisk løgn (Feldman, 2023). Det er høy komorbiditet, særlig med depresjon (41,8 %), personlighetsforstyrrelser (16,5 %), rusmisbruk (15,8 %), funksjonelle nevrologiske symptomer (5,3 %) og spiseforstyrrelser (4,1 %) (Yates & Feldman, 2016).

Symptomene kan forsterkes når helsepersonell er til stede, og det er ofte et tydelig misforhold mellom pasientens beskrivelser og observerbar atferd. Presentasjonen bærer preg av stereotyper (for eksempel karikerte «anfall» ved depresjon eller lite overbevisende hallusinasjoner), og effekten av medikamentell behandling er påfallende dårlig. I motsetning til pasienter med somatiske plager som trekker seg når psykiske forklarings-

ger introduseres, søker mange med fabrikkerte psykiske symptomer seg aktivt inn i psykisk helsevern. Misbruk av medikamenter og/eller rusmidler er vanlig. Bruken av rusmidler skaper ofte en bisarr klinisk presentasjon som primært sikter mot å villedde helsepersonell, ikke å oppnå ruseffekter (Feldman, 2023).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en særlig «attraktiv» diagnose å fabrikke. Personer kan overdrive reelle traumer, eller traumehistorien og PTSD-symptomene er oppdiktet (Resnick, 1999). Dette understreker behovet for å vurdere både ytre gevinster (malingering) og den mer indre, personlige motivasjonen for å være syk (Lacoursiere, 1993).

Fabrikkerte traumer kan også omfatte oppdiktete, spesielt dramatiske tap (for eksempel grusomme dødsfall som rammer flere familiemedlemmer), ofte ledsaget av mer ekstrem atferd enn det som er vanlig ved reelt tap, som uttalt sinne, somatisering, suicidforsøk, lovbrudd og omfattende løgn (Feldman, 2023). Fenomenet med uriktige eller ubekreftede anklager om seksuelle overgrep er også omtalt i litteraturen generelt, og gir et bakteppe for å forstå hvordan falske narrativer kan oppstå og opprettholdes (Everson & Boat, 1989; Malloy et al., 2007; McNamara et al., 2012). McNamara et al. (2012) beskrev tilfeller der voksne personer kom med falske anklager om seksuelle overgrep, i barndom og i voksenliv. I en studie av 257 barn og unge (2–17 år) trakk 23,1 % tilbake sin anklage (Malloy et al., 2007). Flere av tilbaketrekningene ble knyttet til press fra familien, og innebærer ikke nødvendigvis at den opprinnelige anklagen var fabrikkert.

Helsepersonell som ufrivillige medspillere

Bass og Glaser (2014) peker på flere forhold ved helsepersonells respons som kan bidra til å opprettholde sykdomsatferden. Psykologer og leger kan ufrivillig bli medspillere i bedraget fordi de frykter å overse en behandlingsbar lidelse, er trent til å samarbeide med pasienten og legger pasientens egen historie til grunn. Det oppleves ofte ubehagelig å mistro pasient eller foreldre, særlig hvis mistanken kan være ubegrunnet, og det kan være vanskelig å uttrykke forvirring over symptombildet (Torgalsbøen, 2008).

Pasienter kan legge betydelig press på helsepersonell for videre utredning og behandling, og noen klinikere kan også føle seg faglig utfordret og ønske å løse den «diagnostiske gåten». I privat praksis arbeider mange relativt isolert, med lite kontakt med andre behandlere. Økende spesialisering og svak kommunikasjon mellom faginstanser gjør at ingen nødvendigvis har et overordnet ansvar for helheten i pasientforløpet. Frykt for klager kan også medføre at behandlere fortsetter å følge pasientens ønsker. Mange er usikre på når og hvordan de skal ta opp mistanke om fabrikkert forstyrrelse, hva som bør journalføres, og er klar over at grundig utredning av mulig fabrikkert eller indusert sykdom er tidkrevende og kan få rettslige konsekvenser. Personer med FFPS er dertil ofte aktive i sosiale medier i grupper for psykisk

sykdom, der de får betydelig støtte og sympati, noe som kan opprettholde fabrikkeringen (Brown et al., 2014).

Den svært krevende pasienten

I klinikken ser man ofte et særlig alvorlig undersegment av borderline personlighetsforstyrrelse (BPF): pasienter med både BPF og omfattende fabrikkert symptomatferd. De har gjerne uttalt personlighetsproblematikk, traume- og tilknytningsvansker, høy komorbiditet og lange, kaotiske forløp med høyt forbruk av somatiske og psykiske helsetjenester (Yates & Feldman, 2016; Zanarini et al., 2010). Gruppen ekskluderes ofte fra behandlingsstudier, og representerer ikke gjennomsnittspasienten i evidensgrunnlaget (Linehan et al., 2015; Paris & Black, 2021). Hos disse pasientene kan fabrikkert forstyrrelse forstås som en ekstrem form for affektregulering og tilknytningskommunikasjon: Symptombrikasjon og selvskading brukes for å regulere intens skam, tomhet og indre smerte, og for å sikre opplevd tilknytning, beskyttelse eller kontroll (Bass & Halligan, 2014).

At slike pasienter ofte omtales som «lite tilgjengelige for behandling», henger mye sammen med rammer: korte og gjentatte innleggelser, mange relasjonsbrudd, splitting i personalgrupper og dårlig koordinering mellom somatikk og psykisk helsevern (Yates & Feldman, 2016). Behandlingen preges da av krisehåndtering, grensesetting og diskusjoner om sannhetsgehalt, heller enn langsiktig endringsarbeid. Søkelyset flyttes fra funksjon til moral (løgn/sannhet), og muligheten for endring svekkes (Bass & Halligan, 2014). Gruppen er krevende å behandle innenfor dagens organisering, og motoverføring og splitting undergraver nødvendige rammer. Kasuistikker tyder likevel på at pasientene kan ha nytte av behandling når det er en langvarig og tydelig ramme, et samkjørt og veiledet team, konsekvent, men ikke straffende grensesetting og en forståelse av fabrikkering som kommunikasjon og affektregulering heller enn primær svindel (Bass & Halligan, 2014; Cristea et al., 2017; Yates & Feldman, 2016). Endring er ofte langsam og ustabil, men dagens kunnskap om personlighetsforstyrrelser tilsier at vi bør være varsomme med å anse pasientgruppen som prinsipielt uforanderlig.

Fallgruver for behandleren

Forståelse av motoverføringsreaksjoner er sentralt for å håndtere bedrag profesjonelt. Helsepersonell er opplært til å ta pasientens fortelling på alvor og bygge relasjonen på antakelse om grunnleggende sannferdighet. Ved uklare symptomer er standardresponsen ofte mer utredning, ikke mistanke. Når bevisst fabrikkering likevel avdekkes, kan det utløse sinne, skam og opplevelse av inkompetanse hos behandler, og følelse av å ha mislyktes fordi tilstanden ikke bedres. Dette bidrar lett til økt konflikt, gjensidig mistillit og rigiditet i behandlingsmiljøet.

Mange behandlere vegrer seg for å anta bevisst svindel, dels pga. lite erfaring og fordi tvil om pasientens sannferdighet oppleves faglig og etisk risikabelt. Enkelte

«pasienter» fremstår dessuten særlig smigrende og appellerende, noe som kan gjøre at bedraget vedvarer i årevis. Fagpersoner som ikke kjenner egne narsissistiske behov, og som ser seg selv primært som «altruistiske hjelpere», er særlig sårbare for å bli trukket inn i et slikt nett av bedrag (Schreier & Libow, 1993).

Behandling eller administrasjon?

I et juridisk perspektiv har personer som fabrikkerer symptomer, i utgangspunktet rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Retten gjelder kun nødvendig og forsvarlig helsehjelp, ikke den hjelpen man selv etterspør. Når fabrikkert forstyrrelse avdekkes, kan det være faglig og profesjonsetisk riktig å begrense eller avslutte behandling uten reell indikasjon, samtidig som generelle pasientrettigheter etter loven (for eksempel journalinnsyn og klageadgang) fortsatt ivaretas.

Den terapeutiske nytten av behandling ved fabrikkert forstyrrelse er begrenset. Det henger sammen med utfordringer knyttet til samarbeidsrelasjon, hyppige brudd i behandlingsforløp og samtidig alvorlig personlighetsproblematikk. Når klinikere konfronterer dokumentert symptombrikking, reagerer mange med fornektelse, aggresjon eller trusler om juridiske skritt, og avslutter kontakten (Liu et al., 2025; Rogers & Bender, 2020). Motivasjonen for å være i en forpliktende terapeutisk relasjon er som regel lav, nettopp fordi bedrag sjelden erkjennes (Bass & Halligan, 2014; Savino & Fordtran, 2006).

Det er rapportert enkelte forsøk på behandling, bl.a. støtte- og familierapi (Eisendrath & Young, 2005; Kozłowska et al., 2012). Datagrunnlaget for ulike typer behandling er begrenset og metodisk svakt, og det er ikke mulig å trekke konklusjoner om effekt (Liu et al., 2025). Klinisk fremstår personer med mer avgrenset eller episodisk fabrikkert atferd intuitivt som bedre fungerende sosialt og mer mottakelige for behandling enn personer med kronisk og gjennomgripende forløp (Eisendrath, 1994).

I praksis vil det mest realistiske behandlingsmålet være reduksjon eller opphør av sykdomsatferd, uten full innsikt i bakenforliggende psykologiske mekanismer. Om fabrikkert forstyrrelse kan gå i reell remisjon, eller om den primært skifter uttrykk – for eksempel til konversjons-symptomer, rusmiddelproblemer eller fabrikkering påført andre – er uavklart (Rogers & Bender, 2020). Gitt den manglende terapeutiske nytten av behandling blir det et spørsmål om bedrag som responsstil er en behandlingsoppgave for psykisk helsevern. Eller om målet snarere blir å bevisstgjøre og utvikle ferdigheter hos helsepersonell i håndtering av sykdomsatferden.

Det er enighet om at informasjon om fabrikkert atferd bør deles med involverte behandlere. Når det gjelder konfrontasjon, viste en nyere oversikt (Liu et al., 2025) bedre behandlingsutfall enn antatt, til tross for en utbredt klinisk skepsis (Eisendrath, 1989). Forfatterne peker på sannsynlig seleksjonsbias: De som blir værende i behandling etter konfrontasjon, er trolig mer motiverte. Vurderingen om bedrag bør formidles taktfullt og

— En profesjonell og etisk posisjon forutsetter vilje til å tåle ubehag

respektfullt, uten en anklagende stil (Levenson, 2023). Likevel er defensive og benektende reaksjoner vanlige, og mange oppsøker nye behandlingssteder.

En grundig journalgjennomgang er viktig, inkludert kartlegging av eventuelle barn med hyppig helsekontakt. Tidslinje over innleggelser, kontakt med andre sykehus og innhenting av historikk fra tidligere behandlere anbefales. Dersom personen nekter samtykke, oppstår et dilemma som bør drøftes med sykehusets juridiske avdeling. Elektroniske journalsøk kan bidra til å avdekke simulering, men reiser etiske og juridiske problemstillinger. Slike søk kan likevel forsvares når formålet er å forhindre at personen, gjennom en avvikende sykerolleatferd, utsettes for skadelig behandling, og bør gjennomføres i samarbeid med sykehusets juridiske avdeling.

I tilfeller med fabrikkert forstyrrelse kan det være nødvendig å dele relevante opplysninger med andre behandlingssteder for å forebygge skadelig og unødige behandling. Bruk av personnummer i spesialisthelsetjenesten gjør det teknisk mulig å identifisere tidligere og aktuelle behandlere og sende epikrise med korrekt diagnosekode til dem, enten med pasientens samtykke, jf. helsepersonelloven § 22 (Lov om helsepersonell (1999)), eller når informasjonen anses som nødvendig for forsvarlig helsehjelp i tråd med bestemmelsen om opplysninger til samarbeidende personell i § 25. Erfaringer fra somatisk helsetjeneste tyder på at behandlere generelt er takknemlige for slike opplysninger (Schrader et al., 2017). Formålet er å forebygge alvorlige selvpåførte og iatrogene skader, noe som etisk veier tungt, og samtidig frigjøre ressurser til pasienter som faktisk har krav på og nytte av behandling. Deling av slike opplysninger må alltid vurderes opp mot helsepersonellovens regler om taushetsplikt (§ 21), men når risikoen for alvorlig skade er høy, vil hensynet til forsvarlig helsehjelp etter § 25 kunne veie tyngre.

Faglige og profesjonsetiske utfordringer

Fabrikkert forstyrrelse er en uvanlig tilstand. Selv om den forekommer sjelden i helsevesenet, er det sannsynlig at norske psykologer vil møte pasienter med fabrikkert forstyrrelse i løpet av sin yrkeskarriere.

Hvis psykologen i et slikt tilfelle unngår å reise mistanke om at pasienten lyver, kan det bunne i selvbeskyttelse og frykt for kritikk snarere enn etisk ansvar overfor klienten. En profesjonell og etisk posisjon forutsetter vilje til å tåle ubehag, tvil og risiko, også når

det innebærer å utfordre pasientens framstilling. Det krever mot å være profesjonell (Øvreeide, 2024). Arbeid med mulig bedrag krever toleranse for usikkerhet: Psykologen må kunne leve med at kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig, og samtidig ta stilling til praktiske og etiske konsekvenser, som feilbehandling, feilprioritering eller urett mot andre pasienter. Det forutsetter en ydmyk, justerbar faglig posisjon der mistanke verken avvises automatisk eller gjøres til hovedtolkning uten videre.

Bevisst bedrag reiser spørsmålet om nytte og effekt i behandling. Nytte er sentralt for praksis, også når helsepersonell mistenker løgn om symptomer. I et konsekvensetisk perspektiv bør man vurdere hvilke handlinger som gir størst nytte for pasienten, for andre berørte og for tjenesten som helhet – ikke bare hva som er enklest, raskest eller mest produktivt i systemets øyne (Øvreeide, 2024). I møtet med bedrag blir skillet mellom produktivitet og nytte tydelig: Systemet kan belønne kortsiktige, målbare resultater, mens etisk forsvarlig håndtering av mistanke om løgn er tidkrevende, vanskelig å måle, men kan ha stor betydning både for enkeltpasienter og for tjenesten. I tråd med fagets prinsipper bør nyttevurderinger forankres i faglig kunnskap og verdien som kommer til uttrykk i den terapeutiske relasjonen. Når bedrag og mulig løgn aktualiseres, er usikkerhet og tvil uunngåelig; det må håndteres reflektert og åpent, og utgjør et viktig grunnlag for etisk skjønn. Samtidig må psykologen være oppmerksom på at vurderingene inngår i en bredere konsekvensetisk nyttevurdering. Gjennomgående er det avgjørende at psykologisk praksis forblir tydelig faglig begrunnet og profesjonelt rammet inn – også når mistanke om bedrag utfordrer tillit, samarbeid og psykologens trygghet i rollen.

Oppsummert er det klare begrensninger i hva som kan oppnås behandlingsmessig ved fabrikkert forstyrrelse. Samtidig kan det oppnås betydelige gevinster – både samfunnsøkonomisk og for tjenesten – ved å redusere unødvendig behandling og frigjøre kapasitet til pasienter som har nytte av helsehjelp. En mer effektiv håndtering gjør også at helsepersonell kan bruke kompetansen sin mer meningsfullt. Psykologen må forene pasient- og brukerrettigheter med kravet om faglig forsvarlighet: Personen kan møtes som pasient der det foreligger et reelt psykisk helseproblem, mens håndteringen av den fabrikkerte sykdomsatferden i større grad blir en administrativ og profesjonsetisk oppgave, med tydelig grensesetting og prioritering av ressurser. 

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- Asher, R. (1951). Münchhausen syndrome. *Lancet*, 1(6650), 339–341.
- Bass, C. & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412–1421. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)
- Bass, C. & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383(9926), 1422–1432. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62186-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62186-8)
- Bass, C. & Taylor, M. (2013). Recovery from chronic factitious disorder (Munchausen's syndrome): a personal account. *Personality and Mental Health*, 7(1), 80–83. <https://doi.org/10.1002/pmh.1223>
- Berar, A., Balusson, F. & Allain, J.-S. (2023). Factitious disorder imposed on self: A retrospective study of 2232 cases from health insurance databases. *General Hospital Psychiatry*, 85, 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.10.007>
- Boysen, G. A. & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 14–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.008>
- Brown, A. N., Gonzalez, G. R., Wiester, R. T., Kelley, M. C. & Feldman, K. W. (2014). Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 488–497. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.002>
- Brown, D. & Schefflin, A. W. (1999). Factitious Disorders and Trauma-Related Diagnoses. *The Journal of Psychiatry & Law*, 27(3–4), 373–422. <https://doi.org/10.1177/009318539902700303>
- Carney, M. W. P. & Brown, J. P. (1983). Clinical features and motives among 42 artifactual illness patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01532.x>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Deutsch, H. & Roazen, P. (1982). On the pathological lie (pseudologia phantastica). *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 10(3), 369–386. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1982.10.3.369>
- Eisendrath, S. (1994). Factitious physical disorders. *Western journal of medicine*, 160(2), 177.
- Eisendrath, S. J. (1989). Factitious physical disorders: treatment without confrontation. *Psychosomatics*, 30(4), 383–387. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72243-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72243-X)
- Eisendrath, S. J. & Young, J. Q. (2005). Factitious physical disorders: a review. *Somatiform Disorders*. New York, NY: John Wiley and Sons, 325–380.
- Ekman, P. (2009). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace politics and marriage*. WW Norton & Company.
- Everson, M. D. & Boat, B. W. (1989). False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 230–235. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00014>
- Fehnel, C. R. & Brewer, E. J. (2006). Münchhausen's syndrome with 20-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 547–a-547. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.547-a>
- Feldman, M. (2023). *Playing sick?: Untangling the web of Münchhausen syndrome, Münchhausen by proxy, malingering, and factitious disorder*. Routledge.
- Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P. & Stabile, A. (2013). Factitious disorders and Münchhausen syndrome: The tip of the iceberg. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 366–374. <https://doi.org/10.1177/1367493512462262>
- Fliege, H., Grimm, A., Eckhardt-Henn, A., Glieler, U., Martin, K. & Klapp, B. F. (2007). Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics*, 48(1), 60–64. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.1.60>
- Green, H., James, R., Gilbert, J. & Byard, R. (1999). Medico-legal complications of pseudologia fantastica. *Legal Medicine*, 1(4), 254–256. [https://doi.org/10.1016/S1344-6223\(99\)80046-7](https://doi.org/10.1016/S1344-6223(99)80046-7)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokumenter/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jimenez, X. F., Nkanginieme, N., Dhand, N., Karafa, M. & Salerno, K. (2020). Clinical, demographic, psychological, and behavioral features of factitious disorder: A retrospective analysis. *General Hospital Psychiatry*, 62, 93–95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.01.009>
- Kozłowska, K., Foley, S. & Savage, B. (2012). Fabricated illness: working within the family system to find a pathway to health. *Family Process*, 51(4), 570–587. <https://doi.org/10.1111/famp.12000>
- Krahn, L. E., Li, H. & O'Connor, M. K. (2003). Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1163–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1163>
- Lacoursiere, R. B. (1993). Diverse motives for fictitious post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 141–149. <https://doi.org/10.1007/BF02093368>
- Levenson, J. (2023). *Factitious disorders*. BMJ Best Practice. <https://bestpractice.bmj.com>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A. & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Links, P. S., Steiner, M. & Mitton, J. (2010). Characteristics of Psychosis in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 22(4), 188–193. <https://doi.org/10.1159/000284595>
- Liu, R. K., Green, J. & Newton, R. (2025). A scoping review of treatment for factitious disorder (imposed on self). *Psychiatry research communications*, 5(2), 100216. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2025.100216>
- Malloy, L. C., Lyon, T. D. & Quas, J. A. (2007). Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 162–170. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246067.77953.f7>
- McNamara, J. J., McDonald, S. & Lawrence, J. M. (2012). Characteristics of false allegation adult crimes. *Journal of forensic sciences*, 57(3), 643–646. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.02019.x>
- Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361–367. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00223-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00223-9)
- Paris, J. & Black, D. W. (2021). Psychotherapy for Personality Disorders is Underfunded. *Annals of Clinical Psychiatry*, 33(4), 217–218. <https://doi.org/10.12788/acp.0043>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Powell, R. & Boast, N. (1993). The Million Dollar Man: Resource Implications for Chronic Münchhausen's Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 162(2), 253–256. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.2.253>
- Resnick, P. J. (1999). Patients Who Deceive: Assessment and Management of Risk in Providing Health Care and Financial Benefits. *Psychiatric Services*, 50(2), 273–273. <https://doi.org/10.1176/ps.50.2.273>
- Rogers, R. & Bender, S. (2020). *Clinical assessment of malingering and deception* (Fourth edition ed.). The Guilford Press.
- Sattel, H., Zimmermann, T. & Henningsen, P. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528–533. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000075977.90337.E7>
- Savino, A. C. & Fordtran, J. S. (2006). Factitious disease: clinical lessons from case studies at Baylor University Medical Center. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 19(3), 195–208. <https://doi.org/10.1080/08998280.2006.11928162>
- Schrader, H., Aasly, J. O. & Böhmer, T. (2017). Utfordringer ved Münchhausens syndrom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0268>
- Schreier, H. A. & Libow, J. A. (1993). *Hurting for love: Münchhausen by proxy syndrome*. Guilford Press.
- Størdal, K. & Hjørleifsson, S. (2026). Overbehandling – hos oss? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/overbehandling-prioritering/overbehandling-hos-oss/734635>
- Torgalsbøen, A.-K. (2008). Når behovet for oppmerksomhet og sympati overgår morsfølelsen: En litteraturgjennomgang av Münchhausen syndrom by proxy. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 421–430.
- World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization.
- Yates, G. P. & Feldman, M. D. (2016). Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *General Hospital Psychiatry*, 41, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.05.002>
- Yates, G., Mazheruddin .M. Mulla, Hamilton, J. C., & Feldman, M. D. (2020). Factitious disorders in medical and psychiatric practices. In R. Rogers & S. D. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (fourth edition ed., pp. 212–236). The Guilford press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
- Øvreide, H. (2024). Ethical perspectives and concepts. I G. Lindsay, H. Øvreide & C. Koene (Red.), *Ethics for European Psychologists* (2. utg., s. 21–56). Hogrefe

TEKST Kristina Egge Døsen
Annie Louise Mathisen
Torill Kvamsdal
Irene Bircow Elgen
Klinikk Psykisk helsevern for
barn og unge, Helse Bergen

Tyngdepunkt for barn med nevrotviklingsforstyrrelser

Et tverrfaglig team ble løsningen på lange ventelister og uønsket variasjon i behandlingen.

I perioden 2010–2022 var det en markant økning i ADHD- og autismediagnoser blant barn og unge i Norge, og rundt 1,6 % av den norske befolkningen anslås nå å ha en autismediagnose (FHI, 2025). Også i Psykisk helsevern for barn og unge (PBU) i Bergen ser vi en stor økning i antall henvisninger og diagnoser.

Barna med disse diagnosene vil ofte også ha lærevansker, motoriske utviklingsforstyrrelser (developmental coordination disorder, DCD) og språkforstyrrelser (Hossain et al., 2020). Vanskene kan føre til at de strever med å fungere i skolen, på fritidsaktiviteter og i samspill med venner. Ungdom og unge voksne med utviklingsforstyrrelser står oftere utenfor arbeidslivet (Halmøy et al., 2009; Ohl et al., 2017), og har generelt lavere livskvalitet og redusert forventet levealder.

For pasientgruppen med nevrotviklingsforstyrrelser med flere samtidige tilstander vil tilgang på et større omfang av helse- og omsorgstjenester samt oppfølging og tilrettelegging på arenaer som skole, hjem og fritid kunne være av stor betydning. Samtidig legger økningen i henvisninger og diagnoser betydelig belastning på helsetjenesten. I PBU i Bergen opplevde vi lengre ventetider og uønsket variasjon i pasienttilbudene. Vi trengte mer kunnskap om tilstandsbilde-

— Forløpene varierte stort uten klare grunner

ne, tilgjengelige ressurser og aktuelle tiltak i alle deler av helsetjenesten vår.

I etterkant av pandemiårene ble utfordringene enda tydeligere. Vi ønsker å dele erfaringer med organisering av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser, en gruppe som på relativt få år nærmest har doblet seg i omfang. Spesifikt går vi inn på etableringen av et tyngdepunkt, rammet inn i implementeringsforskningens fire stadier: utforskning, planlegging, implementering og evaluering (Fixsen et al., 2005).

I utgangspunktet uklar organisering

PBU dekker seksten vestlandskommuner og består av syv allmenne poliklinikker (BUP-er), en poliklinisk spesialpoliklinikk (nevro og autisme), ambulante tjenester og sengeposter. Høsten 2022 satt PBU i gang et innledende arbeid med å kartlegge hvilken kompetanse klinikkene hadde behov for i møte med pasienter med nevroutviklingsforstyrrelser. Vi intervjuet seksjonslederne, som beskrev at tjenesten til pasienter med ADHD var godt organisert og holdt høy kvalitet. Samtidig var det en uklar oppgavedeling rundt utredning og ansvar for pasientgruppen med nevroutviklingsforstyrrelser med flere samtidige tilstander. Seksjonslederne pekte også på behov for økt kompetanse i gjenkjenning av autismevansker hos skolebarn, og styrking av psykoedukasjons- og oppfølgingstilbudet til denne gruppen. Videre beskrev lederne det som utfordrende å tilbakeføre pasienter med lav fungering og varige, sammensatte behov til kommunale tjenester.

Våren 2023 etablerte klinikkleddelsen en styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe for å jobbe med oppfølgingstilbudet til pasientgruppen med autismespektertilstander. Vi i prosjektgruppen skaffet en oversikt over pasientgruppen og hvordan andre helseforetak organiserte sitt arbeid, og sammenlignet praksis med anbefalinger i regionale og internasjonale retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017; Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst, 2019; Sosialstyrelsen, 2024).

Stor andel pasienter med stort hjelpebehov

Gjennom innsiktsarbeidet fant vi at pasienter med sammensatte nevroutviklingsforstyrrelser utgjør en uventet høy andel av den samlede pasientpopulasjonen, ca. 900 barn av totalt 6243 i 2022. Her inkluderer vi lærevansker, motorisk utviklingsforstyrrelse, sammensatt utviklingsforstyrrelse og autismespektertilstander i ICD-10 (World Health Organization, 1992). Prosjektgruppen valgte å vektlegge disse diagnosene i arbeidet ut fra en

antakelse om at pasientene hadde svekket fungering og stort hjelpebehov.

Helse Bergen legger ansvaret for autismespektergruppen opp til 18 år til psykisk helsevern for barn og unge, der de fleste førskolebarn er ved den polikliniske spesialpoliklinikken i PBU, mens de eldre barna hovedsakelig er på BUP poliklinikk. Referansegruppen uttrykte at det var uklart hvilke forløp som skulle tilbys pasienter med nevroutviklingsforstyrrelse og samtidig alvorlig psykisk lidelse. Forløpene varierte stort uten klare grunner. Flere saker var fastlåste, der barna hadde tilhørende utfordringer som isolasjon, vegring og skadelig atferd. Vi antok at man til en viss grad kunne forebygge slike krevende forløp gjennom mer systematisk arbeid sammen med rom for skreddersøm.

Innsiktsarbeidet gjorde det tydelig at pasienter med autismespekterdiagnoser og sammensatte nevroutviklingsforstyrrelser hadde behov for mer forutsigbare forløp. I PBU måtte vi tydeliggjøre ansvarsområder og oppgavedeling, styrke utredningskompetansen og systematisere oppfølgingstilbudet.

Nytte, alvor og tilgjengelige ressurser

Når vi skulle utvikle aktivitetene som skulle inngå i tyngdepunktet for nevroutviklingsforstyrrelser, la vi til grunn noen viktige prinsipper for prioriteringene: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Vi anbefalte å gi tilbud til pasienter på bakgrunn av forventet nytte, og ikke diagnosekode, og la til grunn en forståelse av forstyrrelsene som et *spekter* av funksjonsvansker, fra alvorlig svekket funksjon til mildere svekkelse. Vi antok at kunnskap og opplæring i verktøy og metoder ville være nyttig behandling for pasienter *på tvers* av hele spekteret.

For å styrke behandlingstilbudet til pasientene med størst behov, altså de med mest alvorlige tilstander, foreslo vi å opprette et tverrfaglig team. Teamet skulle ha særlig kompetanse innen autisme- og nevroutviklingsforstyrrelser, og kunne tilby drøfting og pasientkonsultasjon. Tverrfaglige bidrag var viktige for å oppnå en bred og helhetlig forståelse av de komplekse tilstandsbildene, styrke kvalitet i vurderinger og anbefalte tiltak og dermed sikre mer helhetlig og koordinert oppfølging.

Videre anbefalte vi, med utgangspunkt i best mulig ressursbruk, å utvikle kurstilbud med psykoedukasjon og opplæring for *hele* pasientgruppen. Kurstilbudet ble utviklet for at både foreldre og fagfolk kunne delta, og vi antok at tilbudet ville redusere ressursbruken til individuell veiledning.

Til sist foreslo vi treffpunkter for behandlere, som ga rom for kalibrering og kompetanseheving i fellesskap. Behandlere med særlig interesse for nevroutviklingsfor-

Figur 1

Tyngdepunkt for utviklingsforstyrrelser hos skolebarn med tre kjerneområder

Konsultasjon til behandlere i Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)

Kursvirksomhet for foreldre og fagfolk

Faglig nettverk for behandlere

styrrelser ble invitert til å delta i et faglig nettverk med kvartalsvise samlinger.

Sammen med styringsgruppen ble vi i prosjektgruppen enige om å opprette et klinikkovergripende tyngdepunkt som kunne ivareta en tredelt innsats rettet mot behandlere og pasienter, og som kunne tilby konsultasjon i komplekse pasientsaker (Figur 1).

Komplementær kompetanse for gode liv

Klinikkledelsen etablerte Tyngdepunkt for utviklingsforstyrrelser hos skolebarn (TUS) i januar 2024. Teamet bestod av en nevropsykolog, en barnepsykiater og fagkonsulenter med særskilt oppfølgingskompetanse som bidro med kasusformulering og behandlingsplaner. Fagpersonene bidro med hver sine «brikker» av komplementær kompetanse, som sammen danner et helhetlig bilde av barnets situasjon og behov.

Nevroutviklingsforstyrrelser regnes vanligvis som livslange tilstander, som betyr at det er viktig med et habiliteringsperspektiv. TUS ønsket derfor at pasienttilbudene skulle gi kunnskap og opplæring i strategier og tilrettelegging som vil gi utviklingsstøtte, fremme funksjon og styrke mestring hos barna og deres foreldre. Kort sagt var visjonen å spre kunnskap om hvordan barn og familie kan leve godt med en nevroutviklingsforstyrrelse, og ikke behandles «ut av» tilstanden.

Som oftest gjennomførte det tverrfaglige TUS-teamet digitale konsultasjoner med BUP-behandler.

Problemstillingene spente vidt: fra spørsmål rundt utredning og diagnostiske vurderinger til skolevegring og særlig utfordrende atferd. Mange pasienter fikk utarbeidet sensorisk profil (Bogdashina, 2016) som del av sin behandlingsplan. Profilen gir en oversikt over hvordan en person opplever og reagerer på sanseinntrykk, og kan gi økt forståelse for hvorfor barn med nevroutviklingsforstyrrelser lettere blir overveldet, slitne eller urolige i noen situasjoner.

TUS organiserte og ledet Faglig nettverk, som ble fylt med faglig innhold, drøfting rundt interne problemstillinger og case-presentasjoner. Samlingene la opp til en fast møtестruktur der deltakerne bestemte tema for neste samling. Nettverket besto av representanter fra alle BUP-poliklinikkene. Representanter fra Habiliteringstjenesten for barn og unge og fra Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes deltok også.

Kurs til støtte for pårørende og fagfolk

Gjennom det første halvåret ble det satt opp to ulike psykoedukasjonskurs for foreldre og seks ulike be-

handlingskurs. Psykoedukasjonskursene (Kaçan et al., 2023) ble laget for å gi pårørende kunnskap om vanlige utfordringer og tilleggsvansker ved nevroutviklingsforstyrrelser. Vi valgte ut innhold for å øke forståelsen for barnas utfordringer og behov, og gi verktøy for å mestre hverdagen bedre, der vi vektla variasjonen i vansker og fungering hos pasientene. Bakgrunnen var at pasientene hadde ulik alder (fra 6–18 år) og diagnoser med ulik alvorlighetsgrad. Sitater som «har du møtt én person med autisme, har du møtt én person med autisme» er ment å understreke at hvert menneske med nevroutviklingsforstyrrelse er unikt.

I kursene valgte vi kognitive forklaringsmodeller der underliggende vansker forklares med informasjonsbehandling, eksekutive funksjoner og kommunikasjon (Baron-Cohen, 2000; Hill, 2004; Bishop, 2004). Vi tror at kunnskap om hvordan hjernen oppfatter og bearbeider informasjon, kan hjelpe foreldre til å forstå barnets atferd og utfordringer bedre. Økt forståelse kan gi et mer nyansert og empatisk perspektiv, gjøre det lettere å tilpasse forventninger til barnets forutsetninger og styrke foreldres mestringfølelse og evne til å støtte barnet.

Gjennom Autismeforeningen fikk foresatte også presentert tilbud og informasjon om rettigheter og tiltak fra den lokale brukerorganisasjonen. Autismeforeningen skildret også foreldre- og familieperspektivet, og hvordan fellesskap mellom familier bidrar til sosial støtte, trygghet i å ta alternative valg og gjør det lettere å leve som en «annerledes» familie.

I tillegg til psykoedukasjonskurs utviklet vi i TUS-teamet behandlingskurs, som sprang ut fra stressmodellen (Uhrskov & Hejlskov Jørgensen, 2007). Modellen forklarer hvordan et redusert toleranserom for stress hos barn med nevroutviklingsforstyrrelser kan gjøre selv små belastninger mer stressende. Her fikk foreldre og fagpersoner opplæring i tilrettelegging og bruk av verktøy i møte med sensoriske utfordringer, kommunikasjonsvansker og nedsatt fleksibilitet i barnas hverdag (Gray, 2015; Attwood & Garnett, 2016). Pårørende og fagfolk ble invitert til å komme sammen på behandlingskurs, med muligheter for å jobbe med materialet basert på den enkelte pasients styrker og utfordringer.

Positivt med bredt og overgripende tilbud

Mot slutten av 2024 evaluerte vi kvaliteten på Tyngdepunktet. BUP-behandlere fortalte at konsultasjonene ga dem faglig støtte i krevende saker, og at hjelpen var effektiv, raskt tilgjengelig og konkret. Samtidig uttrykte enkelte forventninger om mer individuell veiledning. Av

hensyn til dimensjonering av tyngdepunktet og samtidig vektlegging av nyttekriteriet kunne ikke TUS-teamet imøtekomme disse forventningene. Behandlere ble i stedet oppfordret til å bruke kurstilbudet overfor pasientenes pårørende og eventuelle fagfolk rundt barnet, hvor fordelene lå i å kunne nå en utvidet, fremfor en liten og avgrenset, pasientgruppe.

I sin tilbakesending vektla behandlere at kursene var diagnoseavhengige, og at de tillot dem å utforme tydeligere behandlingsplaner for pasientgruppen med nevroutviklingsforstyrrelser. Behandlere påpekte også at en klinikkovergripende struktur var nødvendig, ettersom tilbudene ville vært for krevende å gjennomføre om de ble overlatt til hver poliklinikk. Foreldre trakk frem betydningen av likepersonsstøtten gjennom brukerorganisasjoner, og muligheten for kontakt med andre foreldre i lignende situasjon gjennom kurstilbudet.

Mer kunnskap og bedre ivaretagelse

Deltakerne i Faglig nettverk ga uttrykk for at et felles forum for nevroutviklingsforstyrrelser var kjærkomment. Videre fortalte deltakerne at et felles nettverk bidro til kompetanseheving innen både utredning og oppfølging, og kalibrering mellom poliklinikkene for å skape mest mulig likeverdige helsetjenester. I 2024 hadde de syv poliklinikkene overtatt hovedansvaret for utredning av

pasientene i skolealder. Behandlerne i klinikkene fortalte at til tross for at arbeidet var ressurskrevende, tok det allikevel kortere tid før pasientene kom til for utredning, fikk avklart sin tilstand og kunne tilbys riktig hjelp.

Veien videre for tyngdepunktet

Nye utfordringer avtegnet seg etter hvert som arbeidet i TUS-teamet skred fremover. Gjennom arbeid med komplekse pasientsaker og workshoper i Faglig nettverk avdekket vi spørsmål som var ubesvarte for mange av oss, for eksempel; hvordan forstår vi behandling for pasientgrupper med kroniske tilstander? Er perspektiver på habilitering godt nok integrert i psykisk helsevern? Videre ønsker vi i TUS-teamet å fylle inn kunnskapshull, for eksempel om sensoriske utfordringer og kjennskap til kommunale samarbeidspartnere og helsetjenester.

Et klinikkovergripende tyngdepunkt har gitt medlemmene i TUS-teamet mulighet til å ivareta en stor pasientgruppe med et behov for psykoedukasjon og opplæring på en ressurseffektiv måte. I strukturen vi bruker, er det også muligheter for å samhandle mer med de kommunale helsetjenestene, og sikre bedre overganger mellom nivåene i helsetjenesten som helhet. Vi kan skape gode, likeverdige tjenester for pasientene ved å avdekke og følge opp behov for mer kompetanse, tettere samarbeid og bedre kalibrering. 📍

REFERANSER

- Attwood, T. & Garnett, M. (2016). *Exploring feelings: Cognitive behaviour therapy to manage anxiety*. Future Horizons.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. I *International Review of Research in Mental Retardation* (Bd. 23, s. 169–184). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(00\)80010-5](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(00)80010-5)
- Bishop, D. V. M. (2004). Specific language impairment, pragmatic language impairment and autism: What are the boundaries? *Current Opinion in Neurobiology*, 14(2), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2004.03.005>
- Bogdashina, O. (2016). *Sensory perceptual issues in autism and Asperger syndrome: Different sensory experiences – different perceptual worlds* (2. utg.). Jessica Kingsley Publishers.
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Sidney, S. & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814–823. <https://doi.org/10.1177/1362361315577517>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/wp-content/uploads/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Folkhelsetilstanden. (2025). *Temaavgave av Folkehelse rapporten 2025: Barn og unges psykiske helse*. <https://www.fhi.no/publ/temaavgave-folkehelse rapporten-2025>
- Gray, C. (2015). *The new social story book* (15th anniversary ed., rev. & expanded). Future Horizons.
- Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C. & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: Impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 175–182. <https://doi.org/10.1177/1087054708322317>
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.003>
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., Lisako, E., McKyer, J., Ahmed, H. U. & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorders: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- Kaçan, H., Gümüş, F. & Bayram Değer, V. (2023). Effect of individual psychoeducation for primary caregivers of children with autism on internalized stigma and care burden: A randomized controlled trial. *International Journal of Developmental Disabilities*, 71(2), 296–305. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2105701>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Autism spectrum disorder in under 19s: Recognition, referral and diagnosis* (Clinical guideline CG128). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>
- Ohl, A., Sheff, M. G., Small, S., Nguyen, J., Paskor, K. & Zanjirian, A. (2017). Predictors of employment status among adults with Autism Spectrum Disorder. *Work*, 56, 345–355. <https://doi.org/10.3233/WOR-172534>
- Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst. (2019). *Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelse (ASF)*. Oslo universitetssykehus. https://www.oslo-universitetssykehus.no/4aa675/contentassets/c3c5cb6a2d0345d088e0b3cde04d1ba8/01025_regional_retningslinje_asf_a41.pdf
- Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer 2024 – adhd och autism: Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationella-riktlinjer-2024--adhd-och-autism--prioriteringsstod-till-dig-som-beslutar-om-resurser-i-halso--och-sjukvarden-eller-socialtjansten-2024-3-8958/>
- Uhrskov, T. & Hejlskov, B. J. (2007, 9. februar). *An adaptation of the stress-vulnerability model in autism* [Paperpresentasjon]. Meeting of Minds 2, Herning, Denmark.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

TEKST Magnus Nordmo
Institutt for pedagogikk,
Universitetet i Sørøst-Norge

Støy i barnevernsbeslutninger

OMTALT ARTIKKEL

Nordmo, L. C. L., Wilkins, D. & Nordmo, M. (2025). Unwanted variability in child welfare decision-making: an empirical investigation. *Journal of Social Work Practice*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/02650533.2025.2589778>

Forskjellige vurderinger kan gjenspeile ulik forståelse av hva som utgjør trygg omsorg.

Tenk deg at to barnevernsarbeidere leser den samme bekymringsmeldingen. Den ene vurderer omsorgssituasjonen som tilnærmet normal. Den andre ser tegn på alvorlig omsorgssvikt. Begge er erfarne, begge er kvalifiserte – men de lander på vidt forskjellige konklusjoner. Hvor mye av en barnevernsfaglig vurdering handler egentlig om saken, og hvor mye handler om hvem som tilfeldigvis vurderer den?

Temaet er kjernen i en ny norsk tverrsnittsstudie som for første gang tallfester *støy* i barnevernsvurderinger i en nordisk kontekst. Begrepet *støy* viser til uønsket variabilitet: når vurderinger som *bør* være like, likevel spriker (Kahneman et al., 2022). *Støy* skiller seg fra skjevhet (bias), der de som vurderer, bommer i samme retning. Mens skjevhet er vanskelig å måle fordi en fasit ofte mangler, er *støy* enklere: Den er objektivt målbar og alltid en feilkilde.

Stor variasjon i vurderingene

I studien vurderte barnevernsarbeidere omsorgskvalitet i realistiske, men fiktive saksbeskrivelser som spente fra detaljerte mistanker om vold til knappe bekymringsmeldinger fra en barnehage.

Vurderingene inneholdt betydelig *støy*. For enkelte saksbeskrivelser var spredningen i vurderinger så stor at vurderingene var vanskelig å skille fra helt tilfeldige avkrysninger. Et særlig interessant funn var hvor mye av variasjonen som kunne tilskrives *nivåstøy*: Nær en fjerdedel skyldtes at enkelte saksbehandlere gjennomgående var mildere eller strengere enn andre, uavhengig av hvilken sak de vurderte. Med andre ord har de ulike terskler for hva de regner som utrygg omsorg. Resten var *mønsterstøy* – mer uforutsigbar variasjon der samme person kan være streng i én sak og mild i en annen.

I studien testet vi også en strategi som i andre fagfelt regnes som en gullstandard for støyreduksjon: å bryte den helhetlige vurderingen av omsorgskvalitet ned i delvurderinger (Highhouse & Brooks, 2023). Resultatet var overraskende: Reliabiliteten bedret seg bare marginalt, og forbedringen var ikke statistisk signifikant.

Hvorfor er det viktig å forstå støy?

Barnevernet skal balansere to motstridende hensyn: å beskytte barn mot alvorlig skade, og å ikke gripe unødig inn i familielivet. Begge typer feil – å overse reell omsorgssvikt og å intervensere uten grunn – har alvorlige konsekvenser. Hvis utfallet av en sak avhenger like mye av *hvem* som vurderer den, som av sakens faktiske innhold, undergraves både kvaliteten og rettssikkerheten i barnevernstjenesten.

En viktig begrensning i vår studie er at vurderingene ikke speiler vanlige beslutninger i norsk barnevern, som vanligvis fattes kollektivt av et team som går grundig gjennom hele saksmappen. Studien måler enkeltvurderinger, ikke teambeslutninger. Men nettopp derfor er den nyttig: Den viser hvor mye variasjon som finnes hos enkeltindivider i utgangspunktet, før de foretar en felles vurdering – og hvor mye variasjon et godt system må jobbe for å dempe.

Standardisering og beslutningskvalitet

Funnene understreker behovet for målrettede tiltak for å redusere støy. Et sentralt poeng er at tiltakene må treffe riktig type støy. Å bryte vurderingen ned i delvurderinger er ment å dempe den uforutsigbare mønsterstøyen, og i vårt materiale ga det ingen målbar effekt. Nivåstøyen, som utgjør en betydelig andel av den samlede variasjonen, er derimot lettere å redusere. For å forbedre individuelle vurderinger kan man gjøre slik man har gjort innen politiarbeid: gi dem som vurderer, anonymisert tilbakemelding om deres vurderinger opp mot kollegers vurderinger («din vurdering av omsorgssvikt er lavere enn 80 % av kollegene dine») (Wire et al., 2024). Slik tilbakemelding foreskriver ikke et riktig svar, men gjør systematiske, ubemerkede tendenser synlige for dem som vurderer.

Veien videre handler også om beslutningsverktøy på gruppenivå, og her er barnevernet et godt utgangspunkt: Viktige beslutninger fattes sjelden av én person alene, men i team eller drøftingsmøter. En felles drøfting er likevel ingen garanti mot støy. Når vurderingene formes underveis i samtalen, kan det første innspillet, faglig autoritet eller ønsket om enighet trekke hele teamet i samme retning – og et samstemt team kan være like langt unna en god vurdering som et sprikende ett. Gevinsten ved å samle flere fagpersoner forutsetter at vurderingene faktisk er uavhengige.

Delphi-prosesser er bygget for nettopp dette (Schifano & Niederberger, 2025). Fagpersonene avgir først sine vurderinger individuelt, før de får presentert en anonymisert oppsummering av de øvrige deltakernes vurderinger og begrunnelser. Deretter kan de revidere sin egen vurdering i én eller flere nye runder. Målet er ikke nødvendigvis full enighet, men å redusere betydningsnivået av

DESIGN OG ANALYSE

- Barnevernsarbeidere fra elleve norske kommuner deltok i to spørreundersøkelser med seks måneders mellomrom.
- De samme ti realistiske, men fiktive vignettene ble vurdert i begge undersøkelsene.
- Undersøkelse 1 ($N = 49$): global vurdering av omsorgskvalitet på skala 1–9.
- Undersøkelse 2 ($N = 44$): vurderinger av bekymring for spesifikke former for omsorgssvikt, slik som rusmisbruk, voldsrisiko og psykisk helse, som så ble slått sammen til et gjennomsnitt.
- Analyse: Inter-rater-reliabilitet (Gwet AC2) og skille mellom nivå- og mønsterstøy.

HOVEDFUNN

- Vurderingene inneholdt betydelig støy; reliabiliteten var .50 i undersøkelse 1 og .54 i undersøkelse 2.
- Nivåstøy utgjorde en stor andel av total støy (24,7 % og 28,7 %), noe som tyder på ulike terskler for utrygg omsorg blant dem som vurderte.

enkeltpersoners særegne vurderinger og frembringe en mer gjennomtenkt og robust samlet vurdering. I praksis kan mye være vunnet med enkle grep: at hver deltaker noterer sin vurdering før drøftingsmøtet starter, i stedet for å lande den underveis.

En utfordring i forbedringsarbeidet er motstand mot standardisering. I barnevernet er faglig skjønn nært knyttet til profesjonell identitet og til forestillingen om at hver familie må forstås ut fra sin særegne situasjon. Forslag om fastere prosedyrer kan derfor oppfattes som en mistillit til fagpersonenes kompetanse eller som et forsøk på å erstatte kvalifisert skjønn med mekanisk regelstyring. Motstanden handler med andre ord ikke bare om endringsvegring, men også om en frykt for å miste nødvendig faglig autonomi. Her ligger det et reelt spenningsforhold, fordi større autonomi samtidig gir større rom for støy i vurderingene. Siden denne variasjonen i stor grad er usynlig for den enkelte fagperson, er det vanskelig å se behovet for tiltak som skal redusere den. 🗣️

REFERANSER

Highhouse, S. & Brooks, M. E. (2023). Improving Workplace Judgments by Reducing Noise: Lessons Learned from a Century of Selection Research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 519–533. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-050708>

Kahneman, D., Sibony, O. & Sunstein, C. R.

(2022). *Noise: A flaw in human judgment*. Little, Brown Spark. <https://doi.org/10.1057/s11369-022-00251-w>

Schifano, J. & Niederberger, M. (2025). How Delphi studies in the health sciences find consensus: A scoping review. *Systematic Reviews*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02738-3>

Wire, S., Mitchell, R. J. & Schiess, J. (2024). Consistently inconsistent: Examining variability in police decision-making in mental health calls using a novel noise audit approach. *Journal of Criminal Justice*, 93, 102201. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102201>

TEKST Lars M. Rimol
Institutt for psykologi, NTNU

Uklart om spedbarn foretrekker prososiale andre

OMTALT ARTIKKEL

Rimol, L. M., Pfuhl, G., Kjelsbøl, S. L., Fiskum, C., Wimbarti, S., Wang, W. & Johannesen, B. O. (2026). Do 9-month-old infants prefer prosocial others? Two conceptual replications and a meta-analysis of the Hamlin & Wynn box opening/closing paradigm. *Child Development*, 97(3), 696–709. <https://doi.org/10.1093/chidev/aacaf052>

Preferansen for hjelpsomme aktører er svakere enn tidligere antatt.

De kanadisk-amerikanske forskerne J. Kiley Hamlin og Karen Wynn hevder at mennesker er født med en moralsk kjerne, som allerede i spedbarnsalderen manifesterer seg som en preferanse for prososiale aktører (Hamlin, 2013). Forskningen bygger på kontrollerte eksperimenter der spedbarn observerer sosiale interaksjoner som typisk involverer en hovedperson, samt en prososial «Hjelper» og en antisosial «Hindrer». Hovedpersonen forsøker for eksempel å åpne en boks for å få tak i en fargerik rangle i *Box opening/closing*-paradigmet (Hamlin & Wynn, 2011), eller å dytte en ball opp en bratt bakke i *Hill climber*-paradigmet (Hamlin et al., 2007).

Box opening/closing-paradigmet, som vi har brukt i våre replikasjonsforsøk, er et dukketeater hvor hovedpersonen vekselvis mottar hjelp av Hjelperen og blir motarbeidet av Hindrer. Etter gjentatte slike forestillinger oppfordrer forskeren barnet til å velge en av hånddukkene. Barnets valg av pro- eller antisosial dukke antas å være uttrykk for en sosial og moralsk evaluering.

Vanskelig å etterprøve

De første studiene på feltet rapporterte at tre fjerdedeler av nordamerikanske spedbarn mellom fem og ni måneder foretrakk Hjelperen (Hamlin & Wynn, 2011; Hamlin et al., 2007). Etter hvert fikk imidlertid Hamlin og Wynn sin egen lille replikasjonskrise da flere uavhengige forskergrupper i Europa ikke lyktes med å replikere resultatene (Cowell & Decety, 2015; Loheide-Niesmann et al., 2021; Salvadori et al., 2015; Vaporova & Zmyj, 2020).

Ved The Early Brain Development Group ved Institutt for psykologi på NTNU gjennomførte vi i 2022 og 2023 to konseptuelle replikasjonsforsøk av Hamlin og Wynns opprinnelige studie (Hamlin & Wynn, 2011). Vi samlet inn data både i Norge og i Indonesia for å undersøke preferansen for prososiale aktører hos spedbarn i ulike kulturer. I tillegg gjennomførte vi en metaanalyse for å estimere en effekt basert både på våre egne funn og andre, tidligere studier.

Lite støtte for å foretrekke hjelpsom aktør

I våre eksperimenter foretrakk et lite flertall spedbarn Hjelperen, men preferansen var ikke statistisk signifikant. Metaanalysen viste en signifikant samlet preferanse for prososiale dukker på 58 % på tvers av de inkluderte studiene. Yngre spedbarn i nordamerikanske utvalg, hovedsakelig undersøkt i Hamlin og Wynns laboratorium, viste sterkest preferanse. En metaanalyse uten de nordamerikanske studiene ga en preferanse for Hjelperen på 53 %, som ikke var statistisk signifikant.

Skudd for baugen for medfødt moralsk kjerne

Våre eksperimentelle funn gir ikke støtte til hypotesen om at spedbarn foretrekker prososiale aktører ved ni måneders alder. Studien føyer seg dermed inn i en rekke av europeiske replikasjonsforsøk de siste ti årene som ikke har funnet støtte for originalfunnet (Raggio et al., 2015; Salvadori et al., 2015; Vaporova & Zmyj, 2020). Resultatene fra vår metaanalyse viser en statistisk signifikant preferanse for prososiale aktører, men samtidig er effekten betydelig mer beskjeden enn i originalfunnene og i hovedsak knyttet til ett enkelt miljø i Nord-Amerika.

Det er svært vanskelig å avgjøre hva et tre, fem eller ni måneder gammelt spedbarn tenker eller foretrekker, basert på hvor det ser, eller hva det strekker seg etter. En parsimonisk tolkning av forskningen på spedbarns handlingsforståelse i de to første leveår er at den bare viser forståelse av *intention-in-action* (Csibra & Gergely, 1998), som vil si at barnet kun oppfatter handlingens formål. Forskning av William Fabricius og kolleger viser at barn først forstår falske oppfatninger (*theory of mind*) i seks- til syvårsalderen (Fabricius et al., 2021). Forklaringen gir dermed et bilde av spedbarns mentale kapasitet som mer begrenset enn det Hamlin og Wynn legger til grunn i sin teori om tidlig sosial kognition.

Som en del av samarbeidsprosjektet ManyBabies gjennomførte en gruppe forskere en replikasjonsstudie på det tidligere nevnte Hill climber-paradigmet (Lucca et al., 2025). 567 barn på tvers av laboratorier i flere ulike land deltok. Replikasjonsforsøket fant bare 49 % preferanse for Hjelperen, som ytterligere svekker hypotesen om en medfødt moralsk kjerne.

Hamlin og Wynns studier blir stående som et klassisk eksempel på hvor viktig det er med replikasjon i utviklingspsykologien. Idéen om at mennesker er født med en ferdig moralsk kjerne, er i dag høyst omstridt og har med dette fått enda et skudd for baugen. 

METODE

- Vi testet om ni måneder gamle spedbarn i et norsk ($n = 24$) og indonesisk ($n = 30$) utvalg foretrakk prososiale aktører.
- Studien var et konseptuelt replikasjonsforsøk med to eksperimenter som testet samme hypotese. Vi gjorde kun mindre justeringer på originaloppsettet i Norge, men tilpasset metoden noe mer til lokal kultur i Indonesia.
- Prososial preferanse ble operasjonalisert som valget av en hjelpsom dukke (Hjelperen) i Box opening/closing-paradigmet.
- Vi utførte en metaanalyse på ni studier, bestående av i alt tretten eksperimenter, på spedbarn fra fem til tjuefire måneder, fra Nord-Amerika, Europa og Asia.

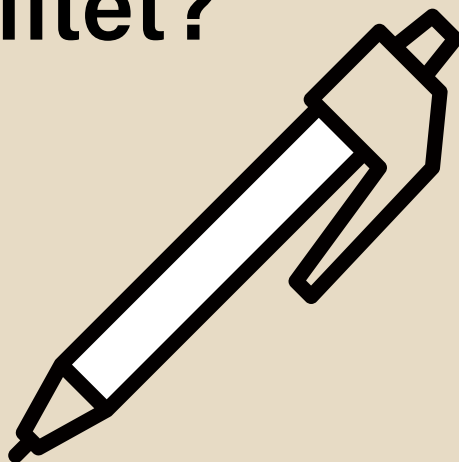
HOVEDFUNN

- Norske spedbarn viste en 58 % preferanse for den prososiale dukken, som ikke var statistisk signifikant (95 % konfidensintervall (KI): 0.40–1.00).
- Indonesiske spedbarn viste en 57 % preferanse for den prososiale dukken, som ikke var statistisk signifikant (95 % KI: 0.40–1.00).
- Metaanalysen viste en 58 % preferanse for prososiale dukker, som var statistisk signifikant (95 % KI: 0.53–1.00). Men den nedre grensen for konfidensintervallet er nær sjansenivået (50 %).
- Når alle nordamerikanske studier ble utelukket fra metaanalysen, var preferansen på 53 % og ikke statistisk signifikant (95% KI [0.46–0.60]).

- Call, J. & Tomasello, M. (2008). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(5), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.02.010>
- Cowell, J. M. & Decety, J. (2015). Precursors to morality in development as a complex interplay between neural, socioenvironmental, and behavioral facets. *Proceedings of the National Academy of Sciences U S A*, 112(41), 12657–12662. <https://doi.org/10.1073/pnas.1508832112>
- Csibra, G. & Gergely, G. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. *Developmental Science*, 1(2), 255–259. <https://doi.org/10.1111/1467-7687.00039>
- Fabricsius, W. V., Gonzales, C. R., Pesch, A., Weimer, A. A., Pugliese, J., Carroll, K., Bolnick, R. R., Kupfer, A. S., Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2021). Perceptual access reasoning (PAR) in developing a representational theory of mind. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 86, 7–154. <https://doi.org/10.1111/mono.12432>
- Hamlin, J. K. (2013). Moral judgment and action in preverbal infants and toddlers: Evidence for an innate moral core. *Current Directions in Psychological Science*, 22, 186–193. <https://doi.org/10.1177/0963721412470687>
- Hamlin, J. K. & Wynn, K. (2011). Young infants prefer prosocial to antisocial others. *Cognitive Development*, 26(1), 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2010.09.001>
- Hamlin, J. K., Wynn, K. & Bloom, P. (2007). Social evaluation by preverbal infants. *Nature*, 450(7169), 557–559. <https://doi.org/10.1038/nature06288>
- Loheide-Niesmann, L., de Lijster, J., Hall, R., van Bakel, H. & Cima, M. (2021). Toddlers' preference for prosocial versus antisocial agents: No associations with empathy or attachment security. *Social Development*, 30(2), 410–427. <https://doi.org/10.1111/sode.12487>
- Lucca, K., Yuen, F., Wang, Y. Y., Alessandrini, N., Allison, O., Alvarez, M., Axelsson, E. L., Baumer, J., Baumgartner, H. A., Bertels, J., Bhavsar, M., Byers-Heinlein, K., Capelier-Mourguy, A., Chijiwa, H., Chin, C. S. S., Christner, N., Cirelli, L. K., Corbit, J., Daum, M. M.,...Hamlin, J. K. (2025). Infants' Social Evaluation of Helpers and Hinderers: A Large-Scale, Multi-Lab, Coordinated Replication Study. *Developmental Science*, 28(1). <https://doi.org/10.31234/osf.io/qhxxm>
- Raggio, E., Hendi, S. F., Modesti, C., Presaghi, F. & Nicolais, G. (2015). Temperament and attachment in the development of moral precursors: Preliminary data. *Infanzia e Adolescenza*, 14, 197–217.
- Salvadori, E., Blazsekova, T., Volein, A., Karap, Z., Tatone, D., Mascaro, O. & Csibra, G. (2015). Probing the Strength of Infants' Preference for Helpers over Hinderers: Two Replication Attempts of Hamlin and Wynn (2011). *PLoS One*, 10(11), e0140570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140570>
- Vaporova, E. & Zmyj, N. (2020). Social evaluation and imitation of prosocial and antisocial agents in infants, children, and adults. *PLoS One*, 15(9), e0235595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235595>

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

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



Begrenset tilpasning i rehabilitering

Maren Beate Holck Ekenes gjennomførte en kvalitativ casestudie av overganger fra rehabilitering på sykehus til kommunal rehabilitering for ti pasienter med moderat eller alvorlig hjerneskade i individuelle forløp. Overgangene ses i lys av politiske mål om sammenhengende tjenester som tar hensyn til pasientens individuelle behov og muligheter for medvirkning.

I den første avhandlingsartikkelen viste Ekenes at organisasjonsstrukturen i kommunen i stor grad preger hvordan informasjon blir utvekslet, og hvordan beslutninger om utskrivning av pasienter i rehabilitering tas. Ekenes argumenterer for at helsepolitikere også må ta hensyn til kommunenes organisasjonsstruktur om de skal skape mer sammenhengende tjenester.

I den andre avhandlingsartikkelen utførte Ekenes en tematisk analyse av tjenestetildeling når pasienter går fra rehabilitering på sykehus til kommunal rehabilitering. Saksbehandlerne brukte

mye tid på å innhente informasjon om individuelle preferanser og anbefalte tjenester. Samtidig var handlingsrommet til saksbehandlerne begrenset, og tildelingen gjenspeilet i større grad hvilke tjenester som var tilgjengelige, og de lokale retningslinjene for disse tjenestene.

I den tredje artikkelen brukte Ekenes diskursanalyse for å undersøke innholdet i vedtaksbrev om tildeling av rehabiliteringstjenester, med fokus på hvordan politiske mål for rehabiliteringstjenesten uttrykkes i disse. Vedtaksbrevene var i tråd med nasjonale føringer, men inneholdt i liten grad informasjon om pasientenes og pårørendes ønsker og behov, og var ikke konsistente i fremstillingen av brukerne som aktive deltakere.

Avhandlingsresultatene tyder på at standardisering får forrang i beslutninger om rehabilitering, på en måte som kan stå i veien for politiske målsettinger om sammenhengende tjenester som tilrettelegger for brukernes medvirkning. 



FOTO OLBJØRN HAUG

Maren Beate Holck Ekenes

When policy meets practice: Municipal service allocation in care transitions for individuals with complex rehabilitation needs

Disputas 11.09.2026

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Vurdering av ungdoms voldsrisiko

Anniken Lucia Willumsen Laake forsøkte i sin doktorgradsavhandling å validere måleinstrumentet V-RISK-Y, som kartlegger voldsrisiko blant ungdom (12–18 år). Verktøyet ble brukt til å undersøke voldsrisiko blant ungdom under institusjonsopphold, spesifikt i akuttpsykiatriske enheter og akutte barnevernsinstitusjoner.

I den første avhandlingsartikkelen gjennomførte Laake en vignettstudie for å undersøke om V-RISK-Y kunne brukes til å gjøre reliable vurderinger av voldsrisiko. 163 ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske enheter i Norge og Sverige og barnevernsinstitusjoner i Norge vurderte voldsrisiko på en svært lik måte. Måleinstrumentet viste altså høy interrater-reliabilitet.

I den andre avhandlingsartikkelen undersøkte Laake om man kunne bruke måleinstrumentet til å forutsi fremtidige voldshendelser blant ungdom. Her deltok

517 ungdommer som var innlagt eller plassert i barne- og ungdomspsykiatriske døgnavdelinger eller barnevernets akuttinstitusjoner. V-RISK-Y egnet seg godt til å vurdere fremtidig voldsrisiko, der særlig tidligere eller aktuell vold eller voldstrusler og ungdommenes og foresattes egne vurderinger av voldsrisiko hadde betydning. Verktøyet var mer treffsikkert i akuttpsykiatriske enheter enn i akutte barnevernsinstitusjoner.

Laake argumenterer for at forskningen hennes bidrar til bedre evidensbasert praksis i vurderinger av voldsrisiko, der måleinstrumenter både må være nøyaktige og tilpasset den kliniske konteksten vurderingene gjøres i. Hun mener resultatene viser betydningen av å inkludere brukerens og pårørendes perspektiv i vurderinger av voldsrisiko, ettersom disse vurderingene kan være nyttige for å avgjøre om ungdommen vil være voldelig i fremtiden. 



FOTO BAO MARIANNA NGUYEN

Anniken Lucia Willumsen Laake

Violence risk screening in acute institutions for youth: The Violence Risk Assessment Checklist for Youth for the PhD in Health Sciences

Disputas 09.09.26

Fakultet for helsevitenskap, OsloMet

Miduja RasiahStatens barnehus Hamar, Innlandet
politidistrikt**Ida Bernhardt**

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Annika Maria Desiree**Melinder**

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Maria Årskog LarsenLærevansker- og utviklingsforstyrrelses-
poliklinikken, Haugesund sjukehus

Barnefaglig sakkyndiges opplevelser av å arbeide i skjæringspunktet mellom juss og psykologi

Sammendrag

Barnefaglig sakkyndige arbeider i skjæringspunktet mellom juss og psykologi, og fagfeltene må samarbeide for å finne gode løsninger for barn og familier. På grunn av ulikhetene mellom fagfeltene har det blitt pekt på flere utfordringer i sakkyndighetsarbeidet, deriblant tilknyttet rolleforståelse, manglende psykologisk fagmiljø og en mulig kulturkollisjon mellom juss og psykologi. Ti barnefaglig sakkyndige psykologer ble intervjuet om sin rolleforståelse, opplevelse av potensielle kulturkollisjoner mellom psykologi og juss og betydningen av erfaring i yrkesutøvelsen. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av en refleksiv tematisk analyse. Hovedfunnet var at deltakerne oppfattet arbeidet som et møte mellom jussen som «det harde» og psykologien som «det myke». De beskrev med disse fagfeltene som motsetningsfylte samtidig som de opplevde at jussen og psykologien utfylte hverandre, og at sakkyndige spilte en viktig rolle i barnefaglige saker. Tre undertemaer viser hvordan denne spenningen utspiller seg i arbeidet og rollen som sakkyndig 1) Prøving og feiling er nødvendig 2) Fra «dommer uten kappe» til rådgiver og 3) Et felt som både gir og svir.

KONTAKT a.m.d.melinder@psykologi.uio.no**MERKNAD** Artikkelen er basert på MRs og MÅLs hovedoppgave levert ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2025. Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Barnefaglig sakkyndige har en viktig samfunnsrolle ved å bruke sine psykologiske kunnskaper for å gi et best mulig faktagrunnlag til retten eller andre organer som tar beslutninger som gjelder barnets beste (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2022; Melinder, 2022). Deres bidrag tillegges ofte stor vekt (Greve et al., 2023; Haugli & Nordhelle, 2014; Løkstad & Jorl'Oranges, 2025), og begrepet «dommer uten kappe» har blitt brukt for å beskrive dette fenomenet (Djup, 2023).

Barnefaglig sakkyndige jobber etter barnevernsloven (2021) og barnelova (1981) som begge har barnets beste som grunnprinsipp, men de legger ulike premisser for det sakkyndige arbeidet. I barnelovssaker anses begge foreldrene i prinsippet som kompetente omsorgspersoner (Barnelova, 1981), mens barnevernssaker tar utgangspunkt i at barnet lever under skadelige forhold og legger et premiss om at foreldrene kan mangle omsorgskompetanse (Barnevernsloven, 2021). Det er også forskjeller knyttet til samvær og oppfølging av barnet og foreldrene i etterkant av saken (Barnelova, 1981; Barnevernsloven, 2021). Selv om sakkyndige i begge sakstypene blir bedt om å vurdere barnets omsorgssituasjon, bygger de altså sine vurderinger på ulike kriterier.

Både juss og psykologi er interessert i menneskers atferd, men der psykologi fokuserer på menneskets handlinger, tanker og følelser (Gilhooly et al., 2014), dreier jussen seg om å regulere og vurdere menneskelig atferd innenfor rammene av gjeldende rett (Andenæs, 2016). Retten har som oppgave å treffe avgjørelser i konkrete saker basert på rettskilder som lov, rettspraksis og forarbeider. I denne sammenhengen inngår den sakkyndiges vurderinger som en del av rettens bevisgrunnlag (Barne- og familiedepartementet, 2022; Bufdir, 2022).

Diskrepansen mellom fagenes forståelsesrammer har blitt pekt på å skape kulturkollisjoner når de to fagfeltene møtes (Haugli & Nordhelle, 2014). Psykologifaget har som mål å sette vansker inn i en bredere kontekst og fremheve alternative perspektiver og forståelsesmåter. Det oppmuntres også til å tydeliggjøre tvil og ikke være konkluderende (Melinder, 2022). Haugli og Nordhelle (2014) påpeker at dette kan skape utfordringer når sakkyndige skal presentere sine vurderinger for retten. Rettssystemet skal komme frem til tilstrekkelig klare og begrunnede konklusjoner, og en bred tilnærming kan komplisere beslutningsprosessen. Det kan dermed oppstå et press blant sakkyndige om å uttale seg med større sikkerhet enn de har belegg for (Nordhelle, 2011).

Videre kan psykologfaglige sakkyndige oppleve både konflikter og emosjonelle belastninger i yrkesutøvelsen (Smarz, 2021). De kan eksempelvis bli utsatt for alvorlige trusler og hengt ut i medier (Helmikstøl & Olguin, 2014; Odland, 2022). Sakkyndige kan også kjenne på utrygghet som følge av foreldrenes strev med voldsproblematikk eller psykiske vansker (Odland, 2022). Til tross for det høye konfliktnivået og den store kompleksiteten

i de fleste barnefaglige saker er det vanlig at det kun oppnevnes én sakkyndig per sak (Tvisteloven, §25-3). Det til forskjell fra det som er praksis i straffesaker, hvor det blir oppnevnt to sakkyndige (Straffeprosessloven, 1981, §165a). Det kan oppleves som en stor belastning å ta vurderinger om barn på egen hånd, særlig dersom man mangler et fellesskap og fagmiljø innad i yrket (Smarz, 2021). Slike belastninger kan resultere i at sakkyndige velger å slutte i yrket.

Det finnes lite forskning på barnefaglig sakkyndighet generelt, og på sakkyndiges opplevelser spesielt (NOU 2017:12, NOU 2023:7). Haugli og Nordhelle (2014) har belyst flere utfordringer knyttet til samarbeidet mellom jurister og psykologer, men få har undersøkt sakkyndiges opplevelse rundt dette samarbeidet (Bufdir, 2021; Greve et al., 2023; Nordanger et al., 2024; Smarz, 2021). I vår studie setter vi derfor søkelyset på følgende problemstilling: Hvordan oppleves det for sakkyndige psykologer i det barnefaglige feltet å arbeide i skjæringspunktet mellom juss og psykologi? Mer spesifikt undersøker vi hvilke utfordringer de sakkyndige opplever i forbindelse med sin rolleutøvelse og i samarbeidet med juridiske aktører.

Metode

Utvalg og rekruttering

Utvalget besto av ti barnefaglig sakkyndige psykologer (Tabell 1). Deltakerne hadde varierende erfaring som sakkyndig og ulik geografisk spredning, men majoriteten av deltakerne befant seg på Østlandet. En deltaker ble rekruttert via et innlegg i en lukket Facebook-gruppe for barnefaglig sakkyndige psykologer. De resterende deltakerne ble rekruttert via e-post til 50 tilfeldige psykologer oppført på listen over godkjente sakkyndige psykologer (Bufdir, 2026).

Intervjuer

Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført fra november til desember 2024 fysisk på Universitetet i Oslo eller på deltakernes kontorer. Tre intervjuer ble gjennomført på Zoom på grunn av stor geografisk avstand. Intervjuene varte i omtrent én time. Det ble gjort opptak av intervjuene som deretter ble transkribert og analysert. Spørsmålene i intervjuene handlet om de sakkyndiges rolleforståelse, opplevelse av potensielle kulturkollisjoner mellom psykologi og juss, og om betydningen av erfaring i yrkesutøvelsen.

Analysemetode

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse med utgangspunkt i de metodiske retningslinje-

ne utarbeidet av Braun og Clarke (2022). Ettersom MR og ML både gjennomførte og transkriberte intervjuene, var datamaterialet kjent før analysene ble påbegynt. Datamaterialet ble kodet av begge hver for seg før de gikk gjennom det sammen. Deretter ble det kondenserte materialet undersøkt med tanke på forskjeller og likheter mellom kodene for å samle dem til temaer og undertemaer. Denne fasen ble gjentatt flere ganger i samarbeid med IB og AM, til vi ble enige om struktur og innhold i de ulike temaene.

Tabell 1

Deskriptiv statistikk: kjønn, erfaring og stillingsprosent som sakkyndig

Id	Kjønn	Erfaring		Stillingsprosent (%)
		År med erfaring	Stillingsprosent (%)	
D1	Kvinne	10 +	75	
D2	Mann	15 +	100	
D3	Mann	20 +	50	
D4	Kvinne	< 5	70	
D5	Mann	< 5	100	
D6	Kvinne	15 +	100	
D7	Mann	25 +	100	
D8	Mann	< 5	60	
D9	Kvinne	20 +	100	
D10	Kvinne	25 +	100	

Etikk

Deltakerne bekreftet at de ville delta i prosjektet ved å signere et samtykkeskriv og ble informert om retten til å trekke tilbake samtykket når som helst. Intervjuene ble tatt opp med Universitetet i Oslos (UiO) diktafon-app som krypterer opptakene og sender dem til Tjenester for sensitive data ([TSD] UiO, 2025a). Opptakene kan kun spilles av, transkriberes og lagres i TSD. For å sikre deltakerens personvern ble gjenkjennbare karakteristikk som navn, bosted og arbeidssted anonymisert. Deltakerne fikk

mulighet til å lese transkripsjonen av intervjuet av dem. Sikt har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (ref.nr. 844815).

Refleksivitet

Forfatterne hadde ulike kjennskap til fagfeltene i forkant av studien. MR og ML hadde lite forkunnskaper om sakkyndighetsarbeid, men hadde samtidig en forventning om at juss og psykologi var to ulike fagfelt hvor kollisjoner kunne oppstå. IB og AM har omfattende erfaring som både forsker og kliniker, og AM har i tillegg lang erfaring som sakkyndig. Vi kom derfor til materialet med ulikt utgangspunkt og ulike forventninger. Gjennom gjentatte diskusjoner mellom alle forfatterne har vi underveis i prosessen etterstrebet en ikke-vitende og nysgjerrig posisjon. Vi har samtidig vært bevisst på hvordan både det mer uerfarne og det erfarne blikket kunne prege og nyansere fortolkningen av datamaterialet.

Resultater

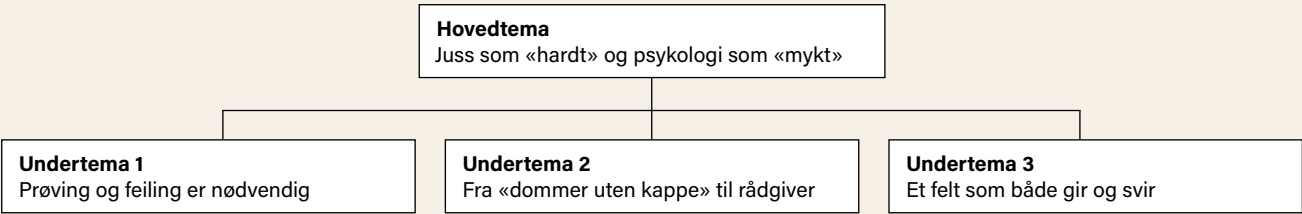
Arbeidet i det barnefaglige sakkyndighetsfeltet ble i hovedsak oppfattet som et møte mellom jussen som «det harde» og psykologien som «det myke». Tre undertemaer utdyper nærmere hvordan denne spenningen kom til uttrykk på ulike områder i arbeidet og i rollen som sakkyndig (Figur 1). I den videre presentasjonen av resultatene skal utsagn om informasjon fra deltakerne leses slik; «samtlige/alle» (n = 10), «flere/flesteparten» (n = 5–9), «noen/få» (n = 3–4) eller «enkelte» (n = 1–2) deltakere.

Juss som «hardt», og psykologi som «mykt»

Hovedtemaet fanger essensen i alle deltakernes beskrivelser av fagfeltene som ulike, samtidig som de opplevde at juristene og psykologene utfylte hverandre. En deltaker kommenterte følgende om forskjellen mellom psykologer og jurister:

Figur 1

Oversikt over hovedtema og undertemaer



[Psykologer] kan jo skrive sånne ting som, [...] «stor bekymring» [...] og da kan jo jurister spørre om «hva betyr det? [...] Er det over 50 %? Er det 70 %? Er det 90 %?» Og det er jo ikke sånn vi psykologer er vant til. [...] Når psykologer skriver «på en måte», kanskje vi mener at «ja, men dette kan tolkes sånn», også kommer jurister og tolker det veldig bokstavelig. (D10)

Det psykologfaglige perspektivet ble beskrevet som å kunne mykne opp jussens såkalte hardhet, noe som opplevdes å stå i et spenningsforhold til juristenes ønske og forventning om mer tydelighet.

Deltakerne kunne tidvis oppleve jussen som for rigid og regelstyrt, og dette kunne hindre at psykologfaglig kunnskap ble brukt til barnet og familiens beste:

Det er jo noen regler som er «sånn er det bare» [...] som de foreldreansvarssakene. [...] Plutselig er det ingen som har foreldreansvar. Også var både mor og stemor enige [om hvem som skulle ha foreldreansvaret], men det måtte dømmes allikevel. Og det er litt pussig synes jeg fordi det beste i barnelovssaker er jo at partene blir enige [utenom en rettsak]. [...] Det er konflikten som er mest skadelig. (D6)

Flere deltakere beskrev samtidig at jussens tydelige rammer ga økt forutsigbarhet i sakkyndighetsarbeidet, og partene fikk større tillit til den sakkyndiges vurderinger. Dette gjorde at flesteparten foretrakk oppdrag for domstolen fremfor barnevernstjenesten. Videre vektla samtlige deltakere verdien av at sakkyndige og de juridiske aktørene fyller ulike funksjoner som ikke er ment å samsvare, og at de to fagfeltene er gjensidig avhengig av hverandre:

Det er gjensidig tillit tverrfaglig mellom dommere og advokater og sakkyndige. [...] et teamarbeid der alle har sin rolle og når alle gjør det på en profesjonell måte så klarer vi å løse veldig vanskelige saker. (D9)

Likevel sa flere at de måtte tilpasse seg jussen mer enn omvendt, noe som tilsa en ubalanse i maktforholdet i jussens favør. Skjevheten opplevdes imidlertid legitim for deltakerne ettersom den sakkyndiges jobb er å «[...] være en kompensierende faktor for dommerens manglende kunnskap». (D3)

Selv om ingen av deltakerne beskrev møtet mellom profesjonene som veldig konfliktfylt, nevnte flere at det kunne være krevende når de opplevde at jussen og psykologien ikke samsvarte. For eksempel mente flere deltakere at enkelte advokater kunne bidra til å skape «økende konflikt mellom to foreldre» fremfor «å dempe og roe» (D4), og i slike tilfeller ble psykologfaglig kunnskap betraktet som en nødvendighet. Flere av deltakerne uttrykte også frustrasjon over at det psyko-

logfaglige språket kunne bli misforstått og misbrukt av juridiske aktører og private parter, særlig i situasjoner der de opplevde at advokatenes kompetanse kom til kort.

Prøving og feiling er nødvendig

Til tross for at deltakerne selv oppfattet at de hadde en god nok rolleforståelse, rapporterte alle at de kunne oppleve utfordringer knyttet til rolleutøvelsen. Flere beskrev at de i begynnelsen strevde med å ikke innta en tradisjonell terapeutrolle i møte med mye lidelse, og at det kunne oppleves utfordrende å skulle tre inn på juristenes arena:

[Overgangen til feltet] var litt tøff [...] det er et helt nytt system, så jeg kjente ikke spillereglene så godt, og særlig hele rollebegrepet, og hva retten forventer av deg. Det tok litt tid å komme inn i, og dermed blir du litt mer nervøs, og du blir litt mer opptatt av å levere på noen forventninger, vise deg som en dyktig person, uten at du helt skjønner spillereglene [...] [Rollen] består jo også av å «avknytte» seg med en sånn klinisk måte å se verden på. (D5)

Flere deltakere nevnte at det var en læringsprosess å skulle presentere vurderingene sine slik at de var til hjelp for oppdragsgiverne, uten å bli for ensidig:

[...] det er kanskje ikke bare å gi masse hypoteser, men også å vekte dem litt sånn at retten får noe veiledning i hva jeg tenker er viktigst å legge vekt på. For det er en felle å gå i å bli for nøytral og for vag. Da gir du retten for lite veiledning, mens hvis du er bastant og peker på ett alternativ, så går du ut av rollen din da. (D5)

Noen deltakere uttrykte blandede følelser til Barnesakkyndig kommisjon (BSK) som et kvalitets-sikrende organ. Det opplevdes betryggende at noen så dem i kortene og holdt dem ansvarlige. Samtidig kunne BSKs skjematisk arbeidsmetode også skape merarbeid og en følelse av mistillit, slik D8 beskrives her:

Og hvis man ikke nevner [kultur] på noe vis i rapporten, så kan man få en merknad om at den sakkyndige burde vurdert det. [...] Da blir det litt sånn at man må kommentere det [...] for BSK sin del, og det er kanskje ikke riktig det heller. Da blir det jo mye greier som ikke er relevant, og da tenker jeg at man må ha tillit til [...] at den sakkyndige allerede har vurdert dette her. Hvis man skal ta høyde for alle ting som ikke er relevant, så kan den lista bli jævlig lang etter hvert.

Videre beskrev flere deltakere utfordringer ved meklerrollen, og enkelte opplevde å bli kastet ut i rollen uten opplæring. Flesteparten, utenom de med erfaring fra

familievernkontor, fortalte at de brukte lenger tid på å komme inn i meklerrollen enn utrederrollen, og at den opplevdes vagere og mer uforutsigbar:

Disse rettsforberedende møtene eller nærmest meklingsarenaene da, der har dommeren store frihetsgrader i hvordan saken skal håndteres. Og i det ligger det også at du vet ikke når du møter opp om man skal være i en rettsal, om man skal sitte rundt et møtebord, om dommeren vil ha deg ved sin høyre hånd eller litt perifert plassert i en sal. Om de vil at du skal være aktiv eller passiv. (D1)

Flere deltakere påpekte dilemmaer ved meklerrollen, blant annet at det var uunngåelig å danne seg en mening om barnets behov og foreldrenes vansker, noe som var uheldig om saken gikk til hovedforhandling. I slike tilfeller er det vanlig å oppnevne samme sakkyndig, og det kan bli juridisk problematisk når sakkyndige skal «skrive en rapport, der [de] egentlig ikke skal ha en mening». (D8) Mange deltakere påtok seg likevel meklerrollen, men det var også deltakere som avsto mekleroppdrag.

Flere deltakere fortalte at utdanningsprogrammet for barnefaglig sakkyndighet ga dem en god rolleinnføring og var «innom fallgruver og lure tips og triks og hvordan det er lurt å håndtere oppdrag og rollene». (D1) Samtidig kommenterte mange at programmet kunne bli for teoretisk. Alle deltakerne meddelte at erfaring gjorde rolleutøvelsen enklere, men noen reflekterte over at å lene seg for mye på erfaring kunne bli en fallgrube på grunn av kompleksiteten i hver enkelt sak.

Fra «dommer uten kappe» til rådgiver

Samtlige deltakere fortalte at de i sakkyndighetsrollen for fem-ti år siden kunne bli tildelt en rolle som en slags skjult dommer – eller en ekspertfunksjon – fremfor den rådgivende rollen de opprinnelig var tiltenkt. Nå opplevde de å bli betraktet mer som rådgivere, noe alle deltakerne beskrev som en forbedring:

Jeg tror vi hadde en mer sånn opphøyd posisjon tidligere, at vi var litt mer som eksperter, og hvis sakkyndige sa det sånn ble det sånn, og vi kunne være veldig tydelige i hva vi anbefalte. [...] «Nei, barnet må bo hos mor [...], og ha samvær fra torsdag til mandag med far. Det er det riktige». [...] Vi kunne si sånne ting veldig tydelig i rapportene våre, og vi kunne også si det da vi ga forklaringene våre. Det kan vi ikke lenger. (D7)

Deltakerne opplevde at vurderingene deres nå blir betraktet som en del av et større bevisgrunnlag. Likevel kan de fortsatt tillegges for stor vekt og gjengis nesten ordrett i dommer og vedtak. Samtlige deltakere beskrev også tilfeller hvor juridiske aktører kunne presse dem til å

uttale seg om juridiske temaer, både gjennom mandatenes formulering og ved muntlig fremlegg av deres vurdering. Presset opplevdes ofte større ved muntlige fremlegg:

Et sånt press [om å konkludere] opplever man mange ganger. Det er ganske vanlig. Og det kan være press om å være tydeligere i faglige vurderinger eller de vurderingene som egentlig ikke gjelder vårt fag, sånn type «har det forekommet vold?», «Har det forekommet overgrep?» som jo er bevisvurdering, [...]. Eller «jammen, nøyaktig hvor mange ganger i året kan hun treffe denne mammaen eller pappaen?» (D1)

Alle deltakerne uttrykte frustrasjon og oppgitthet med hensyn til advokatenes oppførsel, men flere anså samtidig presset som en del av juristens yrkesutøvelse:

Det er klart at en jurist som skal kjempe for sin klients sak, ikke alltid nødvendigvis setter pris på [sakkyndiges nyansering], men sånn er det jo i det juridiske rom. At der har vi ulike roller, hvor vi er ment egentlig å være uenige med hverandre. Det er jo veldig ved sakens natur. (D1)

Enkelte deltakere mente også at vurderingene deres kunne bli for tvetydige og at juridiske aktører graver for å få mest mulig hjelp. Presset om å innta ekspertrollen oppsto oftere i komplekse saker og blant dommere som var vant til sakkyndiges gamle rolleutfoldelse. Samtlige deltakerne fortalte at det kunne være vanskelig å oppdage forsøk på å trekke dem ut av rådgiverrollen.

Et felt som både gir og svir

Samtlige deltakere opplevde sakkyndighetsarbeidet som meningsfullt og belastende, der belastningene ble moderert gjennom tilgang til fellesskap og støtte. Spesielt opplevde de det som viktig å kunne forbedre barns livssituasjon:

Noen ganger tenker jeg at det er det viktigste psyko-logarbeidet jeg gjør. Det handler blant annet om å få foreldre til å kunne samarbeide om sine barn [...]. Og så synes jeg at vi lyktes ganske bra med det. Så det gir tilfredsstillelse at du opplever at du kan bidra og lykkes innenfor et fagfelt som kan oppleves ganske utfordrende. (D3)

Flere deltakere fortalte at opplevelse av mestring og meningsfullhet bidro til økt motivasjon og trygghet for arbeidet med fremtidige saker og i sakkyndighetsrollen generelt. De syntes det var særlig lærerikt å arbeide tverrfaglig og meningsfullt å føle seg verdsatt av de andre aktørene:

Jeg hadde jobbet litt i psykiatrien [...] og opplevde at overlegen hadde alt han skulle si. Jeg var en

liten fjert som satt der og ikke hadde noe å si. Det var utilfredsstillende. [...] I domstolen fikk man så mye anerkjennelse for måten å tenke på. De var så hungrige etter den kunnskapen du besatt. Man fikk respekt og en betydning som passet med lengden på utdannelsen. (D6)

Samtidig som de vektla positive sider ved sakkyndighetsarbeidet, påpekte flere at vurderingene de gjør, kan gå i en retning foreldre ikke ønsker, og få store konsekvenser for foreldre og barn. Enkelte fortalte at det også kunne få alvorlige følger for den sakkyndige:

Det er klart jeg har fått trusler, og [ektemannen] har også blitt ringt opp på kontoret sitt, og spurt om han kjenner [meg], og litt sånn «jeg kommer og tar deg.» [...] Så jeg har prøvd å holde meg litt skjult, både kontoradressen jeg oppgir, og telefonen og alt som er registrert her [...]. (D6)

Deltakerne opplevde det som urettferdig at sakkyndige ofte får skylden for utfallet av saken, mens advokatene i liten grad ble ansvarliggjort:

Vi blir jo veldig ansvarliggjort da [...] [En barneadvokat] skrev [...] en sånn kronikk i Aftenposten for en seks-sju år siden, hvor hun mer eller mindre hudfletta sakkyndiges fremtreden og roller i beslutningsprosessen også videre. (D7)

Det opplevdes også utfordrende at oppdragsgivere ofte benytter interne lister. En deltaker beskrev ordningen som «rene jungeltelegrafene». (D2) På bakgrunn av dette ga noen deltakere uttrykk for at de kunne kjenne et press for å imøtekomme oppdragsgiverens forventninger.

Flere deltakere trakk frem at det kunne utgjøre en sårbarhet at de fleste sakkyndige arbeider alene og må håndtere krevende situasjoner på egen hånd. Noen hevdet at Norsk psykologforening er mindre investert i sakkyndighetsyrket enn i andre psykologvirksomheter, og at sakkyndige derfor kan falle mellom to stoler. Alle deltakerne mente det var viktig med møteplasser hvor sakkyndige kunne kjenne på tilhørighet og fellesskap i en ellers ensom arbeidshverdag, og de opplevde det som krevende at de måtte stå for dette selv. Flere sa at de opplevde at det å ha et felles fagmiljø virket kompetansehevende og gjorde den emosjonelle belastningen ved arbeidet mindre. For mange ble utdanningsprogrammet starten på et faglig nettverk som de senere hadde stor nytte av.

Diskusjon

I studien utforsket vi opplevelsen til barnefaglig sakkyndige psykologer av å arbeide i skjæringspunktet mellom juss og psykologi. Hovedfunnet vårt var at deltakerne opplevde

forskjeller mellom fagfeltene som fanges i begrepene det «harde» versus det «myke». Det «harde» ved jussen kom til uttrykk gjennom de juridiske aktørenes ønske om klare prediksjoner, forutsigbarhet og faste rettslige rammer. Det «myke» ved psykologien kom frem gjennom et ønske om mangfold av perspektiver, fleksibilitet og en relasjonsfokusert tilnærming. Det er likevel verdt å bemerke at begge fagfeltene rommer både «myke» og «harde» sider, og at disse begrepene bør tolkes dimensjonalt fremfor dikotomt. Advokater er for eksempel også opptatt av å bygge en god relasjon til partene de representerer, og sakkyndige psykologer kan også vise til tydelige fakta, for eksempel at langvarig konflikt er skadelig for barn.

I tråd med tidligere forskning beskrev våre deltakere til dels motstridende perspektiver mellom juss og psykologi (Haugli & Nordhelle, 2014; Bernt, 2014; Nordhelle, 2011). Samtidig beskrev de et stort sett godt samarbeid med juridiske aktører og var tydelige på at det er normalt og ønskelig at fagfeltene ikke samsvarer, fordi økt samsvar mellom feltene ville gjort sakkyndighetsrollen overflødig. Deltakerne opplevde at de måtte tilpasse seg mer til jussen enn omvendt. Det kan virke som sakkyndige må finne ut hva de vil tilegne seg av det «harde», og hva de vil gi avkall på av det «myke».

De juridiske rammene kan tilsynelatende oppleves som et tveegget sverd for den barnefaglig sakkyndige. Deltakerne fortalte at rammene på den ene siden bidro med forutsigbarhet og på den andre siden innskrenket rommet for nyansert psykologfaglig forståelse gjennom krav om å komme med tydelige svar. Dette kan forstås som en begrenset tillit til nettopp de fagkunnskapene retten har oppnevnt den sakkyndige for å bidra med (Lundeberg, 2008). Det virker også som sakkyndige blir møtt med motstridende forventninger fra de juridiske aktørene. De blir bedt om å utvide og belyse forholdene rundt barnet og presentere usikkerhetsmomenter. Samtidig kan de bli bedt om å snevre inn vurderingene sine og være tydeligere i anbefalingene sine, og dermed innta en ekspertrolle som ikke tilhører dem. Disse motstridende forventningene kan være med på å skape stor variasjon i kvaliteten på sakkyndighetsrapporter (Melinder et al., 2025).

Det har videre vært en bekymring for at sakkyndiges vurderinger tillegges for mye vekt (Greve et al., 2023) og blir anvendt ukritisk i beslutningsprosessen (Løvlie, 2022). Deltakerne i vår studie bekreftet at vurderingene deres som barnefaglig sakkyndige tillegges mye vekt, men at det har vært en økt tydeliggjøringen av rådgiverrollen sammenliknet med tidligere. Det gjør at arbeidet deres nå i større grad sees i sammenheng med annet bevismaterie. Deltakerne var klar over at de besitter en ekspertkunnskap som beslutningstakerne ikke har, men ingen av dem opplevde at dette ga dem legitimitet til å ta endelige avgjørelser om barnets beste. Samtidig opplevde de et behov for å skape et godt rykte for seg selv og utmerke seg for å havne på oppdragsgiverens interne lister og

dermed sikre seg flere oppdrag. Dette kan bidra til et økt press om å møte oppdragsgivernes forventninger selv om disse ikke nødvendigvis samsvarer med den sakkyndiges rollebeskrivelse (Haugli & Nordhelle, 2014), eksempelvis ved å innta en ekspertrolle.

Presset om å innta en ekspertrolle så ut til å være vanskeligere å motstå i muntlige rettshøringer sammenliknet med i skriftlige mandater. Dette kan skyldes at sakkyndighetsprogrammet og skriftlige korrigeringer fra Barnesakkyndig kommisjon (BSK) har hjulpet deltakerne med å tolke og svare på mandatene uten å bli for bastante. I muntlige høringer står sakkyndige alene i vurderingen av hva de kan svare på. Presset fra juridiske aktører på den sakkyndige kan da resultere i en mer bastant og konkluderende rolleutøvelse. I slike tilfeller mente deltakerne at de etterstrebet å tydelig formidle hva de oppfatter som sin rolle og sitt mandat, sine anbefalinger og eventuelle tvil. Deltakernes bevissthet om faren ved å bli for konkluderende, utfordrer Nordhelles (2011) kritikk av at sakkyndige kan bli for bastante i sine vurderinger for å møte juridiske aktørers forventninger om tydelighet.

Selv om deltakerne opplevde det som nyttig at BSK gjennomgikk de sakkyndige rapportene, påpekte deltakerne at metodene for gjennomgangen kunne forbedres. Deltakerne mente at det virket som BSK sjekket om visse punkter var omtalt, uavhengig av om det var hensiktsmessig å si noe om alle punktene i den enkelte sak. En større åpenhet og transparens i BSKs evalueringsmetodikk og kriterier for kvalitetsvurderingen av rapportene synes å være en mulig forbedring, noe som vil gjøre tilbakemeldingene mer relevante for de sakkyndige.

Meklerrollen

Flere deltakere mente at sakkyndighetsprogrammet ikke forberedte dem tilstrekkelig på meklerrollen. Dette sammenfaller med det man fant i en evaluering av utdanningsprogrammet (Agenda Kaupang, 2017). Deltakerne opplevde likevel at kompetansen deres på konfliktmediering ga dem en nødvendig rolle i meklingsprosessen. Meklerrollen kan dermed være et eksempel på at det «myke» ved psykologien er nødvendig og verdsatt.

Et annet dilemma som flere deltakere vektla, var bruken av samme sakkyndig i både meklingsprosessen og en eventuell hovedforhandling. Nylund (2016) mener at dommere ikke burde innta en meklerrolle grunnet deres videre rolle i en eventuell hovedforhandling. Vi stiller derfor spørsmål ved hvorfor sakkyndige bes om å innta en slik dobbeltrolle, da domstolen risikerer at den sakkyndige vurderingen påvirkes av informasjon ervervet i den tidligere meklingsprosessen (Bernt, 2014; Nylund, 2016). Man risikerer også at partene kan fremstå ekstra samarbeidsvillige, eller oppleve press om å inngå forlik, av frykt for at motvilje brukes mot dem i en hovedforhandling (Haugli & Nordhelle, 2014; Nylund, 2016). Dersom den sakkyndige byttes ut til en hovedforhandling, vil derimot

tiden den nye sakkyndige bruker på å sette seg inn i sakskomplekset, forlenge rettsprosessen og belastningen av å stå i langvarig konflikt for den berørte familien (Nylund, 2012).

Uavhengig av om det oppnevnes en ny sakkyndig når en meklingssak går til hovedforhandling, fremstår profesjonalitet og god rolleforståelse og -utøvelse som avgjørende. Det kan derfor være viktig å rette mer fokus mot utdanning og tydeliggjøring av meklerrollen, noe den nye sakkyndighetsutdanningen ved UiO ønsker å gjøre (UiO, 2025b).

Belastninger ved sakkyndighetsrollen

Belastningene i yrket var ikke en del av intervjuguiden vår, men ble nevnt spontant av alle deltakerne. Flere deltakere hadde inntrykk av at den sakkyndige oftere blir gjort til «syndebukk» enn andre aktører i retten. Dette kan skyldes at jussen baserer seg mer på et rasjonelt språk og nedskrevet lovverk, mens psykologien er mer preget av en tvetydighet og kompleksitet som åpner for mer kritikk (Lundeberg, 2008).

I møte med utfordringer ble kollegafelleskap en viktig ressurs, særlig siden mange opplevde en manglende støtte fra oppdragsgiver og NPF. Deltakerne syntes det fantes få naturlige møteplasser for sakkyndige, og for mange besto fagmiljøet av sakkyndige de møtte på utdanningsprogrammet, til tross for at det var mange år siden de tok utdannelsen. Manglende møteplasser for sakkyndige er ikke en ny problemstilling (Bufdir, 2021; Smarz, 2021). Det opprettes imidlertid nå møteplasser for sakkyndige i regi av det nye utdanningsprogrammet, der det legges opp til faglige samlinger, temakvelder og konsultasjonsteam (UiO, 2025b).

Belastninger ser ut til å være noe som diskuteres internt mellom sakkyndige, men omtales sjelden offentlig, med noen unntak (Bufdir, 2021; Helmikstøl & Olguin, 2014; NOU 1995:23; Odland, 2022; Smarz, 2021). Annen litteratur berører forhold som kan være belastende uten å tydeliggjøre belastningene (Bernt, 2014; Haugli & Nordhelle, 2014; Nordhelle, 2011), eller retter søkelyset mot foreldres og barns opplevelse av rettsprosessen som krevende (Agenda Kaupang, 2015; Helmikstøl, 2013; Nylund, 2012). Vår studie støtter opp om funnene om belastning som ble beskrevet i NOU 1995:23, og som senere ble aktualisert av Smarz (2021). Det kan virke som om belastninger ved sakkyndighetsrollen har vært noe underrapportert, og at tiltak for å avhjelpe dette ikke har blitt rapportert.

Studiens begrensninger

Flesteparten av deltakerne i studien foretrakk oppdrag for retten fremfor barnevernstjenesten, som kan skyldes en reell skjevfordeling i feltet eller ordlyden i rekrutteringsmaterialet vårt. I informasjonsskrivet om studien skrev

vi at vi var interesserte i skjæringspunktet mellom juss og psykologi. Det kan ha medført at deltakere som foretrakk oppdrag for retten i større grad meldte seg til studien, ettersom slike oppdrag kan oppleves å ligge nærmere dette skjæringspunktet. Resultatene kan dermed være lite representative for opplevelsen til sakkyndige som foretrekker oppdrag for barnevernet. Det vil være interessant å utforske om sakkyndige som i hovedsak tar oppdrag for barnevernet opplever liknende samspill mellom psykologi og juss. En annen svakhet ved studien er den begrensede geografiske spredningen i utvalget, ettersom flesteparten av deltakerne var tilknyttet det samme geografiske område. Eventuelle regionale forskjeller kan utforskes i fremtidige studier. Det er imidlertid verdt å merke seg at funnene i denne studien samsvarer med funn fra tidligere studier om manglende faglig fellesskap (Bufdir, 2021; NOU 1995:23; Smarz, 2021).

Konklusjon

Deltakerne beskrev en spenning i møte mellom psykologiens «mykhet» og juridisk «hardhet», som stiller krav til tilpasning og forhandlinger om rolleforståelse og formidling av faglig kunnskap i arbeidet som sakkyndig. Videre erfarte ikke deltakerne større kulturkollisjoner mellom juss og psykologi, men fremhevet heller at fagfeltene utfyller og trenger hverandre for å finne gode løsninger for barna og familiene som er involvert. Studien belyser samtidig områder ved yrkesutøvelsen som oppleves krevende, deriblant samarbeid med jurister, atferden til partene, et begrenset fagmiljø og lite relevante tilbakemeldinger på arbeidet. Disse faktorene kan ha betydning for rekrutteringen til videreutdanningen som barnefaglig sakkyndig, for å beholde sakkyndige i feltet og for kvaliteten på tjenesten. Det bør forskes på mulige tiltak for å redusere påkjenninger forbundet med rollen. Eksempler kan være å etablere formaliserte fellesskap og å utarbeide klarere retningslinjer for hvordan man bør forholde seg til og søke støtte ved ulike belastninger. 

REFERANSER

- Agenda Kaupang. (2015). *Evaluering av Barnesakkyndig kommisjon og vurdering av utvidet ansvarsområde* (Rapport nr. 8979). <https://www.regjeringen.no/contentassets/099877a1d229417ca9664da020476eed/evaluering-av-barnesakkyndig-kommisjon.pdf>
- Agenda Kaupang. (2017). *Evaluering av utdanningsprogram for barnefaglige sakkyndige* (Rapport nr. 9547). <https://kudos.dfo.no/dokument/b9a133d4-ba66-4bf7-bb70-b85coe33c7db>
- Andenæs, J. (2016). *Innføring i rettsstudiet* (6.utg.). Cappelen Akademisk Forlag.
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barne- og familiedepartementet. (2022). *Veileder for sakkyndig utredningsarbeid i foreldretvistsaker etter barne-loven*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1cc32e2e29c241ad8c98171062912837/veileder-for-sakkyndig-utredningsarbeid-i-foreldretvistsaker-etter-barne-loven.pdf>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021). *Ensomme eksperter. Utredning av utdanningsprogrammet for og oversikten over barnefaglig sakkyndige*. <https://kudos.dfo.no/dokument/89605bob-a3bd-4f9c-a50b-cac1da5b2e2a>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022). *Veileder for sakkyndig utredningsarbeid i saker etter barnevernloven*. <https://kudos.dfo.no/dokument/57cdc4e9-2a8a-4678-b9d7-d707a8664231>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2026). *Sakkunnige i barnevernet*. <https://www.bufdir.no/barnevern/sakkyndige/>
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Bernt, C. (2014). Sakkyndige i barne-lovssaker for domstolene: roller og rettssikkerhet. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernsrettslige spørsmål*, 12(3), 178-315. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9553-2014-03-02>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). Thematic analysis, SAGE.
- Djup, H.W. (Programleder). (2023, 2. oktober). Dommere uten kappe? (nr. 5) [Audiopodkast]. I *Psykologtidsskriftet mellom linjene*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as09ae-dommere-uten-kappe->
- Gilhooly, K., Lyddy, F. & Pollick, F. (2014). *Cognitive Psychology*. McGraw Hill Education.
- Greve, R. A., Christiansen, Ø. & Jørgensen, T. (2023). Social workers' perspectives on the role and function of independent experts in care proceedings in Norway: Contributions and devaluation. *Child & Family Social Work*, 29(1), 102-111. <https://doi.org/10.1111/cfs.13054>
- Haugli, T. & Nordhelle, G. (2014). Sikker i sin sak? Om barn, sakkyndighet og rettssikkerhet. *Lov og Rett*, 53(2), 89-108. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3061-2014-02-04>
- Helmikstøl, Ø. (2013). Ufeilbarlige sakkyndige? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(4). <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as04ae-Ufeilbarlige-sakkyndige->
- Helmikstøl, Ø. & Olguin, B. C. (2014). Mener sakkyndige blir mistenkeligjort. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(6), 475-479. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2014as06ae-Mener-sakkyndige-blir-mistenkeligjort>
- Lundeberg, I. R. (2008). *De urettmessige mindreverdigene. Domstolens maktkritiske funksjon i saker om spesialundervisning* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/2652>
- Løkstad, C.B. & L'orange, H. C. J. (2025). *Sakkyndiges innflytelse i barnevernssaker: Betydningen av begrunnelse og tydelighet* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. Nasjonalt vitenarkiv. <https://nva.sikt.no/registration/019c95b3723f-3ef86b4b-23f3-4d90-8ef0-dadc20f44d3f>
- Løvlie, A. G. (2022). Evidence in Norwegian child protection intervention: Analyzing cases of familial violence. *Child & Family Social Work*, 28(1), 236-247. <https://doi.org/10.1111/cfs.12956>
- Melinder, A. (2022). *Sakkyndighetsarbeid. Innføring for psykologer og psykiatere* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Melinder, A., Kierulf, H. & Ulleberg, P. (2025). Towards Higher Quality in Expert Reports in Child Protection: Why Emphasizing Limitations and Alternative Explanations Matters. *International Journal on Child*

- Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 8(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s42448-025-00226-2>
- Nordanger, D., Ø., Mæhle, M., Christiansen, Ø., Jørgensen, T., Samsonsens, V. & Braarud, H. C. (2024). Sakkyndige psykologers refleksjoner om Barnesakkyndig kommisjons kvalitetssikrende funksjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 61(10). <https://doi.org/10.52734/RCA17291>
- Nordhelle, G. (2011). Praktisering av sakkyndighetsarbeid i barnefordelingssaker - til barnas beste? *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 9(3), 176–197. <https://doi.org/10.18261/ISSNo809-9553-2011-03-02>
- NOU 1995: 23. (1995). Barnefaglige sakkyndighetsoppgaver: Rolleutforming og kvalitetssikring. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-23/id115656/?ch=1>
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik: gjennomgang av saker hvor barn har blitt utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- NOU 2023: 7. (2023). *Trygg barndom, sikker fremtid: Gjennomgang av rettsikkerheten for barn og foreldre i barnevernet*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-7/id2966836/>
- Nylund, A. (2012). Barnefordelingssaker og «familier med høyt konfliktnivå». *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 10(3–4), 215–235. <https://doi.org/10.18261/ISSNo809-9553-2012-03-04-06>
- Nylund, A. (2016). Mekling i barnefordelingssaker på godt og ondt. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 9(4), 302–322. <https://doi.org/10.18261/ISSNo809-9553-2011-04-04>
- Odland, A. M. (2022, 30. august). Kritisk mangel på barnefaglig sakkyndige: – Går ut over barns rettssikkerhet. *Fontene*. <https://fontene.no/barnefordeling/kritisk-mangel-pa-barnefaglig-sakkyndige--gar-ut-over-barns-rettssikkerhet-6.47.895248.90b98d2659>
- Smarz, S.M. (2021). *En krevende yrkesutøvelse: En tematisk analyse av hvordan barnefaglige sakkyndige psykologer opplever sitt arbeid* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. Nasjonalt vitenarkiv. <https://nva.sikt.no/registration/019c95a3187f-737ab401-1a09-4869-898b-1194222b8abb>
- Straffeprosessloven. (1981). *Lov om rettergangsmåten i straffesaker* (LOV-1981-05-22-25). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>
- Tvisteloven. (2005). *Lov om mekling og rettergang i sivile tvister* (LOV-2005-06-17-90). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-90>
- Universitetet i Oslo. (2025a). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Universitetet i Oslo. (2025b, 2.oktober). *UiO oppretter nytt utdanningsprogram for barnefaglig sakkyndige*. <https://www.sv.uio.no/psi/om/aktuelt/aktuelle-saker/2025/nytt-utdanningsprogram-for-barnefaglig-sakkyndige.html>

TEKST Sigmund Karterud
Privat praksis

Kropp og sjel er forskjellige

KOMMENTAR TIL

Urnes, Ø. (2026). Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser. *Psykologtidsskriftet*, 9, 566–572.



Det som blir borte i Urnes sin tekst, er spørsmålet om væren.

Jeg har samarbeidet med min gode venn og kollega Øyvind Urnes i mange år om behandling, forskning og teoriutvikling. Likevel er vi uenige om visse ting. Det er kanskje et pluss? Sist nå kom det til syne i artikkelen Urnes (2026) har skrevet i *Psykologtidsskriftet* om den kroppslige psyken. Her går Urnes langt i å sidestille psykiske og fysiske «sykdommer». Avslutningsvis skriver han: «Jeg tenker at man kan forstå både psykiske og fysiske sykdommer som noe som oppstår i en sirkulær etiologisk prosess hvor biologiske, psykiske og sosiale og kulturelle faktorer samspiller og påvirker utfallet av sykdomsprosessen.»

Jeg mener at her går Urnes for langt i å oppheve forskjellene mellom psykiske og fysiske «sykdommer», og at dette er uheldig av teoretiske, fagpolitiske og samfunnsmessige grunner. Først gjelder det ordet «sykdommer». Benevnelsen «sykdommer» er egnet for ting som influensa, leddgikt og kreft. Den er ikke egnet for eksempelvis emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Borderline er ikke noen ting eller forekomst i verden som vi kan peke på slik vi kan peke på forkroplete ledd eller bakterier i et mikroskop. Det finnes ingen borderlinesykdom der ute. Det som finnes, er mennesker som i sin væremåte ligner mer eller mindre på et sett av beskrivelser, en prototyp, vi kaller borderline. Borderline er en pragmatisk diagnostisk kategori som er vesensforskjellig fra eksempelvis influensa, selv om begge påvirkes («sirkulært») av det vi kan kalle biopsykososiale stressfaktorer.

Det som blir borte i Urnes sin tekst, er spørsmålet om væren. Fysiske sykdommer har en annen værensform enn (de fleste) psykiske lidelser («disorders»). Arrivevet etter et hjerteinfarkt kan ikke gjøres om igjen når man har fått tenkt seg om. Det er irreversibelt, og det har ingen mening. Psykiske lidelser, derimot, henger nøye sammen med menneskets væren i verden, dets Dasein for å snakke med Heidegger. Psykiske lidelser hører til en annen kategori enn fysiske sykdommer. Kropp og sjel er grunnleggende forskjellige, slik ånd og materie er. Dette er dualisme, vil noen si, det er Descartes' fallgrube. Nei, da påkaller jeg heller Hegel og sier at de er forskjellige, men at de heller ikke kan tenkes uten hverandre. De står i et dialektisk forhold til hverandre. Sjelen kan ikke tenkes uten kroppen/hjernen, og (den menneskelige) kroppen/hjernen kan ikke tenkes uten sjelen. Noen vil protestere på dette og si at jo, hjernen kan eksistere uten sjelen. Nei, den kan ikke det om vi med hjernen mener den funksjonelle hjernen til levende mennesker. Den er ufravikelig preget av språk, relasjoner og verdier.

Men hjernen i seg selv har ingen Dasein. Hjernen har ingen følelser eller tanker eller intensjoner. Det er personen som har slike egenskaper. Og personer kan falle i fortvilelse og bli farlige for seg selv og andre. Det er levende personer vi forholder oss til i psykologien. Og de har en væren som kontinuerlig er i spill, på en ganske annerledes måte enn huden, neglene, håret og skjelettet. Ψ

MERKNAD Forfatter oppgir å ha en nær relasjon til Urnes.

KONTAKT wkarteru@online.no

Menopause – et tema for psykologer

«Overgangsalder» kunne i utgangspunktet vært et løfterikt ord, men det har dessverre ingen positive assosiasjoner. Menopause er forbundet med alderdom, humørsvingninger, hetetokter og nedsatt sexlyst. Lindring finnes, men behandling fremstilles ikke bare positivt. Hormonbehandling er blitt beskrevet som farlig og kreftfremkallende fra medisinsk hold.

Siden alle kvinner som oppnår en viss alder kommer i overgangsalderen, bør den kanskje ikke problematiseres unødvendig. Den er en like naturlig, kroppslig prosess som puberteten. Men mens puberteten og ungdomsfasen er godt beskrevet i psykologisk faglitteratur, ofres overgangsalderen knapt et sideblikk.

Marta Maria Gorecka, førsteamanuensis i klinisk nevropsykologi ved Universitetet i Tromsø, er blant få psykologer i Norge som har sett nærmere på overgangsalderen. Gorecka var nylig gjest i Psykologtidsskriftets podkaststudio, hvor hun delte sine tanker om denne livsfasen. I episoden tar vi opp spørsmål som: Hva er overgangsalderen, og hvilke faser inngår? Hvilken sammenheng er det mellom fall i østrogen og symptomene som kvinner rapporterer? Hva har kognitiv fungering med saken å gjøre? Hvordan forholde seg til en førstegangsepisode med depresjon hos voksne, kvinnelige pasienter? Er det noen diagnostiske fellestrekk til bipolare lidelser og ADHD?

HØR EPISODEN



Anbefalt litteratur for deg som vil lære mer:

De Lange, A.-M. (2026). *Kvinnehjernen*. Cappelen Damm.
Mosconi, L. (2026). *The Menopause Brain*. Atlantic Books.

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.



Psykologer har mye å bidra med i møte med konspirasjonsteorier og autoritære krefter.

Et fagetisk ansvar for å ivareta demokratiet?



FOTO PRIVAT

TEKST Kristin Lyse
Privat praksis

KONTAKT kristinlyse@hotmail.com

Det var litt forstemmende å se Norsk psykologforening uttale at «(...) Psykologforeningen ikke har noen oversikt over hvor ofte deres 11 000 medlemmer møter konspirasjonsteorier i sin praksis» (Rehn Jensen, 2026, s. 152). Samtidig virket foreningen opptatt av å differensiere konspirasjonsteorier og ytterliggående politiske holdninger fra psykisk lidelse, selv om de mente konspirasjonstro kunne inngå som et element i psykisk lidelse.

Foreningen er ikke alene om å plassere konspirasjonstro utenfor psykisk lidelse eller sykdom. Mange forskere vil heller sammenligne tro på konspirasjonsteorier med sterke ideologiske eller religiøse overbevisninger, selv om forestillingene kan være uttalt paranoide, falske og elleville (Rehn Jensen, 2026).

Det er som om norske psykologer ikke har forståelsesrammer eller virkemidler i møte med det «normale» ved konspirasjonstro, og foreningen mangler etter min mening et uttalt etisk imperativ om å bidra til forebygging av konspirasjonsteoretiske «epidemier» som ytterliggående populistiske ledere utnytter og forsterker for å svekke demokratier i flere land.



Det kan være lett å falle for troen på en konspirasjon. I dagene etter at Norge hadde tapt 1–2 i kvartfinalen under fotball- VM, diskuterte norske mediehus om ballen traff en vaier, endret retning og dermed bidro til en utligning for England da stillingen ennå var i vår favør. Ble kampen nærmest rigget av FIFA for å hjelpe England til seier, da ballen ikke ble bedømt droppet? Altså en slags «Vaiergate» (Frogner et al., 2026)?

Istedenfor å la seg synke inn i en «konspirasjonsteori om hendelser» (Dyrendal & Emberland, 2022, s. 34) som «Vaiergate» kunne utviklet seg til – gjennom å finne en utenforliggende forklaring i et «opprør mot realitetene» og nettopp ikke ville innse tapet – var det gleden og takknemligheten overfor de norske spillerne som fikk dominere i publikums velkomst ved returen til landet.

Ubevisst søken etter identitet

Få vil være uenig i observasjonen om at store deler av den norske befolkningen var samlet under VM. Blodfan eller ikke, vi rodde og vi rodde mot et felles mål om at det norske laget skulle vinne mot neste motstander – fra Slottet, over det ganske land og over dammen. En slik gruppesammensmeltning er det psykoanalytikeren Robert Douglas

Hinshelwood (2023) mener er et eksempel og indikasjon på at vår identitet på et ubevisst nivå har en viss fluiditet som lar oss «adoptere et gruppeideal idet vi entrer en gruppe» (s. 110, min oversettelse) og som kan overta plassen for våre individuelle idealer. I likhet med Erich Fromm (Mack-Borander, 2026) mener Hinshelwood at populistiske ideer gir en viss stabilitet for vår ellers usikre følelse av identitet, som vi på et ubevisst nivå stadig søker å oppnå.

Ved å bruke kunnskap fra flere fagdisipliner forsøker Hinshelwood å forstå hvordan skuffelser og konflikter som finnes implisitt i ethvert demokrati, kan være avspaltet og projisert på «de andre», hvor en gruppe blir i opposisjon mot en annen, istedenfor å være tenkt om og bearbeidet, som aksept av tap innebærer. Han beskriver hvordan ubevisste dynamikker mellom konsumenter og privilegerte eliter i et kapitalistisk samfunn kan forsterke polarisering og depersonalisering. Han viser til at oss-mot-dem-dynamikken er innebygd i alle kulturer, hvor Freuds hyppig siterte «narsissism of minor difference» gir en gruppe tilhørighet, identitet og en viss selvtilfredshet; en har kvittet seg med uønskede aspekter ved en selv og plassert det hos «de andre» (Hinshelwood, 2023, s. 113). Også Emberland og Dyrendal (2022), som presenterer de siste årenes forskning om konspirasjonsteorier og deres

virkning på individ og samfunn, beskriver hvordan en form for «kollektiv narsissisme» (s. 107) preger den populistiske politikkens retorikk. Konspirasjonsfortellinger og appell til følelser av å være offer eller å være truet, brukes gjerne som valgkampstrategi (Emberland & Dyrendal, 2022).

Vi kan forstå at forholdene nevnt over, kombinert med skruppelløse algoritmer, netttroll og diverse ikke-redaktørstyrte medier – som knapt bryr seg om hva som er sant eller ikke – utgjorde en farlig cocktail i det journalisten Gabriel Gatehouse (2025) beskriver som et kaninhull ned i politisk paranoia. «Pizzagate», en konspirasjonsteori om det liberale establishment, som via QAnon-bevegelsen fikk stor utbredelse – ble medvirkende til stormingen av den amerikanske kongressen 6. januar 2021 (Sommer, 2023, s. 161). Spredningen av «Pizzagate» som ifølge Emberland og Dyrendal (2022) utgjør en «systemkonspirasjon» (s. 34), har bidratt til at tilliten til viktige samfunnsinstitusjoner og redaktørstyrte medier er svekket (Sommer, 2023). Deler av konspirasjonsfortellingene har i dag nådd «mainstream politics» i USA hvor så mange som 20 % av republikanerne synes å tro på QAnons konspirasjonsteorier (Prince, 2023).

Fantasifulle systemkonspirasjonsteorier som «Pizzagate» kan være vanskelig å motbevise, siden motargumenter gjerne fortolkes som «bevis» på selve konspirasjonens eksistens: Fravær av evidens forsterker altså troen (Emberland & Dyrendal, 2022). Når «sannhetssøkeren» (Rehn Jensen, 2026), altså konspirasjonsteoretikeren, selv tror hen gjør godt (s. 200) og kan utvikle en slags avhengighet «fordi konspirasjonstroen kan føles beroligende og euforisk» (s. 156), blir de selvforsterkende mekanismene svært tydelige.

Å teste realiteter og akseptere tap

Jeg mener det er fagetisk sentralt at psykologer ikke bare er opptatt av psykisk fungering, inkludert evnen til å teste realiteter, i hvilken grad vi tåler frustrasjon og aksepterer tap, men også hvordan svekkelser eller mangler i fungeringen kan påvirke samfunnsforhold. For vi møter konspirasjonsteoretisering hver eneste dag, siden det også er helt «normalt» (Dyrendal & Emberland, 2022), om ikke hos pasientene, så i oss selv. Vi kan selvsagt problematisere i hvilke dimensjoner eller nivå, men som profesjon mener jeg vi må kjenne vår besøkestid og være i stand til å problematisere og identifisere i hvilken grad befolkningen, og oss selv for den del, styres av realitets- versus lyst/ulyst-prinsippet som Freud formulerte allerede i forrige århundre. I en verden hvor teknologigiganter og

autokratiske ledere ved bruk av KI kan komme til å utnytte våre sårbarheter, som følelser av sinne og frustrasjon kombinert med en usikker følelse av identitet, vil demokratiet utfordres ytterligere (da Empoli, 2025).

Jeg mener psykologer må rette oppmerksomheten vel så mye mot hvordan det psykiske apparatet hos en så langt demokratisk befolkning fungerer, som å finne «riktig diagnose» for det vi forsøker å kurere. Altså ikke bare underlegge oss «profesjonell konformitet» som Mack-Borander (2026, s. 611) advarer mot. Er vi godt nok rustet til å tåle hjelpeløshet og mangel på kontroll, nederlag og skuffelser for «vår sak» uten å skyldte på andre og benekte realitetene? Ifølge Dyrendal og Emberland (2022) kan konspirasjonstenkning være uttrykk for en form for kritisk vurdering av informasjon, via vår forestillingsevne, mønstergjenkjenning og tilbøyelighet til å forstå andres vilje som årsak til hendelser. Men vi trenger kanskje mer psykologisk innsikt i bevegelsen fra nødvendig mistanke om andres intensjoner over i farlig radikalisering og ekstremisme, som inneholder det som kalles «superkonspirasjoner» (Emberland & Dyrendal, 2022, s. 34).

Vi må ikke sove

Det er ikke bare psykoanalytikere som Fromm og Hinshelwood som har vært opptatt av hvordan vi kan overgi vårt personlige ansvar til grupper og sterke ledere. Statsviteren Karen Stenner, med spesialisering i politisk psykologi, mener at en tredjedel av en befolkning vil ha en «autoritær predisposisjon», som blir «(...) attracted to authoritarian ideas because they are bothered by complexity. They dislike divisiveness. They prefer unity» (s. 106). Kort sagt en andel som ønsker enkle løsninger på komplekse problemer, og som på tvers av det politiske spekteret, utdannelsesnivå eller sosioøkonomiske forhold – «(...) seek solution in new political language that make them feel safer and more secure» (Applebaum, 2020/2021, s. 106).

For om det mentale apparatet er i ferd med å bryte sammen i en type svekket evne til å teste realitetene, kan vi også være utsatt for å utpeke syndebukker og gi etter for lyst til å plage andre via «transport av smerte», slik filosofen Arne Johan Vetlesen (2014) mener manglende erkjennelse av egen aggresjon kan føre til (s. 62). Det ligger en etisk fordring hos Freud om å søke sannhet både i oss selv og hos pasienter slik jeg ser det, når han i «Formulations on the Two Principles of Mental Functioning» (1911) beskriver hvordan vi helt eller delvis kan henfalle til en lystbetont fantasi eller hallusinasjon som vi kan erstatte

— *Vi møter
konspirasjonsteoretisering
hver eneste dag*

de ubehagelige ytre – og indre – realitetene med, og ikke klarer å avstå fra å presse tolkninger av denne over på andre, altså som en projeksjon (Freud, 1896).

Historikeren Timothy Snyder mener en viktig lærdom fra det 20. århundret for å beholde demokratiet ligger i vårt forhold til sannhet: «Man underkaster seg tyranniet når man fornektet forskjellen mellom det man ønsker å høre, og

det som faktisk er sant. Det kan føles naturlig og bekvemt å fornekte virkeligheten på denne måten, men resultatet er at man opphører å eksistere som individ – og dermed at ethvert politisk system som bygger på individualisme, faller sammen» (Snyder, 2017, s. 58). Som profesjon med mye kunnskap om hvordan sinnet fungerer, burde vi ha mye å bidra med i forhold til en slik alvorlig utfordring. Ⓜ

REFERANSER

Applebaum, A. (2021). *Twilight of Democracy: The failure of politics and the parting of friends*. Penguin Books. (Originalt publisert 2020).

da Empoli, G. (2025). *Rovdyrenes tid: Hvordan autokrater og teknogiganter tar over verden* (S. Sundby, Overs.). Press.

Dyrendal, A. & Emberland, T. (2019). *Hva er konspirasjonsteorier?* Universitetsforlaget.

Freud, S. (1896). Further remarks on the neuro-psychoses of defence. I J. Strachey (Red. & Overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, s. 162–185). <https://pep-web.org/browse/document/SE.003.0157A>

Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. I J. Strachey

(Red. & Overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, s. 213–226). <https://pep-web.org/browse/document/SE.012.0213A>

Frogner, F. V., Trovåg, E. O. & Rarogijević-Vuković, D. (2026, 13. juli). Ekspertter: – Ballen trenger ikke å ha vært borti vaieren. VG. <https://www.vg.no/sport/i/opWOKE/ekspertene-strides-ballen-trenger-ikke-ha-vaert-borti-vaieren>

Gatehouse, G. (2025). *The Coming Storm: Inside America's radical new politics of paranoia*. BBC Books.

Hinshelwood, R. D. (2023). Populism: The politics of emotions. *Psychoanalytic Inquiry*, 43(2), 110–118. <https://doi.org/10.1080/07351690.2023.2163148>

Mack-Borander, K. (2026). *Frihetens paradoks*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(9), 607–612. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as09ae-Frihetens-paradoks>

Prince, R. M. (2023). Locating the fascist mind. *Psychoanalytic Inquiry*, 43(2), 70–83. <https://doi.org/10.1080/07351690.2023.2163144>

Rehn Jensen, C. (2026). *Mamma er konspirasjonsteoretiker*. Res Publica.

Snyder, T. (2017). *Om tyranni: 20 ting vi kan lære av det 20. århundre*. Press.

Sommer, W. (2023). *Trust the Plan: The rise of QAnon and the conspiracy that reshaped the world*. HarperCollins Publishers.

Vetlesen, A. J. (2014). *Studier i ondskap*. Universitetsforlaget.

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

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

Del dine etiske refleksjoner i Etikkt-panelet.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Fagfolk må på barrikadene og kreve leken tilbake til barnas skole- og hverdagsliv.

Leken som stjeles fra barndommen



FOTO PRIVAT

TEKST Live Hareide
Privatpraksis

I august begynte igjen et kull med seksåringer på skolen. Til neste år er det 30 år siden Reform 97 ble innført.

Tanken bak reformen var at seksåringene skulle møte en barnehagepreget skole, der lek skulle være en sentral del av læringen. Dessverre har i praksis den frie leken fått mindre plass og blitt mer organisert og lærerstyrt (Bjørnstad et al., 2022; Håkensen, 2024). Det brukes mer tid på bokstavlæring, lesing, skriving og regning, noe som ble forsterket da PISA-undersøkelsen kom i 2001 og førte til mer oppmerksomhet på elevens faglige resultater. Mens Reform 97 spurte «Hvordan kan vi lage skolen slik at den passer for seksåringen?», ser vi en senere utvikling som spør: «Hvordan kan seksåringen komme raskt inn i skolens faglige system?»

Det er derfor på tide at temaet nå blir løftet skikkelig frem. Vi som er psykologer, må gå på barrikadene og bruke vår kunnskap om lekens betydning for trivsel, læring og utvikling. Vi bør nå påvirke politikere, skole og foreldre for å bevare dens plass i barndommen.

Lekens betydning

Mange fagpersoner har vektlagt lekens betydning. Donald Winnicott (2005) mente lek var grunnlaget for kreativitet, kultur og utvikling av selvet. Et sant selv utvikles hos barn som har en god nok mor, og er et spontant og autentisk uttrykk for når et barn føler seg trygt og støttet. Det er her leken kan oppstå. Et falskt selv, derimot, er et forsvar, en høflig fasade hvor barnet mangler spontanitet, er ytrestyrt, fungerer flinkt og korrekt, og undertrykker autenticitet og kjernen i personligheten. Også voksne leker, mente Winnicott. Vi gjør det gjennom å være spontane, møte verden kreativt heller enn mekanisk, gjennom bruk av humor og lek med språk, samt gjennom kunst og kultur og religion.

Lekeforsker og psykolog Brian Sutton-Smith (2001) så på lek som mangfoldig, dypt menneskelig og som en emosjonell overlevelse. Det motsatte av lek er ikke arbeid, men depresjon. Han satte opp syv «retorikker» som viste hvor mangefasettert den er. Disse var: lek som fremgang (*progress*), skjebne (*fate*), makt (*power*), fellesskap og identitet (*identity*), fantasi (*imaginary*), indre motivasjon og subjektiv opplevelse (*self*) og som overskudd (*frivolity*).

I Norge har Charlotte Lunde og Per Brodal (2022) særlig betont lekens kognitive betydning. De hevder at leken er en grunnleggende og medfødt

— Lek muliggjør også læring av empati

aktivitet hos barn, og at den er avgjørende for utvikling av hjernen og for emosjonell og sosial kompetanse. Å hindre barn i å leke kan føre til stress, redusert mestringsfølelse og lavere motivasjon for læring. Som de sier, bør barndommen inneholde mer lek hvis ikke ungdomstiden skal bli en «dans på nevroser».

Jeg kunne ha fortsatt, men lekens betydning er etter mitt syn uomtvistelig – likevel er den en for lite anerkjent bærebjelke i barns oppvekst. Men det finnes nok evidens til at vi som fagpersoner bør kjempe for den.

Hindre for barns lek

Jeg mener politikere stjal fra barns lek ved å la seksårsreformen gli ut og gradvis erstatte lek med fag. Men også dagens foreldregenerasjon er i ferd med å gjøre seg skyldige i det samme. Begrepene helikopterforeldre og curlingforeldre er godt kjent fra fagmiljøet og offentligheten. Helikopterforeldre overvåker og styrer sine barns liv, slik at barna får mindre frihet. Curlingforeldre fjerner motstand for barna sine og ser på foreldrerollen som en servicefunksjon.

Det er dessuten mitt inntrykk at det i dag er blitt langt vanligere for barn å ha organiserte aktiviteter, noe som også stjeler fra fri lek. Hvis du i dag finner barn ute i frisk luft, har de på seg lagdrakter, en trener som forteller dem hva de skal gjøre, og foreldre som sitter og ser på og heier. Det kan ikke kalles for lek.

Men den kanskje viktigste «tyven» som stjeler fra lek i dag, er skjermen. Skjermbruk kan føre til passivitet og redusere fantasi. Jeg mener at vi er blitt et helt samfunn som lider av skjermavhengighet. Ifølge Jonathan Haidt (2025) har barndommen gått fra den virkelige verden til den virtuelle. Han viser til mye forskning som bekrefter at etter 2010, da smarttelefonen gjorde sitt inntog i barns liv, har angst og depresjon skutt i været. I samme periode har skoleresultater gått ned. Fortellingen til Haidt er bygget opp rundt to samvirkende prosesser: Mens foreldre i dag har en tendens til å overbeskytte barna i den virkelige verden, har vi en tankeløs mangel på beskyttelse av barna i den virtuelle.

Foreldre i baksetet

Jeg mener Haidt har rett i sine betraktninger. Jeg tror de fleste foreldre i dag opplever det: Forhandling om skjermbruk er en kilde til konflikter hjemme. Foreldre i dag er den første generasjonen foreldre som opplever at barnas digitale hverdag er noe vi selv ikke har første-håndserfaring med fra egen oppvekst. Fraværet av digital regulering vi ser overfor barn nå, skyldes trolig det store spriket mellom voksne og barns erfaringer. Foreldre er etter mitt syn digitalt inkompetente, og har inntatt en plass i baksetet.

Også i psykisk helsevern er lekens verdi i ferd med å mistes av syne. I fagfeltet vårt uttrykkes det nå bekymring for at leketerapi får mindre plass i behandlingen (Løkke, 2006). Dette skyldes delvis økonomiske kutt, på tross av opptrapping av psykisk helsevern og politiske mål om å styrke psykisk helse for barn og unge. Det skyldes nok også at det nå kreves mer kortvarige terapiformer og tjenestene blir mer standardiserte og målbare.

Lek fra naturens side

Den tyske pedagogen Friedrich Fröbel sa en gang: «Lek er kongeveien til læring» (Fröbel, 1826/1887, s. 55). Lek har også en verdi selv om den ikke alltid fører med seg bedre karakterer eller målbare resultater. Lek er en genial gave fra naturens side som fremmer utvikling av hjernen og kognitiv vekst gjennom problemløsning og tenkning. Den har i seg utøvende funksjoner, som planlegging, språk og kommunikasjon. Den gjør at barna utforsker verden, tester hypoteser og forstår sammenhenger. Den stimulerer sosiale ferdigheter, hvor barna må samarbeide, dele, vente på tur og forhandle. Barna lærer i tillegg å uttrykke følelser, bearbeide skuffelser og løse konflikter. Lek muliggjør også læring av empati.

Om ikke det var nok, gir lek fysiske fordeler ved å utvikle motoriske egenskaper, og fremmer helse ved bevegelse og aktivitet utendørs i frisk luft. Den stimulerer kreativitet og fantasi, og har psykologiske fordeler ved at barna lærer å lytte til seg selv og bli mer indrestyrt. Den gir barna indre motivasjon og bedre evne til problemløsning. Den fremmer egenagens og utvikler autonomi.

Så vi psykologer bør opp på barrikadene for å verne om leken, og løfte frem dens betydning overfor politikere, skole og foreldre. Neste høst runder Reform 97 30 år. Vi får håpe at seksåringene som begynner da, kan møte et skoletilbud som i langt sterkere grad er preget av den verdifulle og uerstattelige leken. 📞

REFERANSER

- Bjørnstad, E., Myrvold, T. M., Dalland, C.P. & Hølland, S. (red). (2022). *Hit eit steg og dit eit steg – sakte, men sikkert framover? – En systematisk kartlegging av premisser for og trekk ved første klasse*. (Delrapport 1, Skriftserie 2022 nr. 7). OsloMet. <https://skriftserien.oslomet.no/skriftserien/article/view/794>
- Fröbel, F. (1887). *The Education of Man* (W. N. Hailmann, Overs.). D. Appelton and Company, s. 55. (Opprinnelig utgitt 1826)

- Haidt, J. (2025). *The Anxious Generation. How the Great Rewiring of Childhood is Causing an Epidemic of Mental Illness*. Penguin. <https://doi.org/10.7202/1111650ar>
- Håkensen, S. T. S. (2024, 17. juni). *Evaluering av seksårsreformen: Slik kan skolen bli bedre for de yngste elevene*. OsloMet. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/evalueringen-seksarsreformen-slik-kan-skolen-bli-bedre-yngste-elevne>
- Lunde, C. & Brodahl, P. (2022). *Lek*

- i nevrosperspektiv. Hvordan gode intensjoner kan ødelegge barns lærelyst*. Universitetsforlaget.

- Løkke, P. A. (2026). Leken som forsvinner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(5), 336–341. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso5ae-Leken-som-forsvinner
- Sutton-Smith, B. (2001). *The Ambiguity of Play*. Harvard University Press.
- Winnicott, D.W. (2005). *Playing and Reality*. Routledge Classics.

Vi tar ansvaret for å opprettholde
testenes integritet svært alvorlig.

Pearson beskytter testenes integritet



FOTO PRIVAT

TEKST

Gert Jaap Schoppink
Clinical Assessment
International Sales, Pearson,
Nederland

Svar på kronikken «Pearson hindrer nødvendig innsyn» (Skogli et al., 2026).

Pearson har respekt for klinikerens arbeid og kompetanse og er sterkt engasjert i å levere tester av høy kvalitet for å støtte faglige vurderinger. Kliniske tester kan bidra til avgjørelser som påvirker enkeltmenneskers liv. Derfor tar vi ansvaret for å opprettholde testenes integritet svært alvorlig.

Bakgrunnen for vår beslutning om å endre måten normdata er presentert på, er å beskytte materialet mot uautorisert kopiering og bruk utenfor de kvalitets-sikrede systemene testene er validert for. Tatt dette i betraktning inneholder manualene informasjon om normeringsutvalget og psykometriske egenskaper, opplysninger som understøtter analyse av testenes normgrunnlag.

Verdien av testene avhenger både av den vitenskapelige forankringen og ivaretagelsen av standardene som gjelder for testenes utvikling, administrering og tolkning. Denne tilnærmingen er i tråd med praksis i hele regionen.

Vi ser frem til videre dialog med det kliniske fagmiljøet. 

REFERANSER

Skogli, E. W., Nybakken, G., Ericson, S., Køhn, K. & Øverland, E. (2026). Pearson hindrer nødvendig innsyn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(9), 604–606. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as09ae-Pearson-hindrer-nodvendig-innsyn

KONTAKT Parvin.Yazdani@pearson.com



Millioner av offentlige midler
investeres i en intervensjon uten
tilfredsstillende evidens.

Circle of Security – foreldreveiledning uten effekt



FOTO PRIVAT

TEKST

Lars Smith
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Circle of Security Parenting, bedre kjent som COS-P eller Trygghetssirkelen, er et veiledningsprogram for alle foreldre med barn i alderen fra fire måneder til seks år der målet er å styrke foreldrenes mentaliseringskapasitet og fremme trygg tilknytning i barnet (Bufdir, u.å.).

COS-P har de siste årene hatt en oppsiktsvekkende vekst i inn- og utland, og preget hvordan helsepersonell forstår tilknytningsbegrepet. Programmet er iverksatt på helsestasjoner over hele landet. Helsesykepleiere bruker modellen i arbeid med foreldregrupper og ved hjemmebesøk i barseltiden, og den anvendes av psykologer og familieterapeuter i barnevernsarbeid. Likevel finnes ingen forskning som viser at tiltaket har en positiv effekt på småbarns tilknytningsatferd.

Man kan undres hvilke kulturer som rår innen helsevernet og blant klinikere som muliggjør at Circle of Security og andre kostbare psykoedukative programmer blir iverksatt til tross for manglende evidens.

En tilknytningsbasert intervensjon

Trygghetssirkelen anvendes for å fremme relasjonen mellom sped-/småbarn og foreldre. Ved bruk av en sirkelformet figur blir grunnbegrepene i tilknytningsteorien illustrert slik at foreldre og andre omsorgspersoner kan få en intuitiv forståelse av de minste barnas behov for henholdsvis nærhet/trygghet og autonomi/utforskning. Figuren viser barnet ved toppen av sirkelen (støtte utforskning), og ved bunnen (trøst og beskyttelse), samt omsorgspersonens hender (som illuderer at den voksne må være snill og samtidig fremtre som større, sterkere og «klokere» enn barnet).

Gjennom psykoedukasjon og refleksjon er metodens fremste mål å styrke omsorgspersonens evne til å møte det lille barnets tilknytningsbehov. Ved å bruke videoklipp av utvalgte samspillsepisoder som basis for omsorgspersonens refleksjon blir den voksne vist veien til å se og reagere på de ulike behovene som barnet gir uttrykk for rundt omkring på sirkelen.

Behov for evidens

Med tanke på den utstrakte bruken av COS-P og de betydelige ressursene helsevernet bruker på å implementere programmet og sertifisere personell, er det viktig å skaffe til veie evidens for metodens anvendbarhet. Da er det to veier å gå: Man kan basere seg på metastudier som oppsummerer og sammenstiller resultatene fra flere uavhengige, primære enkeltstudier, og på den måten undersøke effekten av COS-intervensjonen på ulike tilknytningsrelevante utfall.

Alternativt kan man bruke systematiske oversikter og nasjonale vurderinger som sammenfatter forskningslitteraturen på COS og vurderer studienes kvalitet, uten at det er foretatt noen samlet statistisk analyse av dataene.

Metastudier er svært omfattende og krevende å gjennomføre. Alternativet er enklere å gjennomføre og innebærer som regel kvalitative aspekter ved de enkelte undersøkelsene (som deltakernes opplevelse av å ha vært med på studien) og holdbarheten av de kvalitative metodene.

En metaanalyse må være basert på store, randomiserte og kontrollerte primærstudier. Denne typen studier av tilknytningsatferd er svært tid- og kostnadskrevende, og det foreligger få undersøkelser som muliggjør nødvendige metaanalyser. Per i dag finnes bare to store metastudier av intervensjonseffekten av Circle of Security (Hawkins et al., 2025; Bakermans-Kranenburg et al., 2026), samt en eldre metastudie (Yaholkoski et al., 2016) som ikke tilfredsstiller metodiske krav.

Ingen effekt på tilknytning

Studien til Yaholkoski et al. (2016) rapporterte middels til store utfallseffekter på hvordan omsorgspersonene mestret tilknytningsrelevante utfordringer, reduksjon i foreldredepresjon, og av størst interesse: positive endringer i barnas tilknytningstrygghet. Undersøkelsen førte til mye optimisme, men viste seg å lide av metodiske svakheter. Det inngikk få enkeltstudier, disse blandet typiske og atypiske deltakere (både når det gjaldt barn og foreldre), var uklare på hvem som fungerte som omsorgspersoner (foreldre vs. betalt dagpersonell), og var basert

på ulike versjoner av COS-programmet (den opprinnelige intensive formen COS-I eller den forenklete foreldreveiledningsvarianten COS-P).

Studiene til henholdsvis Hawkins og Bakermans-Kranenburgs forskergrupper har nær forbindelse med hverandre ved at begge baserer seg på en teori om hvilke endringer man kan forvente som resultat av en COS-intervensjon. Hawkins' analyse inkluderte begge varianter av COS-programmet (COS-I og COS-P), men siden det i denne undersøkelsen inngikk få primærstudier basert på den intensive formen, var effekten på tilknytningsatferd vanskelig å evaluere. Effekten på relasjonen mellom barn og foreldre var blandet.

Bakermans-Kranenburgs forskergruppe, som bare undersøkte COS-P, fant ingen statistisk signifikante effekter på foreldrenes sensitivitet eller psykiske helse (stress/angst), og heller ikke på barnas tilknytningskvalitet sammenliknet med kontrollgrupper.

Systematiske oversikter går som nevnt utenom de statistiske metaanalysene og rapporterer gjerne resultater som gjelder foreldrenes opplevelser etter å ha fullført COS-P. Oversiktene kan også gi oppsummeringer av enkelte kvantitative resultater. Slike kunnskapsoppsummeringer er blant annet publisert i tidsskriftet *Ungsinn* (Rye & Eng, 2021) og i en nyere norsk artikkel (Øen et al., 2026). Foreldre rapporterer stort sett om positive opplevelser av programmet og om økt forståelse for at de bare trenger å være en «god nok» (ikke perfekt) forelder. De sier også at de av den grunn har fått mindre skyldfølelse og opplever bedre emosjonell kontroll – som at de holder seg roligere når barnet har raserianfall.

Kunnskapsoversiktene gir ingen støtte for at COS-P har effekt på barnas tilknytningstrygghet. De kvantitative resultatene som rapporteres (for eksempel om foreldrestress og mestring), er små og usystematiske.

Advarer mot lettvinne løsninger

Robert Marvin (University of Virginia) – som er en sentral tilknytningsforsker, tidligere medarbeider av Mary Ainsworth og et sentralt medlem i gruppen som utviklet det opprinnelige COS-prosjektet – har vært en tydelig talsperson for bruk av den intensive versjonen av COS (COS-I). Denne varianten innebærer at man filmer barnet og en forelder i Ainsworths fremmedsituasjon og tar et COS-intervju med foreldrene, og derfra analyserer hvordan foreldrene kan komme til å feiltolke barnets signaler i samspillet ut fra egne reaksjons- og tankemønstre. Prosessen krever grundig opplæring i å forstå hva som skjer når småbarn opplever kortvarig atskillelse og gjenforening med en forelder i fremmedsituasjonen.

— *Kunnskapsoversiktene gir ingen støtte for at COS-P har effekt på barnas tilknytningstrygghet*

Marvin advarer mot å bruke COS kommersielt basert på ferdigproduserte videoopptak av barn som er ukjente for foreldrene, slik COS-P nå blir brukt, da det vil hindre muligheten for skreddersydde behandlingsopplegg.

En annen fremtredende tilknytningsforsker, Jude Cassidy (University of Maryland), har hatt samme grunnholdning, men vært pragmatisk nok til selv å lede randomiserte kontrollerte studier av COS-P for å undersøke hvorvidt «lettversjonen» kan ha noe for seg, spesielt når den anvendes på spesielt sårbare grupper av barn og mødre. I en studie av lavinntektsfamilier fant Cassidys forskergruppe at COS-P forbedret barnas sosioemosjonelle fungering etter intervensjonen, og at mødre ble bedre til å se sine egne negative reaksjoner på barnet. Likevel ble ikke mødre mer sensitive på barnas signaler, og barnas tilknytningsstatus ble heller ikke endret (Cassidy et al., 2017).

Feil bruk av offentlige midler

Når det er snakk om et tilknytningsbasert intervensjonsopplegg – som Circle of Security er – må det overordnede målet være å bedre kvaliteten på sårbare barns tilknytning – ikke nødvendigvis foreldres sosioemosjonelle kompetanse eller mulige dårlige samvittighet i forbindelse med omsorg.

Det er oppgitt at rundt 15 % av barn i småbarnsalderen viser tegn på desorganisert tilknytning (van IJzendoorn et al., 1999), som er den formen som spesielt gir grunn til bekymring og kvalifiserer for tiltak. Prevalensen kan tenkes å være noe lavere her i landet grunnet relativt godt fungerende barnevern og gode oppvekstvilkår. Det er tenkelig at Circle of Security-programmet ikke har noen effekt på barn med oppvekstvilkår som er «gode nok», men kan ha positiv effekt der omsorgen er dysfunksjonell. Hvis betingelsene er lite gunstige, vil COS kanskje lettere tjene som modell og gi foreldreinnsett i hva som særpreger «god nok» omsorgsattferd. Problemet er at de fleste foreldre som gjennom kommuner og helseforetak blir med på COS-P, trolig allerede besitter en grunnleggende, intuitiv evne til å reflektere over egne og barnets reaksjoner og følelser, og derfor ikke har så mye å hente.

Det er etter mitt syn feil bruk av ressurser å sluse en stor del av populasjonen av småbarn inn i et dyrt og ressurskrevende intervensjonsprogram. Inkludering av familier på bredt grunnlag er sannsynligvis en grunn til at intervensjonsstudiene stort sett har hatt null effekt. Det er likevel god grunn til å anta at mange småbarn som vokser opp i dysfunksjonelle familier, har desorganisert tilknytning og vil ha godt av tilknytningsbaserte tiltak. Selektiv utvelgelse av småbarnsfamilier, basert på screening med tilknytningsintervju og kvalifisert analyse basert på observasjon av eget barn i Ainsworths fremmedsituasjon, slik Robert Marvin som nevnt forfekter, vil faglig sett være en mer hensiktsmessig tilnærmingstype og også samfunnsøkonomisk mer forsvarlig.

Et nødvendig kritisk blikk

Det er kanskje ingen som vet eksakt hvor mye det norske helsevernet og oppvekstsektoren har brukt på noe som hittil ikke har dokumentert effekt. Offentlige midler har gått til sertifisering av fagpersoner og abonnement på rettigheter til å strømme videomateriell. I tillegg kommer et høyt antall arbeidstimer som offentlig ansatte får betalt for å arbeide med COS-P, og midler for å dekke frikjøp av ansatte og opplæringskostnader. Vi snakker trolig om tresifrede millionbeløp i løpet av perioden programmet har vært rullet ut.

Det er grunn til å være skeptisk til massebruken av Circle of Security-modellen basert på det standardiserte undervisningsprogrammet vi kjenner som COS-P. Når metoden blir redusert til et rent undervisningsprogram, mister man muligheten for den individuelt tilpassede psykoterapien som COS-I muliggjør. Selv om sistnevnte krever langt mer omfattende sertifisering enn kurset som skal til for å bli COS-P-veileder, vil screening av barn for desorganisert tilknytning eller risiko for slik utvikling redusere antall familier som unødig sluses inn i programmet. Etter all sannsynlighet vil det klinisk være mer forsvarlig og sosialøkonomisk mer lønnsomt at det psykiske helsevernet og oppvekstsektoren satser på COS-I fremfor COS-P.

I alle fall trengs et kritisk blikk på effekten av Circle of Security-programmet. 

REFERANSER

- Bakermans Kranenburg, M. J., Galbally, M., Hawkins, E. & van IJzendoorn, M. H. (2026). Efficacy of the Circle of Security-Parenting (COS-P): A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Development and Psychopathology*, 38, 112–128.
- Bufdir (u.å.). Circle of Security Parenting (COS P). *Bufdir*. <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/cosp/>
- Cassidy, J., Brett, B. E., Gross, H. E., Stern, J. A., Martin, D. R., Mohr, J. J. & Woodhouse, S. S. (2017). Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial with low-income mothers. *Development and Psychopathology*, 29(2), 651–673. <https://doi.org/10.1017/s0954579417000244>
- Hawkins, E., Byron, B., Huber, A., Perry, N., McMahon, C. & Boris, N. W. (2025). Applying a Theory of Change Approach to Evaluating Evidence for Circle of Security Interventions: A Systematic Review. *Psychotherapy*, 62(4), 445–456. <https://doi.org/10.1037/pst0000592>
- Rye, M. & Eng, H. (2021). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Circle of Security (COS) International-Parenting (COS-P) 2. utg. Ungsinn. *Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*, 13(1). <https://doi.org/10.7557/25.7571>
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–250. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- Yaholkoski, A., Hurl, K. & Theule, J. (2016). Efficacy of the Circle of Security Intervention: A Meta-Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15(2), 95–103. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1163161>
- Øen, K. G., Wold, V. V., Braarud, H. C. & Rasmussen, I. S. (2026). Parents' experiences with the Circle of Security Parenting (COSP) intervention – a scoping review of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-Being*, 21(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2026.2644584>

TEKST Kyrre Dyregrov
Øygarden kommune
Onlinepsykologene

Verdifullt om lav selvverdi



BOK *Kognitiv terapi i behandling av lav selvverdi*

FORFATTER Neeta Myrseth Parmar og Roger Hagen

ÅR 2025

FORLAG Fagbokforlaget

SIDER 128 sider

Tross enkelte mangler kan boken anbefales for alle som jobber med lav selvverdi i terapirommet.

Kognitiv terapi i behandling av lav selvverdi er en lettlest og praksisnær bok om et tema som ofte står sentralt i terapi: menneskers opplevelse av egenverdi. Lav selvverdi er et gjennomgående fenomen på tvers av diagnoser og problemområder, og forfatterne har skrevet en bok som både gir innsikt i temaet og konkrete verktøy for klinisk arbeid.

Bred tilnærming

Forfatterne trekker frem Melanie Fennells klassiske bok *Å bekjempe lav selvfølelse* som en viktig inspirasjonskilde. Dette er tydelig både i forståelsen av selvverdi og i flere av de kognitive arbeidsmetodene som presenteres gjennom boken. Forfatterne har hentet inspirasjon fra flere terapeutiske tradisjoner, blant annet kognitiv terapi, metakognitiv terapi, aksept- og forpliktelsesterapi og emosjonsfokustert terapi. Dette gir boken en bred tilnærming til selvverdiproblematikk og presenterer leseren for en rekke strategier og intervensjoner som kan brukes i terapi. Det brede perspektivet er på mange måter en styrke, fordi det inviterer terapeuten til å være fleksibel i møte med klientens behov. Samtidig kan de ulike perspektivene til tider fremstå som noe utydelig integrert, og lesere med sterk forankring i andre terapeutiske tradisjoner kan oppleve enkelte formuleringer som utfordrende. For eksempel omtales ubehagelige emosjoner flere steder som «negative følelser», noe som kan skape faglige innvendinger blant terapeuter med et mer emosjonsfokustert perspektiv (for eksempel undertegnede).

Betydningen av belastende livserfaringer

En av bokens styrker er at den synliggjør sammenhengene mellom lav selvverdi og belastende livserfaringer. Opplevelsen av lav selvverdi er vanlig i befolkningen

— avstanden mellom intellektuell innsikt og emosjonell overbevisning er ofte en av de største utfordringene i terapi

generelt, men forekommer særlig ofte hos mennesker som har opplevd ulike former for krenkelser, avvising, kritikk, mobbing eller traumer. Her lykkes forfatterne i stor grad med å vise hvordan slike erfaringer kan bidra til å forme menneskers syn på seg selv.

Likevel savner jeg et enda tydeligere søkelys på erfaringenes rolle. En mer omfattende utforskning av hvordan selvverdi-problemer oppstår og vedlikeholdes gjennom konkrete livserfaringer, kunne bidratt til ytterligere normalisering og forståelse hos leseren. En slik tilnærming kan ofte hjelpe klienter med å se lav selvverdi som et forståelig resultat av det levde livet snarere enn som et uttrykk for personlige mangler. Siden boken i stor grad er forankret i kognitiv atferdsterapi, er det forståelig at hovedvekten ligger på opprettholdende faktorer i nåtid, men jeg synes likevel at dette perspektivet kunne fått mer plass, slik det for eksempel gjør i Fennells bok *Å bekjempe lav selvfølelse*.

Den viktige atferden

Et annet område jeg gjerne skulle sett viet større oppmerksomhet, er betydningen av atferd og atferdseksperimenter. Mange klienter med lav selvverdi forteller at de rent rasjonelt kan forstå at de har verdi som mennesker, men at de ikke kjenner det følelsesmessig. Nettopp denne avstanden mellom intellektuell innsikt og emosjonell overbevisning er ofte en av de største utfordringene i terapi.

Boken vier noe plass til dette dilemmaet og un-

derstreker betydningen av å arbeide med følelser når selvverdi-problemene er forankret i vonde erfaringer som for eksempel mobbing eller avvising. Dette er et viktig bidrag. Samtidig savner jeg et enda sterkere søkelys på hvordan atferdseksperimenter kan brukes til å utfordre fastlåste og egosyntone antakelser om egen verdi. Når klienter får mulighet til systematisk å teste ut egne forestillinger i praksis, kan erfaringene ofte ha større gjennomslagskraft enn nye tanker alene. På dette området opplever jeg at Fennells *Å bekjempe lav selvfølelse* hadde et tydeligere og sterkere atferdsfokus.

Nyttig for klinisk praksis

Til tross for enkelte innvendinger er dette en bok jeg gjerne anbefaler til terapeuter som arbeider med selvverdi-problematikk. Forfatterne kombinerer et lett tilgjengelig språk med mange klinisk relevante refleksjoner og metoder. Særlig positivt er søkelyset på både kognitive intervensjoner og emosjonelle prosesser, noe som gjør boken relevant for terapeuter med ulike faglige ståsteder.

Kognitiv terapi i behandling av lav selvverdi gir ikke nødvendigvis alle svarene på hvordan lav selvverdi bør forstås og behandles, men den representerer et verdifullt bidrag til litteraturen på feltet. Leserens sitter igjen med både økt forståelse og ikke minst en rekke konkrete verktøy som kan tas i bruk i møte med mennesker som strever med lav selvverdi.

LES PÅ PSYKOLOGTIDSSKRIFTET.NO

NYHETER

Svensk ADHD-klinikk
tester mulig smutthull
i norsk regelverk

FRA PRAKSIS

Et liv på femten
minutter – psykologen
hos fastlegen

KOMMENTAR

Psykologen hos
fastlegen trenger
mer enn et kontor

DEBATT

Foreningen må
markere fagets
grenser



TEKST Magnus Johan Engen
Anders Flækøy Landmark
Marit Råbu
Einar Johan Vestnes



BOOK *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*
FORFATTER Philip Bromberg
ÅR 1998
FORLAG Analytic Press

Å være seg selv, og samtidig mange

En psykoanalytisk lesegruppe leste Bromberg fra perm til perm for å lære mer om traumebehandling. Det åpnet måter å tenke på som kjentes utfordrende og klinisk anvendelige.

Philip Bromberg (1931–2020) var opptatt av traumer, og av dissosiasjon som en normal og adaptiv tilpasning som er nødvendig for å bevare selvet i pressede situasjoner. Utover i forfatterskapet hans ble det stadig tydeligere hvordan han så de fleste former for psykisk uhelse som resultat av huller i opplevelsen av, og fortellingen om, hvem vi er. Slike mangler kan bidra til at vi lager oss uhensiktsmessige, rigide eller virkelighetsferne forestillinger.

Bromberg tenkte seg at selvet består av flere ulike selvtilstander som eksisterer side om side, og som veksler. God psykisk helse handler om å tåle mangfoldet av selvtilstander og virkelighetsoppfatninger:

Self-expression and human relatedness will inevitably collide ... but health is not integration. Health is the ability to stand in the spaces between realities without losing any of them. This is what I believe self-acceptance means and what creativity is really all about – the capacity to feel like oneself while being many. (Bromberg, 1998, s. 186)

Bromberg så på seg selv som en interpersonlig/relasjonell psykoanalytiker, og var knyttet til det interpersonlige William Alanson White Institute i New York, og til programmet for relasjonell psykoanalyse ved NYU Postdoc (Stern, 2021). Han skrev en rekke fagartikler og essay, og mange av tekstene hans er samlet i tre bøker (Bromberg, 1998, 2006, 2011). En introduksjon til forfatterskapet hans har nylig kommet ut (Bass & Ceccoli, 2026).

I løpet av de siste årene har vi lest bøkene til Bromberg, kapittel for kapittel, og diskutert dem med hverandre. Utgangspunktet vårt var at vi ville lære mer om å arbeide terapeutisk med traumer. Da vi begynte å lese Bromberg (1998), åpnet det seg måter å tenke på som kjentes både utfordrende, dypt meningsfulle og klinisk anvendelige. Bromberg gir form til fenomener som lett kan glippe, men som kan ha avgjørende betydning i møter mellom mennesker. Tekstene hans er så komplekse og fulle av paradokser at det kjennes selvmotsigende å forsøke å skrive noe kort og tydelig om dem. Her gjør vi likevel et forsøk.

Et mangfoldig selv-begrep

Bromberg var opptatt av psyken som en prosess her og nå, hvor vi forsøker å skape oss selv og håndtere mer eller mindre uforenlige opplevelser av virkeligheten. Selvets avspaltning av overveldende opplevelser gjennom dissosiasjon, og påfølgende konstruksjon av tallrike mer eller mindre forenlige selv og selvtilstander, danner fundamentet i metapsykologien hans. Det ubevisste som et eget «sted», der de viktige kampene utkjempes, har ingen plass hos Bromberg: «I wish to convey in a single phrase my view of the unconscious as a reality that is 'inside', 'outside' and simultaneously both» (Bromberg, 1998, s. 166). De ubevisste drivkreftene og det konfliktfylte forstås i lys av en psyke som kontinuerlig forsøker å skape mening av erfaringer, men hvor disse er som et puslespill der vesentlige brikker ble dissosiert bort i en svunnen tid. Det tapte er der gjennom sitt fravær. Denne delen av Brombergs syn på selvet og bevissthet er i tråd med et av de rådende paradigmenes innen nevrovitenskap, der selvet forsøker å predikere både sin egen tilstand og omgivelsene, og skaper seg selv i sanntid (Seth, 2021). Brombergs perspektiv harmonerer også med selvet i eksistensiell fenomenologi, slik det beskrives av bl.a. Sartre (1943/2020) i *Væren og intet*. Sartre la også vekt på hvordan bevisstheten skaper en virkelighet med langt mindre bruk av objektiv input fra sansene enn hva vi ofte tenker. På samme måte som hos Sartre vil bevisstheten, eller væren, ikke ha noen ubevisst del som opererer i det skjulte. Isteden er det en pågående prosess som springer ut av sine tidligere steg. Brombergs

vektlegging av hvordan virkeligheten konstrueres i her-og-nå-opplevelser, gjør at tenkningen hans ligner på det man kan kjenne igjen fra feltet fenomenologisk psykopatologi (Stanghellini et al., 2019).

Ikke overraskende viste Bromberg tidlig interesse for mentaliseringstradisjonen, og han refererer hyppig til Fonagy, Target og andre innen denne tradisjonen, som på tidspunktet da Bromberg skrev, holdt på å bygge opp sitt fundament. I ettertid har MBT-tradisjonen utviklet seg i retning av en mer manualisert terapiform, med større vektlegging av de kognitive elementene. Bromberg ville nok foretrukket MBT-tradisjonens vektlegging av det relasjonelle aspektet.

Relasjonelle traumer

Brombergs perspektiv på traumer er relasjonelt. Traumer kan forstyrre opplevelsen av kontinuitet i selvet, og undergrave erfaringen av hvem man selv er. Det skjer i situasjoner der man ikke kan flykte fra en overveldende erfaring, og hvor det ikke er håp om beskyttelse, trøst eller lettelse. Dersom erfaringen av overveldelse varer for lenge, er for voldsom, psyken er for umoden eller sårbar, og betydningsfulle andre i tillegg oppfører seg som om den traumatiske hendelsen ikke er reell, kan nivået av affektiv destabilisering hindre at erfaring blir integrert og prosessert som en del av selvopplevelsen. Traumer handler dermed ikke bare om overveldelse. Minst like viktig er mangelen på «recognition» fra primære omsorgspersoner. Det engelske begrepet «recognition» er mettet med mening, og ikke uten videre lett å oversette til norsk: Det handler om å bli anerkjent av primære omsorgspersoner, og etter hvert i andre nære relasjoner, på måter som gjør at man både blir sett og verdsatt som den man er.

Dissosiasjonens pris

Brombergs dissosiasjonsbegrep er også mangfoldig. Han så på dissosiasjon som det mest sentrale psykologiske forsvar, kjennetegnet ved at sinnet adaptivt innskrenker kapasiteten for selvrefleksivitet, og kobler ut deler av erfaringen. På den ene siden er det hverdagsfenomener som alle opplever, som å koble av og ikke få med seg detaljer i et møte hvor man kjeder seg, eller filtrere ut grufulle detaljer fra en nyhetssak. På den andre siden er det et vesentlig element i alvorlige former for patologi hvor selvopplevelsen kan kobles ut, om man for eksempel utsettes for overgrep eller tortur. Det første er for Bromberg den vanlige *prosessen* ved dissosiasjon. Det sistnevnte og mer alvorlige er der prosessen også bygger inn dissosiative *strukturer*. Paradoksalt nok er målet med dissosiasjon å opprettholde personlig kontinuitet, koherens og integritet i selvfølelsen. Opplevelsen av et enhetlig selv er en ervervet og utviklingsmessig adaptiv illusjon: Det er når illusjonen om et sammenhengende selv er truet, for eksempel av inntrykk som selvet ikke kan symbolisere, at vi reagerer med dissosiasjon. Det å bevare bånd til andre er livsviktig. Derfor kan vi dissosiere deler av oss selv som vekker angst hos omsorgsper-

soner og betydningsfulle andre. Dissosiasjon oppstår spontant og proaktivt når den behøves, og handler om muligheten for «escape when there is no escape» (Putnam, 1992, s. 104).

En som i liten grad kan uttrykke sine mulige sanne selv og selvtilstander, vil oppleves av andre som lite autentisk. Bromberg viser til Winnicotts (1964, 1965) begrep om «falskt selv». I en dissosiert selvtilstand vil selvet være mindre «sant».

Omkostningene for den som i stor grad har fått personligheten formet av behovet for å dissosiere, kan også være en vedvarende fremmedfølelse, og en opplevelse av at noe ved en selv er fundamentalt «galt». Denne følelsen kan være sterk, og på samme tid vag og utydelig. Selv om man ikke er i stand til å artikulere hva som er galt, er en slik følelse gjerne kombinert med en sterk trang til å rette opp i det gale. Pasienter som ikke vet hva de føler, trenger en behandler som kan hjelpe dem med å gjenkjenne følelsene. Om man ikke gjenkjenner et fenomen, vil det kunne gå hus forbi. Gjenkjenner du ikke sinne som sinne, trishet som trishet, misunnelse som misunnelse, konflikt som konflikt, osv., vil det enten gå under radaren eller du vil misoppfatte hva det handler om. Du kan forveksle sinne med trishet, trishet med misunnelse, osv. I psykologien vil slik gjenkjennelse ha sammenheng med inntoning og speiling, men også med fenomener som validering og bekreftelse.

I tillegg kan man også se mer vidtrekkende konsekvenser av Brombergs dissosiasjonsforståelse. Eksponeringstrening som er rettet mot følelsesmessig ubehag, vil med tenkningen til Bromberg være terapeutisk bare dersom man også klarer å møte ubehaget man har unngått med en ny og annen oppmerksomhet. Aspekter av det som unngås, må gis en ny forståelse, der personen i større grad makter å «stand in the spaces» mellom aspekter av opplevelsen som er dissosiert vekk, og deler av selvet som er tilstedeværende med en nysgjerrig oppmerksomhet. Her er det møtepunkter mellom Brombergs psykologi og nyere retninger innen kognitiv atferdsterapi som vektlegger ikke-dømmende oppmerksomhet under eksponering for følelsesmessig ubehag (Curreri et al., 2022).

Diagnoser er som flymat

Bromberg (1998, s. 295) brukte en anekdote fra en flytur for å beskrive hvordan han så på diagnoser: Flyvertinnen annonserte over høyttaleren at passasjerene kunne velge mellom kylling og lasagne. Hun la til at den som ikke får førstevalget, ikke behøver å ta det tungt, for hun hadde smakt begge rettene, og de smakte bemerkelsesverdig likt. Flymat er sjelden verken sunt eller godt, men kan også være ok, og det er greit å ha noe i magen. Likeledes har diagnoser begrenset verdi når det kommer til å forstå den enkelte pasient, og hva hun eller han strever med og trenger hjelp med. Når det gjelder diagnoser, er det også greit å vite at man ikke trenger å bli overrasket om det man først trodde var det ene, etter hvert viser seg å være noe annet.

Autentisitet er nødvendig

Som lærere og veiledere har vi sett at studenter og nyutdannede psykologer med sterk interesse for dynamisk psykoterapi kan beskrive prosesser der terapi blir vanskelig på ganske typisk vis: Først vil de skape et tillitsfullt bånd med en pasient under utredningsprosessen, hvor de møter pasienten som et nysgjerrig subjekt som ønsker å forstå pasientens liv i både bredde og dybde. Deretter inntar de en mer distansert og abstinert rolle når selve psykoterapien begynner. Ikke sjelden vil pasienten streve med å føle seg forstått, og alliansebrudd kan fort ende opp med brudd i forløpet. Psykologens forståelse av rollen sin er i slike tilfeller ofte at man skal opphøre å være en autentisk person *til fremme for pasientens personlige vekst*, idet man gikk fra utredning og over til psykoterapi. Problemet er at det blir tango for én, og pasienten føler seg forlatt. Slike tilfeller av brudd bringer oss til noe av det sentrale i Brombergs tenkning. Utover i forfatterskapet beskrev han tydeligere hvordan, og ikke minst hvorfor, tenkningen hans bryter med klassisk psykoanalytisk teori. I boken *Awakening the Dreamer* (Bromberg, 2006) peker Bromberg på hvordan Freuds (1923) psykologi hviler på et premiss om at psyken er selvtilstrekkelig og avgrenset. Basert på den antakelsen mente Freud at terapien skulle være en ramme der psykens innhold kunne følge seg ut med minst mulig innblanding fra terapeuten. Terapeutens oppgave blir å være til stede som et mest mulig nøytralt objekt for pasientens projiserte fantasier, konflikter og øvrige psykiske materiale, uten selv å tre frem som subjekt i relasjonen. Innenfor en freudiansk modell vil terapeutens genuine, personlige tilstedeværelse enten 1) forstyrre den terapeutiske prosessen eller 2) ganske enkelt være uten terapeutisk betydning. Dette er i skarp kontrast til Brombergs egen forståelse av den terapeutiske prosessen.

Han er inne på en lignende oppsummering av klassisk teori i boken *Standing in the Spaces* (s. 151), også der med referanse til Freuds *The Ego and the Id* (1923), hvor han fremhever forskjeller i lytteperspektiv mellom klassisk psykoanalyse og den interpersonlige skoleretningen. I *Awakening the Dreamer* (2006) er Bromberg mer utvetydig når det gjelder hvor avgjørende han mener det er å forstå psyken og det ubevisste som en ikke-lineær, *relasjonell* prosess som vektlegger meningsdannelse, og hvilke følger det må få for terapeutisk praksis:

I argue that the analyst's existence as a real person is not only inevitable, because it is not under his control, but is *necessary*. Why? Because the analyst's experience while with his patient is linked to his patient's experience as part of a unitary affective, cognitive, and interactional configuration that is at once subjective and intersubjective. Some aspects of that configuration are dissociated in each person and must be processed jointly in the immediacy of the analytic interaction to achieve cognitive symbolization through language. (Bromberg, 2006, s. 131)

Bromberg setter flere steder i teksten, slik som i sitatet over, *necessary* i kursiv når temaet er autentisitet.



ILLUSTRATION KRISTIN BO

— *samspeilet kan, og må til tider, bli et «mess»*

Prosessene som kan skape personlig vekst, er fulle av paradokser. Vi er en del av verden, og samtidig atskilt fra den. Persepsjon er en dynamisk prosess, og menneskelige relasjoner innebærer samspill mellom to subjekter som alltid fortolker seg selv og hverandre, men som ikke alltid og uten videre er klar over hva vi oppfatter. Terapeutens egen subjektivitet og aktive deltakelse i relasjonen er grunnleggende. Vi må bli kjent med en annen på en personlig måte, og samtidig kunne holde noe for oss selv. Bromberg refererer til Stephen Mitchell (1993), og er enig med ham i at «The sense of authenticity is always a construction and, as a construction, it always is relative to other possible self-constructions at any particular time» (Mitchell, 1993, s. 131). Bromberg tenkte heller ikke at vi for eksempel har et «kjerneselv» hvor vi stadig integrerer nye aspekter. Isteden handler det om å bygge opp og leve med sine mange selv og selvtilstander, og bygge opp og ta vare på kapasiteten til å «stand in the spaces». Etter hvert som mer av det som har vært dissosiert bort kan tåles og komme til uttrykk, vil man også bli bedre i stand til å erfare indre konflikt.

Å være den samme mens man endrer seg

Mennesker har kapasitet til å forhandle stabilitet og endring parallelt, og utvikling kan skje når de rette relasjonelle betingelsene er til stede. I relasjon til en følt annen, hvor relasjonen oppleves ekte og betydningsfull, kan også verbalt innhold bidra til rikere selvopplevelse. Men endring oppstår ikke først og fremst gjennom ny innsikt. Det relasjonelle feltet må balansere trygghet og utfordring. Noe må være tilstrekkelig stabilt, samtidig som noe må ut av balanse, for at noe nytt skal kunne utvikle seg. Paradoksalt nok må pasienten få erfare at det er mulig å være den samme og seg selv, mens man endrer seg («Staying the same while changing», Bromberg, 1998, s. 234).

Relasjon kan ikke reduseres til teknikk

Brombergs teori er basert på kliniske observasjoner og argumenter som vektlegger psykens økonomi, og nødvendige funksjon. Et sentralt tema hos Bromberg er hvordan terapeuten må komme i kontakt og bli involvert i samspill med den enkelte pasient. Han konstruerer teori basert på konkrete menneskelige, iblant herlig fomlete, bestrebelser for å oppnå genuin kontakt med pasientene

sine. Ifølge Bromberg kan man ha prinsipper og metodiske tilnærminger, men om disse ikke er del av en autentisk relasjon, så vil ikke pasienten ha utbytte. Teknikk, slik Bromberg brukte begrepet, vil være noe som leveres fra distanse. Han anbefaler isteden at vi lar oss prege følelsesmessig av den interaksjonen pasienten inviterer til. Forståelsen Bromberg la til grunn, var at pasientens problem vil komme til syne gjennom den prosessen det er å etablere og være i en autentisk relasjon. Han brukte begrepene interaksjonell og interpersonlig, og presiserte at de ikke er synonymer. Den interaksjonelle måten å være sammen på handler om hvordan terapeut og pasient samhandler med hverandre, og inkluderer den relasjonelle dynamikken. Det interaksjonelle har preg av vanlige «terapiritualer», det vil si mer tekniske og forutsigbare elementer. Det interpersonlige modus har en annen kvalitet, og handler om de relasjonelle og emosjonelle båndene mellom pasient og terapeut, og hvordan disse påvirker begges psykologiske tilstand. At det er en gjensidig påvirkning og en emosjonell kontakt, er grunnleggende. Terapeuten må være i det intersubjektive feltet. Særlig tydelig blir dette når Bromberg beskriver «enactments», hvor begge parter har sin del. Begge kan bli fanget i samspillsmønstre som for begge kan oppleves emosjonelt vanskelige, og parter kan streve med å forholde seg til sine dissosierte selvtilstander. Dette samspeilet kan, og må til tider, bli et «mess» (Bromberg, 1998, s. 311), som kan oppleves uoversiktlig og uforutsigbart, men som det vil være nødvendig å gå igjennom. Så lenge dissosierte selvtilstander er utilgjengelige, vil også den intersubjektive kommunikasjonen mellom terapeut og pasient være begrenset. Likeledes vil kommunikasjonen mellom pasientens ulike selvtilstander kunne oppleves forvirrende. Dersom begge parter klarer å tolerere de ulike følelsene som vekkes i samspeilet, og dersom samspeilet oppleves autentisk og engasjerende gjennom gjentatte møter med utgangspunkt i erfaringer fra samme «rot», kan det bli en god utviklingsprosess. Man må gjennom alle mulige varianter av «the mess», slik det kommer til uttrykk i konkrete terapirelasjoner. Samtidig er det slike repeterende samspillsmønstre som kan gi mulighet for å artikulere dissosierte erfaringer, og utvide toleransen for de dissosierte sidene av selvet. Ifølge Bromberg er terapeutens følelsesmessige reaksjoner sammen med pasienten ikke terapeutens private eiendom. Terapeuten må bruke tilliten og båndet som skapes, til å formulere en mest mulig respektfull, omsorgsfull og treffende

beskrivelse av hvordan relasjonen oppleves. Uten både «enactment» og en meningsskapende aktivitet rundt denne vil ikke terapeuten kunne bidra til vekst og større frihet for pasienten. Arbeidet må naturligvis hele veien understøttes av et arbeid for å fremme tilstrekkelig trygghet. Samtidig må tryggheten utfordres, ved at de dissosierte delene ikke neglisjeres, men kan letes fram som affektiv virkelighet.

Fri assosiasjon som eksempel

Bromberg advarte mot å gjøre kliniske erfaringer om til «teknikk», og argumenterte for at man må gjøre nye erfaringer med enhver pasient. Som et eksempel beskriver Bromberg hvilken plass frie assosiasjoner har fått innenfor psykoanalysen, i form av «the fundamental rule». Ifølge Bromberg lagde Freud denne regelen som respons på en konkret problemstilling som oppsto i relasjonen mellom den unge Freud og pasienten hans Emmy von R. I terapien oppsto et spent øyeblikk mellom Emmy von R og Freud: «She then said in a definitely grumbling tone that I was not to keep on asking her where this and that came from, but to let her tell me what she had to say» (Freud, 1895, s. 63, ref. i Bromberg, 1998, s. 231). Vi får her et bilde av en ganske ivrig og kanskje invaderende behandler, og en pasient som er frustrert over ikke å få tid og rom til å snakke fritt. Emmy von R ber om ikke å bli forstyrret av Freud. Freud var responsiv og tilpasset seg, slik at Emmy von R fikk snakke om det hun selv ønsket. Dette fungerte godt for henne, og kanskje bidro det til å gi henne en opplevelse av god kontakt med Freud, og at han var interessert i det hun sa. Men selv om dette fungerte godt for Emmy von R, trenger det ikke å fungere for alle pasienter (Bromberg, 1998).

Bromberg (1998, s. 263) byr på en vits for å tydeliggjøre poenget sitt når det gjelder teknikk: En høst opplevde en grisebonde til sin fortvilelse at hele låven hans med alle grisene inni sto i brann. For å hindre matsvinn inviterte han venner og bekjente til et stort måltid etter brannen. Festmåltidet ble verdsatt

av gjestene, som syntes det grillede svinekjøttet smakte utmerket. Bonden fikk bygd seg en ny låve, og for å gjenta suksessen brant han neste høst ned den nye låven, så han på ny kunne invitere til fest. Å gjøre relasjonelle erfaringer i terapi om til teknikk er ifølge Bromberg som å tro at man må brenne ned låven hver gang man vil invitere på middag.

Oppsummerende refleksjoner

Å fordype seg kronologisk i Brombergs forfatterskap har vært givende. Særlig fordi han har et så klart blikk for nære kliniske fenomener, og samtidig et både respektfullt og uhyøytidelig forhold til teori. Det gjør det mulig å henge med i hans egen utvikling som psykolog og kliniker. Han klarer å vise hvordan han selv «stands in the spaces» mellom de paradoksale og noen ganger uforenlige perspektivene som psykoanalytisk og psykologisk teori byr på, uten å miste noen av dem. Han viser stadig tydeligere hvordan hans egen forståelse og metapsykologi også har en tydelig struktur, og hvordan denne strukturen påvirker både forståelse og klinisk holdning. For eksempel gir vektleggingen hans av ubevisste prosesser som rekonstruerte delfortellinger med bort-dissosierte puslespillbrikker bakgrunn for å forstå skepsisen til tolkninger. Her var Bromberg på linje med Winnicott, som skrev «I think I interpret mainly to let the patient know the limits of my understanding» (Winnicott, 1969/2016, s. 356). I *Standing in the Spaces* (1998) er Bromberg på sitt freidigste når han gjør narr av kollegaers autoritative tolkninger av sammenhenger mellom pasienters plager og deres ubevisste konflikter. Humoren i dette kommer stadig tydeligere fram, når vi etter hvert skjønner mer av dybden i synet hans på den ikke-lineære, konstruerte og relasjonelle psyken. En slik modell har ikke rom for autoritative tolkninger av hverken en selv eller andre mennesker. Det beste vi kan håpe på, er en styrket evne til å stå i mellomrommene mellom de ulike tilstandene vi veksler mellom, og å stå i komplekse, men meningsfulle relasjoner med andre. 🐷

REFERANSER

- Bass, A. & Ceccoli, V. C. (2026). *Philip Bromberg: A Contemporary Introduction*. Routledge.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2011). *The Shadow of the Tsunami: And the Growth of the Relational Mind*. Routledge.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. Standard Edition, 19, s. 3–66. Hogarth Press, 1961.
- Currier, A. J., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S. & Barlow, D. H. (2022). Mindful emotion awareness facilitates engagement with exposure therapy: An idiographic exploration using single case experimental design. *Behavior Modification*, 46(1), 36–62.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. Basic Books.
- Putnam, F. W. (1992). Discussion: Are Alter Personalities Fragments or Figments? *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95–111.
- Sartre, J. P. (2020). *Being and Nothingness* (S. Richmond, Overs.). Routledge. (Opprinnelig utgitt 1943)
- Seth, A. (2021). *Being You: A new science of consciousness*. Faber & Faber.
- Stanghellini, G., Broome, M. R., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Raballo, A. & Rosfort, R. (red.). (2019). *Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>
- Stern, D. (2021). Philip Bromberg (1931–2020). Trauma, dissociation, and the multiple self. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102:1, 178–188, <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1821962>
- Winnicott D. W. (1964). The concept of the false self. I *Home Is Where We Start From: Essays by a Psychoanalyst*. Red: Winnicott, C., Shepherd, R. & Norton, D. M., 1986, s. 65–70.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (2016). The use of an object and relating through identifications. I L. Caldwell & H. T. Robinson (Red.), *The collected works of D. W. Winnicott* (Bd. 8, s. 355–364). Oxford University Press. (Opptrykk av "The use of an object and relating through identifications", 1969, *The International Journal of Psychoanalysis*, 50[4], 711–716) <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271404.003.0066>

Kloke valg i klinikk og helsepolitikk

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Hanne
Indregard
Lind**

President i
Psykologforeningen

Overutredning og overdiagnostikk må diskuteres. Men kvalitet og kloke valg i psykisk helsevern handler også om bemanning, kapasitet og tilgjengelige tjenester. Derfor må opptrappingsplanen for psykisk helse følges opp.

Det reises ofte viktige spørsmål om kvalitet, ressursbruk og diagnostisering i psykisk helsevern. Diagnoser påvirker menneskers behandling og mulighet til tilfriskning, og feildiagnostikk kan få alvorlige konsekvenser i form av feilbehandling, unødvendig eller feil tvangsbruk og feil- eller overmedisinering.

Problemstillingene i psykisk helsevern er ofte sammensatte, og å se pasientene som hele mennesker i den sammenhengen de lever og har levd i, er av stor betydning for god behandling. Derfor er høye krav til faglige vurderinger, og både klinisk skjønn og standardiserte metoder, viktig.

Psykologforeningen støtter Kloke valg-kampanjen og har utviklet egne råd. Måten det snakkes om psykiske plager på, påvirker hvordan mennesker forstår seg selv og sine muligheter for mestring og bedring. Ett av rådene er derfor å unngå språk som kan forsterke sykdomsopplevelse, øke lidelsestrykk og bidra til u hensiktsmessige helsevalg.

Men konteksten er viktig. Når ressursene ikke står i forhold til behovene, blir det et spørsmål om dagens rammer og innretning på tjenestetilbudet, legger til rette for kloke valg.

Det gjøres mye bra og viktig arbeid i psykisk helsevern. Mange får god hjelp, og mange ansatte trives. Samtidig er utfordringene godt dokumentert av Riksrevisjonen (2021, 2025 og 2026).

Flere søker hjelp, og nå får opptil halvparten av de som henvises avslag enkelte steder. Det er også økt fokus på å redusere ventetidene, og uten samtidige tiltak for økt kapasitet, blir det mindre tid til å vurdere og behandle de som har blitt vurdert syke nok til å få hjelp. Da blir det vanskeligere å bruke kompetansen klokt og tilpasse hjelpen til den enkelte.

Psykologforeningens medlemsundersøkelse viser at over en tredjedel av psykologene ofte eller svært ofte, ikke får møtt pasientene hyppig nok til å gi god behandling. En fjerdedel opplever at behandlingsforløp ofte må avsluttes før de er ferdige.

For pasientene kan det bety mangelfull hjelp, nedsatt håp, rehenvisninger og flere akutte behov. For ansatte kan det føre til moralsk slitasje. Vi trenger tilgjengelige tilbud med tilstrekkelig kapasitet – noe annet kan svekke fagmiljø, rekruttering og folks oppslutning om de offentlige helsetjenestene.

Kloke valg-kampanjen handler om å redusere overdiagnostikk, overutredning og overbehandling. Derfor er Psykologforeningens andre Kloke valg-råd å unngå utredning uten klinisk indikasjon eller forventet nytte. For å etterleve dette, er det behov for ansvarlig innovasjon og implementering av ny praksis, i tett samarbeid med de ansatte, samt tidlig innsats og lavterskeltilbud i kommunene. Manglende kommunale tilbud fører til flere henvisninger til sykehus og i noen tilfeller behandling på spesialisert nivå lenger enn nødvendig – fordi det ikke finnes noen til å ta over i kommunene.

«Løsningene er mange, og opptrappingsplanen fra 2023 må føre til faktisk opptrapping»

SINTEFs evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) viste at målrettet satsing ga flere ansatte og styrkede tjenester. Følgeevalueringen av dagens opptrappingsplan viser at det er uklart hvilke varige endringer midlene har gitt, og at mange kommuner har brukt dem til å saldere budsjettet. Derfor må Stortingets vedtak fra mars om en oppdatert og forsterket opptrappingsplan følges opp med tiltak som monner og kan måles.

Når regjeringen legger fram sitt forslag til statsbudsjett 7. oktober, blir det tydelig om ambisjonene om å styrke psykisk helse følges opp med ressurser som merkes for pasienter og ansatte. Kloke valg i klinikken er viktig. Men kloke helsepolitiske valg er en forutsetning for at de skal kunne gjøres.

Sykepenger ved ulønnet foreldrepermisjon

Foto: Lise Monsen/Psykologforeningen



**Millie Haga
Famestad**

Rådgiver i
Jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Mange velger å ta ulønnet foreldrepermisjon etter at den lønnede foreldrepermisjonen er brukt opp. Hvis du skal ut i ulønnet foreldrepermisjon er det viktig å være klar over hvordan ulønnet permisjon påvirker dine rettigheter, blant annet dersom du skulle bli syk.

Hovedregelen i folketrygdloven er at arbeidstaker mister retten til sykepenger dersom arbeidsforholdet midlertidig avbrytes i mer enn 14 dager. Ulønnet foreldrepermisjon regnes som et slikt avbrudd.

Formålet med sykepenger er at man skal få dekket det inntektstapet man har mens man er syk. I ulønnet foreldrepermisjon har man ingen inntekt, og vil dermed ikke ha noe inntektstap.

Det finnes likevel unntak fra hovedregelen for arbeidstakere i folketrygdloven § 8-47. Hvis du ikke kan ta deg av egne barn på grunn av sykdom, gir denne bestemmelsen rett til begrensede sykepenger dersom visse vilkår er oppfylt.

Vilkår for sykepenger etter bestemmelsen

Det første vilkåret er at man må være i lovbestemt ulønnet foreldrepermisjon. Ulønnet foreldrepermisjon er en rettighet hver av foreldrene har etter arbeidsmiljøloven § 12-5. Bestemmelsen gir hver av foreldrene rett til ulønnet foreldrepermisjon i 12 måneder for hver fødsel. Permisjonen kan ikke kombineres med å jobbe deltid, og må tas ut umiddelbart etter den lønnede foreldrepermisjonen. NAV aksepterer likevel at foreldrene tar ferie mellom den lønnede og den ulønnede permisjonen.



Det neste vilkåret er at det må foreligge avtale med arbeidsgiver om å gjenoppta arbeidet etter den ulønnede foreldrepermisjonen. Vår anbefaling er at man inngår skriftlig avtale med fastsatt dato for tilbakekomst før man skal ut i ulønnet permisjon.

Det tredje vilkåret er at du må kunne dokumentere at du har hatt et inntektstap som følge av sykdommen. Ved ulønnet foreldrepermisjon tolkes ikke dette vilkåret helt bokstavelig. NAV beskriver at man kan si at det foreligger et inntektstap dersom hensikten med permisjon faller bort, foreksempel dersom mor blir akutt syk og innlagt på sykehus mens hun er i ulønnet foreldrepermisjon. Mor kan da ikke passe på barnet, og formålet med permisjonen har falt bort. Mindre alvorlig sykdom der man ville vært sykemeldt fra sin vanlige jobb, men fortsatt kan ta seg av barnet i permisjon, vil antagelig ikke oppfylle dette vilkåret. Det er altså ikke enhver sykdom som vil gi rett til sykepenger etter bestemmelsen.

Det siste vilkåret er at du har et sykepenges grunnlag på minst 1G. Dette betyr at du må ha en forventet årsinntekt som tilsvarer folketrygdens grunnbeløp (G). Grunnbeløpet er pr. 1. mai 2026 136 549 kroner.

Hvor mye får jeg utbetalt?

Det er NAV som betaler ut sykepenger etter bestemmelsen, ikke arbeidsgiver. Du må derfor sende inn søknad på sykepenger til NAV. Hvis alle vilkårene er oppfylt, vil du ha rett på sykepenger fra den 15. dagen etter at du ble sykemeldt. Utbetalingene vil også være begrenset til 65 prosent av sykepenges grunnlaget ditt opptil 6G. Sykepenges grunnlaget i denne sammenhengen tilsvarer som hovedregel gjennomsnittet av din pensjonsgivende årsinntekt fastsatt for de siste tre årene.

Ta kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen hvis du har spørsmål om rettigheter i forbindelse med ulønnet foreldrepermisjon.



For deg som møter traumatiserte mennesker i ditt arbeid

NET er en evidensbasert, kortvarig og traumefokusert behandlingsmetode for mennesker som har opplevd multiple og komplekse traumer. Den oppdaterte manualen gir deg en trinnvis innføring i metoden, illustrert med kliniske eksempler, konkrete råd og praktiske verktøy.

Skann for å lese mer og bestille



 **hogrefe**

IPSY
Institutt for
psykoterapi

Institutt for psykoterapi

For psykologer og leger blir det våren
2027 satt i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR

OSLO – Kristin Mack-Borander
SKIEN – Espen Håland

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR

OSLO – Rune Johansen
TROMSØ – Olav Røkkum

Innføringsseminar er en generell innføring i
psykoanalytisk og psykodynamisk teori og terapi.

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret
og er en teoretisk fordypping med større vekt på det
kliniske arbeidet.

Les undervisningsplanen på vår hjemmeside:
<http://www.instpsyk.no/>

Søknadsfrist: 24. november 2026. Søknad skal
sendes via hjemmesiden **[https://instpsyk.no/
utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/](https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/)**

For mer informasjon: telefon **22 58 17 70**
eller e-post **sekr@instpsyk.no**

Ønsker du å annonserere?

Neste utgivelse er 2. november, frist for
å bestille annonse er **16. oktober**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
November	16. oktober	2. november
Desember	16. november	1. desember
Januar	14. desember	4. januar

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

 **Psykologtidsskriftet**



Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok uten tolk?

Husk å bestille kvalifisert tolk.

Les mer om bestilling og bruk av tolketjenester i oppdatert veileder her:



Skann
meg for
veileder



Grunnutdanning i EMDR

Kursholder:

Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Trinn 1

Oslo 26.–28. januar 2027
Digitalt 8.–10. mars 2027

Trinn 2

Oslo 8.–10. desember 2026
Bergen 31. mai–2. juni 2027
Oslo 14.–16. juni 2027

The Art of EMDR med Roger Solomon

Senior EMDR Institute Trainer
Røros 7.–10. september 2027

Påmelding og nærmere informasjon:

www.emdrutdanning.no

Hold deg oppdatert

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

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

Meld deg på:



Psykologtidsskriftet

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden:
helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



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:



EMDR med barn og ungdom

Sertifiseringskurs 3 dager:

Dato: 20.-22. januar 2027

Tid: 9:00–16:00 alle dager

Sted: Scandic Solli, Parkveien 58, Oslo

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

Kostnad: kr 10.600,-
inkl. lunsj m.m. og kursmateriell

For mer informasjon se:
<https://www.hlterapi.no/kurs-i-emdr>



Påmelding til: palvegardhagen@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig fakturainformasjon

Kursansvarlig:

Pål Vegard Hagen, psykologspesialist
Norsk psykologforening
EMDR Europe Accredited Child and Adolescent Trainer



Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

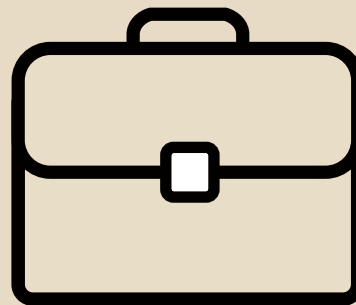
Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne.

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er **15. oktober** med virkning fra det kommende året.

Reservasjon eller bestilling sendes via **Min side** eller til medlemsservice@psykologforeningen.no



Søke jobb

Kontakt tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, så sender vi deg gjerne en e-post når nye stillingsannonser publiseres

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)
iversn@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

Nina Sofie Hermann
nordtrondelag@psykologforeningen.no
480 06 520

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

Jon Børre Rekstad
ostfold@psykologforeningen.no
922 52 667

Fagetisk råd

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

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Bjarte Bønes Bruntveit, visepresident med ansvar
for lønns- og arbeidslivspolitik
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

Serina Fuglestad Sikveland
serina.fuglestad@gmail.com
452 83 244

Barne- og ungdomspsykologi

Per Martin Løken
per.martin.loken@gmail.com
988 34 672

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

Ida Anette Bjørk
idanetteb@yahoo.no
994 08 915

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Even Rognan
evenrognan@gmail.com
410 28 606

Nevropsykologi

Heine Hagenberg
heine@skeptic.no
942 46 548

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

Kristin Andreassen Eide, leder
kristin.andreassen.eide@outlook.com
456 60 389

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 SPESIALITETENE

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

FAGUTVALG FOR RETTS- PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Susanne N. Johansen, leder
sarimonrose@outlook.com
990 49 283

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Peter Hurlen, leder
ypu@psykologforeningen.no

MENNESKERETTIGHETS- UTVALGET

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

TESTUTVALGET

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

UTVALGET FOR KJØNN- OG SEKSUALITETSMANGFOLD

Martin Rosmo Hansen, leder
martin.rosmo.hansen@gmail.com
473 03 919

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

Ida H. Rosenqvist, kommunikasjonssjef
ida@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Linn Engebretsen, konstituert utdanningssjef
linn@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Lars Conrad Moe, fagsjef
lars.conrad@psykologforeningen.no

Norsk psykologforening

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 10 2026

Tillit er beredskap

Katharine Cecilia Williams

Fremtidens behandlingstilbud tar form

Matt Oxman

Kliniske og etiske dilemmaer ved fabrikkert forstyrrelse

Anne-Kari Torgalsbøen

Tyngdepunkt for barn med nevroutviklings- forstyrrelser

Kristina Egge Døsen, Annie Louise Mathisen,
Torill Kvamsdal & Irene Bircow Elgen

Støy i barnevernsbeslutninger

Magnus Nordmo

Uklart om spedbarn foretrekker prososiale andre

Lars M. Rimol

Barnefaglig sakkyndiges opplevelser av å arbeide i skjæringspunktet mellom juss og psykologi

Miduja Rasiah, Maria Årskog Larsen, Ida Bernhardt
& Annika Maria Desiree Melinder

Kropp og sjel er forskjellige

Sigmund Karterud

Et fagetisk ansvar for å ivareta demokratiet?

Kristin Lyse

Leken som stjeles fra barndommen

Live Hareide

Pearson beskytter testenes integritet

Gert Jaap Schoppink

Circle of Security – foreldreveiledning uten effekt

Lars Smith

Verdifullt om lav selvverdi

Kyrre Dyregrov

Å være seg selv, og samtidig mange

Magnus Johan Engen, Anders Flækøy Landmark,
Marit Råbu & Einar Johan Vestnes