

# Diagnostisering: Norske psykologers unnlattelsessynd?

Enkelte psykologer i offentlig psykisk helsevern synes å avvise diagnostisk klassifikasjon. Da bør vi spørre om pasientene får den helsehjelpen de har krav på, og om psykologens praksis er faglig forsvarlig.

TEKST

**Anne-Kari Torgalsbøen**

**Anja Vaskinn**

PUBLISERT 5. september 2014

PSY  
KOL  
OGI



REDUSERT: Diagnostikk er en helsehjelp som skal ytes brukere av psykisk helsevern. Men en del psykologer forholder seg ikke til dette, mener Anne-Kari Torgalsbøen og Anja Vaskinn. Begrunnelsen er gjerne en avvisning av nytten av en diagnostisk klassifikasjon som hevdes å redusere et jeg-du-forhold til et jeg-det-forhold.

Foto: Flickr/ Emilio Labrador.

De fire nye helselovene som trådte i kraft fra 2001, styrket psykologenes rolle i psykisk helsevern, med både økt myndighet og ansvar. Rett nok hadde psykologene et selvstendig diagnostiserings- og behandlingsansvar alt fra 1978 da psykologloven ble innført, men de var marginalisert hva angikk formell myndighet. Psykologen arbeidet under andre profesjoners jurisdiksjon og oppførte seg følgelig ofte som en veloppdragen

gjest og ikke som en myndig entreprenør (Torgalsbøen, 2009). Med de nye helselovene fra 2001 stiller saken seg annerledes, og psykologen møter i dag andre forventninger fra helsemyndighetene. Når en person oppsøker det psykiske helsevern, får vedkommende en ny status – som bruker, som pasient. Med denne nye statusen følger det en rekke rettigheter som er regulert blant annet i lov om pasient- og brukerrettigheter. Psykologen må forholde seg til disse. Som pasient har man rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (§ 2–1b). Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten har pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert, og det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp (§ 2–2). Denne vurderingen skal gjøres ut fra henvisningen, og om nødvendig skal det innhentes ytterligere opplysninger eller pasienten skal innkalles.

**«Når en person oppsøker det psykiske helsevern, får vedkommende en ny status – som bruker, som pasient. Og med denne nye statusen følger det en rekke rettigheter»**

Helsepersonells yrkesutøvelse skal utføres på faglig forsvarlig vis ut fra de kvalifikasjoner man kan forvente at en psykolog har (lov om helsepersonell § 4). I norsk lovverk omfatter helsehjelp også handlinger som har et diagnostisk formål (lov om pasient- og brukerrettigheter § 1–3 og lov om helsepersonell § 3). Hvis helsehjelp vurderes som nødvendig, har derfor psykologen plikt til å gi helsehjelp ikke bare i form av behandling, men også i form av diagnostisk utredning. For en psykolog er gjennom sin grunnutdanning kvalifisert til å foreta diagnostikk, og psykologen kan da ikke la være å yte dette aspektet av helsehjelpen som en pasient har krav på. Profesjonens håndtering av kravet om diagnostisering i henhold til ICD-systemet (International Classification of Diseases; WHO, 1993) gir derfor en indikasjon på hvordan psykologene forstår sin rolleutøvelse i psykisk helsevern i 2014. Dette gjelder også privatpraktiserende psykologer med offentlig driftsstøtte, siden disse inngår i det offentlige psykiske helsevernet og derfor er bundet av krav om etterlevelse av de samme helselovene som psykologer ansatt i et sykehussystem.

Gjennom egen klinisk virksomhet, som veiledere og som lærere for profesjonsstudenter i psykologi ved Universitetet i Oslo i klinisk praksis, og gjennom den kontakten med psykisk helsevern som vår forskning på alvorlig psykisk lidelse gir oss, sitter vi igjen med et inntrykk av at enkelte psykologer er tilbakeholdne til diagnostisk utredning i form av klassifisering av psykiske problemer i tråd med ICD-systemet. Resultater fra testbruksundersøkelsen blant medlemmer i Norsk Psykologforening for noen år tilbake peker i samme retning. Der fant man at selv om 96 prosent av psykologer i spesialisthelsetjenesten for voksne og 87 prosent av privatpraktiserende psykologer bruker tester (Vaskinn, Egeland, Høstmark Nielsen & Høstmælingen, 2010), ble tester i

form av diagnostiske verktøy anvendt av omtrent 2/3 av psykologene i spesialisthelsetjenesten og av omtrent 1/3 av psykologene i privatpraksis (Vaskinn & Egeland, 2012). Rett nok kan man ikke sette likhetstegn mellom slike funn og avvisning av diagnostikk all den tid det er mulig, men ikke anbefalt, å stille diagnoser uten bruk av strukturerte verktøy. Likevel indikerer dette at en del psykologer i offentlig psykisk helsevern ikke forholder seg til diagnostisk klassifikasjon ved bruk av diagnostiske verktøy, og vi har lurt på om det kan være slik at noen benytter seg av en slags taus reservasjonsrett.

Vi har undret oss over hva grunnene til dette kan være. En slik praksis gjør at det kan spørres om pasienten får den helsehjelp han/hun etter lovverket har krav på, og om psykologens praksis er faglig forsvarlig. Det er derfor viktig at mulige årsaker tematiseres. Vi skal videre i essayet peke på noen faktorer vi mener kan være av betydning. Forfatterne pretenderer ikke å gi utfyllende svar på de komplekse sammenhengene som vi ønsker å rette søkelyset mot. *Det* ville kreve omfattende empiriske undersøkelser i psykologstanden. Likevel, et forsøk på å systematisere våre erfaringer og reflektere over disse mener vi kan bidra til økt bevissthet og forhåpentlig til en konstruktiv debatt blant psykologer om temaet. Avslutningsvis diskuterer vi hvordan psykologers tilbakeholdenhet i bruk av diagnoser kan forstås i spennet mellom fag, fagetikk og lovverkets krav. Men la oss først ta utgangspunkt i noen kjente argumenter mot bruk av diagnoser.

### **«Diagnostisk klassifikasjon er ikke nyttig»**

Den mest nærliggende årsaken til diagnostisk tilbakeholdenhet er en ideologisk eller faglig avvisning av nytten av det å klassifisere menneskelig lidelse og problemer ut fra diagnostiske systemer. Noen psykologer inntar dette ståstedet. Det argumenteres for eksempel med at diagnostisk klassifikasjon er et dehumaniserende system som reduserer et jeg–du-forhold til et jeg–det-forhold. Andre mener at diagnoser upersonliggjør problemene, og slik tar bort ansvaret for egne handlinger og følelser, noe som hindrer vekst og utvikling (for en oppsummering se Torgersen, 2009). Ofte kobles en slik avvisning av klassifikasjon etter diagnostiske kriterier til en manglende nytte med tanke på den videre behandlingen. I den ekstreme utgaven avvises den medisinske modellen fullstendig, og det hevdes at psykisk sykdom ikke finnes.



**ÅPNER:** Det er ingen motsetning mellom diagnostisk klassifikasjon og det at en psykolog arbeider videre innenfor sin foretrukne psykoterapeutiske ramme, skriver artikkelforfatterene i dette essayet.

Foto: Flickr/ Ralph Aichinger.

Mens noen velger vekk enhver kategoriell forståelse av det som bringer det unike individ til psykologen, velger andre å ta i bruk andre typer klassifikasjon som de mener er mer nyttig for behandlingen, og som er mer forenlig med eget teoretisk ståsted, enten dette er kognitivt, psykodynamisk eller tilknytningsteoretisk. Vi mener imidlertid at det ikke er noen motsetning mellom diagnostisk klassifikasjon og det at psykologen arbeider videre innenfor sin foretrukne psykoterapeutiske ramme. Tvert imot, diagnosen kan brukes aktivt i behandlingen. Det er for eksempel tilfellet når en schizofrenidiagnose settes inn i et narrativt perspektiv som løser opp i en fastlåst situasjon og behandlingsmessig status quo (Vaskinn, Sele, Larsen & Dal, 2011).

De diagnostiske systemene er likevel ikke uten problemer. Det er for eksempel vanskelig å bestemme hvor grensen mellom normalitet og sykdom går, noe ikke minst Allen Frances, en av utviklerne av DSM-IV, har pekt på i forbindelse med utgivelsen av DSM-5 (Frances, 2013). Fra et transdiagnostisk perspektiv er det pekt på at det finnes felles underliggende psykologiske prosesser ved ulike psykiske lidelser, og at vi ved å se på disse prosessene kan få viktig informasjon om hvordan vi kan forstå og behandle psykiske lidelser (Hagen et al., 2012). Vi er ikke uenige i dette, men tror likevel det er viktig å foreta grundig diagnostisk klassifikasjon i tråd med diagnosesystemene. Ikke sjelden har manglende bruk av diagnostisk klassifikasjon gjennomført ved hjelp av strukturerte verktøy ført til feil behandling – eller til behandling av feil lidelse. Bipolar

lidelse kan tjene som eksempel. Vi har flere ganger sett at behandlende psykologer ikke stiller spørsmål om tilstedeværelsen av oppstemte perioder med økt energi til personer som har slitt med tilbakevendende depresjoner. Utilstrekkelig diagnostisk arbeid har da ført til feil behandlingsfokus. I stedet for å få sin bipolare lidelse identifisert har enkelte pasienter blitt behandlet for unipolar depresjon eller for relasjonelle vansker. Dette er feil behandling når vi vet at bipolar lidelse profiterer på en spesiell behandlingstilnærming med betydelig innslag av struktur. Når bipolar lidelse har blitt korrekt diagnostisert og klassifisert, gir det både tilpasset behandling og påfølgende bedring.

### **«Diagnostisk klassifikasjon fører til stigmatisering»**

Psykiske lidelser har vært – og er – forbundet med stigmatisering. I vårt arbeid har vi sett eksempler på at psykologer har vegret seg for å sette schizofreni-diagnosen. Vi tror at stigmatiseringsfrykt bidrar til denne vegringen. Schizofreni er en psykisk lidelse som jevnlig nevnes i offentligheten i forbindelse med alvorlig voldskriminalitet. Selv om de færreste mennesker med schizofreni er voldelige og farlige, forbindes lidelsen med til dels svært negative forventninger og fordommer. Det kan virke som også en del psykologer har en slik negativ forståelse av schizofreni. Faktum er imidlertid at schizofreni er en svært heterogen lidelse, også når det gjelder bedringsutsikter. Myten om at man lider av schizofreni på livstid, er korrigert av longitudinelle forløpsstudier (Huber, 1980; Harding et al., 1987; Harrison et al., 2001; Ciompi, Harding & Lethinen, 2010; Torgalsbøen & Rund, 2010, Torgalsbøen, 2012). Likevel synes det som en del klinikere fortsatt er preget av klinikerens illusjon. Den går ut på å vurdere som representative kun de personer med schizofreni som man til enhver tid har kontakt med på sin arbeidsplass innenfor psykisk helsevern. Det virker for oss som om myten om schizofreni som en livslang sykdom med kontinuerlig funksjonstap og pågående symptomer lever videre i klinikken, kanskje spesielt i sengeavdeling, og bidrar til at psykologer vegrer seg for å sette og formidle en schizofrenidiagnose. Kanskje psykologen ønsker å beskytte klienten med schizofrenisymptomer og eventuelt de pårørende mot den antatte belastningen en schizofrenidiagnose kan innebære. Men hensikten med en diagnose er også at den skal signalisere hvilke tiltak og hvilken behandling man antar vil være mest virksomme. Ved å unnlate å stille en schizofrenidiagnose når tilstanden faktisk er til stede, er det mindre tydelig at det bør vektlegges en langsiktig behandling inneholdende ulike former for individualterapi, nettverksarbeid, psykoedukasjon, kartlegging av varselsignaler og ofte medikamentell behandling. Kunnskapen vi har om effekten av tidlig intervensjon og behandling ved psykoselidelser, gjør diagnoseunnlattelse svært betenkelig. Den norske TIPS-studien fant at sjansen for bedring ved ti-års oppfølging er større hvis psykosen oppdages tidligere (Hegelstad et al., 2012). Tidlig (eller sen) oppdagelse av psykosen forutsetter naturligvis at helsepersonell, inkludert psykologen, tar den hjelpsøkendes plager på alvor, identifiserer plagene, og stiller psykosediagnosen.

Psykologer som unnlater å sette alvorlige diagnoser, bidrar snarere til ytterligere stigmatisering knyttet til en psykisk lidelse enn til å motvirke stigmaet. Stigmaet rundt

schizofreni opprettholdes når psykologer ikke vil sette diagnosen fordi «det høres så alvorlig ut», eller fordi «klienten er så ung» – begge forklaringer vi har støtt på. Psykologens oppgave er å motvirke fordommer knyttet til enkelte diagnoser, ikke å akseptere stigmatiseringens premisser ved å unnlate å sette den diagnosen som er mest forenlig med pasientens tilstandsbilde.

### **«Det er vanskelig å formidle en alvorlig diagnose»**

En annen grunn til at psykologer vegrer seg for diagnostikk, kan være at man ikke mener seg kompetent når det gjelder selve diagnoseformidlingen. I slike tilfeller avviser ikke psykologen nødvendigvis nytten av å klassifisere menneskelig lidelse etter et diagnostisk system, men man unnlater å formidle diagnosen. Diagnosen holdes altså skjult for den som opplever plagene, fordi psykologen synes samtalen er vanskelig. Psykologer har imidlertid med sin kliniske samtalekompetanse de aller beste forutsetninger for å gjennomføre god diagnoseformidling. Oppdatert kunnskap om forløp og behandlingseffekt utgjør en viktig del av en slik samtale. I motsetning til hva myten sier, er det alltid håp. Det gjelder schizofreni (Torgalsbøen, 2011), det gjelder emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004), og det gjelder psykopati (Sundt Gullhaugen, Nørbech & Teigset, 2012). God diagnoseformidling innebærer å formidle dette håpet, og slik motvirke fordommene knyttet til psykiske lidelser. God formidling kan redusere stigmatisering, kanskje ikke minst den selvstigmatiseringen vi vet mange mennesker med alvorlig psykisk lidelse utsetter seg for. Hvordan kan klienten akseptere å ha en alvorlig psykisk lidelse når ikke engang behandleren utfordrer stigmatiseringens premisser? Det er etisk betenkelig å holde tilbake alvorlige diagnoser, og dette ville naturligvis aldri blitt verken godtatt eller gjort ved somatisk sykdom. Hvilken kreftlege ville unnlate å sette diagnosen leukemi hvis den ble oppdaget? Unnlate å formidle den? Personen som har en psykisk lidelse, har rett til å få vite at psykologen har identifisert den. Likevel finnes det mange eksempler på mennesker som har fått behandling i det psykiske helsevern i en årrekke uten at de har fått vite hva de har fått behandling for.

Vi har begge opplevd hvor positivt en diagnose kan mottas, både av den som opplever de psykiske plagene, og av pårørende. For den berørte kan diagnosen gi mening i en ellers kaotisk livssituasjon. Lettelsen kan være meget stor hvis personen har vært i kontakt med hjelpeapparatet over lang tid uten at noen har foretatt den diagnostiske utredningen eller formidlet resultatet av den. Psykologer får gjennom slike erfaringer korrigert sine forutinntatte holdninger.

### **Diagnosevegring: faglig velbegrunnet?**

Toneangivende fagpersoner har hevdet at det er en fare for at psykologer som arbeider innenfor psykisk helsevern, overtar den medisinske modellen som forståelsesramme for sitt arbeid og kun leter etter salver som kan lindre sår (for eksempel Martin Seligman intervjuet av Berge & Selvik, 2005). Psykologer bør jobbe både palliativt og kurativt, og det er prisverdig at psykologer også søker å formidle en forståelse av pasientens problem i et teoretisk annerledes språk i tillegg til det diagnostiske,

klassifikatoriske språket. Vi ønsker å understreke at det for oss ikke er noen motsetning mellom det å ta utgangspunkt i eget teoretisk ståsted i møtet med og behandlingen av den som søker hjelp, og det å benytte en felles klassifikasjon. En slik praksis kan teoretisk forankres i de tre læresetningene personlighetspsykologen Gordon Allport la til grunn for hva psykologi som vitenskap bygger studiet av mennesket på.

**«Ikke sjelden har manglende bruk av diagnostisk klassifikasjon gjennomført ved hjelp av strukturerte verktøy ført til feil behandling – eller til behandling av feil lidelse»**

Den første læresetningen slår fast at alle mennesker har noe til felles med alle andre mennesker, den andre hevder at alle mennesker har noe til felles med noen andre, og den tredje at alle har noe som de ikke deler med noen andre (Allport, sitert i Torgersen, 2009). Man kan si at det dreier seg om tre nivåer.

Det første utsagnet, på nivå 1, handler om vår felles menneskelige natur. Her inngår våre grunnleggende følelser, behov, tankesystemer og atferdsmåter. Vekten er lagt på det som konstituerer det allment menneskelige. Det andre utsagnet – nivå 2 – handler om forskjeller mellom mennesker når det gjelder følelser, tanker og handlinger. Disse forskjellene kan graderes på en skala eller klassifiseres i kategorier eller typer. Når det dreier seg om psykiske plager, kalles det diagnoser. Diagnosesystemer som ICD hører altså hjemme her. Allports siste utsagn viser til vår individuelle, unike væremåte, og hvordan hver og en representerer et mønster av følelser, tanker og atferdstendenser som vedkommende ikke deler med noe annet menneske (Torgersen, 2009). Dette er nivå 3. Vårt inntrykk er at nivå 2 representerer den største utfordringen for enkelte psykologer, kanskje fordi man har motforestillinger mot det å klassifisere følelser, tanker og handlinger i kategorier. Den faglige kritikken går i det vesentlige ut på diagnosenes manglende validitet til å fange menneskelig lidelse. Vårt inntrykk er at disse psykologene synes å ha en forkjærlighet for nivå 3.

Som klinikere og forskere er det vår erfaring at et yrkesmessig forhold til psykiske vansker gjør det nødvendig å ha en forståelse av alle tre nivåer: menneskets grunnleggende psykologiske natur, hvilke kategorier menneskers problemer tilhører, og individets særegne måte å være på med sine unike forutsetninger og livshistorie. Som vi var inne på tidligere, er det etisk betenkelig at alvorlige diagnoser ikke blir satt eller ikke blir formidlet, angivelig av hensyn til pasienten. Grunnleggende er etikk et spørsmål om å sette *den andres* behov og interesser foran sine egne – å ha en prososial innstilling i de relasjoner man opptrer i (Øvreeide, 2002). Hvorvidt denne innstillingen blir realisert, avhenger ikke kun av evnen til å se *den andres* behov og rettigheter, men også at psykologen er tilsvarende bevisst på sine egne interesser og behov. Kjernen i etiske dilemmaer er derfor: Når er det moralsk riktig å la mine rettigheter, profesjonens

krav eller tredjepersons rettigheter gå foran *den andres*? Anvendt på vårt anliggende er det derfor relevant å stille følgende spørsmål: Kan det at noen psykologer synes å velge bort diagnostikk på nivå 2, forsvarer fagetisk med den begrunnelse at den bidrar til innsnevring av det normale og gjør personen til et offer for sykdom? Eller med at diagnosenes kategorier ikke vurderes som valide? Eller kan dette betegnes som fagetisk betenkelig praksis fordi det er psykologens behov, for eksempel behov for å markere teoretisk ståsted og faglig uenighet, som får forrang fremfor *den andres* lovhjemlede rett til helsehjelp, hvor diagnostisk utredning inngår? Ifølge Øvreeide (2002) er ikke profesjonen gitt legitimitet til å danne sine egne verdier som begrunner dens handlinger overfor sine klienter. De verdiene en velger å prioritere, må finne sin gyldighet i den moralske sammenheng hvor *den andre* lever. Til syvende og sist er det vel også slik at lovene som regulerer psykologens virksomhet, har forrang fremfor hver enkelt psykologs forståelse av de fagetiske retningslinjene.

Utfordringen for dagens psykologer dreier seg om utformingen av en rolleforståelse som er tuftet på en profesjonsbevisst ivaretagelse av eget fag, men også en profesjonell håndtering av de forventningene som helsemyndighetene har til oss. Dette innebærer i tråd med Allports læresetninger en evne til integrasjon av ulike perspektiver på menneskelig atferd: det allmenne, forskjellene og det unike. Psykologer anno 2014 forstår at de ikke gir behandling til diagnosen, men til personen. De vet at diagnosen kun representerer det første steget i en omfattende evaluering av pasienten som fører til formuleringen av en behandlingsplan.

## Konklusjon

Lovverket som regulerer psykologers virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten, tilsier at diagnostikk er en helsehjelp som skal ytes brukere av psykisk helsevern. Vårt inntrykk er at en del psykologer ikke forholder seg til dette. Årsaker kan være en ideologisk avvisning av eller faglig uenighet om nytten av diagnostisk klassifikasjon, ønske om å unngå stigmatisering, eller ubehag rundt diagnoseformidlingen. Psykologers fagetiske retningslinjer kan anvendes som argumenter både for og mot manglende diagnostikk, men lovverket bør etter vårt syn ha forrang.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 9, 2014, side 753-758*

### TEKST

**Anne-Kari Torgalsbøen**, professor og spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk institutt, UiO  
**Anja Vaskinn**, Norsk senter for forskning på mentale lidelser, Oslo universitetssykehus HF;  
Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

KONTAKT: [anja.vaskinn@medisin.uio.no](mailto:anja.vaskinn@medisin.uio.no)

+ [Vis referanser](#)

Referanser



- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 36-51.
- Berge, T. & Selvik, A. (2005) Intervju med Martin Seligman. Kan Norge bli det nye Firenze? *Psykologi Tidsskrift*, 32, 935-937.
- Ciampi, L., Harding, C. M. & Lehtinen, K. (2010). Deep concern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 437-439.
- Frances, A. (2013). *Why people don't get better: The hidden costs of psychiatric treatment*. New York: Harper Collins Publishers.
- Hagen, R., Johsen, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: en transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Psykologi Tidsskrift*, 39, 247-252.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 727-735.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. et al. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Harrow, M., Grossman, L., Jobe, T. H. & Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 723-734.
- Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haar, U., Joa I. et al. (2012). Longterm follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 374-380.
- Sundt Gullhaugen, A., Nørbech, P. & Teigset, I.-A. (2012). Kan psykopati behandles? *Psykologi Tidsskrift*, 39, 1166-1173.
- Torgalsbøen, A. K. (2009). Psykologen i «psykiatrien»: Fra veloppdragen gjest til myndig entrepenør. *Psykologi Tidsskrift*, 36, 702-704.
- Torgalsbøen A. K. & Rund, B. R. (2010). Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow up. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 70-83.
- Torgalsbøen, A. K. (2011). Schizofreni og full restitusjon. I Rishovd Rund, Bjørn (red.), *Schizofreni og psykiatri*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Torgalsbøen, A. K. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: Does resilience matter? *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 193-200.
- Torgersen, S. (2009). Moderne klassifikasjon av psykiske problemer. I Gullestad, S. Killingmo, B. og Magnussen, S. (red.), *Psykiske problemer og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vaskinn, A., Egeland, J., Høstmark Nielsen, G. & Høstmælingen, A. (2010). Norske psykologers bruk av tester. *Psykologi Tidsskrift*, 37, 1010-1016.
- Vaskinn, A., Sele, P., Larsen, F. A. E & Dal, A. (2011). Talk is not cheap: a narrative approach to the successful discharge of a 'dangerous male with schizophrenia' from a medium security ward. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 247-258.
- Vaskinn, A., & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: en oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Psykologi Tidsskrift*, 39, 658-665.
- World Health Organization (1993). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneve.
- Øvreeide, H. (2002). *Psykisk sykdom og behandling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.