

bulletinen

Årgang 18. Nr 2. 2012



Institutt for Psykoterapi
50 år



Institutt for Psykoterapi

Innholdsfortegnelse

Informasjon fra daglig ledelse 3

Innlegg

Terapeutisk prosess og samtidig bruk av medisiner

Tormod Knutsen 4

Avslutning, *Kari K Holm* 10

Debatt

Mysteriet Anders Behring Breivik, *Jan Ole Røvik* 23

Referater

Generalforsamlingen 25

Fra Utvalg for etterutdanning 26

Kurs og konferanser 29

Seminarvirksomheten 31

Annen informasjon 31

Kontaktinformasjon:

Pb 4254 Nydalen, 0401 OSLO

Tlf: 22 58 17 70

E-post: sekr@instpsyk.no

Besøk vår hjemmeside på: www.instpsyk.no

I redaksjonen: Tulla Grip og Jan Ole Røvik (ansvarlig)

Bilder: Tulla Grip

Design og trykk: borgerne.no

INFORMASJON FRA DAGLIG LEDELSE

Instituttet er godt inne i sitt jubileumsår. Jubileumskomiteéarbeidet er i rute med henblikk på feiringen i september. Jubileumsboken er ferdigstilt takket være iherdig innsats fra redaksjonen og forfatterne. Den trykkes i disse dager. Vi har forventninger til at denne også kan brukes i undervisningssammenheng.

Snart ett år har gått siden terrortragedien. I tiden rett etterpå var vi mest opptatt av å organisere hjelp til de berørte. Vi hadde fokus på traumeforståelse og krisetiltak. Selv om det var relativt få henvendelser til Instituttets organiserte beredskapstjeneste, vet vi at mange av våre medlemmer har vært involvert. Ennå har vi ingen oversikt over behovet på sikt. Til å begynne med var det relativt lite fokus på gjerningsmannen. Selv om mange av oss var opptatt av denne mannens psykologi, var det et poeng å dempe oppmerksomheten rundt hans person. Ikke minst av hensyn til de pårørende. Så kom rettsaken og med den et enormt engasjement rundt

gjerningsmannens sammensatte psyke. To sakkyndigrapporter med ulik konklusjon har gitt såvel rettspsykiatrien spesielt som psykiatrien generelt et troverdighetsproblem i folks oppfatning. Noen tanker rundt dette blir luftet i denne utgaven av Bulletinen, og vi oppfordrer medlemmene til videre debatt.

Saken er interessant nettopp fordi den aktualiserer viktigheten av bred refleksjon, verdsetting av motsetninger i dialogen mot forståelse og evne til å utholde uvisshet i vårt komplekse fagfelt. Dette er sentrale verdier i vår behandlingsfiosofi og et viktig element i kandidatenes læringsprosess.

Vi kan fortsatt glede oss over god tilstrømming til seminarene. Interessen er stor over hele landet.

Det er nå startet en evaluering og revidering av undervisningsplanen som et ledd i å holde undervisningsvirksomheten oppdatert og anvendbar i kandidatenes





kliniske hverdag. Det er viktig å integrere forskningsbasert kunnskap og teoridannelse og å kvalitetssikre den pedagogiske formen. Medlemmene i arbeidsgruppen for revidering av undervisningsplanen er Per-Einar Binder, Jon-Morgan Stokkeland og Tone Skjerven. Vi er meget takknemlige for at nettopp disse personene har påtatt seg dette viktige arbeidet !

Den kliniske hverdag innebærer ofte en tilpasning til pasientenes mangfoldige problematikk ved å integrere forskjellige behandlingsmetoder. For å løfte opp dette faktum og strukturere tenkningen rundt det, ser vi en økende interesse for psykoterapi integrasjon, også innen det psykoanalytiske miljø. I denne utgaven av Bulletinen formidler Tormod Knutsen sine erfaringer med å kombinere psykoterapi og medikamentbehandling.

Helsedirektoratets evaluering av vårt institutt sammen med de andre institutter og foreninger som mottar statsstøtte ligger nå i Helsedirektoratet for behandling. Vi regner med en tilbakemelding her i løpet av året.

Instituttets økonomi er i balanse. En økning av seminaravgiftene i fjor har

bidradd til dette på undervisningsvirksomheten. Økning av medlemskontingenten har konsolidert medlemsdelen. Svar på søknad om statstilskudd kommer i juni som vanlig. Etter de signaler vi har fått fra Helsedirektoratet tidligere forventer vi at tilskuddet vil bli omtrent som i fjor.

Etter at Instituttet fikk en pengegave til finansiering av forskning og skriveprosjekter har det vært en økning i antall søknader til fondet. Flere er i gang med lovende skriveprosjekter. Vi har nå mulighet til å få et mer vedvarende skrive- og forskningsmiljø ved Instituttet. Slik kan vi bidra til å dokumentere psykoterapien og dens virkning på en klinikknær måte.

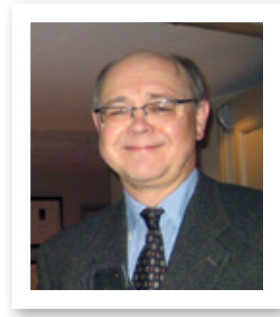
Som annonsert i forrige Bulletin fratrer undervisningsleder stillingen i august neste år. Stillingen er utlyst, med utvidet søknadsfrist til 2.07.12. Det har til nå vært liten respons og vi oppfordrer alle som har snev av lyst og interesse for denne viktige og morsomme jobben til å ta kontakt for en prat.

Ha et fortsatt godt jubileumsår!

Tove Kjersti Kjølseth og Jan Ole Røvik

TERAPEUTISK PROSESS OG SAMTIDIG BRUK AV MEDISINER

Tormod Knutsen



Et klinisk problem som psykotereapeuter ofte møter i praksis er: Hvordan skal en kunne kombinere to prinsipielt ulike behandlingsformer som psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi på den ene siden og psykofarmakologisk behandling på den andre – og samtidig forsøke å gi både pasienten og seg selv en forståelse og sammenheng i det man foretar seg?



Slike kliniske problemer kan arte seg som a) pasienten bruker medisiner når han/hun søker terapi / analyse, b) det oppstår en situasjon under behandlingen hvor pasienten og / eller terapeuten mener det er hensiktsmessig med medikasjon, og c) pasienten går i behandling hos en annen terapeut, men ønsker / har behov for / er henvist til vurdering av medikasjon. Et spesielt problem kan dreie seg om kriterier for utvelgelse av egnede pasienter i utdanningsøyemed, hvor forholdet til en tredje part (veileder/seminargruppe/institutt) blir aktualisert.

Med psykoanalytisk og psykotereapeutisk prosess forstås den utviklingen i en psykoanalyse/-terapi hvor mer og mer av

pasientens ubevisste dynamiske sjelsliv og dens organisering blir avdekket, gjennomarbeidet og forklart. Denne prosess har vist seg å ha en del felles trekk mht. organisering, relasjoner og stabile, forutsigbare mønstre (Samberg & Marcus 2005). Denne prosessen er avhengig av faktorer hos pasienten, terapeuten og hvordan relasjonen mellom dem utvikler seg. De mest sentrale begrepene for å beskrive elementer i denne prosessen er allianse, overføring, motoverføring og motstand.

Om begynnelsen

Det er ingen tvil om at Freud så på psykoanalysen som en psykologisk vitenskap. Som lege og nevrolog ser man imidlertid at hans biologiske og medisinske forankring skinner i gjennom i hans lange virke som terapeut og ikke minst vitenskapelig forfatter. Freud brukte medisiner. Han (mis)brukte kokain i en tiårsperiode (Byck 1974). I beretningene om pasienter er det flere eksempler på bruk av de medisinene som den gang fantes, jfr. Irma-drømmen i Drømmetydningen (Freud 1900). Det samme gjaldt Breuer (Anna O.) (Breuer & Freud 1895). Om Freud ga Rottemannen spekesild (som han ikke liktel!) fordi han var sulten eller fordi det skulle virke mot innvollsorm (dvs. som medisin), er det uenigheter om. Spekesilden dukket nå opp i det analytiske materialet "åkke som" (Freud 1909, Lipton 1977). Men Freud snakket også om abstinens og nøytralitet, og advarte mot det han kalte furor sanandi, dvs. en uimotståelig trang terapeuten føler for å helbrede pasienten (Freud 1915, 1919).

Mange analytikere eksperimenterte med ulike stoffer frem til mot slutten av 1960-tallet,

for å få lettere tilgang til det ubevisste. Mest omtalt er LSD-behandlingen. Mens den psykiatriske verden opplevde den psykofarmakologiske revolusjonen fra 1950-årene og utover, var psykoanalysen mest opptatt av å definere den rene analysen. Og her passet ikke medikamentene inn. Bruk av medikamenter har inntil våre dager blitt sett på som kontraindikasjon mot inn-siktorientert behandling (psykoanalyse eller psykoanalytisk psykoterapi).

Den psykofarmakologiske revolusjon

Psykofarmakologien har forandret psykiatrien og manges oppfatning av mekanismene bak psykiske lidelser. Psykoanalysen og de terapeutiske tradisjoner som bygger på denne, har kommet i et unødvendig motsetningsforhold til den s.k. biologiske psykiatrien. Det var også stor skepsis til bruk av aktive teknikker (som man senere finner igjen som bl.a. kognitive teknikker og eksponeringsteknikker) og utvidelse av indikasjonområdet for psykoanalysen, og endringer av den klassiske analytiske setting (at pasienten kunne sitte på en stol og lavere frekvens av timene) (Stone 1954, Eissler 1953. Alexander & French 1946).

Likevel forble forholdet mellom medikamentell behandling og psykoanalyse et nærmest tabu-område. Bruk av medikamenter under psykoanalytisk og psykodynamisk behandling ble på 60- og 70-tallet sett på som å kunne forårsake et redusert lidelsestrykk og derigjennom underminere motivasjon for

videre behandling. Angsten ble ansett som særlig verdifull i og med at den var en indikasjon på psykisk konflikt, og at angsten kan øke ved bevisstgjøring av denne konflikten. I beste fall ble medikasjon ansett som en kompliserende parameter som kunne forurense overføringen og muligens være et redskap for enactment av motoverføringen (Ostow 1962, Meissner 1996, s123, Glick & Roose 2006). Den amerikanske psykoanalytiker og nevrolog Mortimer Ostow drøftet bruk av psykofarmaka innen rammen av en klassisk freudiansk tenkning (Ostow 1962), og ble forløperen til den moderne måten å betrakte medikasjon på – i retning av en tosykdoms-tenkning (med både psykodynamisk og nevrobiologisk grunnlag).

Han betraktet den psykoanalytiske erfaring som helt avgjørende for å kunne administrere de nye psykofarmaka på en tilfredsstillende måte, og kunne bedømme ut fra det kliniske inntrykket av en pasient behovet for og anta virkningen av et medikament i forhold til pasientens symptomer – men også den analytiske prosessen. Han understreket (Ostow 1962, 1979) at medikamentell terapi ikke bør gis av andre enn den behandlende terapeut, og at bivirkninger bør betraktes på linje med dagsrest (i drømmetydningen). De blir absorbert av ego og bringes inn i relasjon med de ubevisste krefter, og kan derfor analyseres ut fra dette. Dette tema drøftes også i moderne litteratur (Glick & Roose 2006), som bygger på nyere data om den synergistiske effekten mellom farmakoterapi og psykoterapi



Utviklingen de siste tiårene

Det har skjedd en markert endring i holdningen til medikasjon og psykoterapi / psykoanalyse de siste 15-20 årene. Spørsmålet er gjentatte ganger drøftet gjennom egne paneller og spesialutgaver av tidsskrifter.

Hovedtrendene er oppsummert i noen bøker og samleartikler (Riba & Balon 2005, Busch & Sandberg 2007, Roose & Cabaniss 2005). Det er særlig i amerikansk litteratur at disse strømningene har kommet frem, mens i Norge har det vært publisert lite om temaet siden Trygve Braatøy (1954), dog finnes enkelte unntak (Sleire 2006).

Disse nye holdningene kan skyldes flere forhold: utviklingen av de kriteriebaserte diagnose-systemene, nye medikamenter med færre bivirkninger med et utvidet anvendelsesområde, økt fokus og styrket lovgivning mht. pasientrettigheter, økt bevissthet og kunnskapsmengde (internett), moderne nevrovitenskap (Kandel 1999).

Behandlingsforskning tyder på en synergieffekt mellom psykoterapi og medikasjon. Indikasjonsområdet for psykodynamisk behandling kan utvides, og det er mulighet for mer effektiv behandling av kriser og brudd i terapiene (Busch & Sandberg 2007, Roose & Cabaniss 2005).

Terapeutisk allianse og compliance

Terapeutisk allianse er et psykoanalytisk begrep og beskriver den delen av forholdet mellom pasient og terapeut som går ut på at man kan arbeide sammen mot et felles mål. Terapeuten må sørge for å oppmuntre pasienten til å delta i denne prosessen, ved f.eks. å beskrive metode og realistiske målsettinger. Pasienten må på sin side være i stand til å ta ansvar for å være med, bl.a. gjennom å ha kapasitet til tilstrekkelig selvobservasjon og å holde samarbeidsperspektivet for øyet selv om det kan røyne på når negative følelser overfor terapeuten i lange perioder kan være både sterke og dominerende. Allianse er altså et relasjonelt begrep og anses like viktig for alle typer behandling (Greenson 1967, Meissner 1996, Hersoug 2012).

Innen farmakologien er det vanlig å bruke begrepet compliance for å si noe om pasientens evne til å følge opp den foreskrevne behandlingen. Compliance betyr ettergivelse, lydighet, samtykke eller underkastelse, og det passer til en klassisk medisinsk modell. Legen forordner en medikasjon som pasienten passivt skal følge. Compliance er også kalt "medical alliance". Doktoren vil tilby hjelp og pasienten blir hjulpet, uten at det foreligger egentlig gjensidighet. (Gutheil & Havens 1979). Innenfor psykoanalysen oppfattet Winnicott (1971/1991) compliance som et uttrykk for "falsk selv", dvs for en umoden del av selvet. Den delen som tilpasser seg den voksens behov, snakker etter munnen, til forskjell fra det ekte selvet.

Compliance kunne ses på som et symptom på en skjev personlighetsutvikling, på grunnlag av et ikke godt nok fascilerende oppvekstmiljø. Andre har brukt begrepet compliance med et introjekt eller objekt, for å beskrive trinn i superegoutviklingen, hvor barnet kan adlyde foreldrenes påbud og regler uten at de er tilstede, og hvor compliance i denne sammenhengen er nødvendig for å oppnå er følelse av trygghet og selvaktelse (Akhtar 2009). Dette samsvarer med erfaringer hos alle leger: i de fasene pasienten er syk (og regressiv!) nok, er det få pasienter som lar være å følge legens anvisninger. Mens når pasienten føler seg friskere (og er mindre regressiv), er det vanskelig å følge opp behandlingen, kanskje man glemmer en dose eller to. Særlig problematisk er det selvfølgelig når medikasjonen er langvarig og forebyggende – som litium eller nevroleptika – og hvor sykdomsfølelsen og –innsikten er liten. Ofte støter man her på en "falsk-selv"-problematikk, hvor pasienten snakker legen etter munnen. Da snakker man om non-compliance, for å beskrive at den forordnede behandlingen ikke følges opp på en eller annen måte, underforstått at det foreligger manglende samarbeid fra pasientens side.

Psykoterapeuter og psykoanalytikere bør betrakte compliance mer i retning av terapeutisk allianse, og vi vil ha et fortrinn for å forstå disse mekanismer. Eks.: Dersom en

pasient i en terapitime snakker om at hun/han har sluttet å ta sine blodtrykksmedisiner, uten å ha konsultert fastlegen, bør dette analyseres. Er det noe med forholdet til fastlegen som skranter, er det bivirkninger eller angst for dette – eller er det et signal om at den terapeutiske alliansen er truet? Dersom terapeuten selv har en irrasjonell holdning til slik behandling, eller ikke oppfatter denne informasjonen som et analytisk materiale, og avviser det hele med at "dette får du ta opp med fastlegen", kan man miste verdifull informasjon om den terapeutiske relasjonen, i tillegg til at pasienten kan miste denne muligheten til å bli klar over sin falske selv-funksjon. Dermed kan hun/han gå glipp av å øke sin forståelse for å ivareta seg selv og sin egen helse.

Placebo-effekten

Busch og Sandberg (2007) redegjør for de ulike sidene av disse forholdene. Bl.a. om hvordan placebo-effekten kan brukes til å styrke alliansen, men at den også kan være et tve-egget sverd, dersom pasientens splitting fører til at terapeuten som analytiker mister troverdighet, og at dette kan føre til et avbrudd i terapien. Busch og Sandberg diskuterer også begrepet nocebo-effekten (nocebo= jeg vil skade (lat)). Min erfaring er at dette er et svært utbredt fenomen, at pasientene har en mer eller mindre bevisst ide om at psykofarmaka – evt. også andre medisiner – vil skade dem. Enten at man blir avhengig, at man mister noe av personligheten, ikke lenger har kontrollen over seg selv, at følelsene blir endret – avflatet – at forholdet til kroppen blir annerledes. Dette er angster som jeg tror henger sammen med erfaring fra tidligste alder, gjennom eksponering av ulike medikamenter og vaksiner, smertene og ubehaget knyttet til dette, foreldrenes uro og angst, familiemyter knyttet til sykdom og behandling – ofte feilbehandling – med medisiner. Eller det kan gjenspeile det tidlige mor-barn-forhold, og kan gi seg uttrykk i (ubevisst) mystisisme, alternativisme og romantisk naturfilosofi/-medisin (den omsorgsfulle og gode Moder Jord). Alle slike erfaringer er fra en tidsepoke vi vanligvis

ikke husker noe fra, og de vil prege våre ubevisste / førbevisste – og kanskje også bevisste holdninger til medisiner. Slike holdninger finnes både i legestanden – og blant psykiatere, psykoterapeuter og psykoanalytikere – men også samarbeidende terapeuter. Den non-compliance pasienten utviser, kan derfor være forårsaket av behandleres motoverføring. Dette gjelder også ved at man lar være å prøve ut et medikament lenge nok, av engstelse for å påføre pasienten ubehagelige (og skadelige?) bivirkninger, slik at pasienten gjennom dette ikke får adekvat medikamentell behandling.

Motoverføring

Disse reaksjonene er i stor grad ubevisste og førbevisste prosesser, men kan opptre som beviste rasjonaliseringer, til dels på mange nivåer samtidig. Terapeuter og analytikere kan ha et idealisert (overførings-) forhold til sine teorier og den praksis som de har lært av sine veiledere og på seminarer. Ofte er ikke medikamentell behandling drøftet i det hele tatt, i tilfelle kun som negative hendelser, for eksempel som uttrykk for at pasienten ikke er egnet til denne type behandling, eller at det foreligger en utagering av motoverføringen. En engstelse for forræderi og fantasier om innbilte sanksjoner fra den gruppen man tilhører (instituttene eller foreningene) kan opptre. Psykoanalytiske teorier kan fungere i motoverføringens tjeneste, ved at fenomener tolkes som primitivt forsvar. Man kan få fantasier om grenseoverskridelser, at man "gjør noe" med kroppen til pasienten, at man kan påføre pasienten plager eller skader. Eller man kan få denne uimotståelige trangten til å hjelpe, eller kjenne på behovet for å avhjelpe lidelsen, kombinert med en følelse av at dette er en "spesiell pasient" som krever noe ekstraordinært.

Medikamentell behandling representerer et realitetsprinsipp som virker inn på den terapeutiske relasjon. Motoverføringen kan utageres ved handling eller å la være å gjøre noe (undoing), som om det ikke eksisterer eller har eksistert. Dette gjelder når det er

snakk om medikamenter som alt annet analytisk materiale. For eksempel kan terapeuten bli prinsippfast og påholden, eller legge for mye vekt på bivirkninger (slik at pasienten ikke følger opp medikasjonen), eller man kan henvise til en annen lege, selv om man burde ha kunnskap om at pasienten ikke kommer til å oppsøke denne. Og man kan selvfølgelig la medisiner bli hovedarena i behandlingen, som en motstand mot å forholde seg til pasienten.

Overføring

Erfaringer fra en tidsepoke vi vanligvis ikke husker noe fra, vil prege våre ubevisste / førbevisste – og kanskje også bevisste holdninger til medisiner. Alle er vi fra fødselen av blitt eksponert for ulike medikamenter og vaksiner, og smerter og ubehag knyttet til dette. Og det er ikke alle piller som smaker godt og har "smilefjes" – slik som Fluor-tablettene! Barnets holdninger til medisiner senere i livet vil reflektere foreldrenes måte å møte slike hverdagssituasjoner på. I familier er det i tillegg ofte myter knyttet til sykdom og behandling – ofte feilbehandling – med medisiner. Dersom det har vært utrygghet i den tidlige mor-barn-tilknytningen, kan dette komme til uttrykk som mystisisme, alternativ medisin og romantisk naturfilosofi/-medisin (tilbake til den omsorgsfulle og bare gode Moder Jord). Virkningene og bivirkningene av medisiner vil både kunne svekke og styrke den overføringen og den terapeutiske prosessen. En tvangspregnet pasient vil for eksempel oppleve medikasjon som trussel mot autonomi og kontroll. Uventede eller sterke bivirkninger kan føre til brudd i behandlingen. Forslag om å starte på medikasjon, kan av noen pasienter bli opplevd som en krenkelse, andre pasienter som en lettelse og at behandleren – som i andre henseender bli oppfattet som nøytral og abstinent – likevel bryr seg om ham eller henne. For noen pasienter vil en antidepressiv medikasjon være en forutsetning for å arbeide videre terapeutisk. Andre pasienter kan bruke slik medisiner som en form for forsegling av følelser, og som motstand mot en dypere terapeutisk

innlevelse. Antipsykotisk medikasjon kan i akutte situasjoner befordre en helende virkning i den terapeutiske relasjon og i pasientens sosiale fungering for øvrig.

Det praktisk-kliniske arbeidet

Når det i løpet av en terapi oppstår en indikasjon for medikamentell behandling, kan terapeuten (legen) forholde seg på prinsipielt to forskjellige måter: hun/han kan selv forestå den medikamentelle behandlingen, eller hun/han kan gjøre som psykologen: å samarbeide med en tredje part (fastlege eller psykiater) om den praktiske utførelsen. I det første tilfellet (sk. kombinert behandling) vil man stå overfor mange muligheter og utfordringer. Fordelen med denne arbeidsformen er at man har større oversikt over pasientens problemer, og man kan lettere sette compliance-problemer og den medikamentelle (evt. manglende) virkning og bivirkninger inn i en analytisk sammenheng, for eksempel ved overføringstolkninger. Men dette forutsetter at terapeuten er tilstrekkelig psykofarmakologisk oppdatert og erfaren, og at man er seg bevisst at man opererer på to plan: både det biologiske og psykodynamiske, og at man må "skifte gir" eller oscillere mellom disse nivåene (Busch & Sandberg 2007). I praksis kan man tydeliggjøre overfor pasienten (og seg selv) hvilket "gir" man er i, for eksempel at konkrete spørsmål ang. medisiner, blodprøver etc, gjøres på avtalte tidspunkter, på samme måte som praktiske gjøremål forøvrig (beta-ling, avbestillinger etc.). Ulempen ved en kombinert behandling er likevel at det kan oppstå en indre motsetning mellom disse betraktningsnivåene, som kan ende opp med at den terapeutiske prosessen stopper opp, og at en psykodynamisk psykoterapi kan ende opp som oppfølging av medikamentell behandling. Dette kan virke demotiverende på den videre utviklingen hos denne terapeuten.

Den andre måten å forholde seg på, er å dele opp behandlingen mellom flere aktører, dvs. at en tredje part (lege) blir introdusert for terapeut-pasient-paret. Både for

terapeut og pasient kan det være godt å få en "second opinion". Tiden i terapitimene blir ikke brukt opp til "andre ting" (?), og terapeuten blir mer fri i forhold til å ta stilling til konkrete valg. Hun/han må imidlertid skrive en dekkende henvisning, og evt. delta på samarbeidsmøter med legen, kanskje også drøfte pasienten telefonisk med legen underveis. Forutsetning for at dette skal kunne fungere optimalt er: 1) terapeuten og legen (og pasienten) må være enig om et felles mål, 2) legen må være tilstrekkelig dynamisk orientert og utdannet, 3) legen må få en adekvat henvisning, hvor bl.a. overføring / motoverføring blir diskutert, 4) legen må få anledning til å bruke nok tid (minst 1 -2 timer) til en selvstendig vurdering av pasienten og hans / hennes behandlingsbehov, 5) avtale om samarbeidsformer, evt. regelmessige felles møter med pasienten for å vurdere behandlingseffekten, og 6) hvordan forholde seg ved avslutning av behandlingen. Faren ved slik delt behandling ("split treatment") er at splitting-fenomener med idealisering / devaluering kan oppstå, i verste fall kan dette føre til brudd i terapien. Eller at den ene part (legen) kan bli opplevd å bli "sittende med" pasienten etter terapislutt, noe som kan vanskeliggjøre tilsvarende samarbeid i fremtiden. For dette er noe av det viktigste: at aktørene i en slik setting kjenner hverandre over tid, og har full respekt og aktelse for hverandre (Olesker 2006, Busch & Sandberg 2007, Ribba & Balon 2005).

Dersom pasient som henvises eller oppsøker behandling allerede er under medikamentell behandling, må man gjøre ovenfor nevnte overveielser i sammenheng med de innledende samtaler. Psykologen må samarbeide med henvisende lege, mens psykiateren kan vurdere dette annerledes. Noe av vanskelighetene kan dreie seg om hvordan forholde seg når terapien avsluttes, dersom det fortsatt er aktuelt med videre medikamentell behandling. Hovedspørsmålet må være hva som er best for nettopp denne pasienten i denne situasjonen, og hvordan terapeuten best kan arbeide med denne problemstillingen.

Ved å introdusere muligheten for medikamentell behandling i en pågående terapi, vil den andre i forholdet lett kunne føle seg nedvurdert og krenket.

Hvis det er terapeuten som tar opp dette spørsmålet, vil pasienten kunne oppleve seg krenket og ikke flink nok som pasient og ikke egnet for psykoterapi eller psykoanalyse. Dette vil øke den negative overføringen, i verste fall kan dette føre til brudd i behandlingen. Dersom det er pasienten som tar opp spørsmålet, vil terapeuten på sin side lett føle seg kritisert og inkompetent, og dersom ikke denne motoverføringen blir tilstrekkelig analysert, kan det føre til at terapeuten avbryter behandlingen, i stedet for evt. å endre behandlingsavtalen.

Motstand

Mange pasienter er skeptiske til å bruke medisiner og presenterer dette allerede tidlig i første kontakten. En depressiv pasient kan si at: "Fastlegen ville sette meg på medisiner, men jeg vil heller finne årsaken til problemene.." Dette kan høres forlokkende ut, her har vi en pasient som er motivert for innsiktsorientert behandling! Det er imidlertid nødvendig å analysere dette grundig ved de forberedende samtaler, om dette representerer en motstand mot endring, dvs. en negativ motivasjon for terapi, at terapi blir et skalkeskjul for å opprettholde status quo.

Instituttets ansvar

Forekomst av samtidig psykoterapi og psykofarmakoterapi er utbredt. Det er derfor viktig at dette aspektet ivaretas av instituttene når det utdannes psykoterapeuter og psykoanalytikere. Mange skal jo bli veiledere i psykoterapi for leger i psykiatriutdannelsen, hvor fenomenet er enda mer utbredt. Det er lite som tyder på at det vil skje noen dramatiske endringer med det første. Veiledere og seminarlærere som får et direkte innblikk i behandlingen, har et særlig ansvar.

Oppsummering

Problemet med å forholde seg til samtidig medikamentell og psykologisk behandling er

like gammelt som psykoanalysen selv, men det har fortonet seg på forskjellige måter opp gjennom historien. Det er viktig at alle som driver med psykoterapi og psykoanalyse kan utvikle sine ferdigheter til å drive psykologisk behandling, men også kunne se det ekstra potensialet som en adekvat medikasjon kan gi – og at man på den måten kan utvide indikasjonsområdet for psykodynamisk langtidsbehandling. Det er utfordring å utvikle en terapeutrolle som kan ivareta den muligheten å sette medikamentell terapi inn i en utvidet referanseramme, og som bare den psykodynamiske tenkningen tilbyr.

Referanser:

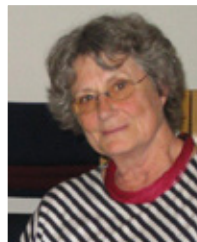
- Akthar, S.: Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis, Karnac, London 2009
- Alexander, F., French T.M. et al: (1946) Psychoanalytic Therapy: Principles and Application, New York: Ronald Press
- Braatøy, T.: Fundamentals of Psychoanalytic Technique, Wiley Publications, NY, 1954
- Breuer J & Freud S (1895) : Studies on Hysteria, Standard Edition, II
- Busch, F.N. & Sandberg, L.S (2007): Psychotherapy and Medication, The Analytic press, New York
- Byck, R. (ed)(1977): Cocaine Papers of Sigmund Freud New York: Stonehill Publishing
- Eissler, K.R.:(1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. JAPA 1:104-143
- Freud, S.: Drømmetydning (1900/1985). Norsk utgave Cappelen, 1985
- Freud S (1909): Two case histories ('Litte Hans' and the 'Rat Man'), St ed X
- Freud, S.:(1915) Observations on Transference-Love, St.Ed. XII, pp.157-171
- Glick, RA & Roose, SP (2006): Talking about medication, Journal of the American Psychoanalytic Association, 54: 745-762
- Gutheil, TG & Havens LL (1979): The Therapeutic Alliance: Contemporary Meanings and Confusions, Int Review of Psycho-Analysis, 6;467-481
- Hersoug AG (2012): "Jeg tror terapeuten liker meg" - om betydningen av allianse i psykoterapi. I: Ulberg, Hersoug og Knutsen (red): Psykoterapi i utvikling, Oslo (under trykking).
- Kandel. E.R.:(1999) Biology and the future of psychoanalysis (i: Kandel, E: Psychiatry, Psychoanalysis and the new Biology of Mind, American Psychiatric Publishing 2005).
- Lipton, S.D. (1977). The Advantages of Freud's Technique as Shown in his Analysis of the Rat Man. Int. J. Psycho-Anal., 58:255-273.
- Meissner WW (1996): The therapeutic alliance, Yale University Press
- Olesker, W.: (2006) Thoughts on Medication and Psychoanalysis: A Lay Analyst's view, J Amer Psychoanal Assn, 54;763-779
- Ostow, M.:(1962): Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy, Basic Books, NY
- Ostow, M.(ed): (1979): The Psychodynamic Approach to Drug Therapy. The Psychoanalytic Research and Development Fund, New York
- Riba, M.B & Balon, R.: Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy., American Psychiatric Publishing 2005.
- Roose, S.P. & Cabaniss, D.L.: Psychoanalysis and Psychopharmacology (kap 17 i: Person, Cooper & Gabbard: Textbook of Psychoanalysis, Washington/ London 2005)
- Samberg, E. & Marcus E.R.: Process, Resistance and Interpretation (Kap 15 i Person, Cooper & Gabbard: Textbook of Psychoanalysis, Washington/London 2005)
- Sleire, B.H: (2006) Combination of psychotropics in Psychoanalytic Psychotherapy: Psychotherapeutic Challenges, Scand Psychoanalytic Review, 29:115-121
- Stone, L. (1954). The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Assn., 2:567-594.
- Winnicott, D.W.: Playing and Reality, (1971/1991), Tavistock/Routledge

AVSLUTNING?

FOREDRAG PÅ FAGMØTE PÅ INSTITUTTET
8. FEBRUAR 2012.

Kari K. Holm

Tusen takk for at jeg ble invitert hit i dag!



Stort å være på medlemsmøte på Institutt for Psykoterapi...

En tolvåring med store tap i sin korte fortid, sa enkelt og rett frem om dagens tema, «Du skjønner, søsteren min får anfall, ikke jeg... For jeg har lært en metode til å forstå meg selv. Jeg fortsatte hos psykologen etter at mamma var død, det gjorde ikke hun...».

Tidlig på 1970-tallet kan jeg huske et seminar over flere dager om, - akkurat avslutning.

Institutt for psykoterapi hadde invitert en amerikansk kollega som skulle holde seminar med oss om dette temaet. Han sendte oss en hel del pussige artikler som vi alle leste, - samvittighetsfullt, men ikke forsto noe særlig av og derfor heller ikke gledet oss noe særlig til at han skulle komme. Han het Earl Witenberg og var den gang leder for William Alanson White Instituttet i New York. Han begynte seminardagen med å si at alt det han hadde sendt oss på forhånd var noe møl. Det var bare for å vise oss hvor lite det fantes av god litteratur om avslutning. Siden har ikke dette instituttet arrangert noe seminar om akkurat dette, det jeg kan huske.

Det gjorde imidlertid WAW. Når og om dere ev leser «Contemporary Psychoanalysis» fra 1976, 12, er det tankevekkende for en som går i sitt 70 år å sammenlikne faget fra denne tiden med hva f eks Sandra B skriver om avslutning i samme tidsskrift i år 2000 (Buechler 2000). Jeg kommer tilbake til hennes synspunkter på terapeutens hverdag ved avslutninger i siste del av mitt innlegg i dag.

I 1976 på WAW var det tre innledere, Earl Witenberg, Edgar Levenson og Alberta Szalita.

Witenberg kalte sitt innlegg «Termination is no end» og sier at avslutning bare gir mening i en kontekst. Hvis man definerer terapi som overføringsnevrose, er avslutning oppløsningen av denne iatrogene tilstanden. Hvis man tenker som Melanie Klein, er den infantile amnesien løst opp når pasienten har beveget seg over i den depressive posisjon, fra den grunnleggende paranoid/schizoide, mao lyktes i å minske splitten i personligheten (Klein 1950). Er man egopsykolog, dreier det seg om pasientens nyervervede evne til å integrere sine egofunksjoner på en konstruktiv måte. Slike definisjoner av avslutning er så ideelle at ingen vil noen gang komme dit og kunne avslutte som et gjennoanalysert menneske. Derfor heller den pragmatiske definisjonen; avslutningen finner sted når de to slutter å møte hverandre, - og etter det opphører analysen aldri.

Levenson holdt et elegant formulert innlegg, - som vanlig, og innledet med at avslutning er et problem for den terapeuten som allerede er oppe i problemer i en terapi, altså ingen faglig problemstilling, men heller en bekjennelse av å være gått i stå med en pasient. Og, sier han videre, problemet stammer fra vårt ønske som behandlere om å kunne forstå og kontrollere alt som foregår i terapirommet på bekostning av å holde oss der vi skal være, som en katalysator for pasientens selvhelende prosess.

Om Szalita, den tredje innlederen, blir spurt om hva terapi er, sier hun til ikke-fagfolk at det er en autobiografisk studie.

Til oss kolleger fremhever hun her betydningen av å kunne være konfronterende for å fremme pasientens konfrontasjon med seg selv og egne illusjoner. Hos den som har talent for metoden, slutter den aldri å være

virksom. Viktige kjennetegn på at den kan avsluttes, er at pasienten kan skille mellom følelse, tanke og handling og kan leve med ambivalens og tvil.

Er det andre oppfatninger av avslutning i dag? Her begrenser jeg meg til terapier som er inngått uten avtale om når de skal avsluttes, altså terapier som går gjennom prosessens ulike faser til en naturlig avslutning.

Det er luksus å bruke to timer i ro om dette temaet, - som sjelden behandles på regulære seminarer. En kommer seg ikke dit og det er sjelden et flerårig seminar har klinisk materiale om akkurat avslutning. I dag er det dessverre ikke tid til en klinisk gjennomgang, men forhåpentligvis jordnær teori som utgangspunkt for at vi kan diskutere fenomener og begreper knyttet til nettopp avslutning.

Problemstilling 1

Så hvilke egne opplevelseskilder har vi før vi begynner temaet avslutning, - som jeg har satt et - ? etter.

Slik jeg tenker, er den nærmeste kilden egenbehandling. Hva husker vi best fra vår egen avslutning av lærebehandling? Hva jeg husker fra mine siste analysetimer, er den setningen jeg hadde i hodet, og fremdeles har, "for meg selv, men ikke alene".

Hva med dere? Har noen av dere en slik ledestjerne? Et tema som forteller hva en avsluttet behandling betyr for dere? Og hvorledes husker dere slutten på deres lærebehandling, de av dere som har lagt denne viktige læringsprosessen bak dere?

En gang, faktisk bare en gang, har jeg hørt en virkelig god forelesning om avslutning.

Den holdt Paulina Kernberg på det som da het Mentalhygienisk Rådgivningskontor, nå BUP Vest, tidlig på 80-tallet. Hennes tema var avslutning av barneterapier. Hun hadde ett kriterium for at det nærmet seg avslutning og det var når et barn sa "den første gangen jeg kom til deg" eller "da jeg begynte å komme hit, da..." og akkurat dette poenget er det vel som er det gode tegnet på en avsluttet, en fullført behandling, ført til en naturlig avslutning, at man har laget sin egen historie: the plot in the plot, hvis vi da kan kalle selve livet "a plot".

Det jeg har tenkt å trekke frem, faller i tre deler:

- I. Vanlige individuelle kriterier for fullført behandling, en en-persons-psykologi.
- II. Vanlige kriterier for fullført behandlingsprosess, en to-persons-psykologi.
- III. Vanlige en-persons- problemer for terapeuten ved avslutning av behandling.

Del I

Hva er så de individuelle kriteriene for fullført psykotераapeutisk/psykoanalytisk arbeid? Når kan vi avslutte det arbeidet som skal resultere i at en person, vår pasient er beredt til et liv preget av «Lieben und Arbeiten»? Mange har forsøkt å finne referansen til dette sitatet fra Freud. Det lar seg ikke finne. Kanskje har han skrevet om dette i sine brev til forloveden 1882-1883, samlet i en bok som på tysk heter «Brautbriefe».

Sett utenfra, sier Freud i 1937, er det et styrket ego som er tegnet på en fullført analyse. Noen av dere har kanskje lest Anna Freuds profil for evaluering i forhold til behandling (A. Freud m fl. 1963 og 1965)?

Det finnes en profil for barn og en for voksne, lite fremme i dagens behandlerverden.

En kortversjon er utarbeidet av Hjørdis Simonsen, kjent psykolog og psykoanalytiker i egen praksis på 50/60/70-tallet (Simonsen 1974). Jeg har den med om dere er interessert. Jeg deler den gjerne ut der jeg får anledning. Hjørdis Simonsen holdt til i en rødmalt sveitervilla du kunne se fra seminarrommet på Instituttet den gang vi holdt til i Bygdø Alle.

I sin profil opererer Anna Freud med tre typer konflikt; den ene konflikten er jeg'et som skal forholde seg til krav fra den ytre verden, den andre er jeg'et som skal forholde seg til krav fra id, og den tredje jeg'et som skal forholde seg til krav fra overjeg'et.

For å eksemplifisere Anna Freuds tre konflikter, kan vi jo ta en liten gutt som blir bredt dynen over av mamma idet hun sier god natt. Når denne lille gutten er vel under dynen, sier kanskje en streng mamma "hendene opp på dynen, nå skal du sove". Hun prøver da å komme en ytre konflikt mellom mor og sønn i forkjøpet. Når hun er gått ut av rommet, blir kanskje id'ets krav

forsterket, slik at guttens hender finner veien under dynen. Han er i en konflikt med sitt id, i en indre konflikt, sove eller leke med seg selv. Så kommer kanskje mor inn og sier god natt en gang til, og da legger hun hendene hans opp på dynen. Et robust jeg hos denne lille gutten, et jeg som har gjennomgått de kriser som også overjeg'et setter det på prøve med, vil ha hendene oppå dynen når han skal sove, - uansett om mor er der eller kommer inn og ser til om han er sovnet. Kravet fra mor i den ytre konflikten om ikke å onanere når han skal sove, er internalisert, slik at den lille gutten har hendene oppå dynen uansett hvor mor er. Overjeg'ets krav er blitt en del av jeget, ego-syntont, og driftspresset er ikke større enn at han klarer å balansere dette slik at han sovner.

Dette var altså et forsøk på en eksemplifisering av Freuds kriterier og Anna Freuds kriterier på et modent jeg.

Ser vi på hva Melanie Klein skriver, så er jeget hos henne robust i den forstand at det har utviklet seg fra en paranoid-schizoid posisjon til en depressiv posisjon, d v s til en posisjon der et jeg klarer å se andre mennesker eller objekter, - som det kalles i denne litteraturen, i sin egen rett med egne sorger, gleder og motiver, slik at man kan forholde seg til hele mennesker, ikke bare til del-objekter (Klein 1950).

Frieda Fromm-Reichmann var den forfatteren vi leste her på Instituttet på 1970-tallet. Hun sier om avslutning at pasienten da har oppnådd å få en personlighet som er forandret slik at denne personligheten ikke lenger kommer i konflikt på samme måter som før, med andres personlighet (Fromm-Reichmann 1950).

Sier vi det med Bollas, så er "the shadow of the object" forsvunnet, siden gamle objekter ikke lenger kaster skygge inn i hverdagen, mao, overføringer er løst (Bollas 1987). I dagens terminologi med mentalisering, er et modent, robust ego, et jeg som både kan se seg selv utenfra og andre innenfra. Et uttrykk for en utviklet empati.

Hittil har jeg holdt meg mest på pasientens side i dette, i et individuelt perspektiv, i en enpersonpsykologi, der et robust ego kan

gjøre at ens person ikke lenger kommer i konflikt, altså er ute av gamle spor.

Overføringen er løst. Historien er fullført, "the plot in the plot" har tjent sin funksjon, en terapi nærmer seg siste fase slik Paulina Kernberg refererte til barnet som innledet avslutningsfasen med "da jeg begynte å komme til deg".

Ifølge Freud er det imidlertid to forbehold eller forhold hva angår kjønnsforskjeller som gjør det vanskelig å fullføre en psykoanalyse. Dette er penis-misunnelse hos kvinner og den feminine underkastelse hos menn. Kritiske røster etter Freud sier om penis-misunnelse og feminin underkastelse, at dette er fenomener som er kulturelt og tidstyppisk bestemt, ikke en del av uavvendelige kjønnsforskjeller. Freud har i 1937 artikkelen nok en uunngåelig konflikt som vanskeliggjør vårt arbeid, - kampen mellom livskraften og dødsdriften, altså kampen mellom Eros og dødsdriften. Freud strevde jo med dette hele livet, mens den brennende situasjonen i Europa ga grunn til å oppfatte mennesket som styrt av en dødsdrift.

Imidlertid konkluderer Freud med at i en vellykket analyse er både penis-misunnelse og den feminine underkastelse samt kampen mellom Eros og dødsdriften, i en balanse som gjør at disse konfliktene, disse almenmenneskelige utfordringene, mestres.

Jeg fristes til å si at det er denne tankegangen det moderne EU er tuftet på, et Europa der landene ikke agerer ut dødsdriften ved å føre krig mot hverandre, men heller søker å løse ytre og indre konflikter på etablerte arenaer, internaliserte overnasjonale instanser for å se det med Anna Freud-briller.

Del II

Hvorledes kommer vi så til en slik naturlig avslutning?

I oppsummeringen fra en av gruppene på seminaret på WAW i 1976, siteres Paul Lippmann. Han sier, klokt nok, at avslutningen er der fra begynnelsen av i selve håpet om et positivt resultat, et resultat som det 12 åringer formidler ved å si at hun har lært «en metode til å forstå seg selv».

Freud i 1937 siterer Ferenczi fra 1927 som sier at det viktige for å nå målet er at



analyser utdypes og fordypes, ikke at de forkortes. Det hadde vel Ferenczi god grunn til å si når man tenker på hvor kort tid de tidlige analytikerne fikk på seg til sin lærebehandling.

Og hva skal til for at behandleren klarer å bistå pasienten til å både å fordype og å utvide sitt perspektiv på interaksjon?

Jo, lærebehandlingen er svaret på dette problemet, lærebehandlingen eller læreanalysen gir oss som fagpersoner en forståelse og respekt for det ubevisste, gir oss innsikt i relasjoner preget av det ubevisste og førbevisste og gir oss trening i en arbeidsform hvis primære mål er sannhetssøken. Ifølge Freud er dette psykoanalysens vesen; å finne sannheten.

Så til det viktigste budskapet jeg har; Hvordan kommer en terapiprosess i gang slik at den kan føres til en avslutning?

Problemstilling 2

Freud begynner anamneseopptaket med å si: "Fortell meg alt de vet om Dem selv." Underforstått, en kan ikke vite alt om seg selv.

I et innledende intervju før egenbehandling uttrykte avdøde kollega P. A. Holter seg slik. Han sa: "Hvor vil du begynne? Her og nå eller der og da?"

Hva pleier dere å åpne anamneseopptaket med? Jeg tror det er mange veier til målet her, veier som vi ikke tenker over i en travel hverdag der alt skal føres tilfredsstillende inn i en Psyk Base. Jeg håper vi kan komme tilbake til akkurat dette temaet etter pausen.

Problemstilling 3

I psykoanalyse har man en grei oppskrift for fortsettelsen.

Freuds opprinnelige grunnregel, oppdrag til pasienten, med metaforen om togpassasjeren, kjenner dere jo (Freud, S. 1913, 1992). Skal jeg allikevel gjenta den mens dere lytter til hva den formidler til oss i dag? (min oversettelse):

"Før De begynner å snakke, det De forteller meg må være annerledes enn en vanlig konversasjon, der De prøver å holde en tråd i Deres bemerkninger, prøver å holde unna enhver tanke som slår Dem og som fører inn

på et sidespor, slik at De ikke skal komme bort fra poenget. Men, i denne situasjonen må De gå frem på en helt annen måte. De vil legge merke til at etter hvert som De forteller, vil forskjellige tanker dukke opp som De gjerne vil skyve til side fordi De har forbehold eller er kritisk til å si det høyt. De vil fristes til å si til Dem selv at dette eller hint er irrelevant, det er ikke viktig, det gir ikke mening, det er ingen grunn til å si det. Men - De må ikke gi etter for denne kritikken, ja, det er faktisk slik at De må si det selv om de føler en aversjon mot å gjøre det. Senere vil De finne ut og lære å forstå grunnen til dette pålegget, som faktisk er det eneste pålegg De må følge her. Så, - si hva som helst som går gjennom hodet. Innrett Dem for eksempel som om de var en reisende som sitter ved vinduet i et tog og skal beskrive til noen inne i vognen de forskjellige landskapene De ser utenfor. Og, til slutt, glem ikke at De har lovet å være absolutt ærlig og aldri utelate noe av en eller annen grunn fordi det er ubehagelig å fortelle.”

Lytter vi til denne grunnregelen 70 år senere slik P.A. Holter fremstiller den i pasientens hode idet pasienten legger seg ned, hører vi at reglen i det vesentlige er beholdt; “Du skulle ligge på divanen, så skulle du prøve å tenke høyt, berette om tanker og følelser og kroppsforenelser uten hensyn til motforestillinger, om det er dumt eller flaut eller uvesentlig.” Så tenker pasienten videre, “det var det hele og det høres greit” stadig ifølge Holter i hans foredrag om “den lavmælte provokatør” fra 1984.

Guttorm Thorbjørnsrud, som også er en avdød kollega, i sin tid en av deltakerne på det første videregående seminaret her på Instituttet, opererte med en radikal forenkling. Han sa bare; «Prøv å si det som går gjennom hodet» (pers komm 1973).

Like enkelt er det ikke å begynne en psykoanalytisk psykoterapi. Her har vi ikke en pedagogisk instruks til pasienten, en etablert grunnregel. Hva gjør kolleger, hva gjør dere? Jeg håper dette også er et tema å vende tilbake til etter pausen.

For hvordan kommer man til en avslutning

når man ikke har et omforent utgangspunkt, selve arbeidsverktøyet, en instruks til pasienten om hvorledes man ter seg som pasient, hvordan man gir denne spesielle omgangsformen innhold og etter hvert mening..?

Leser dere læreboken til Thomäe og Kächele fra 1987, finner dere de spørsmålstegn en i dag stiller til den holdningen den opprinnelige, psykoanalytiske grunnregelen formidler (Thomäe, H. og Kächele, H. 1987). Instruksen i dag skal helst formidle at en analyse er en anledning til å tenke høyt, til å si hva man har i hodet, at det er legitimt å si det man tenker og føler, opplever og synes. Som pasient inviteres man inn i et frirom. Så hva sier psykoterapeuten? Kontakten mellom pasient og behandler er ofte en hvit flekk på kartet når du spør kolleger om hva de sier innledningsvis;

“Dette er en anledning til nye mellommenneskelige erfaringer, uansett om man har vondt i hodet, er deprimert eller oppstemt, har konsentrasjonsvansker eller problemer med sjefen”, er en tilnæringsmåte. Egil Hundevadt har laget seg sin egen grunnregel der han formidler til sin oppdragsgiver, pasienten, at uansett hvilke symptomer eller plager pasienten kommer med, er det hans erfaring at det i bunn og grunn dreier seg om problemer i forhold til andre mennesker; “Det er nå ut fra dette vi arbeider, det er min ide om hva det dreier seg om. Jeg vet ikke om du har tenkt over det, men det er kanskje slik at du oppe i situasjoner med andre mennesker opplever ubehag, blir anspent, svett i hendene, får hjertebank, hodepine eller hva det måtte være” Ofte svarer pasienten; “Ja, når du nevner det, så ja”. Så fortsetter behandleren; “Særlig sammen med mennesker som er viktige for deg, og slik blir det jo i situasjoner som denne.

Problemen i forhold til andre mennesker spiller seg ut her også. Her er det anledning til å uttrykke seg mer fritt. Her kan vi oppta oss med det som foregår oss imellom”(pers komm 1971).

I barnepsykiatri lærte jeg av Anne Marie Auestad noe slikt som;

“Mor og/eller Far vil at du skal komme hit

så vi kan prøve å forstå hva som gjør at du ikke får sove/har vondt i magen/ikke vil gå i barnehagen, ikke har lyst til å gå på skolen. Du kan bruke tingene her og snakke med meg, så prøver vi å forstå..." (pers komm 1976).

Ofte er det misforstått bluferdighet, fortsatt ifølge Egil Hundevadt, ikke å tro at man er den viktigste personen i pasientens liv, i hvert fall så lenge timen varer, - som Frieda Fromm-Reichmann formidler.

Som dere hører ut av disse grunnreglene, Hundevadts og Auestads, er vi nå et annet sted, borte fra den opprinnelige grunnreglen i psykoanalysen rettet mot ubevisste drifter og jegets kamp mot både drift og overjepspress.

Vi er over i topersons-psykologien og inne i det analytiske/terapeutiske paret, pasient og terapeut, og deres parproblemer.

Vi er gått fra kriterier for avslutning på individnivå til kriterier for parets avslutning av samarbeidet dem imellom.

Tichos artikkel om "life goals and treatment goals" gir utgangspunkt for refleksjon (Ticho 1972). Har vi faglige definerbare mål for samarbeidet mellom oss og pasienten eller vil vi helst pasienten vel slik at det går ham eller henne vel i det ytre liv, i selve livsløpet, der vi kan ha Eriksons åtte aldre med tilhørende utfordringer og konflikter i minnet (Eriksson 1950)?

I dag kan vi se at Erikson siteres av andre faggrupper, som sosiologer som arbeider med livsløpsproblematikk.

Hos oss er Erikson over. Vi som var psykologistudenters mens Kjell von Krogh arbeidet med den norske oversettelsen, har nok Eriksons åtte aldre i minnet fordi vi ble bedt om å lese oversettelsen hans med kritiske øyne. Fortsatt synes jeg at disse aldrene med tilhørende konflikter er et godt utgangspunkt for evaluering, både idet man begynner en terapi og også som evaluering av selve avslutningsfasen. Har terapiforløpet bidratt til at vår pasient har kommet seg videre i livsløpet sitt uten å drasse på gamle, uløste konflikter? Jeg tar en rask oppsummering,

- grunnleggende tillit versus mistillit, 1-1.5 år

- autonomi eller skam og tvil, m.a.o. grunnleggende selvstendighet eller skam, 1.5-3 år
- initiativ eller skyldfølelse, 3-6 år
- arbeidsiver eller underlegenhet, 6-12-år
- identitet eller rollekonflikt, ungdomstiden
- nærhet eller isolasjon, tidlig voksenalder
- produktivitet eller stagnasjon, midtveis i livet og, - til slutt
- jeg-integritet eller fortvilelse, alderdommen.

Tenker vi som før vi fikk ICD 10, ut fra kategoriene nevrose, borderline og psykose, finner vi pasienten preget av uløste konflikter hjemmehørende i mer eller mindre grunnleggende faser.

Det er flere forhold å tenke gjennom i avslutningsfasen;

Problemstilling 4

Når inntreffer denne fasen ut fra samarbeidet mellom de to partene?

Skal vi holde på rammen til siste øyeblikk slik Lipton beskriver at han gjør?

Skal vi la avslutningsdatoen være et felles anliggende?

Skal pasienten avgjøre dette?

Leser dere i boken til de Simone, sier hun at denne prosessen ikke er en parallell til å vokse opp (de Simone 1997). Prosessen setter derimot i gang noe som har stoppet opp i det å vokse opp.

Hun refererer til Donald Meltzer som i 1976 bruker uttrykket "på terskelen til den depressive posisjon" og til Racker som sier at det dreier seg om å bearbeide en fortid som aldri riktig er blitt fortid, en fortid som gjennom terapirelasjonen og prosessen mister "evnen" til å fryse fast nåtiden.

Altså det vanskelige, eller for dere, kjente begrepet hos Freud, "Nachträglichkeit". Freud har dessverre ikke definert hva han egentlig legger i å bruke et språklig dagligdags uttrykk som vanskelig lar seg oversette til andre språk, på engelsk «deferred action». Ikke vet jeg om noen kan finne et dekkende norsk ord for dette fenomenet, det at vi reviderer gamle opplevelser og inntrykk på et senere tidspunkt i livet ut fra nye

opplevelser, - slik at gammelt konfliktstoff svekkes og i beste fall mister sin patologiske og patologiserende kraft. Bearbeidelsen av traumer er et eksempel. Traumer som ikke tidligere er bearbeidet, ikke er gitt en indre, meningsfylt plass og forstyrrer og ødelegger i hverdagslivet, slik incestutsatte kan stå frem og si. De som overlevde Tsunamien, - slik sjokkpreget Utøya-ungdom opplever i dag, kan hverdagen har mistet mening, ingenting er som det var, konsentrasjonen er borte, dagligliv og rutiner er borte. I etterhånd, «nachträglich», må de bearbeide grusomme opplevelser som ingen regner med å bli utsatt for i fredstid i et fredelig land. Tilbake til terapirommet og de langsomme prosesser vi sysler med der, også «nachträglich».

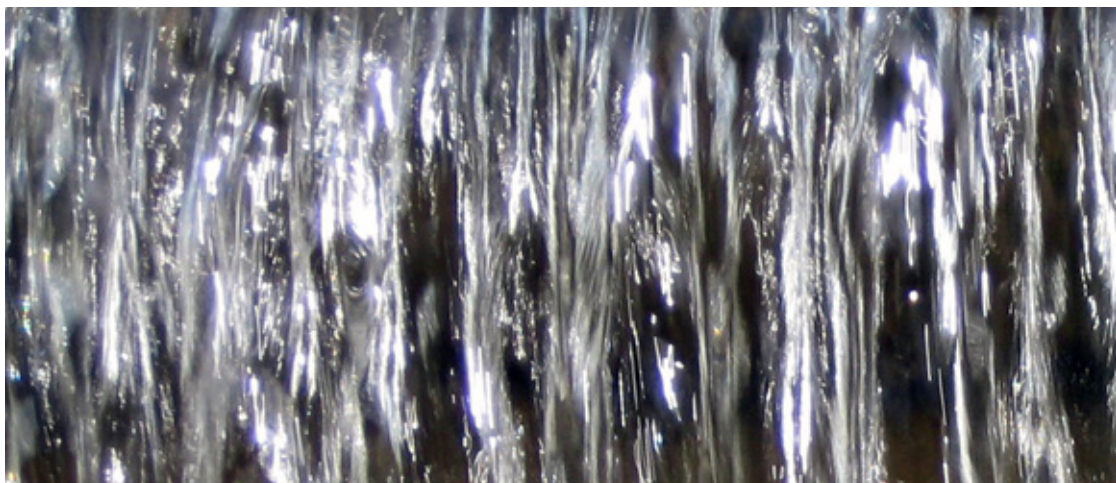
Terapiprosessen ført til en naturlig slutt kan avsluttes først når overføring og tolkning har nådd et "point of no return", når det er sikkert at prosessen vil gå fremover uansett, at den ikke reverserer eller er reversibel, når symptom er blitt til kunnskap om en selv, innsikt og avhengighet til toleranse for og glede over å oppleve separasjon, føle seg som en person i sin egen rett, en person som også ser andre i deres egen rett, har nådd et tilfredsstillende mentaliseringsnivå ut fra et stykke relasjonsarbeid ført frem til et «point of no return».

Tre forhold kan forstyrre, fordreie eller hindre prosessen iflg de Simone;

utagering negativ terapeutisk reaksjon eller et sykt, pervertert terapeutisk forhold. Utagering er blitt et dagligdags ord, som utagerende festing og utagerende ungdom...

Hva så med negativ terapeutisk reaksjon? Et uttrykk som brukes av de fleste fagfolk litt omtrentlig når pasienten forblir i sin lidelse heller enn å helbredes. Hos Freud var dette et tegn på det fortregntes tilbakevenden, et tegn på at sovende hunder kan bråvåkne under et behandlingsforløp, der pasienten føler seg stadig syk eller sykere enn før, dessverre hverken med en bearbeidbar skam eller skyldfølelse, bare rett og slett syk.

Noen ganger kan en slik negativ terapeutisk reaksjon utløses, ikke bare av at man støter på et uventet strengt overjeg som ikke tillater pasienten å få det bedre, enn si søke hjelp, men fordi selve terapiprosessen utløser en konkurranse innen terapirommet om å forstå mest mulig og raskest mulig, m.a.o. en iatrogen reaksjon hos pasienten som fra før føler seg overkjørt og dum heller enn som den som får stadig bedre tak i hvordan livet kan oppleves og leves annerledes enn før. Enactment, eller samspill ut fra gamle og ubevisste rollemønstre hos begge parter, er den tredje fallgruben. En artikkel av Judy Kantrowitz er en god teoretisk og klinisk beskrivelse av dette fenomenet (Kantrowitz 1993). Hva hjelper oss til ikke å danse med i pasientens dans? Ubevisst tre inn i



relasjoner som vi begge har en svakhet for? Agere med ut fra felles blinde flekker, flekker som matcher?

Jo, vi kan få hjelp til å se både ikke-bevisste motoverføringer og egne overføringer lagt inn i relasjonen ved å la andre få innblikk i hva vi holder på med, kollegial assistanse i ordets beste forstand, ved å søke veiledning eller konsultere andre, legge frem hva vi holder på med for kolleger, ikke sitte isolert og alene og stelle med vårt år ut og år inn.

Videre har vi en god kilde i selve relasjonen når vi retter oppmerksomheten mot hvorledes pasienten oppfatter oss, det være seg i direkte tale eller ut fra dagdrøm og drøm der vi selv opptrer. Og videre når vi tenker over karakterlikheter og svakheter hos både pasient og oss selv.

Slik sett er praksis på avdelinger med innlagte pasienter ofte en bedre læresituasjon tidlig i ens faglige liv enn arbeid i en poliklinikk der en bare hører om hva kolleger gjør uten noen gang å se dem i aksjon som på de gamle sengeavdelingene med gruppeterapi og miljøterapi med de store fellesmøtene.

Problemstilling 5

Så er det til spørsmålet om vi skal innrette oss annerledes, endre rammebetingelsene i avslutningsfase?

Pasienter som nærmer seg slutten på en terapi uten forhåndsavtalt slutt, vet vel stort sett å avslutte på eget vis. Noen pasient-

terapeutpar gjør som Lipton (Lipton, 1961), tolker til siste øyeblikk uten å forandre på noe, noen terapeuter lar en liggende pasient sitte opp, noen tynner ut timetallet, noen lar slutt være slutt, noen sier velkommen igjen.

Det er med andre ord to tradisjoner: den ene at der man forandrer på hele oppsettet ved at den liggende pasient setter seg opp og man snakker igjennom hva man har opplevd som to mer likeverdige parter, den andre er som hos Lipton som tolker til siste stund ut fra tiltroen til at trykket i situasjonen gjør at uløst problematikk kan vise seg også i den ytterste time.

Men lykkes det ikke å avslutte en behandling eller en analyse etter lang tid, brukte Freud et knep overfor Ulvemannen, taktikken med å fastsette en dato og holde fast ved denne uansett oppblomstring av symptomer, avhengighet og mangel på en tilfredsstillende livsførsel. Ulvemannens liv kan vel stå som en prototyp på at verdenshistorien og ytre forhold, ytre begivenheter, - kanskje ikke det velvalgte ordet for den første verdenskrig, kan spenne ben under en psykisk balanse, - om enn skjør, - her er vi ved den ene av Anna Freuds tre konflikter, ego mot den ytre verden.

de Simone anbefaler en pause i behandling som går i stå, "intermitterende behandling", - som Arne Brimis "intermitterende steking", - en pause der pasienten vet at



behandler er tilgjengelig etter en tid og steken til Arne Brimi som steker videre på egenvarmen og får finishen i ovnen. Meltzer kaller denne teknikken "controlled interruption". En av grunnleggerne av Institutt for Psykoterapi, Per Mentzsen, lærte meg dette ved å formulere en ikke-bearbeidet problemstilling overfor pasienten og så si; "velkommen tilbake når du måtte ønske å fortsette ut fra dette problemet" (pers komm 1973).

Før jeg går til del III, kan man alltså spørre seg om ens narrativ, historien om en persons liv slik den etableres under et behandlingsforløp, er den sanne historien om dette livet. Vil komparenter kunne bekrefte den? Uansett hvor sann den er, er det denne historien som gir mening når behandlingen avsluttes.

Om tilbake til mitt budskap;

Avslutningen gir seg selv ut fra hvorledes vi innleder en terapi. Innleder vi med at dette er et relasjonelt prosjekt, slik jeg siterte Hundevadt og Auestad, kan behandlingen avsluttes når relasjonen har tjent sin hensikt, når projeksjonene som kaster skygger inn i relasjonen og over terapiparet, når overføringen har mistet sin dynamisk fordreie kraft.

Del III

Hittil har jeg snakket om de ideelle kriterier og rammebetingelser som det er få forunt å arbeide under. Nå går jeg tilbake til en kjent hverdag, jeg vil tro for de fleste av oss, når det gjelder terapeuten.

I en artikkel skrevet av Sandra Buechler fra år 2000 tar hun for seg analytikerens eller terapeutens situasjon med alle de avslutninger og avskjeder vårt profesjonelle liv er preget av samtidig som hun peker på forskjeller og likheter mellom sorg og depresjon i livet generelt og spesielt i vår faglige hverdag (Buechler 2000).

Det er ikke gleden over et avsluttet stykke arbeid som er hennes tema i denne artikkelen, gleden og stoltheten over å ha "gjort en forskjell i et annet menneskes liv" som ellers er hennes tema.

Her tar hun for seg de belastningene vårt yrke utsetter oss for.

Den kulturen vi arbeider innenfor, hindrer en full erkjennelse av hva alle disse avskjeder og alle disse tap gjør med oss, vi som arbeider med relasjoner i en setting som hverken likner på eller fremmer en vanlig sorgprosess.

For det første; De økonomiske rammer vi arbeider innenfor, gir oss subtile tap. Vi kan ofte ikke fortsette en behandling til en naturlig avslutning fordi det verken er økonomiske eller politiske rammer til stede for fullført behandling.

For det neste; Med utgangspunkt i forskjellen mellom sunn sorg og depresjon, beskriver Sandra B. vår faglige hverdag. Den ene ekstremen hun nevner, er når en pasient dør eller suiciderer og man som behandler går i begravelsen, der vi utsetter oss for de pårørendes projeksjoner. Disse kan vi verken forklare bort eller forsvarer oss mot, - projeksjoner man ikke kan snakke med noen om uten å søke kollegial bistand. Heller ikke har vi noen å snakke med om den som er død, ingen minnestund, men i beste fall en kollegial samtale, vår minnestund.

En analytikers sorg må sørges alene, sier hun, men har en liten fotnote hvor hun nevner kollokviegruppen som hun har hatt helt fra utdannelsestiden, - en påminnelse om hvor viktig det er for oss alle å ha en kollegagruppe vi kan gå til med både sorger og gleder i vårt profesjonelle liv.

Sandra B refererer til Nina Coltart, 1996, som fremhever at alle avskjeder i vår arbeidshverdag er spesielle fordi de er avskjeder som ikke leder til og ikke skal lede til videre sosial kontakt, bortsett fra lærebehandlingene da.. Vi avslutter en behandlingsrelasjon og tar avskjed like absolutt og endelig som ved et dødsfall og skal ikke være for følelsesmessig investert i sine pasienter.

En normal sorg er tristhet som en naturlig følge av et tap, - et tap som fortar seg og avvikles over tid. Man snakker om den døde med andre, etter hvert mer fra tid til annen og slik skapes en naturlig situasjon og en

sammenheng i de tap livet utsetter oss alle for.

Depresjon, derimot, er en tristhet som ledsages av tap av selvfølelse, innskrenkning i følelsesliv og daglig liv, men der sorgen eller depresjonen ikke løses og forsvinner over tid. Kjernen i en slik depresjon kan være ens eget uløste sinne heller enn tristhet, det uløste sinnet vi kan føle overfor den som er død eller som har avbrutt et behandlingsforløp. Slikt uforløst sinne kan være et emosjonelt bidrag til en destruktiv utvikling av en sorg. Tenk bare på Winnicott's kjente artikkel fra 1949 "Hate in the Countertransference" (Winnicott, 1949). Det er lov å være sint, rasende på en pasient, forutsatt at man kan vedstå seg dette uten å agere det ut.

I vår behandlerkultur skal pasienter være erstatte. Vi skal kompensere for tapet av en pasient ved å erstatte den pasienten vi har mistet, med en ny pasient.

Ved et suicid vil man alltid spørre seg, hva har jeg oversett, hvilket ansvar har jeg påtatt meg som jeg ikke har kunnet bære, og hvilken skyld, skam eller tap av selvfølelse kan følge med et slikt tap. I våre dagers medieuthenging risikerer man jo også et offentlig tap av profesjonell selvfølelse og en invaderende forstyrrelse av tiltrengt ro til å bearbeide den indre, faglige krisen vi selv opplever.

Jeg nevnte i sted de abrupte avslutninger, en pasient som uteblir eller bare ikke kommer mer, hvor man blir sittende igjen og lure, som ved et suicid, hva er det jeg ikke har sett, hva er det jeg ikke har forstått, hva er det jeg ikke har tatt hensyn til? Svar på disse spørsmålene får vi sjelden eller aldri.

For dem som driver med behandling av barn, er det alltid en risiko for at foreldre tar barnet ut av behandling, i beste fall når barnepasienten akkurat begynner å mestre sitt liv på en ny måte, men slett ikke på en måte som er stabilisert.

Dere som arbeider på offentlige institusjoner har en hverdag preget av mange belastninger som vi i selvstendig praksis hittil har sluppet unna, men vår tur kommer nå.

Dere utsettes for den belastningen det er stadig å måtte avslutte halvgjort arbeid, eller kanskje til og med så vidt påbegynt arbeid. Sandra B nevner eldre kolleger som beskriver en slik situasjon som noe som alltid hefter ved en som "unfinished business". Stadige og unaturlige avslutninger vil hos oss alle kunne føre til vonde selvransaker, selvbepreidelser, oppblomstring av gammel skyldfølelse og dessverre kunne bidra til et fenomen som har det fortsatt moderne ordet "utbrenthet". Utbrenthet, sier Sandra B, er nærmere depresjon enn tristhet på grunn av det tap av selvfølelse man bærer med seg over tid og som kanskje griper fatt i egen, underliggende karakter.

Summen av ufullførte behandlinger kan gi grunnlag for utbrenthet hos unge kolleger som spør seg om de har de valgt riktig yrke? Kolleger som har vært lenge i praksis risikerer å miste et tidligere så meningsfylt levebrød ut fra de økonomiske rammer samfunnet etter hvert setter med kravene til «gjennomstrømning». Vi eldre kolleger bekymrer oss og ser vårt fag forsvinne. Etter hvert er det ikke noen igjen som vet hva vi mister i et offentlig helsevesen. Derfor er det ekstra gledelig at det er stor søkning til utdanning i både psykoanalyse og psykoanalytisk orientert psykoterapi. Forhåpentligvis vil det fortsatt utdannes kolleger som har anledning til å føre en terapi til en naturlig avslutning slik at mange og stadig flere enn 12 åringer lærer en «metode til å forstå seg selv».

Konklusjon

Freud var ingen optimist når det gjaldt utbredelsen av analytisk terapi og praksis. Vi som tilhører generasjonen som begynte i psykiatri på 70-tallet, så trærne vokse inn i den psykiatriske himmelen. Nå begynner vi igjen å bli i Freuds pessimisme. Samfunnet, tidsånden, er preget av alt som kan registreres og telles. Og vår målestokk, de verdiene vi legger til grunn i vårt terapeutiske virke, er kanskje ute av tiden.

I årene etter den andre verdenskrigen var den store utfordringen imidlertid hva alle kunne bidra med i gjenoppbyggingen av

samfunnet. Analytikere hadde vist at de hadde en nytteprofesjon i krig, for eksempel, ved utvelgelse av soldater som tålte stress og ved bearbeiding av traumer i grupper. Etterkrigstidens analytikere begynte å eksperimentere for å øke nytteverdien av sitt tradisjonelle arbeid. Kunne metoden effektiviseres? Kunne den tilpasses de krav samfunnet i 1940 og 50 - årene stilte til psykisk helse og normalitet? Det vokste raskt frem behandlingsmodifikasjoner tilpasset flere pasientgrupper, psykoanalytisk psykoterapi, med færre ukentlige konsultasjoner. Vi fikk det som kalles "a widening scope of psychoanalysis" der vårt institutt fant sin plass. I 1960 og 70 - årene så vi fremveksten av kognitiv behandling, utviklet av psykoanalytikere som fant den klassiske metoden for tidkrevende.

Nå har vi ikke bare "a widening scope". Vi har et utall teknikker som vi bruker og til dels presses til å bruke. Da blir det vesentlig å holde sammen og holde faget i hevd for ikke å komme i utbrenthetens vold.

Og da kommer jeg tilbake til faget vårt i Paulina Kernbergs ånd, til det lille barnet som sa "da jeg begynte å komme til deg", til oss som gruppe og medlemmer av et etter hvert stort institutt med de bånd som er knyttet oss sammen og som er verdifulle å ta vare på i sin egen rett, men også som en garanti mot faglig utbrenthet og, ikke minst, om enn til slutt, som en garanti for at man har noen å dele sine faglige gleder.

Takk for at dere lyttet til meg.

Litteratur

Bollas, C. (1987). "The Shadow of the Object". New York: Columbia University Press.

Buechler, S. (2000). Necessary and Unnecessary Losses: the analyst's mourning. *Contemp. Psychoanal.* 2000,36: 77-90.

De Simone, G. (1997). *Ending Analysis, theory and technique*. London, Karnac Books, 1997.

Eriksson, E.H. (1950). *Barndommen og samfunnet*. Gyldendal Norsk Forlag, 1968.

Freud, A. m fl. (1963), "Normality and Pathology of Development in Childhood:

Assessment of Development" *Int Univ Press, New York*.

Freud, A. m fl. (1965), "Metapsychological Assessment of the Adult Personality: The Adult profile." *The psychoanalytic Study of the Child*. *Int Univ Press, New York*. 20: 9-41.

Freud, S.(1882-1883). *Brautbriefe*. Fischer Bücherei.

Freud, S. (1913). *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København. Hans Reitzels forlag. 1992.

Freud, S. (1937). *Analysis Terminable and Interminable*. S.E.XXIII

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Phoenix Books, University of Chicago Press, 1967.

Holter, P.A.(1984). *Den lavmælte provokatør*. I: Anthi, P, Piene F, Vaglum, P, red. *Psykoanalyse i dag*. Oslo: Tano, 1986.

Kantrowitz, J. L. (1993). *The Uniqueness of the patient-Analyst Pair: Approaches for elucidating the Analyst's Role*. (1996). *Int J Psychoanal* 74,2,275-285.

Klein, M. (1950). *On the Criteria for the Termination of a Psychoanalysis*. I: *Envy and Gratitude*, The Hogart Press, 1975.

Lipton, S.D. (1961) *The last Hour*. *J A PA* 9;325-30

Simonsen, H. (1974) *Relevante faktorer ved diagnostisk intervju*. B-kurs, Norsk psykoanalytisk institutt.

Thomäe, H. Kächele, H. *Psychoanalytic practice*, 1. Springer Verlag, 1985.

Ticho, E.A. (1972) *Termination of Psychoanalysis: Treatment Goals, Life Goals*. *Psychoanal Q.*, 41, 315-33.

Winnicott, D (1949) "Hate in the Countertransference". *Int J Psychoanal.*, 30, 69-75.

Witenberg, E, Levenson, E, Szalita,A. og fra en gruppediskusjon, Lippmann, P. *Contemp. Psychoanalysis* 1976, 12.

Personlig kommunikasjon
Auestad, A.M., 1976

Hundevadt, E., 1971

Kernberg, P., 1980-tallet, forelesning

Mentzsen, P. 1973

Guttormsrud, T, 1974

MYSTERIET ANDERS BEHRING BREIVIK

Jan Ole Røvik

Debattinnlegg legges inn på Faglig forum på vår nettside
<http://www.instpsyk.no/forum/> Her kan debatten føres videre.



Interessen for Anders Behring Breiviks (ABB) sak vekker stor interesse i landet så vel som internasjonalt. Et internettsøk på Google gir pr i dag ca 24 mill treff på norsk-språklig søk, 25 mill treff på engelsk og 6 mill på spansk/tysk/fransk. At et menneske kan gjøre noe så umenneskelig har rystet oss dypt. ABB-saken har stimulert et utall temaer i samfunnsdebatten, bl.a. det ondes problem, politikk og psykiatisering, de sakkyndiges rolle, diagnostisk kultur og forhold mellom rettspsykiatri og rettsvesen.

Rettspsykiatriens troverdighet

Mange har engasjert seg i offentlig debatt siden 22/7, ikke minst i forbindelse med de sakkyndiges erklæringer. Debatten har vært til dels turbulent og preget av uklarhet ut fra en sammenblanding av forskjellige nivåer. Dels har argumenter bygget på kjennskap til saksdokumenter, dels har mange uttalt seg på generelt og fritt grunnlag. Etter den første sakkyndigerapporten fra Huseby og Sørheim var en gjengs holdning at et menneske som over tid var så beregnende og handlingskraftig ikke kunne være schizofren og i alle fall ikke ha så lav funksjonsscore som Huseby og Sørheim fant. Professor i psykiatri Johan Cullberg sto for dette syn. Huseby og Sørheim ble kritisert for å ha en tendens til å preferere schizofreni-diagnosen i sitt rettspsykiatriske arbeid. Folkeopinionen var også dels preget av hevgjerrighet eller rettferdighet, at denne morderen skulle straffes for sine ugjerninger. Var dette drivkraften til å få en ny sakkyndig rapport? Vidkun Quisling ble dømt og henrettet uten rettspsykiatrisk undersøkelse tross en vrangforestillingslidelse. Psykiater Gabriel Langfeldt var kritisk til dette. Den

gang hadde nok folket behov for hevn. Beveggrunnene for at det ble bedt om en ny sakkyndigrapport for ABB, som verken påtalemyndighet eller forsvarere ville ha, er ikke fullt ut klare. Riksadvokat Tor-Aksel Busch har pekt på at den offentlige debatt etter den første rapporten har bidratt til at Tingretten oppnevnte to nye sakkyndige. Mye prestisje er nok også investert i arbeidet til den rettsmedisinske kommisjon så vel som de sakkyndige. Et tydeligere element av kritiskhet og undring kom inn i saken med den andre rapporten. Sakkyndigerapporten fra Aspaas og Tørrisen vektla narsissistisk personlighetsforstyrrelse og ikke psykose. Alle syntes nå han var gal, bare ikke rettspsykiaterne.

Rettspsykiatrien spesielt og psykiatrien generelt har fått et troverdighetsproblem i det offentlige etter at to sakkyndigerapporter kunne konkludere så forskjellig. Da ser man imidlertid bort fra viktige forutsetninger for test-retest reliabilitet. Skulle resultatene blitt like måtte testene vært utført under like forutsetninger. Det var ikke tilfelle. De første sakkyndige traff ABB i en kaotisk, ustrukturert og svært stressende situasjon etter at han i lengre tid hadde isolert seg i sin egen fantasiverden og som kulminerte i massakren. Denne situasjonen kan være psykosefremmende for en person med sårbarhet for psykose. Den andre sakkyndigerapporten ble utført etter at ABB hadde hatt et strukturert opphold på Ila landsfengsel med daglig menneskelig omgang over lang tid. Struktur og menneskelig kontakt virker samlende og antipsykotisk. Ut fra disse vidt forskjellige undersøkelsespremisser er det usannsynlig at resultatet skulle blitt det

samme. (Vaglum Dagbladet 25/4-2012). I tillegg har ABB hatt medietilgang og har kunnet tilpasse sin forklaring til det som gagnar hans misjon.

De divergerende rettspsykiatriske konklusjoner har åpnet opp straffesaken slik at det kan bli en bredere prosess som bedre kan belyse sentrale rettslige og rettspsykiatriske aspekter. Dette kan vel retten, forsvarerne og rettspsykiatrien så vel som det norske demokrati være tjent med.



Psykose og personlighetsforstyrrelse

Rettspsykiaternes konklusjoner har blitt et enten eller, i valget mellom psykose og personlighetsforstyrrelse. Den rettspsykiatriske setting oppfordrer til kategorisering, retten krever et ja eller nei. Deskriptive symptomdiagnoser beskriver ikke den indre dynamikken som driver et menneske til onde gjerninger. En psykosediagnose beskriver symptomene, f eks i form av vrangforestillinger og imperativ hallusinose. Mannen som drepte den svenske utenriksminister Anna Lindh i 2003 påberopte seg stemmer som befalte ham å drepe. Men den kliniske hverdag forteller om mange pasienter som klarer å leve med sine imperative stemmer uten å handle på dem, og som søker hjelp når stemmene blir for overveldende. Hvorfor? Strukturer i deres personlighet hindrer dem i å gjøre det. En tilknytning til mennesker og omtanke for andre beskytter mot å skade andre. I samspillet mellom psykose og personlighet kan vi finne svar på morderens dynamikk. En personlighetsforstyrrelse må danne grunnlaget for gjennomføringen av udåden. Med et bakteppe av storhetsforestillinger blir det antisosiale viktig for gjennomføringen.

Kategorisk beskrivelse av kliniske fenomener

De kategorielle diagnosesystemene passer for så vidt inn i rettssystemet i dette lys. Imidlertid er ikke diagnosene absolutte sannheter. De er grove forenklinger av menneskelig sykdom hvor mange dimensjoner samspiller. Å telle opp diagnosekriterier yter ikke full rettferdighet til denne kompleksiteten. Ut fra dette kan man forstå at forskjellige fagmiljøer med forskjellig kultur kan bidra med ulike rettspsykiatriske konklusjoner. Disse konklusjonene er deskriptive i sin karakter og det savnes en dypere dynamisk forståelse av den indre motivasjonsverden. Barndommens betydning med sine tidlige relasjonserfaringer er mangelfull i dette bildet. I hvilken grad barndommen får plass i rettsaken gjenstår å se.

GENERALFORSAMLINGEN

ONSDAG 21. MARS 2012

1. Anne Faanes ble valgt til møteleder.

Det var ett minutt stillhet for avdøde medlem Kjell Hultmann

Amalia Carli og Gro Guttormsen ble valgt til å signere protokollen.
2. Dagsorden ble godkjent.
3. Årsberetning ble gjennomgått med følgende kommentarer:
 - Ordene psykodynamisk og psykoanalytisk ble brukt om hverandre.
 - Som i fjor ble det etterlyst at medlemskontingenten må tas med som finansieringskilde på medlemsdelen.
 - Det etterlyses et punkt om jubileumsbok under punktet om styret.
 - S. 5 Eidissen underviser ikke i nevropsykologi, rettes til alvorlig psykopatologi.
 - Det er skrevet feil internett adresse på lfps-Mexicokonferansen 2012, den rettes til www.impac.org.mx/foro

For øvrig ble det kommentert:
Administrativ leder informerte mer utfyllende om Forum for høgskoleutdanning i psykodynamisk terapi og forståelse.
Generalforsamlingen fremholdt alt godt arbeid i utvalgene, webredaksjonen, styret og daglig ledelse.
lfps sitt tidsskrift går nå med overskudd.

Vedtak: Årsberetningen for 2011 godkjennes med ovenstående kommentarer.
4. *Vedtak: Årsmeldingen for Etikuttvalget for 2011 godkjennes.*
5. **Regnskap.** Det ble kommentert på at det er uklart hva de forskjellige avdelinger henspiller på. Dette skal gis en fylldigere forklaring i neste års kommentarer til regnskapet. Avdeling 1 er kandidatdelen, avdeling 2 er medlemsdelen, avdeling 3 gjelder Fordypningsprogrammet, avdeling 4 Solms-seminaret og avdeling 5 Fondsmidler.
Vedtak: Regnskap og revisjonsberetning for 2011 godkjennes. Instituttet beholder samme revisor for 2012.
6. **Budsjett.** *Vedtak: Budsjett for 2012 godkjennes.*
7. **Medlemskontingent.** *Vedtak: Medlemskontingenten økes til kr 1.000,-/år fra 2012. Kandidatmedlemskontingenten økes til kr 500,-/år fra 2012.*
8. **Jubileumsåret.** *Vedtak: Det avsettes 10% (kr 160.000,-) av egenkapitalen til jubileumsmarkering gjennom året 2012.*
9. **Valg. Styret**
Mona Semb ble gjenvalgt til styret.

Etikuttvalget
Harald Stockman ble valgt etter Egil Hundevadt.

FRA UTVALG FOR ETTERUTDANNING

INFORMASJON OM MEDLEMSMØTER

Alle seminarer med deltageravgift er med bindende påmelding.

Møter og seminarer merket med ☀ er åpent for alle kollegaer som er interessert.



"Høyblokk"



Onsdag 12. september kl 19.00

Merete Sæbø Torvanger

PSYKOTERAPEUTEN SOM LESER: Noen refleksjoner rundt mitt doktorgradsarbeide.

Kveldens foredragsholder, Merete Sæbø Torvanger er lege, har videreutdanning fra vårt institutt. Nå jobber hun som psykoterapeut og psykoterapiveileder. I april 2012 disputerte hun over arbeidet Det dramatiske tredje: Mental-estetisk analyse- og tolknings sannhet. Nathalie Sarrautes Le Mensonge og Sarah Kanes 4.48 Psychosis i lys av Wilfred R. Bions tenkning. Avhandlingsarbeidet er utført ved Institutt for lingvistiske, litterære og estetiske studier, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Den franske forfatteren Nathalie Sarraute ble født i Russland i 1900. Hun levde imidlertid det meste av sitt liv i Paris, hvor hun også døde i 1999. I 1939 debuterte hun med fragmentene Tropismes. Begrepet tropismer står for øvrig sentralt i alt hun har skrevet, og omhandler umerkelige bevegelser og vendinger i språket og i bevisstheten. Bevegelsene utgjør det Sarraute kaller undersamtalen, og når en endelig og til dels triviell og banal utforming som ord i dialogen, eller samtalen. I tillegg til en rekke romaner skrev Sarraute også seks dramer eller hørespill. Her narrativiserer og dramatiserer hun bagatellmessige hendelser mellom personer og i språket. Dette medfører omkastninger, og det oppstår en konflikt mellom en tilsynelatende rasjonell og konvensjonell sosial overflate og et irrasjonelt, usedvanlig og følelsesladd indre. I dramaet Le Mensonge er det en i utgangspunktet ubetydelig løgn som setter i gang uroen.

Mens Sarraute først og fremst skrev romaner, var Sarah Kane dramatiker. Hun har blitt kjent for sine voldelige dramer, for de dårlige teateranmeldelsene av oppsetningene av dem og for at hun selv tok livet av seg etter å ha skrevet og levert et manus om blant annet selvmord. Det er dette siste dramaet, 4.48 Psychosis, som er det andre dramamaterialet i doktorarbeidet. Det dramatiserer to motsatt rettede krefter, en negerende og en skapende kraft. Disse danner to ulike, samtidige bevegelsesretninger, der én tendens er skriverens undergang mens en annen er skapelsen av dramateksten selv. Kane er etter sin død blitt regnet som en av de viktigste bidragsyterne til det engelske teatret på 1990-tallet. Torvanger vil presentere lesemetoden hun utarbeidet som er fundert på psykoanalytisk teori og metode. Hun vil også kommentere analysen og tolkningen av de to dramaene. Her vil tyngdepunktet være på forholdet mellom virkelighet og fiksjon, der sannhet, løgn og psykose/galskap synes å være vesentlige elementer.



Onsdag 17. oktober kl. 19.00

Helene A. Nissen-Lie

HVA KJENNETEGNER GODE OG MINDRE GODE PSYKOTERAPEUTER?

- Terapeuters selvforståelse og resultatet av psykoterapi

Psykoterapi er effektivt ved en rekke psykiske plager og lidelser, men et gjennomgående funn fra forskning på feltet har vært at ulike terapeutiske metoder gir nokså like resultater. Imidlertid har det vist seg at forskjeller mellom enkeltterapeuter har større betydning enn tidligere antatt for hvordan det går med pasienter i psykoterapi. Variasjonen mellom terapeuter med betydning for pasienters utbytte av terapi, blir omtalt som «terapeuteffekten».

Psykolog Helene A. Nissen-Lie arbeider ved BUP Vest, Poliklinikk for Barn og Unge, Diakonhjemmet sykehus. Hun disputerte i 2011 ved Universitetet i Oslo for graden ph.d. med avhandlingen Psychotherapists' self-perceptions: Their relationship to the processes

and outcomes of psychotherapy. Hun vil i sitt foredrag ta utgangspunkt i dette arbeidet, hvor hun utforsket omfang og innhold av terapeuteffekten. Blant annet har hun sett på hvilken betydning terapeuters selvrapporterte vanskeligheter, «profesjonell selv-tvil», har for den terapeutiske alliansen. Flere av funnene tyder på at terapeutens subjektive opplevelser og selvforståelse preger terapien de gir sine pasienter og får betydning for pasientens utbytte av behandlingen.

☀ **Onsdag 14. november kl 19.00**
Sølvi Kristiansen

Tittel på foredraget annonseres senere.

Onsdag 5. desember kl 19.00

Julemøte

Vi oppfordrer alle til å følge med på kalenderen på hjemmesiden vår www.instpsyk.no. Der finner du alle møter framover.



IFPS XVII INTERNATIONAL FORUM I Mexico PRELIMINARY SCIENTIFIC PROGRAM INFORMATION

Main theme, Working with conflict and alienation 50 years of IFPS

Program Schedule

Monday Oct. 8th

10:00 a.m. a 17:00 pm

EC. Meeting at the Mexican Institute of Psychoanalysis.

Tuesday Oct. 9 th

9:00 a m a 17:00 pm AD meeting at the Meliá Mexico Hotel

19:00 p.m. The welcome cocktail.

Wednesday Oct. 10 th

9am a 19.00 pm Forum inauguration and the whole day works presentation.

17:30 pm Last conference.

Thursday Oct. 11th

09:00 am till 19:00 pm. The whole day works presentation.

20:00 pm to 1:00 am Dinner special guests.

Friday Oct. 12 th

9:00 am till 19:00 pm the whole day works presentation

and the Gala dinner.

Saturday Oct. 13 th

10 am Otto Kernberg conference

12:00 noon. Closure.

A. SPECIAL EVENTS.

B. CENTRAL PANELS

C. PANEL DISCUSSION.

D. SIMPOSIUM.

E. FREE COMUNICATION

Special Guests XVII International Forum

Aniceto Aramoni (México).

Some useful considerations for research on paranoia.

Otto F. Kernberg (USA)

Chances of psychoanalysis in the 21st century

Christopher Bollas (UK. England)

Psychoanalysis: the search for meaning, and the fate of personal freedom

Franco Borgogno (Italy)

The Young Lady Who Committed Hara-Kiri: The Importance of the Analyst's Personal Response to a Deprived Schizoid Patient.

Irvin D. Yalom (USA)

The existential perspective. A conversation with Irvin Yalom.

Gabriel Rolón (Argentina)

The challenge of holding the place of psychoanalysis in the globalized culture

Bhikkhu Nandisena (Argentina)

The concept of "I" in Buddhism

Horst Kaechele (Germany)

A. SPECIAL EVENTS.

50 Years of IFPS Mexico, Oct. 2012

Oct. 10th

Plenary Session

Opening ceremony; "50 Years of IFPS I"

Chair: Agnar Berle and Rebecca Aramoni

9:00 Welcome address and thanks to the sponsors by Rebeca Aramoni followed by the opening of the Forum by Agnar Berle (SG)

9:30 Overture – Traditional Mexican Music

9:45 Address of the SG on 50 years of the IFPS

10:00 Greetings from IFPS Societies (to be invited) and from the Journal by Christer Sjödin.

10:30 Round table with invited representatives of IFPS societies
The challenge of psychoanalysis in the 21st century

Chair: Valery Angel (USA)

Europe: Edith Frank-Rieses (Austria) and Anna Maria Luciano (Italy)

Jay Kwawer (USA)

Rebeca Aramoni (México)

Juan Flores (Chile)

12:00 break

12:30 Anniversary speech

Michael Ermann (Germany): "On working with conflict and alienation – The changing face of psychoanalysis and the development of the IFPS"

1:15 Final music

1:30 End of the ceremony

Symposium. Afternoon

50 years of the IFPS – Past, Present, Future

(sponsored by the IFPS Archives' Commission)

Chair: Klaus Hoffmann.

Panelists:

Rainer Funk (Germany)

The IFPS's Sense of Identity and Erich Fromm's Legacy.

Edith Frank-Rieser (Austria), Eliana R. P. Mendes (Brazil)

Igor A. Caruso's development of a psychosocial understanding of the unconscious and its cultural transformation and alienation: one of the complex views on psychoanalysis within the IFPS.

Marco Conci (Italy/Germany)

Benedetti, Cremerius, the Milan A.S.P and the Future of IFPS.

Klaus Hoffmann (Germany)

50 Years IFPS Societies in Switzerland – Psychoanalytic Approaches with Severely Disturbed Patients

Oct. 13th, Closing Plenary Session

“50 years of the IFPS II”

Chair: Michael Ermann

Otto F. Kernberg (USA): “Chances of psychoanalysis in the 21st century”

Closing remarks of the Forum and farewell by the S.G.

PANEL DISCUSSION CONFIRMED

GAETANO BENEDETTI'S WORK WITH SCHIZOPHRENIC AND BORDERLINE PATIENTS,

Maurizio Peciccia (Italy).

Working with images: G. Benedetti's existential psychoanalytic psychotherapy of psychoses

Claudia Bartocci (Italy).

Working with images: G. Benedetti's existential psychoanalytic psychotherapy of psychoses

Marco Conci (Italy/Germany).

Gaetano Benedetti's life and work in the light of his correspondence

Mer info og påmeldingsskjema: www.impac.org.mx/foro

SEMINARVIRKSOMHETEN

Nye seminarer fra høsten:

Det var stor søkning til seminarene som starter i august/september.

Innføringsseminar i Oslo 19 søkere.

Innføringsseminar i Bodø 9 søkere.

Videregående seminar i Oslo hadde 20 søkere og det er satt opp to parallelle seminarer.

Videregående seminar i Agder med oppstart i januar 2013 10 søkere.

Planlagte seminarer:

Det vil i månedsskiftet august/september bli utlyst innføringsseminar i Oslo og Bergen samt videregående seminar i Oslo med søknadsfrist 20. september. Disse vil starte i januar 2013.

Planer videre er innføringsseminar i Oslo hvert semester, Stavanger og Møre & Romsdal, samt videregående seminar i Oslo.

ANNEN INFORMASJON

Vi ønsker åtte nye medlemmer velkommen!

Disse er:

psykologene

Adriana Ochoa, Bodø

Lise Vang, Harstad

Anne Kari Lind-Fossen, Oslo

Guro Sønderland, Oslo

Heidi Jørn Nielsen, Bergen

legene

Aase Hylland, Oslo

Gjermund Guttormsen, Oslo

Anne Margret Svestad, Hamar

Elisabet Tønseth, Oslo

LOKALE KONTAKTPERSONER FOR 2012

Randi Sveen, N-Norge, avd Troms
Nils Petter Lydersen, Trønderlag
Rune Sømme, Hordaland
Bjarne Fløystad, Agder
Sten Owe Rune Hanssen, Hedmark/Oppland

Grazyna Banach, N-Norge avd Nordland
Ole Johan Finnøy, Møre og Romsdal
Marthe Horneland, Rogaland
Eli Sætre, Vestfold

DELTIDSSTILLING SOM UNDERVISNINGSLÉDER LEDIG FRA 1.08.2013.

Undervisningsleder fratrer sin stilling 31. juli 2013 etter 4 + 2 + 2 år.

Undervisningsleder har primært ansvaret for ledelse og drift av Instituttets kandidatutdanning og utgjør sammen med administrativ leder Instituttets daglige ledelse. Det er tradisjon for en fleksibel samarbeidsform mellom undervisningsleder og administrativ leder hvor de begge kan være behjelpelig med hverandres oppgaver ved behov.

Undervisningsleder er direkte ansvarlig overfor Styret innen sitt ansvarsområde, saksbehandler for Styret og Utvalg for kandidatutdanning.

Undervisningsleder tilsettes på åremål, i første omgang for fire år med adgang til å søke reengasjement for 2+2 år.

Stillingen lønnes i lønnstrinn 80 (p.t. kr 648.288,-pr. år). Daglig ledelses totale stillingsprosent er for tiden 60, administrativ leder og undervisningsleder avklarer deling seg i mellom. I tillegg ytes økonomisk kompensasjon for en del av tiden i fb.m. nødvendige tjenestereiser.

Undervisningsleder må være medlem ved Instituttet og bør ha faglig kompetanse på linje med lærer ved Instituttets seminarer. Det legges vekt på personlig egnethet.

Stillingsinnehaveren bør ha kontor ved Instituttet.

Nærmere opplysninger om stillingens ansvars- og funksjonsområde samt plass i virksomheten kan fås ved henvendelse til styrets leder, Rune Johansen tlf 92 89 85 30. Opplysninger om nåværende arbeids- og ansvarsforhold kan dessuten fås av undervisningsleder Tove Kjersti Kjølsøth tlf arb. 22 58 17 83. eller administrativ leder Jan Ole Røvik, tlf 92 22 10 41.

Skriftlig søknad stiles innen 2.07.12 til Styret og sendes Institutt for Psykoterapi.

UTLYSNING FOND FOR FAGLIG FORDYPNING

Instituttet mottok i 2011 en gave på kr 1 250 000.- fra en privat giver. Disse pengene er gitt som en stimuleringspakke fordelt over en periode på 3 - 5 år for å hjelpe i gang psykoterapiforskning blant medlemmene ved vårt institutt. Pengene inngår i instituttets Fond for faglig fordypning og er underlagt dette fonds vedtekter. Instituttet vil derfor oppfordre dere, som medlemmer av instituttet, å ta frem ting dere har i skuffen, ideer dere har om skriving fra egen praksis eller andre prosjekter dere lurer på. Det er ønskelig med publisering i refereebaserte tidsskrifter. Medlemmer som har startet opp med skriveprosjekter på skriveseminar ved Instituttet kan også søke om tilskudd for frikjøp av tid til å ferdigstille sitt manus. Ta kontakt med daglig ledelse for utfyllende informasjon og veiledning, ved administrativ leder Jan Ole Røvik adm-leder@instpsyk.no .

Søknaden bør inneholde følgende punkter: 1) Formål, 2) Metode, 3) Fremdriftsplan og 4) Finansieringsplan.

Vedtekter for Fond for faglig fordypning

1. Overskudd av medlemsaktiviteten kan hvert år settes inn på konto for å stimulere faglig fordypning, forskning, publiseringsvirksomhet og bidrag på kongresser. Det er også et mål at midlene i størst mulig grad skal komme medlemsmassen som helhet til gode.
2. Midlene kan gå til forskning og fordypning innenfor psykoanalytisk psykoterapi, veiledning eller problemstillinger knyttet til kandidatutdanning. Det kan gis støtte til forskningsprosjekter og Instituttet ønsker spesielt å stimulere til publiseringsvirksomhet. Instituttet ønsker å knytte kontakter med internasjonalt anerkjente kolleger som kan bidra overfor Instituttets medlemmer med kurs og seminarer.
3. Medlemmer og kandidater ved Instituttet kan søke om midler fra Fondet.
4. Styret beslutter størrelsen på årlig utdelt beløp.
5. Søknad sendes Styret innen 1/1 og 1/9 hvert år og behandles i første påfølgende styremøte.
6. Søker må innen et år etter tildeling dokumentere hva pengene er brukt til.
7. Søker må være villig til å legge frem resultater av forskning / fordypning i faglig møte ved Instituttet.
8. Informasjon om Fondet og regler for tildeling beskrives i Bulletinen og på Instituttets hjemmeside.

Errata:

Artikkelen av Kari Holm i forrige nummer av Bulletinen 1/12 (sid 5) er ikke publisert i Psykologi i Kommunen, men i Karteksis 2/11.

JUBILEUMSBOKEN

- PSYKOTERAPI I UTVIKLING

"Psykoterapi i utvikling" tar opp sentrale kliniske fenomener og begreper innenfor et vidt spekter av psykodynamisk teori, terapi og forskning. Forståelse av pasienten og pasientens behov står i sentrum. Intensjonen er å presentere oppdatert kunnskap med en faglig bred horisont. Forfatterne har skrevet om temaer de er spesielt opptatt av eller har bidratt til diskusjon omkring. Flere sentrale behandlingsformer og temaer er tatt opp i egne kapitler: Distinksjon mellom psykoterapi og psykoanalyse (Knutsen); Relasjonell



Redaksjonen, Anne Grete Hersoug, Randi Ulberg og Tormod Knutsen

psykoterapi (Binder); Korttids psykodynamisk psykoterapi (Høstmark Nielsen); Om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi (Skårderud); Mentaliseringsbasert behandling for borderline-pasienter (Fonagy & Bateman); Allianse i psykoterapi (Hersoug); Overføring (Ulberg & Høglend; Opdal); Motoverføring og proaktiv identifikasjon (Zachrisson); Utviklingspsykologi (Johansen); Arbeid med drømmer i terapi (Rørsgaard); og et kapittel om integreringen av psykoterapikunnskap i moderne nevrovitenskap (Johansen). Ulike sider ved hva det innebærer å være psykoterapeut, er omtalt i kapitlene til Træsdal og Røvik. Der kliniske eksempler er benyttet, er de anonymisert, eller pasienten er gjort kjent med fremstillingen og er inneforstått med den. Rammer rundt den kliniske hverdag er behandlet i kapitlene til Ekeland, og Hytten & Råbu. Problemstillinger rundt opplæring i psykodynamisk psykoterapi er også viet plass i boken.

Kapitlene har temaer som grenser mot hverandre og utfyller hverandre, men kan leses enkeltvis, og kan også brukes i undervisning. Boken henvender seg til alle som arbeider med psykodynamisk psykoterapi eller holder på å utdanne seg i denne terapiformen; studenter og andre med interesse for dette feltet.

Flere av kapitlene formidler resultater av nyere forskning som er utført i Norge, og dermed er relevant for de forhold psykoterapeuter arbeider under her i landet. Ny norsk forskning på effekten av psykodynamisk psykoterapi presenteres bl.a. i kapitlene til Hersoug; Røvik; Ulberg & Høglend; Bøgwald.

Boken avspeiler en klinisk, teoretisk og forskningsmessig oppdatert bredde i det psykodynamisk psykoterapeutiske feltet.

I anledning Instituttets 50 år inviterer vi alle som vil komme til åpent hus i våre lokaler i Nydalsveien 15.

Der har vi lyst å vise gamle bilder fra 1962 og til nå, fra uformelle og formelle sammenhenger. Har du noe eller noen bilder vi kan få låne/kopiere? Ta i tilfelle kontakt med Tulla. Vi håper også på noen kulturelle innslag. Meld deg gjerne til innslag av sang, musikk eller annet.

Arrangementet er uformelt og skal være hyggelig med litt fingermat og drikke.

DU ER INVITERT OG ØNSKES VELKOMMEN!

Selvfølgelig har du hørt det, kanskje mange ganger allerede: Instituttet vårt har 50 års jubileum til høsten. Dette vil vi feire og markere på flere måter. Forberedelser har pågått over tid. Endelig gleder vi oss over at de konkrete invitasjoner er sendt ut.

Hva så vi for oss? Hva inviterer vi til?

Faget vårt er selve limet som binder oss sammen i Instituttet. Ønske om et solid fagseminar sto derfor høyt, et seminar med presentasjon av aktuell kunnskap til glede for oss selv, og samtidig et seminar som vi med stolthet kan invitere andre til.

Vi så også for oss en bok - en jubileumsbok. Den skulle gjerne ha litt historisk klangbunn. Først og fremst ønsket vi likevel en kunnskapsbok, en bruksbok - for hver og en av oss og for læringsformål i kurs og seminarvirksomhet både i og utenfor "huset vårt".

En egen redaksjonskomite har arbeidet med denne oppgaven. De har gjort et stort og strålende arbeid!!, bare vent og se.

Jubileumsfest da? Ja det må vi selvfølgelig ha. Stor, staselig og raus ønsker vi at den skal være med plass til mye glede og fellesskap.

Alle må få plass. Derfor møtes vi utenfor Instituttet vårt til seminar og fest. Instituttets lokaler innlemmes imidlertid i feiringen gjennom åpent hus den første kvelden.

Nå mener vi at alt ligger vel til rette for jubileumsfeiringen vår. Men levendegjort og virkelig blir dette ikke med mindre dere kommer og deltar alle sammen. Så det håper vi dere gjør!!

Med vennlig hilsen fra jubileumskomiteen v/ Ingrid Guldvog

Merk at det i Jubileumsseminarprogrammet nå er en utdypende informasjon på lørdagsprogrammet kl 10.00-12.00:

Anne Grete Hersoug: *Jeg tror terapeuten liker meg – betydningen av allianse i psykoterapi*

Randi Ulberg: *Hvordan responderer pasienten? Betydningen av timing og innhold av overføringsintervensjoner*

Kjell-Petter Bøgwald: *Seks pasienter søker en terapeut*

Frist for innlevering av stoff til neste Bulletin er 1. september Nr 3/2012 vil bli sendt fra Instituttet i ca uke 39. Vi ber våre medlemmer og kandidater om å delta med innlegg og debatt.

NY BOK I

BIBLIOTEKET:

- Summers, Richard F / Barber, Jacques P.
- Psychodynamic Therapy,
- a guide to evidence-based practice
- The Guilford Press, NY 2010

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

50 år

Jubileumsseminar og jubileumsmiddag

Nyere utvikling i psykoterapi, Lewis Aron

Seminar 21.-22. september 2012
Oslo Kongressenter / Folkets hus

Fredag 21. september kl 9.00-16.00
Lørdag 22. september kl 9.00-16.00

Seminaravgift: kr 2.600,- inkl. lunsj begge dager
Åpent hus i Nydalen fredag kveld
Jubileumsmiddag: kr 1.100,- lørdag 22. på Hotel Bristol

Om foredragsholderne:

Lewis Aron

Lewis Aron er i Norge mest kjent for sine bidrag til relasjonell psykoanalyse. Han er leder for videreutdanningen i psykoterapi og psykoanalyse ved New York University. Han var den første presidenten for "The International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy" (IARPP) og han har også vært leder for den psykoanalytiske avdelingen i den amerikanske psykologforeningen, kjent som "Division 39 of Psychoanalysis". Han er kjent som lærer og foreleser både i USA og internasjonalt, og han har også tidligere vært foreleser ved seminar ved Institutt for psykoterapi. Han har også en privat praksis i psykoterapi og psykoanalyse, og jobber samtidig mye som konsulent og veileder for både organisasjoner og psykoterapeuter.

Lewis Aron var en av grunnleggerne av "Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives" og han har bidratt til sentrale teoretiske bidrag gjennom bøkene "A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis"(1996) og "Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition"(1999) sammen med Stephen Mitchell. Han har de senere årene skrevet flere bøker sammen med forskjellige forfattere om relasjonell psykoanalyse. I 2012 kommer boken "A Psychotherapy for the People: Toward a Progressive Psychoanalysis", den samme tittelen som han har på sitt hovedinnlegg på jubileumsseminaret.



Tor-Johan Ekeland

Professor (dr. philos) i sosialpsykologi ved Høgskolen i Volda og Molde. Innen forskning har han bidratt på forskningsprosjekter innen familie og ungdom, konfliktmeglning, marginalisering og integrasjon innen mental helse, placebo fenomen, psykoterapi som profesjonell og kulturell praksis, vitenskapsteori i feltet mental helse, og problemer relatert til begrepet evidensbasert behandling (EBP). De siste årene har han gjennom artikler, foredrag og bøker vært aktiv i debatten om såkalt "evidensbasert praksis" (EBP). Hans hovedperspektiv er at EBP ikke stemmer overens med den empiriske forskningen når det gjelder psykoterapi. I dag er Ekeland involvert i tverrfaglig forskning for å analysere hvordan EBP inngår i styringslogikker i moderne velferdsstater.

Håvard Friis Nilsen

Håvard Friis Nilsen er utdannet historiker og samfunnsforsker fra universiteter i Oslo, Strasbourg og Cambridge. Han har vært stipendiat og universitetslektor ved institutt for arkeologi, konservering og historiske studier ved Universitetet i Oslo, og forlagsredaktør i Cappelen forlag. I dag er han leder for tankesmia og forlaget Res Publica. Han er en aktiv skribent og har publisert bokutgivelser og en rekke artikler i inn- og utland.

Kjell Petter Bøgwald

Spesialist i psykiatri. Allsidig klinisk praksis og tidligere overlege ved Forskningsavdelingen, Vinderen. Dr. med. ved Universitetet i Oslo 2002. Har forsket spesielt på prosess og effekt av dynamisk terapi, blant annet i FEST-studien. Lærer ved Institutt for Psykoterapi. Han har vært nestleder i Styret og leder av Forskningsutvalget ved Instituttet.

Anne Grete Hersoug

Cand. psychol., Dr. philos. Spesialist i klinisk psykologi med intensiv psykoterapi. Doktorgrad i psykoterapiforskning, med fokus på terapeutisk allianse, og virkninger av psykodynamiske intervensjoner i terapi. Arbeider med et nytt forskningsprosjekt om ungdomspsykoterapi (FEST-IT) ved Institutt for klinisk medisin, seksjon Enhet for Voksenpsykiatri, Universitetet i Oslo. Utdannelse fra barne- og ungdomspsykiatri, og Institutt for psykoterapi. Leder av Forskningsutvalget ved Institutt for psykoterapi.

Randi Ulberg

Spesialist i psykiatri (barn, ungdom, voksne) og godkjent psykoterapiveileder (barn, ungdom, voksne). Doktorgrad i psykoterapiforskning med fokus på kjønnsforskjeller i respons på overføringstolkninger. Arbeider med forskningsprosjekt om effekt av psykodynamisk psykoterapi for ungdom (FEST-IT). Medlem ved Institutt for psykoterapi. Leder av spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri i BUP, Dnlf. Tilsatt ved sykehuset i Vestfold og tilknyttet Institutt for klinisk medisin, Enhet for voksenpsykiatri, Vinderen, Universitetet i Oslo. Avtalepraksis i Oslo.

Nyere utvikling i psykoterapi

Fredag 21. september

9.00- 9.45 Registrering

9.45-10,00 Åpning

10.00-12.30	Lewis Aron: A Psychotherapy for the People: Toward a Progressive Psychoanalysis
12.30-13.30	Lunsj
13.30- 15.30	Tor-Johan Ekeland: Psykoterapi – det siste asyl.
18.30	Åpent hus i Nydalen med kulturelle innslag og lett servering

Lørdag 22. september

10.00-12.00	Anne Grete Hersoug: Jeg tror terapeuten liker meg – betydningen av allianse i psykoterapi Randi Ulberg: Hvordan responderer pasienten? Betydningen av timing og innhold av verføringsintervensjoner Kjell-Petter Bøgwald: Seks pasienter søker en terapeut.
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.00	Lewis Aron: Mutual Vulnerability: The Repudiation of Femininity
14.00-15.00	Håvard Friis Nilsen: Psykoterapi som historiefortelling. Hvordan terapien har preget samfunnet og omvendt i det 20. århundret og i dag
15.00-16.00	Panel

Praktiske opplysninger:

Tid: Fredag 21. og lørdag 22. september 2012

Sted: Oslo Kongressenter, Youngsgate 11 v/ Youngtorget, OSLO

Pris for seminaret er kr. 2.600,- inkl. lunsj begge dager

Jubileumsmiddag, lørdag 22. september kl 19.00: Hotel Bristol, Kristian IV's gate 7, Oslo

Pris for Jubileumsmiddagen kr 1.100,-

Pris for seminar og Jubileumsmiddag kr 3.600,-

Påmelding innen 15. juni 2012. Bruk svarslippen på neste side eller send en e-post med all informasjon til jubileum@instpsyk.no.

Du kan også bruke påmeldingsskjemaet på vår hjemmeside, www.instpsyk.no

Faktura blir sendt i posten.

Påmeldingen er bindende.

Seminaret er godkjent som 10 timers fritt spesialkurs og som 10 timers vedlikeholdsaktivitet til spesialitetene i klinisk psykologi.

Seminarte er godkjent med 10 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering (LIS) og spesialistenes etterutdanning i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Påmelding innen 15. juni 2012 til Jubileums-seminaret v/ Institutt for Psykoterapi,
Pb 4254 Nydalen, 0401 OSLO, eller jubileum@instpsyk.no

Deltakernavn:

Adresse:

Hvis arbeidsgiver skal betale må fullstendig fakturaadresse og referansenummer oppgis.

.....

.....

E-post: Telefon:.....

Jeg ønsker å delta på Seminar og Jubileumsmiddag, kr 3.600,-

Jeg ønsker kun å delta på Seminar, kr 2.600,-

Jeg ønsker kun å delta på Jubileumsmiddagen, kr 1.100,-

Jeg ønsker å ta med en ledsager til middagen, kr 1.100,-

Avsender: Institutt for Psykoterapi, Postboks 4254 Nydalen, 0401 OSLO



Institutt for Psykoterapi 50 år

Postboks 4254 Nydalen, 0401 OSLO • Nydalsvn. 15, 0484 Oslo • Tlf.: 22 58 17 70
E-mail: sekr@instpsyk.no • Bankgiro 6042.06.01959

www.instpsyk.no