

P

**Psykologernes
fagmagasin**

Nr. 03 | 2016 | 2. årgang

Indien indeni

14



Psykologi & Viden

Følg med i psykologien og læs spændende fagartikler om aktuel psykologisk forskning og praksis – skrevet af psykologer.

www.dp.dk

Nye artikler i februar

HPV-bivirkninger og psykologens mulige arbejde

Af Peter la Cour, Ph.D., leder af Videnscenter for funktionelle lidelser, Region H, specialist i sundhedspsykologi

Uledsagede flygtningebørn og maden fra hjemlandet som metode

Af Ann-Jeanette Weitling, psykolog, Annette Olsson, socialpædagog og Peter Weitling, socialrådgiver

Hvordan er tilknytningen til arbejdsmarkedet efter en piskesmældsskade?

Af Maria Knudsen, cand.psych og Per Bernth Jensen, Specialist i neuropsykologi & psyko-traumatologi, Neuropsykologisk Klinik

Rettelser

I forrige nummer af magasinet P (20. februar), var der desværre to fejl i artiklen "Hjernefag med vokseværk" på s. 30+31. Artiklens underrubrik var røget ud - og dermed også navnet på interviewpersonen i artiklen: Professor Morten Overgaard.

I samme artikel fremgår det, at det er 200 år siden, den psykologiske videnskab kom til Danmark. Det er ikke korrekt - der skulle have stået, at videnskaben har været i landet i to århundreder.

Redaktionen beklager fejlene.

P

**Psykologernes
fagmagasin**

Nr. 03 | 2016 | 2. årgang

Magasinet udgives af Dansk Psykolog Forening og udkommer 12 gange om året.
Medlem af Danske Medier

Dette nummer: 12. marts 2016

Næste nummer: 16. april 2016

Redaktion

Ulrikke Moustgaard, *redaktør*

Henning Due, *journalist*

Heidi Strehmel, *bladsekretær/annoncer*

Ansvarshavende ifølge medieansvarsloven:

Claus Wennermark

Kontakt: p-magasin@dp.dk

Dette nummer

Forside: Lasse Bak Mejlvang

Trykplag: 11.305

ISSN 2445-6322: P (print)

ISSN 2445-6330: P (online)

DK ISSN: 0901-7089

Design og layout: e-Types Daily

Tryk: Jørn Thomsen Elbo A/S

Annoncer

Job- og produktannoncer:

DG Media

T: 3370 7694, epost@dgmedia.dk

(skriv "P-magasin" i emnefelt)

Rubrikannoncer:

Heidi Strehmel, *bladsekretær*

T: 3525 9706, p-magasin@dp.dk

Annoncedeadlines:

Nr. 4: 16.3 (produktannoncer) & 1.4

(job- og rubrikannoncer). Udgivelse: 16.4

Nr. 5: 13.4 (produktannoncer) & 29.4

(job- og rubrikannoncer). Udgivelse: 14.5

Nr. 6: 11.5 (produktannoncer) & 27.5

(job- og rubrikannoncer). Udgivelse: 11.6

Abonnement

1.385 kr + moms

p-magasin@dp.dk

Udgiver

Dansk Psykolog Forening

Stockholmsgade 27

2100 København Ø

T: 3526 9955

www.dp.dk

Trykt med vegetabiliske farver på miljøgodkendt papir.

Artikler i P udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Psykolog Forenings synspunkter.





Indien

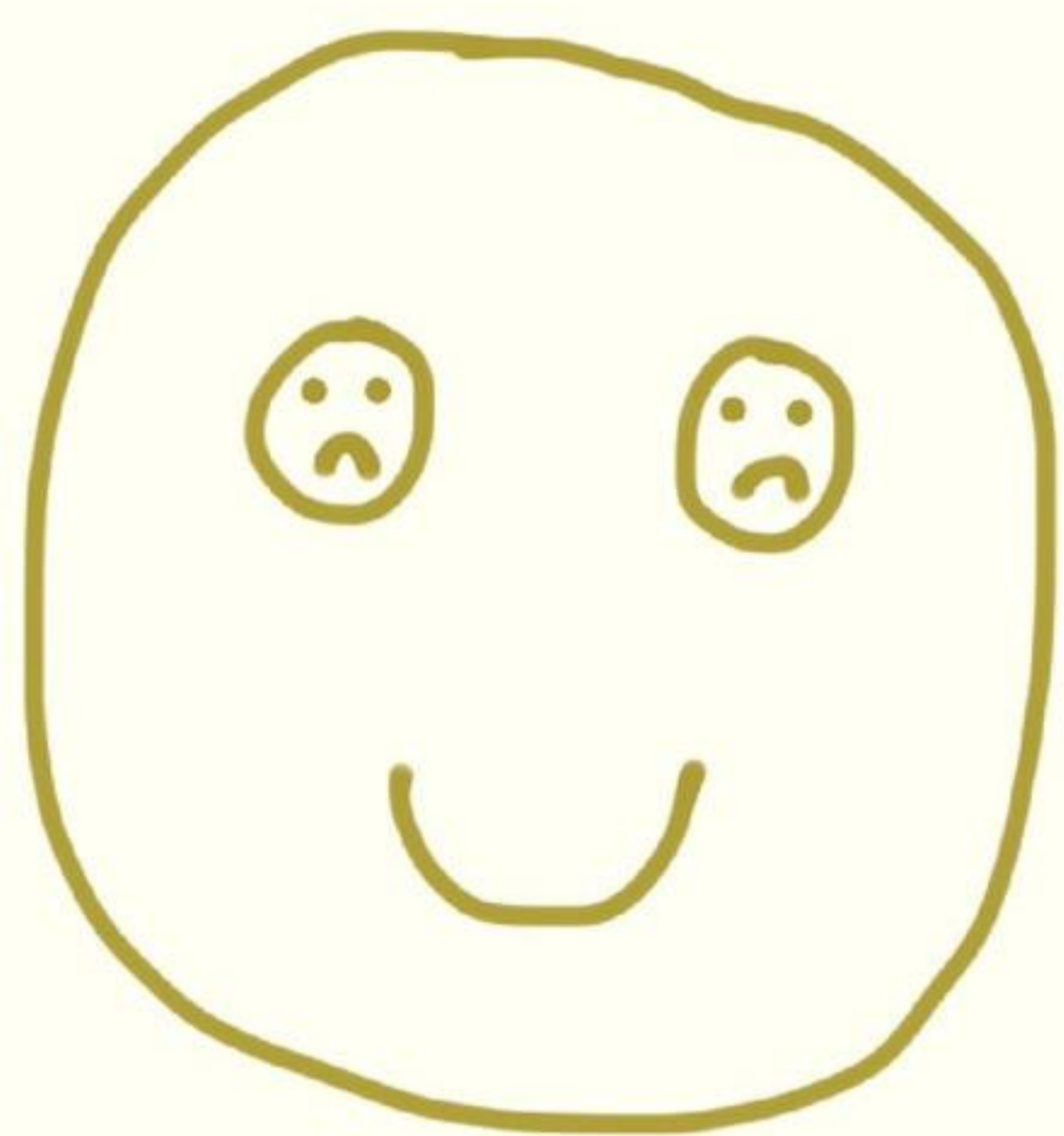
Når det moderne liv fletter sig ind i det traditionelle liv i et lokalsamfund, dukker manier og psykoser op.

14

Gensyn med George

Den 72-årige maniske samler er stået ud af sit badekar.

4



Diagnosesamfundets far

Amerikanske Robert Spitzer satte psykiske lidelser på formel – ved håndoprækning – og grundlagde dermed fundamentet til den moderne vestlige verdens psykiatri.

28

“Det afgørende er ikke at læse angstens budskab, men at følge det; at vende noget i sit liv ryggen uden at have et alternativ at læne sig ind i. At stå dér er ubærligt i sig selv.”

34

Demensdanmark

Fremtidens samfund vil få markant flere ældre og demente med store samfundsøkonomiske omkostninger til følge. Det er nu, vi skal indrette os til udfordringen.

6+40





Georges verden

I P's novembernummer 2015 bragte vi billedserien *Georges bad* om den 72-årige britiske George Fowler, der lider af samlermani og har et særligt forhold til sit badekar. Nu har fotografen Corinna Kern vendt kameraet i en anden retning i et portræt af George – uden for badekarret. Han har boet samme sted i over 35 år, og mængden af ting, han samler, er blevet tilsvarende stor. George har oplevet mange år med stor knaphed på varer og goder i efterkrigstidens Storbritannien. Måske er hans adfærd derfor et logisk modsvar til et moderne forbrugersamfund i overflod, siger fotografen. www.corinnakern.com

Foto: Corinna Kern

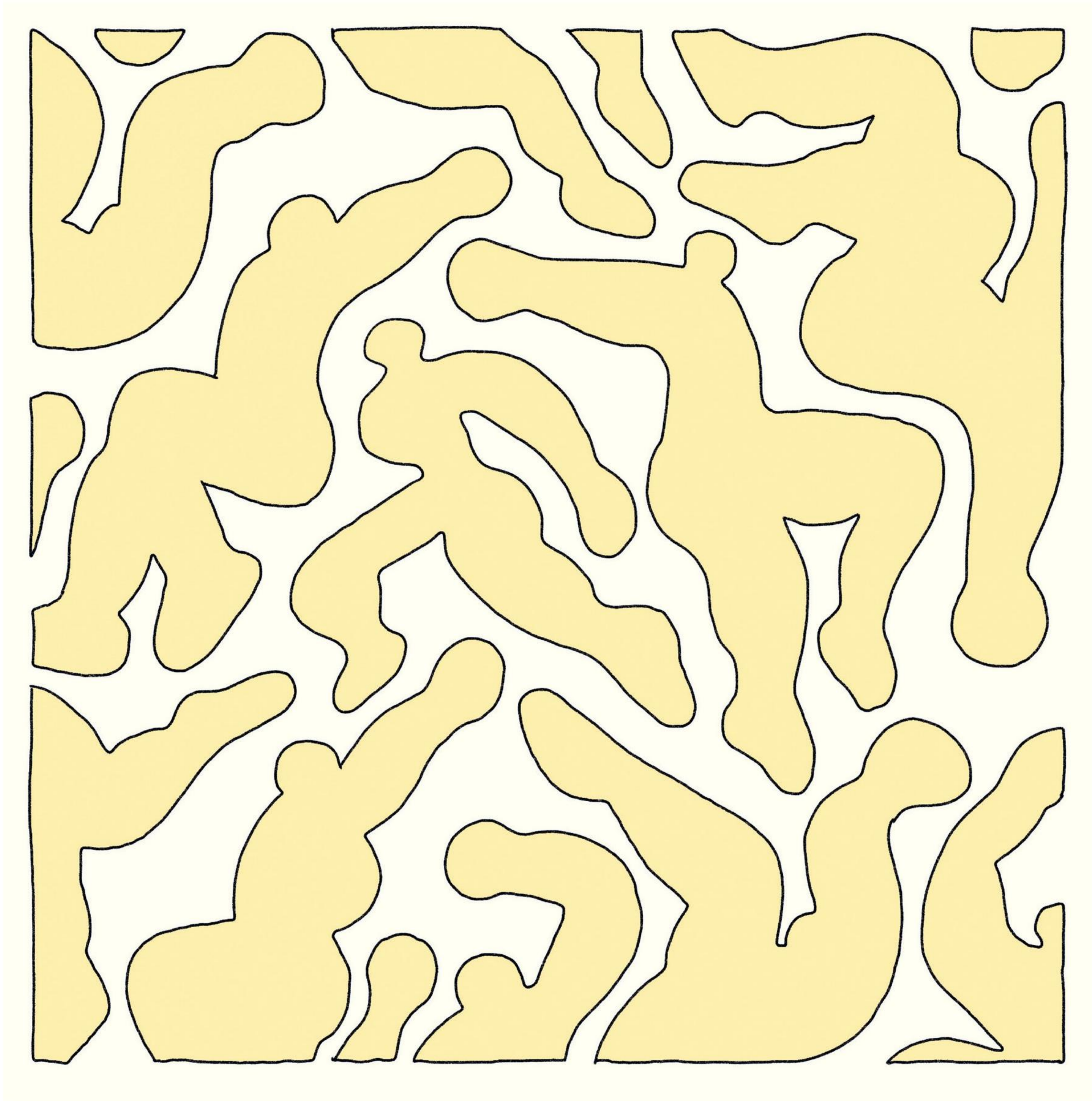


Illustration: Oscar Grønner

DANSEN MED DEMIENSEN

Fremtidens samfund vil få markant flere ældre og demente. Det vil få store samfundsøkonomiske omkostninger, og derfor skal vi tænke nyt i ældreplejen, siger eksperter. Bedre trivsel og større og mere specialiseret tværfaglighed er nøglen.

Af Lene Vind, *journalist*

Når Ingrid Lauridsen kommer hjem fra et besøg hos en af sine veninder, der bor på plejehjem, er hun ikke i det bedste humør. Veninden, som altid har været et aktivt menneske, er pludselig reduceret til en inaktiv patient.

– Min veninde vil for eksempel gerne deltage i gruppesamvær med andre beboere, men det unge personale på hendes afdeling formår ikke at inkludere hende. De tager ikke hensyn til hendes dårlige hørelse, eller at hun husker dårligt. Så hun føler sig udenfor og mere ensom, end hvis hun havde været alene, fortæller hun.

Den oplevelse gør Ingrid Lauridsen forstemt. Som veninde. Men også som psykolog. Hun har i årevis haft speciale i gerontopsykologi – den gren af psykologien, der beskæftiger sig med aldring – og lod sig pensionere fra Frederiksberg Kommune i 2014 efter i mange år at have beskæftiget sig med ældreomsorg.

Derfor ærgrer venindens oplevelse hende. Hun mener nemlig, at der ikke nødvendigvis skal så meget til for at ændre forholdene på et plejehjem, så den enkelte borger får langt større trivsel.

– Det skærer mig i hjertet, når jeg ser et ungt personale, som ikke har et begreb om, hvordan det er at være ældre. Jeg kan faktisk blive helt dårlig, når jeg ser det, siger hun.

Den offentlige omsorg for ældre er et emne, der bliver mere og mere presserende i velfærdsstaten Danmark, fordi den demografiske udvikling og en længere gennemsnitlig levealder betyder, at der kommer til at være mange ældre og få yngre i fremtidens Danmark. De mange ældre kommer til at have brug for pleje; de få yngre har hverken hænder eller skatteindbetalinger nok til at opretholde en ældrepleje, hvis den skal fungere på et niveau, som tilfældet er i dag.

Alt tyder således på, at der venter en stor udfordring forude for alle, som beskæftiger sig med ældreområdet. Både i forhold til demens, men også til andre tilstande såsom sorg og depression hos ældre.

– Man kan med jævne mellemrum høre og læse, at der er behov for ‘mere effektivitet i ældreplejen,’ og her associerer de fleste til, at vi skal have mere kvalitet for de samme eller færre økonomiske ressourcer, siger Henrik Brogaard.

Han er psykolog og har i ti år arbejdet på Danmarks største plejecenter med 400 ældre, Plejecenter Sølund i København. I dag har han eget firma og er konsulent inden for ældreområdet.

– Men at ‘være effektiv’ har som udgangspunkt ikke noget med økonomi at gøre. At være effektiv betyder, at man skal finde den mest hensigtsmæssige måde at nå de opstillede mål. I arbejdet med svækkede ældre er målsætningen, at vi skal hjælpe med at skabe en god dagligdag og en bedre livskvalitet for mennesker, der befinder sig i en eksistentiel truet livssituation. Vi skal bistå dem i den allersidste tid, inden dødens mørke opsluger dem. For at nå det mål på en effektiv måde kræver det god tid og plads til langsomhed, siger han.

At god livskvalitet og trivsel hos ældre har afgørende betydning, ikke bare for dem selv, men også samfundsøkonomisk, var en af konklusionerne på et stort tværfagligt forskningsprojekt fra 2008 om velfærdsstatens udfordringer, som den britiske regerings videnskabskontor stod bag.

Projektet *Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century* tog udgangspunkt i den kommende ændrede demografiske befolkningssammensætning. Spørgsmålet var, hvilke politiske prioriteringer, der skal til for at sikre, at fx plejehøvelene hos den kommende

store ældregeneration ikke vælter samfundsøkonomien – og et af svarene var at sikre bedre psykisk trivsel. For forskningen viser, at ældre med et højt niveau af velvære har bedre kognitive funktioner, selv når tallene er justeret for andre variabler som sundhed og livsstil.

Susanne Bollerup Overgaard, psykolog i Gerontopsykiatrisk enhed ved Regionspsykiatri Vest, Region Midtjylland, er enig i, at den psykiske velvære hos ældre har stor betydning og skal prioriteres. Der verserer mange fordomme om ældre, og Susanne Bollerup Overgaard pointerer, at mange har den opfattelse, at psykiske problemer i alderdommen hører med. Og når det kommer til behandlingen, er den overvejende medicinsk.

– Sådan tænker vi jo ikke i dag om yngre. Det er ‘alderisme,’ og det er jo ikke i orden. Der bør være mere fokus på at skabe gode tilbud med eksempelvis psykologisk rådgivning og behandling, når livet bliver svært, også i alderdommen, siger hun.

Svære skift

Når vores gennemsnitlige levealder bliver højere, vil antallet af demente følge med, for risikoen for at udvikle demens rammer særligt ældre mennesker. Nogle kalder demens for en tikkende bombe, hvilket også rummer en vis usikkerhed om prognosernes stejle opadgående kurs. Lige nu er omkring 90.000 danskere ramt af en demenssygdom, vurderer Ældresagen. Og det antal kan meget vel blive fordoblet inden for de kommende 25 år, viste fremskrivninger fra Sundhedsministeriet i 2010.

Den udfordring har også politikerne øje for. I 2010 fremlagde den daværende regering en national handlingsplan for demensindsatsen i Danmark. I efteråret 2015 fulgte den nuværende regering trop med at igangsætte et arbejde for en ny national handlingsplan for demens. Mere end en femtedel af de danske borgere, der bliver 85 år eller mere, vil blive ramt af en demenssygdom, anslår regeringen, og handlingsplanen skal derfor sikre en tidlig indsats med hurtig udredning og behandling. Samtidig vil man også styrke støtten til pårørende. Netop de pårørende er også en gruppe, som psykologerne, der arbejder i ældreplejen, er optaget af.

– De fleste har været igennem en fysisk og psykisk udmattende tid og føler sig som magtesløse vidner. Jeg synes, at det er helt indlysende, at de pårørende har brug for hjælp, siger Henrik Brogaard.

Men Henrik Brogaard mener også, at der mangler respekt for den tunge opgave, personalet løfter.

– De ansatte har så travlt. De skal hjælpe med alt fra at klippe negle til psykiske problemer. De skal forsøge at give de ældre bedre livskvalitet, og de skal være tålmodige over for de pårørende. De står med så mange usynlige, psykiske udfordringer og har rigtig svært ved at rumme dem.

Derfor mener han, at der automatisk burde være supervision til personalet. Fra sit konsulentarbejde oplever han, at bestræbelserne på at hjælpe de ansatte til at klare den tunge opgave er begyndt at brede sig. Efter hans mening går udviklingen således i den rigtige retning på dette område.

I de tre overordnede målsætninger i regeringens nye handlingsplan for demens er de ansatte, der arbejder med demente, ikke nævnt. Men flere fagfolk har længe haft fokus på udfordringen, fordi den er tværfaglig og både handler om at tage vare på personer med demens, men også om at hjælpe personalet og ledelsen med en løbende omstilling og at møde de pårørende med forståelse for deres situation.

En konsekvens af de komplekse og tunge arbejdsopgaver blandt plejehjemspersonalet er sygemeldinger. Den problematik kender Susanne Bollerup Overgaard. Hun har tidligere arbejdet i blandt andet Vejle Kommune. Det er hendes erfaring, at løbende omstillingsprocesser kan gøre medarbejderne sårbare. Der bliver krævet mere og mere, og de skal hele tiden indstille sig på nye forhold.

– Det kan for nogle være en stor omstilling, når indsatsen fra at være serviceorienteret i højere grad skal koncentreres om rehabilitering, og den ældre person snarere skal hjælpes til at klare flere opgaver selv, forklarer hun.

Hun har via supervision medvirket til systematisk at indsamle viden om situationer, hvor tingene går i hårdknude på ældreområdet. Den viden kan hjælpe til at styrke kompetencen hos personalet

Jeg bliver kaldt ledelsens tredje øre og øje, og det er fordi, vi psykologer er gode til at gå et eller fem lag dybere. Vi tænker ikke, at folk handler egoistisk, vi tænker i helheder og bagvedliggende årsager. Alle ønsker jo at gøre deres arbejde bedst muligt.

– Maria Brønden, *organisationspsykolog*, Holmegårdsparken

og befordre et godt arbejdsmiljø, så de ansatte ikke brænder ud, bliver sygemeldte eller mister engagementet.

Det eneste plejehjem i Danmark, som har en fastansat organisationspsykolog, er Holmegårdsparken i Charlottenlund. Maria Brønden sidder i en stabsfunktion til ledelsen og har været ansat siden 2008. Hun fortæller, at i Holmegårdsparken har ledelsen erkendt, at man skal værne om medarbejderne. Her er mottoet: 'Kompetente medarbejdere er glade medarbejdere,' og sygefraværet er under tre procent. En god forklaring på det lave fravær er ledelsens prioritering af trivsel på arbejdspladsen.

– Jeg var med til at lave et trivselsprojekt for aftenvagten, fordi den fungerede som en svingdør, forklarer hun.

Siden har hun blandt andet været tovholder på de årlige temadage, hvor trivslen står højest på dagsordenen.

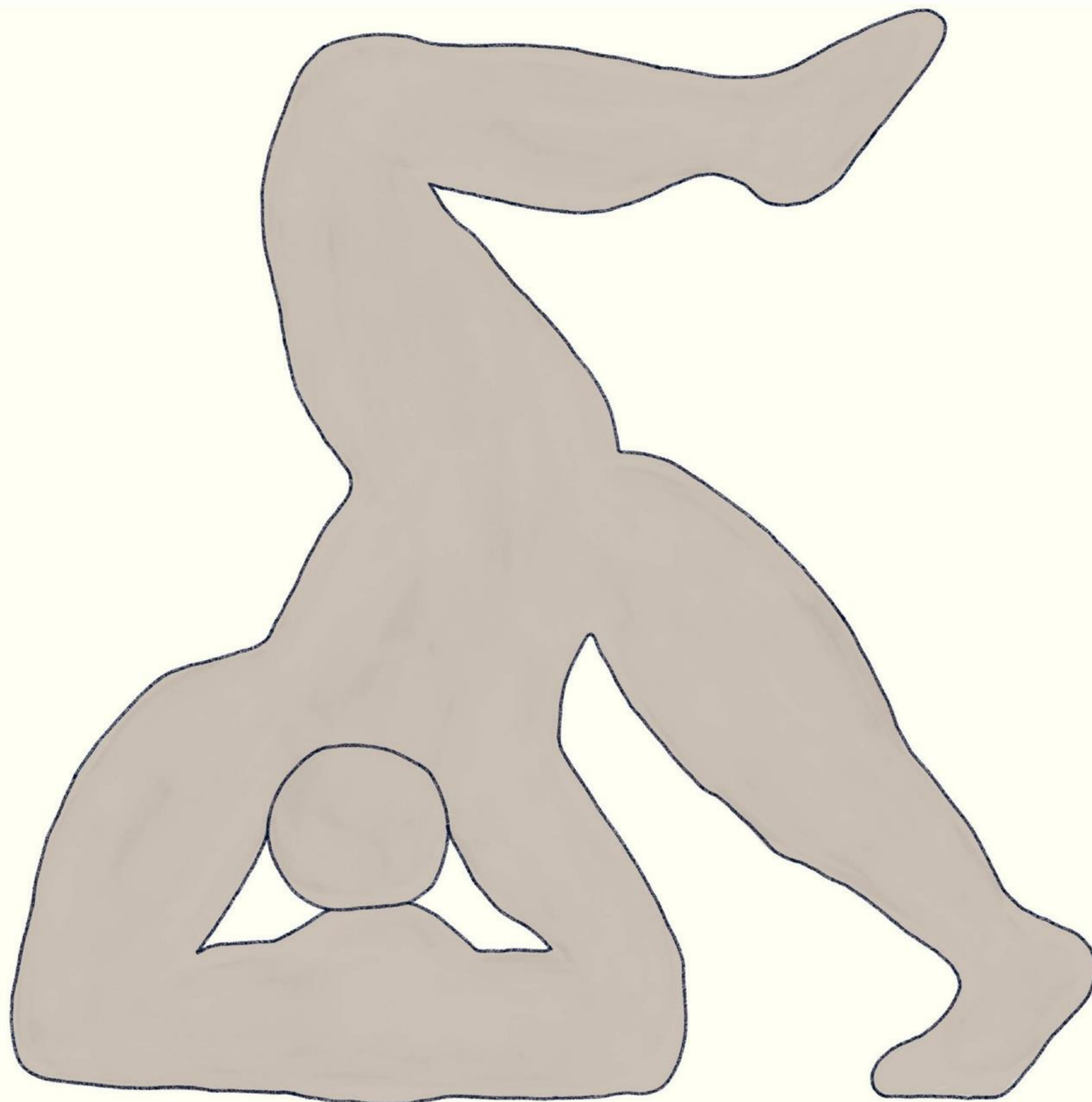
– Ledelsen prioriterer disse dage. De ved, at medarbejdernes trivsel er vigtig, og at de ikke har råd til at lade være.

Meget af hendes primære arbejde i det daglige er at yde supervision i samarbejde og kommunikation og hjælpe med at holde medarbejderne på sporet i forhold til det gode samarbejde. Desuden coacher hun ledelsen, fordi lederuddannelse også er et fokusområde på plejehjemmet.

– Jeg bliver kaldt ledelsens tredje øre og øje, og det er fordi, vi psykologer er gode til at gå et eller fem lag dybere. Vi tænker ikke, at folk handler egoistisk, vi tænker i helheder og bagvedliggende årsager. Alle ønsker jo at gøre deres arbejde bedst muligt.

Akut brandslukning

Iben Ljungmann er psykolog, souschef i demenscentret Pilehuset i Brønshøj og samtidig landsdækkende VISO-konsulent. Hun er specialiseret



i at vejlede personalet, når de står med vanskelige sager, som de ikke selv kan løse. Hun har fornyligt skrevet bogen *Adfærdsproblemer i ældreplejen* sammen med kollegaerne Bo Hejlskov Elvén og Charlotte Agger.

– Når jeg kommer rundt i landet, er det nemt at få øje på, at der virkelig er et behov for psykologfaglig viden. Jeg oplever, at personalet står med en beboer, som i afmagt slår ud efter dem, og de ved ikke, hvordan de skal berolige personen. De føler sig klemmt rent arbejdsmæssigt, nogle ender måske med en arbejdsskade og en sygemelding.

Iben Ljungmann mener, at ældreområdet længe har været præget af, at der er blevet lagt en sundhedsfaglig vinkel ned over det. Efter hendes opfattelse har sektoren snarere brug for at forstå, at arbejdet med borgere med demens er en meget vanskelig opgave, som kræver en specialiseret tværfaglig indsats. Det er ikke tilstrækkeligt at se på demens ud fra en sundhedsfaglig vinkel, det kræver også stor viden om pædagogik og kommunikation.

I Pilehuset arbejder medarbejderne tværfagligt. Der er både sundhedsfagligt personale, pædagoger og ergoterapeuter ansat, og det mener Iben Ljungmann er en måde at tænke fremtidens udfor-

dringer ind i arbejdet. Hver faggruppe bidrager med sit speciale. Det psykologfaglige handler fx om at trække på neuropsykologisk viden og oversætte den til medarbejdernes hverdag, så de forstår borgernes funktionstab og den indsats, der skal til for at modvirke effekterne, eller om at trække på viden om processer, motivation eller læring.

Men det tværfaglige halter mange steder, når det gælder psykologfaglighed. Iben Ljungmann forklarer, at der i de tilfælde, hvor der bliver kaldt på en psykolog, ofte er tale om situationer, hvor samarbejdet med borgerne er kørt helt af sporet. Det kan være, fordi borgeren mistrives og ikke får den rette omsorg, fordi den viden, man har om borgeren og borgerens sygdom ikke er tilstrækkelig.

– Det ville klæde hele området, at der blev tænkt mere forebyggende og strategisk og ikke kun i brandslukning. ●

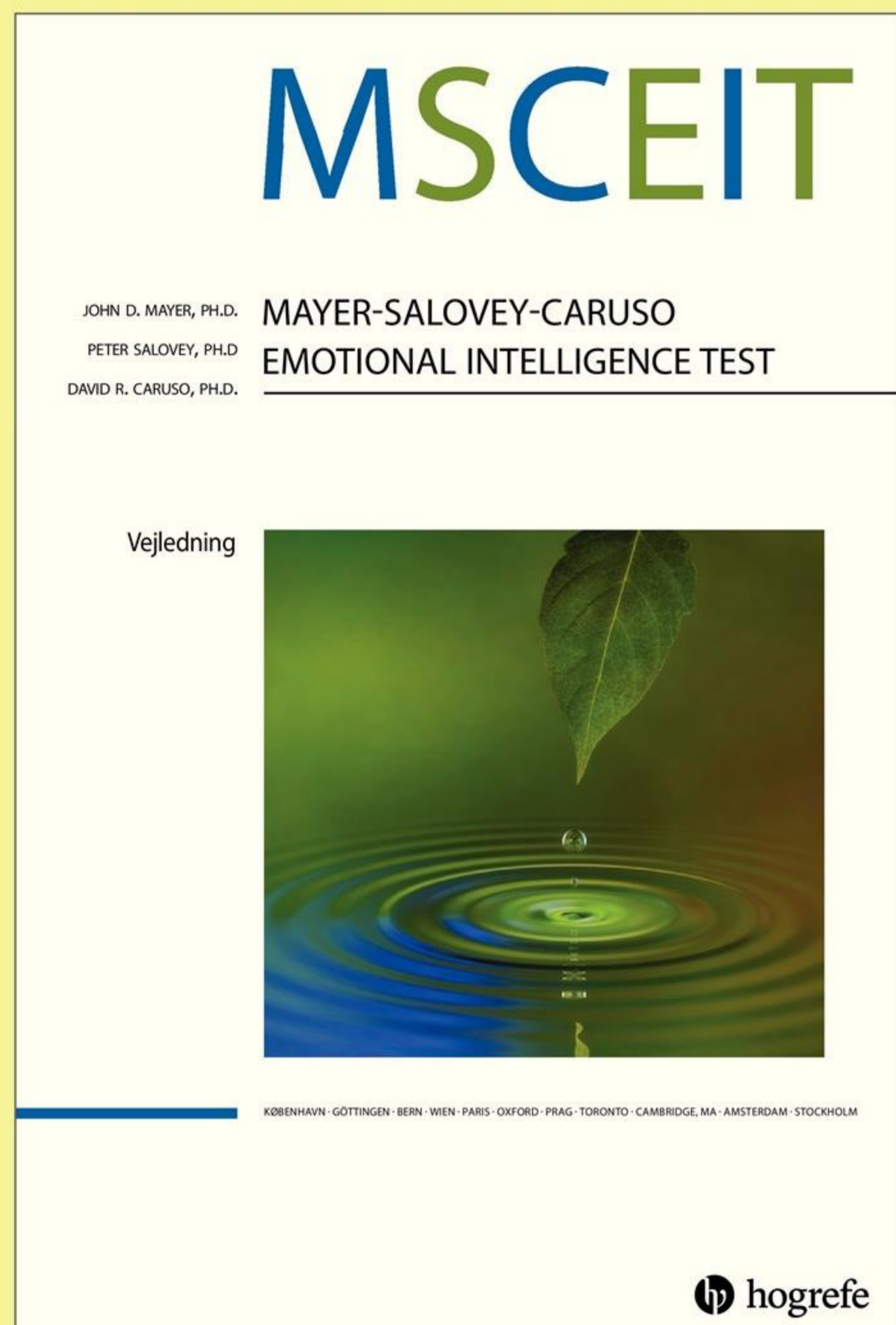
[Læs også lederen Ramt af demens på s. 40](#)

Emotionel intelligenstagstest

MSCEIT

John D. Meyer, Peter Salovey og David R. Caruso

Prøv MSCEIT gratis. Send en e-mail med titlen P-MSCEIT-2016 til info@hogrefe.dk og modtag et link til at tage testen online. Erhvervsrapport med testresultater fremsendes efterfølgende. NB! Tilbuddet gælder kun psykologer.



Meyer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) er udviklet til at måle emotionel intelligens som en kompetence/færdighed. Testen måler, hvor godt testpersonerne løser emotionelle opgaver og problemer, i stedet for blot at spørge dem om, hvordan de selv vurderer deres emotionelle kompetencer, færdigheder og evne.

MSCEIT lægger sig op ad traditionen for den klassiske intelligenstagstning, der forsøger objektivt at måle intellektuelle færdigheder, men inddrager emotionel processering som et relevant aspekt af den menneskelige intelligens. Opgaverne i testen omfatter at afkode ansigtsudtryk, vurdere fotografier og abstrakte billeder, udlede følelsesmæssige tilstande af korte handlingsforløb mv.

MSCEIT kan administreres både digitalt og analogt. De fleste testpersoner bruger 35-40 min. på at udfylde testen, der ikke har nogen tidsgrænse. Testresultaterne opgøres en total EIQ-skala, to domæneskalaer og fire facetskalaer i en hierarkisk model. De formidles enten i en klinisk rapport eller en mere omfattende erhvervsrapport, afhængigt af formål med testningen.

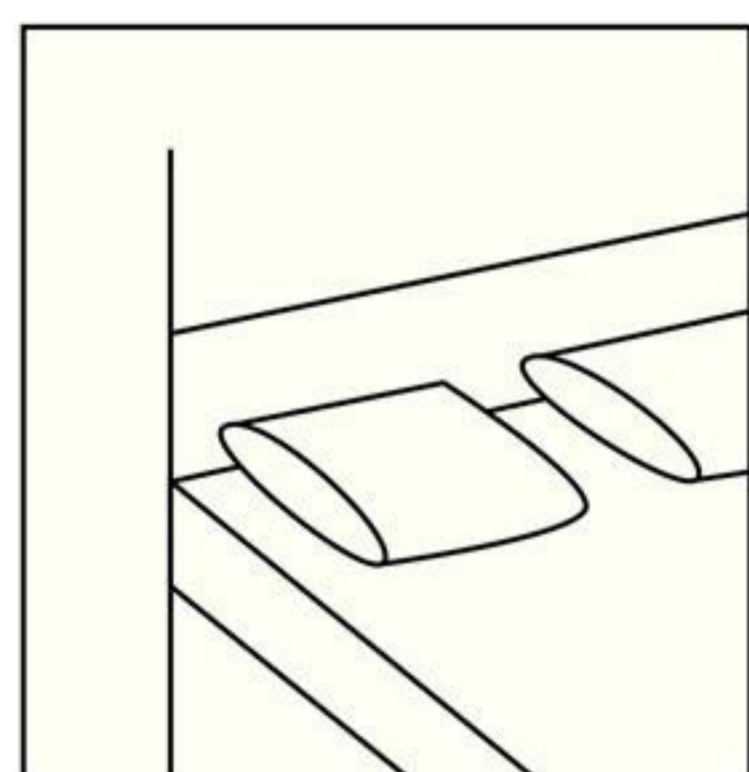
Vejledningen til MSCEIT foreligger i dansk oversættelse, og de danske normer er baseret på 1.094 danskere over 18 år fra et randomiseret cpr-udtræk.

Hogrefe Psykologisk Forlag A/S
Kongevejen 155
2830 Virum
Tlf. +45 35 38 16 55
E-mail info@hogrefe.dk
www.hogrefe.dk

 **hogrefe**

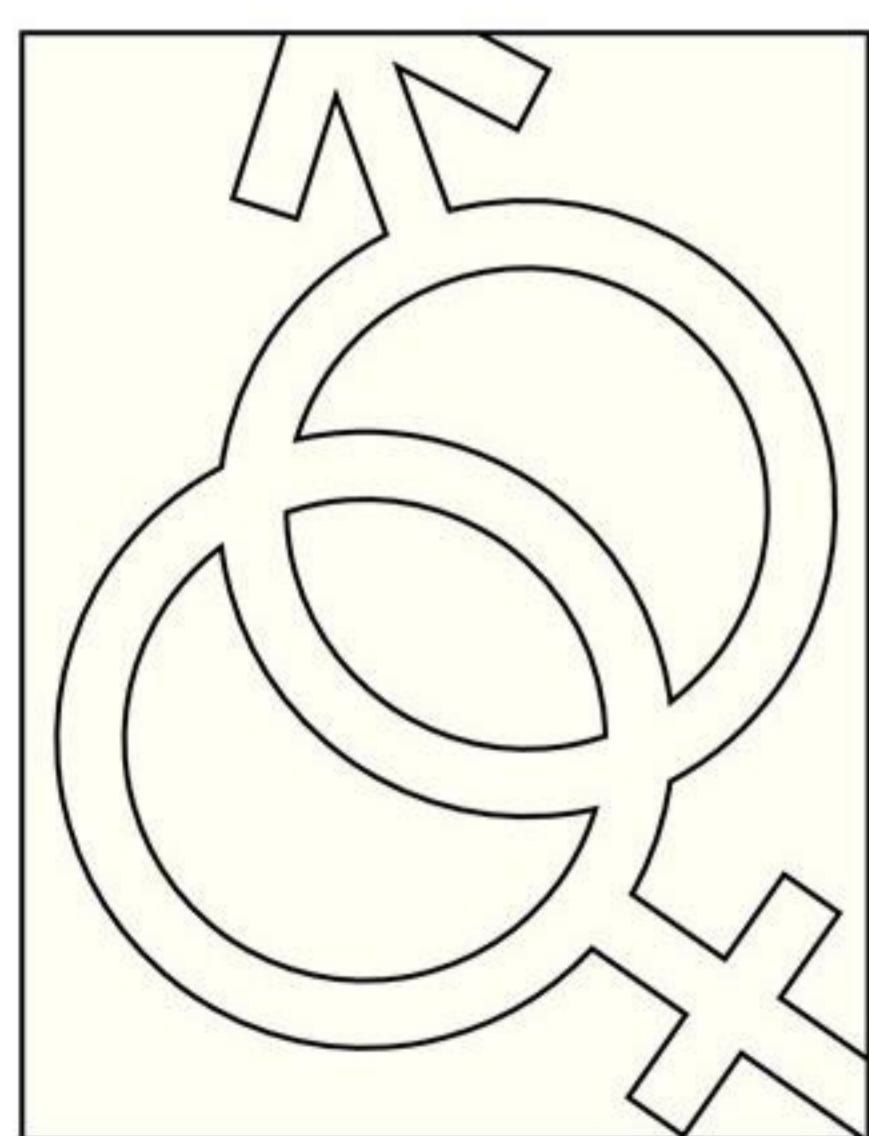
Aktuelt

Af redaktionen



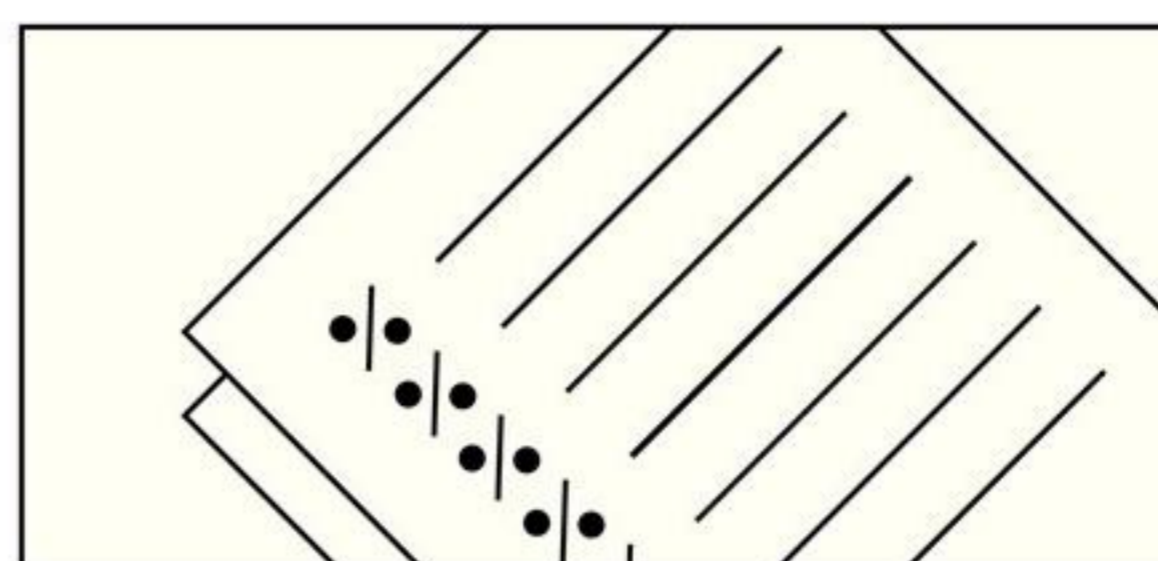
Effekt af psykiatrisk indlæggelse kortlagt

Hvad sker der, når personer indlægges på et psykiatrisk hospital ved deres første kontakt med psykiatrien? Det afdækker et nyt studie fra Rockwool Fondens Forskningsenhed og Stockholms Universitet, hvor forskere har undersøgt livsforløbet for alle danskere mellem 18 og 45 år, der i årene 1999-2001 havde deres første kontakt til et psykiatrisk hospital. Konklusionen er, at de har lavere risiko for at begå kriminalitet end danskere, der ikke indlægges. Men også at de har større sandsynlighed for at blive genindlagt og for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Rapporten *Psychiatric Hospital Admission and Later Mental Health, Crime, and Labor Market Outcomes* er en del af et ph.d.-projekt, der blev forsvaret ved Aarhus Universitet i 2015.



Stop for "omvendelse" af homoer

Det skal være slut med at tilbyde unge homoseksuelle terapi med det formål at omvende dem til heteroseksualitet, siger Andrew Cuomo, borgmester i New York. Han mener ifølge *Washington Post*, at den form for terapi er "fejlagtig og hadefuld" og vil derfor indføre ny lovgivning, der betyder, at det ikke længere er muligt at få den såkaldte *Conversion therapy* dækket via forsikringen. Også den amerikanske præsident, Barack Obama, har fordømt terapien, mens den amerikanske psykologforening (APA) siger, at homoseksualitet ikke er en psykisk lidelse og derfor heller ikke skal behandles sådan.



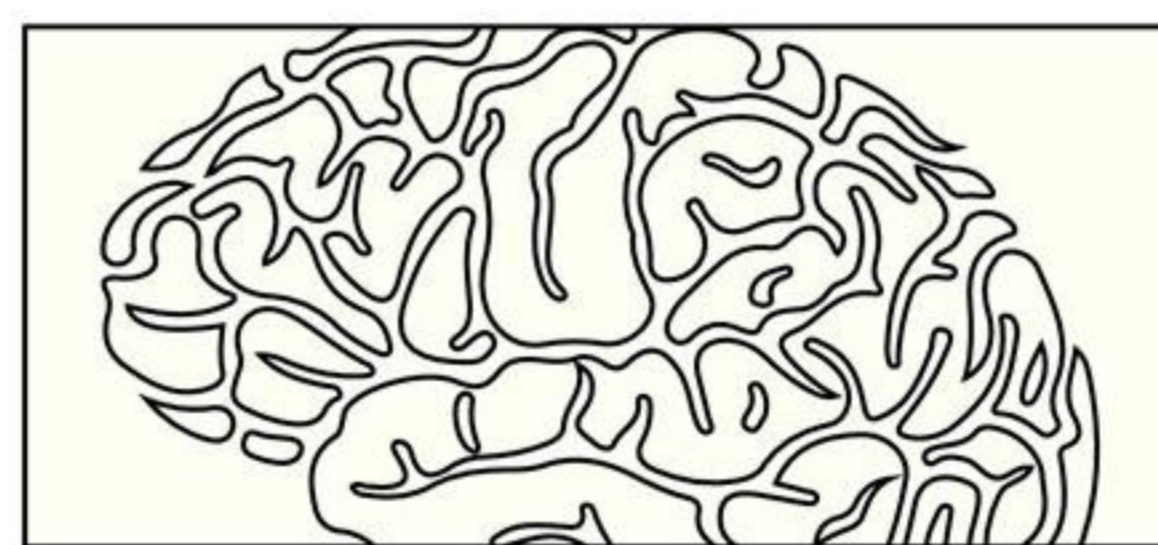
New Public Management har slået fejl

Den britiske professor Christoffer Hood, der er far til den omdiskuterede offentlige styringsmetode New Public Management (NPM), vender i en ny opsigtsvækkende bog, *A Government that Works Better and Costs Less?*, tommelfingeren nedad til metoden. Tilbage i 1991 spåede han, at den ville give en både billigere og mere effektiv offentlig sektor i Storbritannien. Nu har han undersøgt, om det lykkedes. Og svaret er nej. Tværtimod er resultatet af tre årtier med NPM, at den offentlige sektor er blevet dyrere og dårligere.

Rekord mange unge fra misbrugsfamilier søger hjælp

Antallet af unge, der har brug for rådgivning og terapi, fordi de er vokset i familier, der er ramt af alkohol-

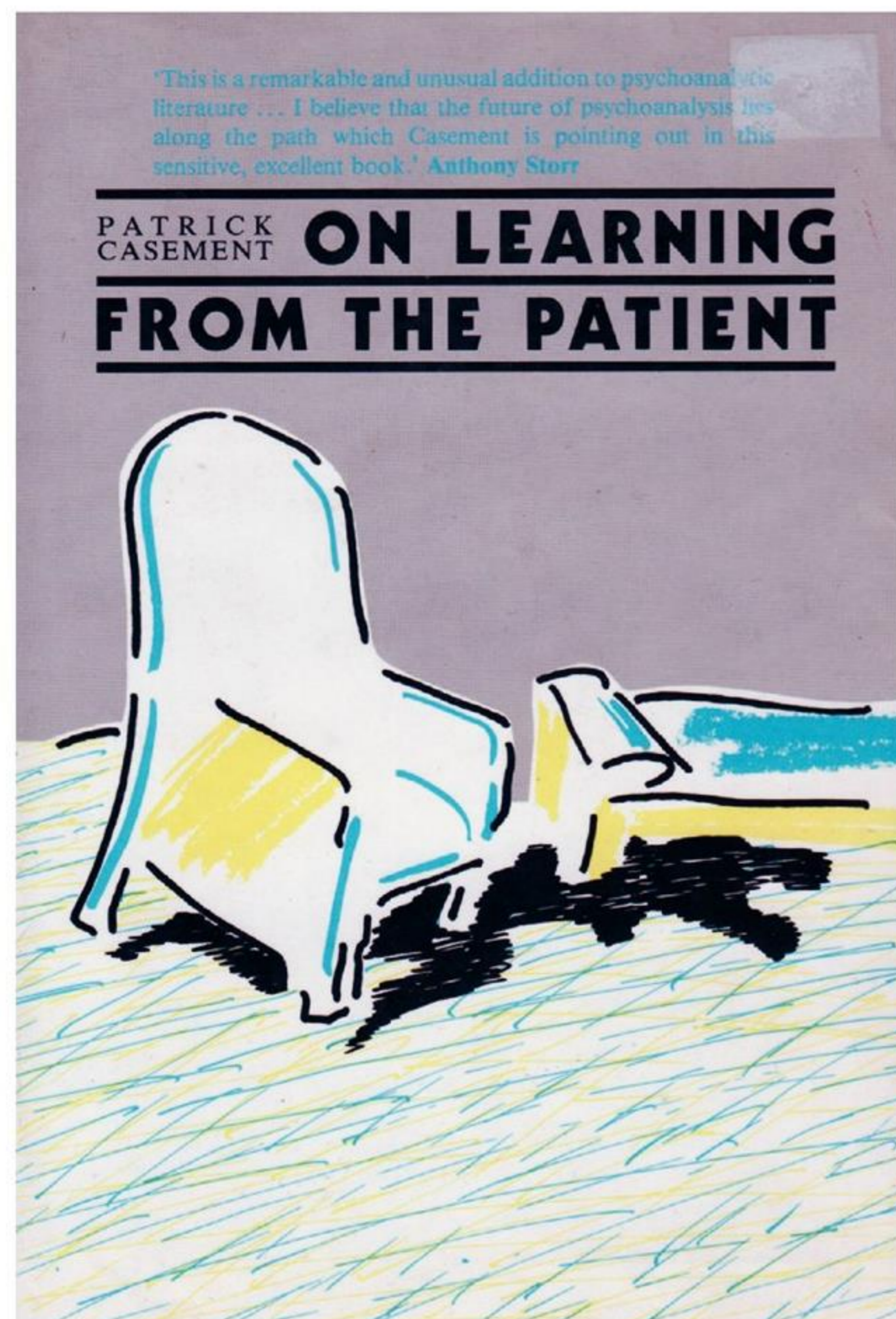
misbrug, er i kraftig vækst. Det viser tal fra TUBA, et populært, gratis rådgivningstilbud under Blå Kors til unge i den situation. 29 procent flere unge har på blot et år (fra 2014-15) henvendt sig for at få hjælp, og mange må vente op til et år, før de kan benytte sig af tilbuddet. "Preset har aldrig været større," siger Henrik Appel, landsleder i TUBA, i en pressemeddelelse. I 2015 søgte 2.173 unge hjælp, mens tallet i 2014 var 1.687.



USA: Scan alle voksne for depression

Depression er blevet et så stort problem, at et føderalt ekspertpanel i USA nu anbefaler, at alle voksne løbende screenes for depression hos deres læge og tilbydes behandling. Panelet, the U.S. Preventive Services Task Force, har desuden særligt fokus på gravide og ældre, og tilråder lægerne at være varsomme med antidepressiv medicin til gravide af hensyn til fostret og i stedet at tilbyde dem andre behandlinger som kognitiv adfærdsterapi. Verdenssundhedsorganisationen WHO vurderer, at depression i 2020 bliver den største samfundsøkonomiske, globale udfordring.

I klientens stol



Lyt til patienten: om det dynamiske forhold terapeut- patient i den psyko- analytiske proces, Patrick Casement, 1987

Af Merete Strømning,
aut. psykolog

Patrick Casements bog handler om at lave terapi – og den betød meget for mig, da jeg stod som nyuddannet psykolog og skulle til at koble teori med praksis. Når man er færdiguddannet, ved man en masse om teori og evidens, men man kan godt være usikker på hvad den terapeutiske proces er for noget. Bogen satte ord på netop dét, den gav liv, ikke mindst fordi, at den er case-baseret, og Patrick Casement skriver om, hvordan og hvad han tænker, mens han har samtaler med sine klienter, og hvordan han reflekterer over og arbejder med relationen.

Der er fx en historie om en klient, som skaber frustrationer hos ham. Han spørger meget, men klienten siger ikke så meget. Han forstår ikke klienten, og der sker ikke rigtigt noget. Relationen er skæv; og derfor får han den ide at flytte stolene, de sidder på, så de sidder ved siden af hinanden frem for over for hinanden. Det ændrer samtalen og relationen.

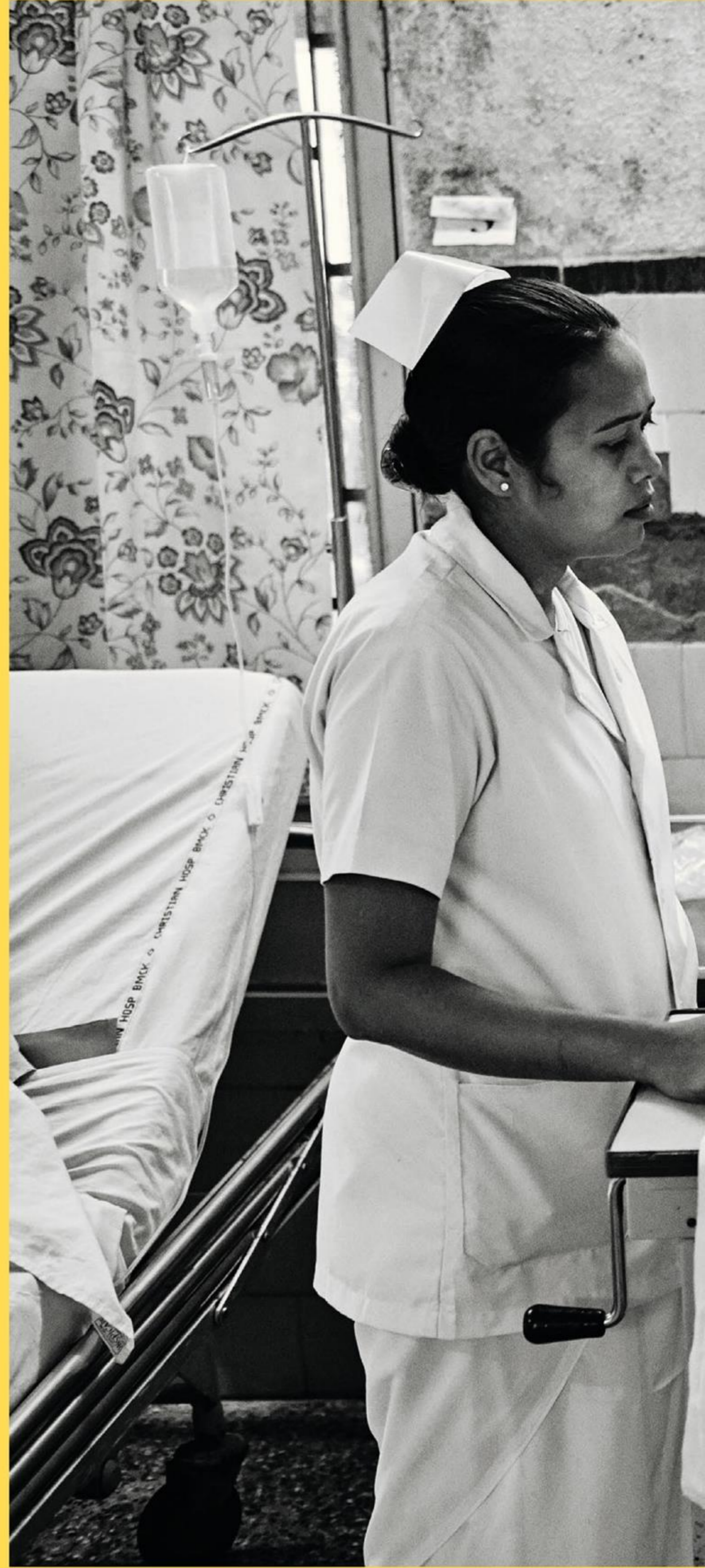
Bogen viser, hvordan terapi er en kreativ proces. Men også en proces, hvor man som terapeut kan føle sig hjælpeløs og må kunne holde ud ikke at vide, hvor det skal ende. Hvor man må lade sig guide af klienten. Og det beskriver han meget fint – at terapi er en proces, hvor man må lytte på kanten af ens egen bevidsthed og være tilstede, men også opmærksom på, hvad der sker i processen.

Klassiker-stafet

Psykologer fortæller om en bog, der gjorde en forskel for deres virke. Merete Strømning giver stafetten videre til Helene Quist Langhoff Straarup.

De usynlige lidelser

Af Christoffer Zeuthen,
psykolog og skribent
Foto Lasse Bak Mejlvang





Mens færre får tropiske sygdomme, er psykiske lidelser pludselig dukket op i et fattigt landområde i Indien. Hvorfor? Og hvad er forklaringen på, at bipolar lidelse her ikke begynder med depression som i Vesten, men med mani?



Indtil for fem-ti år siden var der cirka ét selvmord om året her i området. Nu er normalen ændret til to-tre selvmord om året. Og antallet af selvmordsforsøg er eksploderet til cirka tre om ugen.

Vi er i et af de fattigste områder i en af Indiens fattigste delstater, Orissa, i Sydøstindien. Helt derude, hvor flertallet af indbyggerne fortsat bor i små landsbyer, der er bestemt af traditionelle tilhørsforhold til slægt, jord og familie, og som lever i tæt kontakt med naturen. Både fysisk, i kraft af den jord, der giver dem mad i munden, og spirituelt, i kraft af de ånder, de tror på, besidder den.

Ved første øjekast er det som at træde ind i en tidslomme fra en fjern fortid. Men kigger man nærmere efter, trænger den moderne civilisation sig på i form af sporadiske mobiltelefoner, solfangere og parabol-skærme sat op på de primitive lerhytter, der giver mulighed for at se de nyeste Bollywoodfilm og talkshows fra New Dehli.

Manden, der taler, hedder Johnny Oommen. Han er uddannet læge og har arbejdet og boet på Christian Hospital, der ligger i landsbyen Bissamcuttack, de seneste 22 år.

Området har, så længe der har boet mennesker, været plaget af en lang række tropesygdomme. I de senere år er der sket en markant nedgang i forekomsten af flere af de alvorligste tropesygdomme, herunder malaria og tuberkulose. Til gengæld er faldet i de velkendte tropesygdomme blevet erstattet med en ligeså eksplosiv stigning i antallet af en lang række af de livsstilssygdomme, vi kæmper med i Vesten, såsom diabetes og hjertekarsygdomme. Og en helt ny kategori af sygdomme er begyndt at spire i befolkningens bevidsthed; de psykiske lidelser.

Bevidstheden er beskeden. Men stor nok til at det eneste hospital i mange kilometers omkreds er begyndt at behandle de første patienter og lægge planer for, hvordan man i fremtiden skal forsøge at løse den voksende udfordring.

Christian Hospital i Bissamcuttack blev grundlagt af en dansk missionær tilbage i 1954. I dag drives det af lokale kræfter, der forsøger at behandle de mange sygdomme, så godt de kan. De har hænderne fulde, og de psykiske lidelser står endnu langt nede på listen, når de sparsomme behandlingsressourcer skal fordeles. Psykiske lidelser er *usynlige*.

– Usynlige forstået på den måde, at de ikke erkendes

som egentlige lidelser, fortæller Johnny Oommen.

Johnny Oommen er en glødende ildsjæl, der har viet sit liv til ikke blot hospitalets, men hele områdets udvikling. Et område, hvor kombinationen af sundhedsfaglig behandling og uddannelse af lokalbefolkningen i landsbyerne går hånd i hånd.

Herude på landet, hvor uddannelsesniveauet er lavt, og urbaniseringen gør det svært at tiltrække kvalificeret arbejdskraft, må man trække på de ressourcer, der er. Og Johnny Oommen fungerer som en blæksprutte, der er inde over alt fra rekrutteringen af læger, udviklingen af skoler i landsbyerne til den daglige drift af hospitalet.

Hospitalet har i øjeblikket 12 læger, men Johnny Oommen vurderer, at det optimale antal snarere burde ligge på omkring 30 ud fra behovet for kvalificeret behandling. Og psykologer og psykiatere er her slet ingen af. Så også her må lægen træde til, så godt han kan:

– Jeg er ikke psykiater, og det er ikke noget med, at jeg stiller mig op på hospitalet og inviterer til at behandle patienter med psykiske lidelser, siger han.

Men i mangel på alternativer fungerer han uofficielt som stedets eneste behandler af mennesker med psykiske lidelser – for den meget lille gruppe af mennesker, som rent faktisk anerkender de psykiske lidelser som noget, der kræver behandling.

Flere psykiske lidelser

– Ude i landsbyerne vil det, vi kalder for psykiske lidelser, i udgangspunktet blive betragtet som “dårlig opførsel” og blive forstået i en animistisk, religiøs kontekst, fortæller Johnny Oommen.



Typisk vil man først forsøge at spise forskellige former for urtemedicin og uddrive de onde ånder, man forestiller sig, den pågældende er besat af. I nogle miljøer ses også mere hårdhændede metoder til at uddrive ånder ved eksempelvis at slå den "besatte" med køller eller låse dem fast med kæder i små rum.

Så sent som i oktober blev en mand i et nærliggende område brændt levende efter beskyldninger om at udøve trolddom.

Det er kun i løbet af de seneste to år, at hospitalet er begyndt at behandle psykiske lidelser ude i landsbyerne. Derfor er der heller ikke nogen "baseline" til at vise, hvorvidt de psykiske lidelser rent faktisk er steget. Men der er gode grunde til at antage, at det er tilfældet.

For det første er stigningen af psykiske lidelser i Indien en generel tendens, som ses overalt i takt med moderniseringen af samfundet. I Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har man længe været opmærksom på denne tendens, der ses efterhånden, som udviklingslande bliver mere vestlige i deres levevis. Psykiske lidelser udgør, ligesom i Vesten, en større og større andel af den samlede sygdomsbyrde i verdens fattigste lande, men er ifølge WHO's vurderinger stærkt underprioriteret i behandlingsindsatsen i forhold til, hvor stor en belastning, de udgør, for landenes samlede sundhed og økonomi.

Dernæst er raten af selvmord – som psykiske lidelser er en høj prædikator for – næsten fordoblet i området.

I et religiøst lokalsamfund, hvor det anses som strengt moralsk forkasteligt, og desuden er decideret ulovligt, at begå selvmord, mærkes stigningen tydeligt.

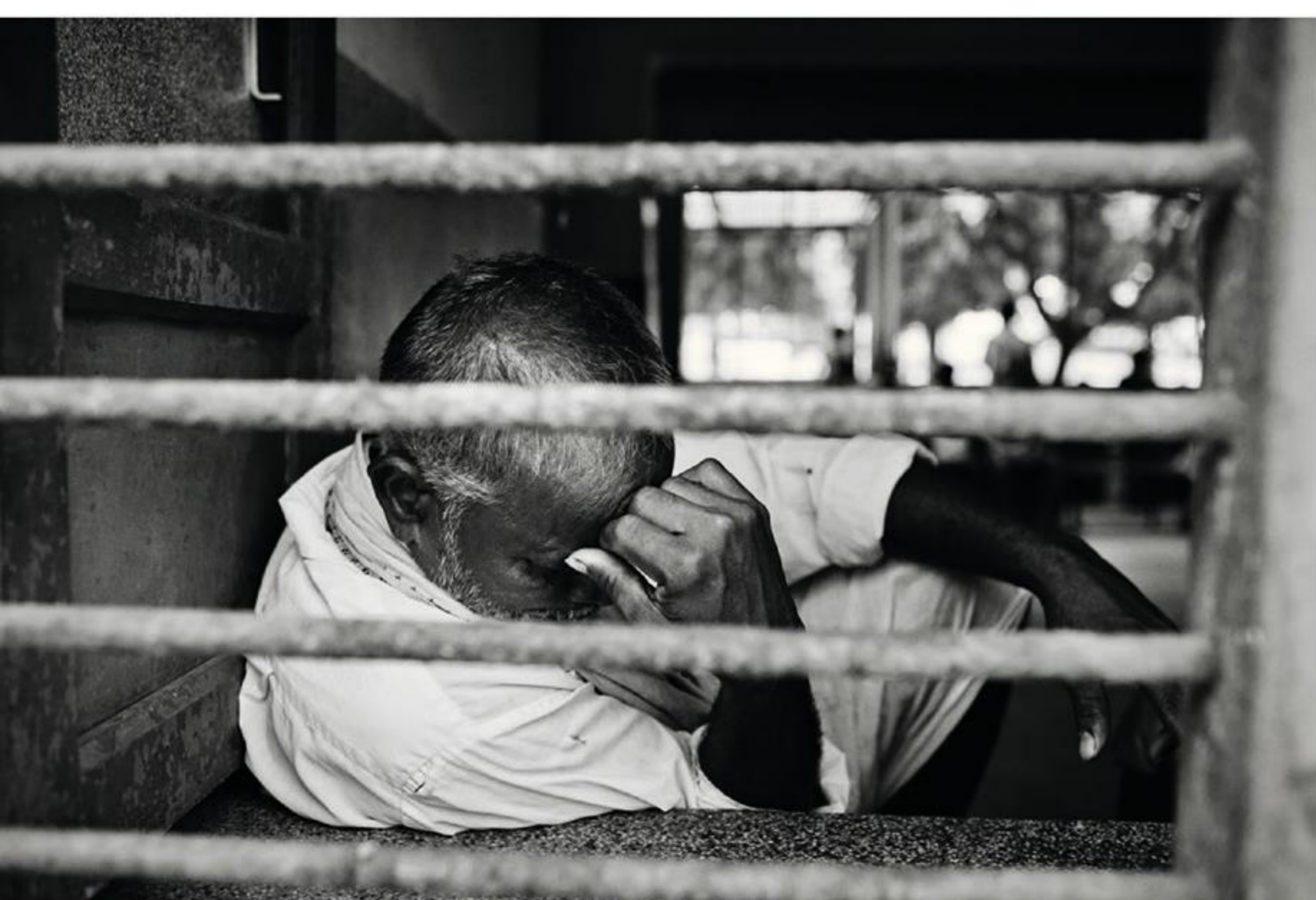
På hospitalet bliver en kvinde tilset, som dagen forinden forsøgte selvmord ved at drikke pesticider. En metode, som desværre er velkendt på landet i Indien, hvor der i perioder har været hele epidemier med bønder, som har grebet til de lettilgængelige pesticider, når høsten er slået fejl og livsgrundlaget forsvundet under dem.

Hvorvidt kvinden lider af en psykisk lidelse, vides ikke. Hospitalet tager sig af de somatiske komplikationer, og så er det op til kvinden og hendes familie at tage sig af de psykiske efterdønninger. Hendes to brødre er mødt op. De er tavse, og det er svært at

fornemme, hvad der fylder mest; sorgen over det, der er sket, eller skammen. Men de er her.

Den kliniske fornemmelse, hele hospitalet har, er, at de psykiske lidelser udgør en større og større del af det samlede sygdomsbillede. Hospitalets eneste sygeplejerske, som har taget ekstra fag inden for psykiatri, Stella Ekka, siger:

– Da jeg læste til sygeplejerske, var de psykiske lidelser noget, som jeg interesserede mig for, men som jeg yderst sjældent stødte på i mit professionelle og personlige liv. Men i de seneste år er det blevet noget,





jeg oftere og oftere konfronteres med. De lokale opfatter stadig eksempelvis hallucinationer som ånde onder, der taler til dem, men der er også en gryende forståelse for, at vi fra hospitalets side kan hjælpe disse mennesker.

Omgivelser definerer problemet

At behandle psykiske lidelser i små lokalsamfund er endnu så nyt og begrænset i omfang, at man ikke har nogle officielle opgørelser over omfanget. Johnny Oommen tør dog godt komme med et kvalificeret bud:

– Ud af de 12.700 indbyggere i landsbyerne er der i øjeblikket cirka 25 i behandling. De kan underopdeles i otte til ti med svær depression, fem-seks personer med bipolare lidelser, tre-fire personer med skizofreni, og to-tre med andre psykotiske lidelser. Alle med lidelser i meget svær grad; ellers opsøger de slet ikke behandling.

Med *de* menes der sjældent de mennesker, der har de psykiske lidelser, men derimod deres pårørende. Og som regel først i de tilfælde, hvor det giver sig udslag i alvorlige problemer for personen og/eller lokalsamfundet.

Derfor vil det som regel være manierne og psykoserne, som først giver anledning til at opsøge hjælp udefra. Det kan være fordi, de ramte bliver aggressive eller holder op med at tage hensyn til sig selv og omgivelserne. Hvor mennesker med bipolare lidelser i Danmark i langt de fleste tilfælde debuterer med

depression, vil det næsten altid være manierne, som man henvender sig med her. Formentlig fordi depressionerne ikke i samme grad skaber problemer for omgivelserne, mere end fordi de ikke er der. Hospitalet har således, på papiret, en del maniske patienter uden depressioner.

En af dem er en kvinde på omkring 40 år, som vi støder på ude i en af landsbyerne. Hun havde altid været ret stille. Men ret pludseligt blev hun eksalteret og skiftede fra at tale det lokale sprog *Kovi* til det officielle statsprog, *Oria*. Hun var glad hele tiden, grinede og blev mere og mere religiøs. Hun forsømte basale behov, blev meget uforsigtig i sin adfærd og gik hele tiden rundt, talte højt, sov meget lidt og blev påfaldende selvsikker.

Behandlingen på Christian Hospital i Bissamcuttack er næsten udelukkende medicinsk. På nuværende tidspunkt er der hverken personale eller ressourcer til psykoterapi og andre psykosociale indsatser, selvom hospitalet har et ønske om det engang i fremtiden. I sjældne tilfælde har de også set sig nødsaget til at benytte alternative former for tvangsmedicinering.

Johnny Oommen giver et eksempel med en dreng på 16 år, der debuterede med skizofreni for fire måneder siden. Drengen gik i 10. klasse og var meget stresset op til en eksamen, hvor han blev psykotisk dagen før. Han kunne ikke skrive på grund af angst og frygt.







Klassekammeraterne havde forinden klaget over, at han ikke ville hjælpe til, blev stille og havde svært ved at fungere socialt. Faderen tog ham derfor til Johnny Oommen, og her kom det frem, at han næsten ikke talte mere, forsømte sig selv hygiejnisk, havde hørehallucinationer og fik en aggressiv adfærd, når han blev presset. Man prøvede at tvinge ham til at spise og havde forinden prøvet forskellige former for urtemedicin og religiøse ritualer, men intet virkede.

Først afviste drengen at tage antipsykotisk medicin, men blev senere overtalt og tog det i en måned, hvor familien fortalte, at han fungerede bedre. Så stoppede han med at tage medicin, og faderen kom og bad om hjælp, da han ikke kunne holde ud at se sønnen ødelægge sig selv.

– I dette tilfælde brød vi almindelige, etiske regler for behandling og aftalte med familien, at de skulle putte medicinen i risen for at få ham til at tage den, fortæller Johnny Oommen.

Set udefra er det dog ikke helt korrekt at sige, at den eneste væsentlige behandling, der foregår på hospitalet, er medicinsk. For man giver sig tid til at tale med både patienten og familien. Alt, der tales om, tales også om sammen med familien – det er jo dem, som står med den lidende og behandlingen til hverdag. En intens form for miljøterapi kunne man fristes til at sige. Set fra et vestligt, individualistisk behandlersynspunkt, kan den praksis lyde grænseoverskridende. Men ikke her, hvor man lever så tæt sammen, og har en langt mere kollektivistisk forståelse af at klare problemerne i fællesskab.

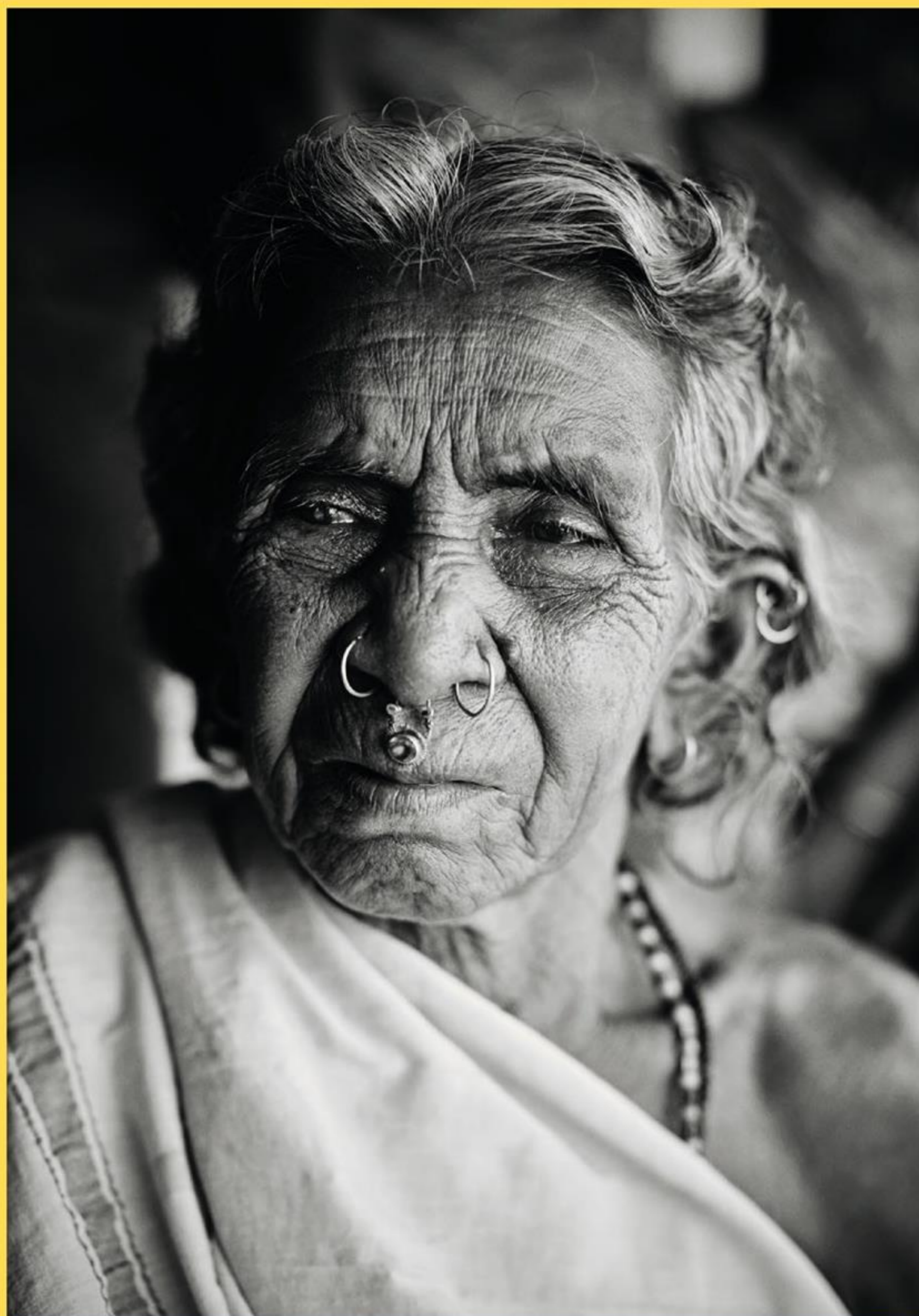
Derfor bruges der tid på at psykoeducere familien, så de hurtigere kan genkende kernesymptomer næste gang, de viser sig, og så de kan opsøge behandling, hvis det bliver nødvendigt.

Når patienter og pårørende kommer til Johnny Oommen, bruger han som regel en biologisk forklaring på, hvad der er galt. Dette til trods for, at han godt ved, at det ikke er så enkelt, og at der ikke er fundet enkle biologiske forklaringer på nogen af de store psykiatriske lidelser. Men af forklaringsmæssige hensyn er det anvendeligt at holde fast i de enkle, biologiske forklaringsmodeller. Det er samtidig en måde at få mennesker til at acceptere, at der er tale om en reel lidelse.

Familien i centrum

Et er manglende erkendelse af psykiske lidelser som rigtige lidelser, tabuer og mangelfuld behandling. Spørgsmålet er, om der også er forhold ved livet i de indiske lokalsamfund, som er forebyggende over for udviklingen af psykiske lidelser?

Vi får næsten det samme svar, lige meget hvem vi spørger: Ja, familien! Begrebet familie begrænser



sig ikke kun til de nærmeste slægtninge, men til hele slægten. Det gør, at man ikke kan miste sin familie. Man kan miste en far, en mor, en søskende eller et barn, men man mister ikke sin familie. De sociale strukturer i slægten er meget stærke, og der vil altid være nogen, som vil tage sig af en. Man bor sammen med dem, arbejder med dem og tilbringer mere eller mindre hele sit liv sammen med dem.

Ifølge Johnny Oommen betyder det noget for mange mindre psykiske lidelser:

– De mindre psykiske lidelser vil familien tage sig af; de absorberer dem.

Den sociale isolation, der er kendt som katalysator for udviklingen og forværringen af psykiske lidelser i Vesten, er generelt set ikke nogen mulighed, når man lever så tæt sammen.

– Hvor skal man gå hen; ud i junglen? spørger Johnny Oommen retorisk.

Ud fra en funktionalistisk opfattelse af psykiske lidelser er der også et andet forhold, der gør sig gældende; det er simpelthen generelt set nemmere at kunne fungere i det simple lokale liv med en psykisk lidelse.

– Den samme grad af psykiske lidelser vil formentlig skabe problemer tidligere i jeres samfund end her, siger Johnny Oommen.

Hvor eksempelvis nedsatte kognitive evner i forbindelse med en psykisk lidelse kan gøre det vældig svært at varetage hverdagslivets krav herhjemme til



at håndtere e-mail, indkøb eller kalenderymnastik, stilles der ikke de samme mentale krav til livet i de indiske landsbyer.

Psykiske lidelser i fremtiden

Selvom familien kan absorbere mindre psykiske lidelser, fylder lidelserne generelt – og som nævnt – stadig mere og mere i området som i resten af Indien. En væsentlig forklaring er måske, at det moderne liv i disse år sniger sig ind i det traditionelle liv i de slægtsbaserede lokalsamfund.

De unge møder det på tv, de kommunikerer med andre unge andre steder igennem deres mobiltelefoner, og de rejser oftere ud og møder verden omkring sig på godt og ondt. Mange uddanner sig fx til sygeplejersker og lærere, og når de vender hjem igen, bidrager de med øget kendskab til sygdomme.

Men de er også sårbare i dette møde. De kommer fra et tillidsbaseret samfund med stærke sociale strukturer og skal ud i “den beskidte verden”, hvor man ikke kan stole på alle og ikke har sit netværk omkring sig. Skrækhistorier fortælles om unge kvinder, der er endt op i storbyerne via trafficking eller er blevet gravide uden for ægteskab. Heldigvis er det få, og landsbyskolerne forsøger at ruste de unge. Men på et fundamentalt, identitetsmæssigt plan giver det alt andet lige nogle store udfordringer at skulle navigere imellem de to verdener.

Johnny Oommens niece, Arpitha Francis, bor i Bangalore, en moderne it-storby, der i en årrække har oplevet en eksplosion af depression- og ADHD-diagnoser, som på mange måder minder om udviklingen i vestlige lande. Hun er nyudklækket psykolog og har valgt at arbejde et semester som frivillig på hospitalet. Arpitha fortæller, at hun møder en del unge i landsbyerne, som er meget forvirrede og håbløse i forhold til fremtiden.

– De unge er splittet imellem den traditionelle livsstil og de moderne leveformer, og flere af dem, jeg taler med, fremstår opgivende og i nogle tilfælde direkte depressive i deres tankegang. Clash’et mellem familiens levevis som landmænd og det moderne samfund rammer dem ofte voldsomt, siger Arpitha Francis.

Storbyernes lidelser

I millionbyen Mumbai besøger vi et af de største psykiatriske hospitaler i regionen, Thane Psychiatric Hospital. På trods af et større kendskab til de psykiske lidelser i storbyen, virker patienterne om muligt endnu mere stigmatiserede og mangelfuldt behandlet.

Vi overværer en af hospitalets psykiatere “konsultere” 15 patienter på under 20 minutter. Nogle når at udveksle ganske få sætninger med psykiateren, andre bliver dirigeret direkte til det egentlige formål med mødet: receptfornyelse.

Vi får efterfølgende lov til at blive vist rundt på hospitalet og tale med patienter på både den åbne og lukkede afdeling. Sidstnævnte er låst inde bag et jerngitter, hvor patienterne går iklædt blå hospitalskitler. Tankerne falder snarere på et fængsel eller et af fortidens sindssygehospitaler end et psykiatrisk hospital fra det 21. århundrede. Vi får at vide, at patienterne ofte er blevet efterladt af deres pårørende, der efterfølgende ikke sjældent skifter adresse, så de ikke kan blive opsoget, hvis deres indlagte familiemedlem engang skulle komme ud derfra igen.

Med ingen anden behandling end medicin og opbevaring i små celler, og uden noget netværk at vende tilbage til ude i den hektiske storby, er chancerne for at komme ud igen, ikke overraskende, ganske små.

At møde folk hvor de er

I denne optik kan man godt argumentere for, at man er bedre stillet som psykisk lidende ude i landsbyerne.

Johnny Oommen og sygeplejersken Stella Ekka arbejder i øjeblikket på at udvikle enkle måder at integrere kendskabet til psykiske lidelser i den allerede eksisterende indsats.

De håber at kunne overføre principperne fra indsatsen over for tropesygdomme til de psykiske lidelser. En indsats, der har været så succesfuld, at sundhedsprofessionelle fra hele landet rejser til hospitalet i Bissamcuttack for at lære af deres erfaringer. Og de bliver ofte overrasket over deres simple, men virksomme metoder.

– Der er en tendens til enten at romantisere lokalsamfundene og tro, at alt er fryd og gammen, og vi skal lade dem være i fred. Eller omvendt være paternalistiske og behandle dem som små børn, vi skal hjælpe, fordi vi ved bedst. Vi forsøger i stedet at møde dem, hvor de er. At dele deres smerte og bruge den tid, det tager at integrere noget nyt med den måde, de allerede gør tingene på, siger Johnny Oommen.

Helt konkret betyder det bl.a. at uddanne en sundhedsperson fra hver landsby et år på hospitalet, der herefter kan vende tilbage til deres lokalsamfund og integrere deres nye viden. Og at opbygge den basale tillid til lokalbefolkningen, der er så afgørende for, at de tager noget nyt til sig.

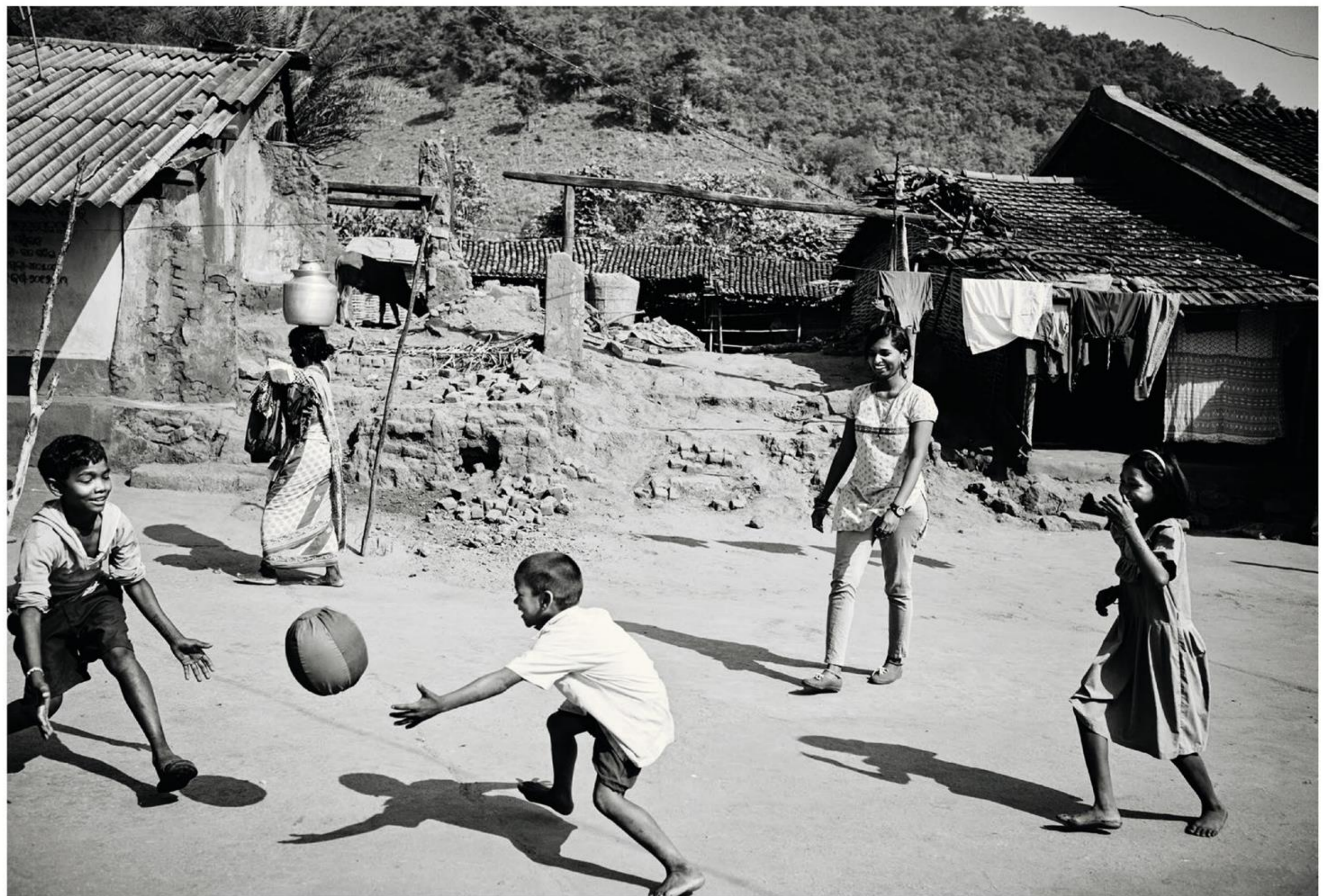
En tilgang, som i øvrigt er fuldstændig i tråd med WHO's anbefalinger. Ofte er problemet med indsatsen over for psykiske lidelser i udviklingslande, at man først tænker det ind efter, at man har sørget for mad, bolig og medicin, hvilket resulterer i, at der ikke er nogen penge tilbage til det psykiske.

Anbefalingen fra WHO er i stedet at samtænke indsatsen, så man tager højde for det psykiske i den samlede indsats. Enkle tiltag som basal uddannelse af personale og befolkning, som ikke behøver koste ret meget ekstra.

Om hospitalet formår at løse denne opgave vil kun fremtiden vise. Men nu er der taget hul på opgaven. Også selvom ressourcerne er få, og ånderne fortsat spøger i landsbyerne. ●

Se flere fotos fra området:

www.bakmejlvang.com/gallery/christian-hospital





**Ude i landsbyerne vil det,
vi kalder for psykiske
lidelser, i udgangspunktet
blive betragtet som
“dårlig opførsel”.**

– Johnny Oommen, læge, Christian Hospital

Ny forskning

Helte-genet: Findes det?

Hvad forskes der dog ikke i? Er det relevant? De spørgsmål bør af og til stilles. Hvad med genetisk helteforskning? I søgningen efter nye forskningsresultater stødte jeg til min overraskelse på tidsskriftet *International Advances in Heroism Science*, og heri er Olivia Efthimiou fra Murdoch University gået på jagt efter heltegenet (uden at hun egentlig definerer det). Hun indleder med at skitsere vejen fra science fiction til intet mindre end 'hård heroismevidenskab' (hard heroism science). Hun giver os nogle eksempler på heroiske superhelte som Superman og Spiderman. Her bliver heroisme tæt forbundet med en moralsk psykologi om at kæmpe for menneskeheden. (Det kan ligne udsendte soldaters legitimering af, at man gør store, heltedige gerninger for eksempelvis Danmark).

Herefter spørger Efthimiou: Skyldes heroisme en epigenetisk mekanisme? (Epigenetikken handler superkort om, hvordan miljøet kan 'tænde' og 'slukke' for gener). Det leder hende til et israelsk projekt *The Resilience Project*. Her studerer man "genetiske helte". De skulle have modstået helt usædvanligt farlige begivenheder, herunder nogle såkaldte 'genetiske mutationer'. Men da mennesker er alt for komplicerede at studere, letter det forståelsen at se på genetisk mere simpelt indrettede dyr. Undersøgelser af frugtfluen skulle da også havde fundet et såkaldt sovende (*off*-tilstand) livsforlængelses-gen. Skulle fluen så uheldigvis møde noget livstruende, hvad den nok tit er ude for (tænk eksempelvis på edderkoppen), så skifter epigenetik-kontakten til *on*. Fluen skulle så med sit nu aktive gen leve længere. Forfatteren slutter af med at pege på, at fremtidens heroismeforskning kræver et åbent sind, fornyelsesånd og kreativitet fra forskere fra mange discipliner.

Kilde Efthimiou, O. (2015), "The Search of a Hero gene: Fact or Fiction? *International Advances in Heroism Science*". Issue 1.



Af Dion Sommer,
professor i psykologi,
Aarhus Universitet

Børns tro på ånder

Falcaos antropologiske studie af børn handler om, 'overførsel' af kulturelle kognitioner. Dvs. generaliserede forestillinger om hvordan 'verden er'. Begreber om verden er konstrueret af underforstået, ofte intuitiv, viden, især i kulturer med ringe grad af formaliseret uddannelse. Med overførsel menes her, hvordan sådanne kognitioner udvikles i den tidlige barndom. I vores rationalistiske vestlige verden er åndelige fænomener, sagt lidt forenklet, strikt placeret inden for religionen. Konfirmander gennemgår eksempelvis et strikt symbolsk ritual, hvor de siddende på knæ modtager en tør oblat af præsten og spiser Kristi legeme. Drikker lidt varm vin og indoptager dermed Kristi blod i sin krop. Men den sekulariserede verden udenfor er ikke et sted, hvor man tror på ånder, eller så at sige indoptager eller 'ejer ånder' (*spirit possession*). Men i en lang række lande i verden er det ikke sådan. Falcao har undersøgt børns inddragelse i åndelige, religiøse før-kristelige handlinger i Nordøstbrasilien. Der hersker en spirituel monisme kaldet *Candomblé*. Verden er opfyldt af *axé*, en universel altomfattende åndelig kraft. Den omfatter alt, som eksisterer, og kan eksistere i universet. Åndens forfædre *orixás* er en konkret del af *axé*. Alt levende, dyr og mennesker, tilhører *orixás* og er en del af forfædrene. Falcao studerede, hvordan børn spontant indoptog de voksnes åndelige verden. De *legede Candomblé*. Eksempelvis malede de sig sorte med masser af hvide prikker i ansigt og på krop. De dansede rituelle danse i frikvarteret i skolen. Med samme gestik som ved de ellers hemmelige religiøse riter. En tankevækkende konklusion: Tror voksne på, at ånder eksisterer, ja, så er de objektive realiteter for børn. Den verden indoptager de aktivt gennem leg. Julemanden er i vor kultur en "som-om"-figur, hvilket børn ret hurtigt opdager. Men han kan blive virkelig, hvis voksne virkelig tror på ham.

Kilde Falcao, C. R. (2014). "Playing at possession. How do children come to grips with spirit possession". *Childhoods Today*. Vol. 8. Issue 1.

Massemorder – men hvordan?

Vi læser af og til i pressen om pludselige skyderier, der medfører mange menneskers død. Hvor en person vandrer ind med sit våben i eksempelvis en skole, i et supermarked eller andre steder, hvor mange mennesker opholder sig, og går amok. Ofte finder massemordet sted i lande med nem adgang til særdeles kraftige skydevåben, men også, hvor konflikter har tendens til at blive 'løst' med våben. Faccini har med udgangspunkt i en case, den såkaldte *Sandy Hook Elementary School Shooting*, prøvet at forklare, hvad der førte gerningsmanden ind på og ud ad stien mod beslutsom dødelig vold (*Path of Intended Violence*, PIV). Dvs. at der er en ret langvarig opstartsperiode, som efterhånden fører mere og mere i retning af effektueringen af dødelig vold.

Faccini identificerede de successive PIV-trin. Det første skridt handler om, at den potentielle gerningsmand oplever sin verden som udefinerbart truende, koblet med en nærmest autistisk fiksering på død og vold. Hertil kommer en følelse af håbløshed og selvmordstanker. Død er derfor også tanker om egen udslættelse. Dødsvoldsfikseringen kan eksempelvis komme til udtryk i et massivt forbrug af grusomme og bestialske film på internettet. Næste skridt er en stigende fascination af våben og ikke mindst en identifikation med andre kendte massemordere. Herefter opsøgende og konkretiserende undersøgelser af hvor ugeringen skal finde sted. Måske den skole, hvor man tidligere har gået og følt sig overset og ringeagtet. Endelig planlægges handlingen nøje, skridt for skridt, for til sidst at blive udført.

Et vigtigt indirekte resultat af denne case-undersøgelse er, at dødelig vold og massemord ikke er en pludselig indskydelse, hvor gerningsmanden handler i raseri. Det er en gradvis og oftest langvarig proces med sine karakteristiske kendetegn.

Kilde Faccini, L. (2016). "The Application of the Models of Autism, Psychopathology and deficient Eriksonian Development and the Path of Intended Violence to Understand the Newtown Shooting." *Archives of Forensic Psychology*, Vol. 1. No. 3.

Mindfulness – succes med en bagside

Mindfulness har bredt sig med stor hast som et tilbud til det fortravlede, stressede menneske. Alternativet hertil er indføring i buddhistisk tankegang og livsførelse ifølge Nilsson & Kazemis review. Mindfulness er blevet den mest udbredte interventionspraksis i den vestlige verden. De dokumenterer, at der eksisterer et megamarked. En slags 'hjælp-til-selvhjælp-industri', som står klar med mere eller mindre certificerede tilbud, kurser, terapier, bøger, it-intervention osv. I dag bruges øvelser og træning i mindfulness på en lang række psykiske problemer, hvor mange er skabt af ydre omstændigheder. Kritikere har da også påpeget vor tids uheldige individualisering (internalisering) af kollektivt skabte problemer. Dvs. at tidens søgen indad kan medføre, at ansvar opleves som selvpålagte og ikke samtidsproblemer. Debatten er vigtig, fordi det for nogle handler om tro, ikke viden.

Men seriøs forskning i effekterne af grundig træning i mindfulness findes. Nilsson & Kazemi gennemgår dele af denne forskning og konkluderer, at den har påvist en lang række positive resultater. Dernæst gennemgår de fire almindeligt internationalt anvendte interventionsmetoder: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Dialectical Behaviour Therapy (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) samt nogle målings- og vurderingsskalaer. Ifølge Nilsson & Kazemi: Når en eller flere af dem får høj status, 'overtages de' af ikke-certificerede behandlere og instruktører og reduceres til en handelsvare. Nogle har eksempelvis ikke deltaget i mere end et eller to weekendtræningskurser, før de slår sig op som eksperter. Det skal ses i modsætning til dem, som har været i årelang meditationstræning under supervision af en mester. Ifølge Nilsson & Kazemi viser seriøs forskning, intervention og terapi, at "mindfulness is here to stay". Men kommercialiseringen er bagsiden af succeshistorien.

Kilde Nilsson, H. & Kazemi, A. (2016). "Mindfulness Therapies and Assessment Scales: A Brief Review." *Int. J. Psychl. Stud.*; Vol 8, No. 1.

Diagnosehåndbogen DSM III – og dens netop afdøde fader, den amerikanske læge Robert Spitzer – har mere end noget andet formet sundhedsvæsenets og samfundets syn på psykiske lidelser. Men diagnoserne hviler ikke på et videnskabeligt fundament, og kan vi så stole på dem?

Bag om en diagnosebibel

Af Henning Due, journalist

De fleste drømmer om at forlade denne verden med en vished om, at de har sat et uudsletteligt aftryk.

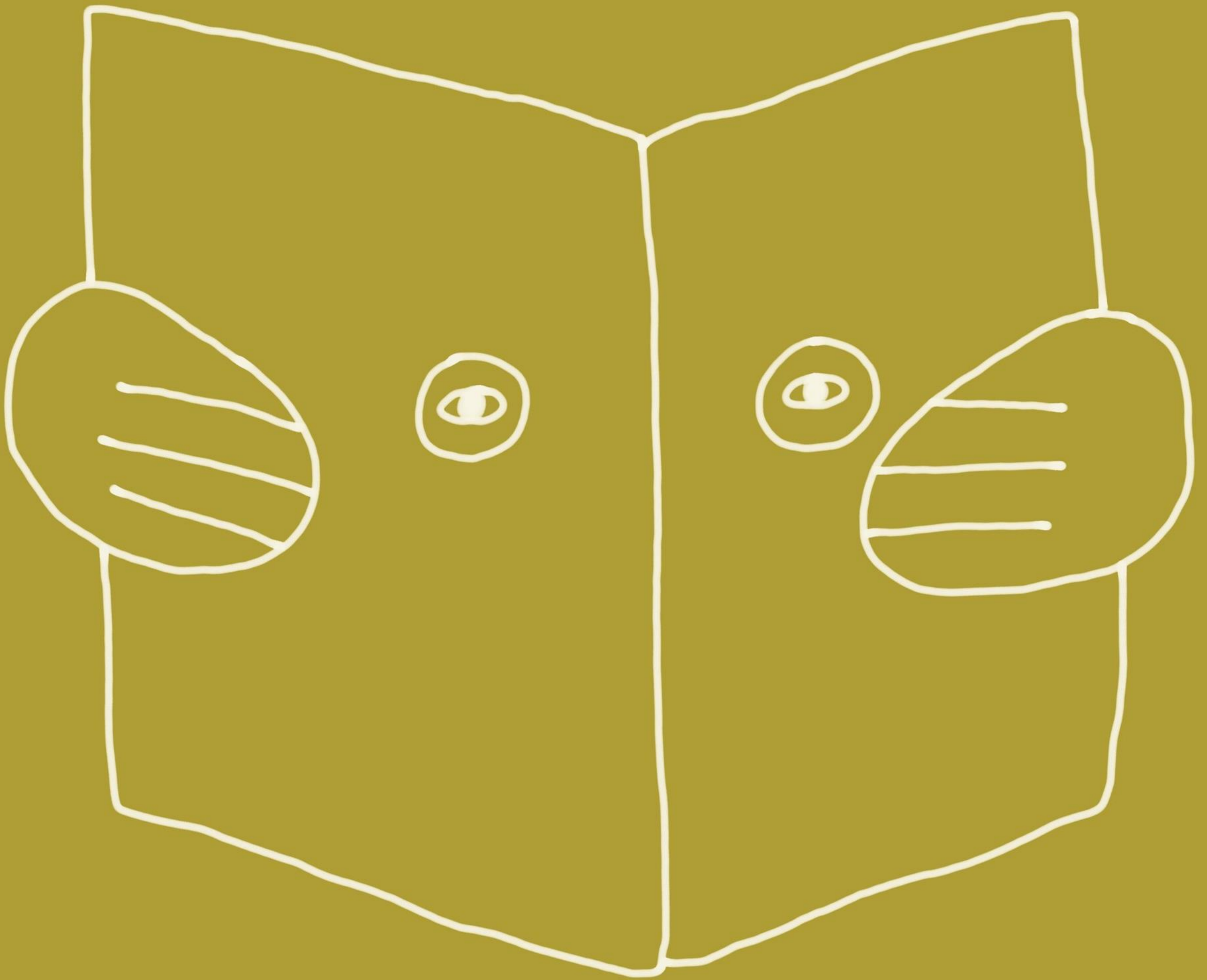
Det er muligt, at den tanke strejfede Robert Spitzer i timerne inden, han sagde farvel til livet juledag 2015 i en alder af 83 år.

Nyheden om den amerikanske psykiaters død skabte overskrifter i USA's største dagblade – og med rette vil mange mene. Få – hvis nogen – har som ham været med til at forme den moderne vestlige verdens opfattelse af psykiske lidelser, og få har egenhændigt formået at trække så tydelige streger mellem normal og patologisk – sygelig – adfærd i det moderne psykiatriske sundhedsvæsen.

“Sjældent har så mange stået så meget i gæld til én person,” skrev Allen Frances, professor ved Duke University School of Medicine, USA, efterfølgende i en artikel i *Huffington Post*.

Som det ofte er tilfældet med bemærkelsesværdige bedrifter, var Robert Spitzer først og fremmest den rigtige mand på det rigtige tidspunkt.

I 1974 blev han sat i spidsen for et udvalg, som arbejdede på en ny udgave af det amerikanske psykiaterforbunds såkaldte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – også kendt som DSM-manualen.



Seks år senere, i 1980, røg DSM III i trykken og tegnede en ny, og tilsyneladende, skarpere horisont for menneskers psykiske normalsfære. Her blev kvanteskridtet taget til et nyt samfundssyn på psykiske lidelser og til den omvæltning, professor Svend Brinkmann og andre kritiske samfundsforskere kalder 'diagnosesamfundet.'

Eller som sociologerne Rick Mayes og Allan Horwitz udtrykker det i en artikel i *Journal of the History of the Behavioral Sciences* fra 2005: "DSM III transformerede mentale lidelsers natur radikalt."

Håndoprækning og studehandler

DSM-manualen spillede også en afgørende rolle i de kommende årtiers behandling, der i stigende grad er blevet defineret som et spørgsmål om at tænde og slukke for de rigtige gener og skrue op og ned for produktionen af serotonin, dopamin og andre humørregulerende signalstoffer i hjernen.

Skiftet blev dengang kaldt "en sejr for videnskaben" af magtfulde amerikanske psykiatere som Gerald Klerman, der arbejdede i den amerikanske forbundsregering, blandt andet fordi DSM III-manualen sidestillede synlige og målbare symptomer med tilstedeværelsen af sygdomme.

Det skabte en magtfuld ny model, "der stort set ikke er blevet udfordret siden", skriver Rick Mayes og Allan Horwitz.

Det lød som videnskab, manualens titel smagte af videnskab, men det var ikke videnskab.

DSM III-udvalget forsøgte i løbet af 1970'erne at finde og indsamle kliniske beskrivelser af psykiske lidelser hos psykiatriske patienter i USA. Men uden større held.

– De fandt ingen kliniske eller neurobiologiske data. I stedet besluttede udvalget sig for at vedtage i fællesskab, hvilke diagnoser der skulle optages i DSM-manualen. Når der ikke kunne opnås enighed, stemte medlemmene ved håndoprækning, og flertallet fik så optaget diagnosen i manualen. Det var ikke en videnskabelig proces, og det har flere af medlemmerne indrømmet efterfølgende. Men som Robert Spitzer sagde til mig: det var det bedste, de havde, fortæller James Davies.

Han er lektor i socialantropologi og psykoterapi ved University of Roehampton, USA, og har forsket i DSM-manualens fødsel og udvikling og har interviewet flere af DSM-udvalgets medlemmer gennem årene.

Det samme har Christopher Lane, lektor i idéhistorie ved Northwestern University, USA, med speciale i psykiatriens udvikling i det 19. og 20. århundrede. Han forklarer forløbet således:

– Der foregik en del studehandler. Robert Spitzer, der havde den endelige beslutningskraft, var åben for at optage en ny diagnose i manualen, hvis en forsker kontaktede ham og fortalte om et nyt interessant forskningsstudie, hvor en medicinalvirksomhed måske havde vist interesse for at behandle den nye tilstand.

Krisetider

Robert Spitzers held var, at hans tanker, der lænede sig tæt op ad den medicinsk orienterede tyske psykiater Emil Kraepelins, blev overført til papir og tryksvæerte på et tidspunkt, hvor psykiaterfaget befandt sig i en historisk krise.

Dels på grund af en "afmedikalisering af psykiatrien", som ifølge bogen *Changing American Psychiatry* af Melvin Sabshin, daværende direktør i det amerikanske psykiaterforbund, skyllede ind over psykiaterstanden via en psykoanalytisk bølge fra Europa efter 2. Verdenskrig, og som "alarmede medicinsk uddannede psykiatere på grund af den manglende klarhed i diagnosceringen af psykiske lidelser".

Men også fordi amerikan-

ske forsikringselskaber i perioden begyndte at dække udgifter til psykoterapi via sundhedsforsikringer og slog fast over for behandlerne, at man kun ville dække behandling af egentlige sygdomme, skriver politologen Rick Mayes og sociologen Allan Horwitz i artiklen *DSM III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*.

Med sine 494 sider og 265 letanvendelige diagnosekasser, hvoraf cirka 80 var spritnye og udviklet af Robert Spitzers hold, kom DSM III som sendt fra himlen.

Nu kunne psykiatere med manualen i hånden stille en psykiatrisk diagnose ved at sætte kryds ud for fire-fem ud af typisk ni symptomer hos en patient efter observation og samtale.

Ud røg samtidig de første to udgaver af DSM-manualen og et klassifikationssystem, der ifølge Rick Mayes og Allan Horwitz gav diagnoser en begrænset rolle, "opfattede symptomer som udtryk for underliggende tilstande eller som reaktioner på livsproblemer" og beskrev psykiske lidelser i uafklarede vendinger.

Manualen banede også vejen for et biomedicinsk syn på psykiske lidelser, forklarer Christopher Lane.



– Robert Spitzer fortalte mig under et interview, at DSM-udvalget bevidst arbejdede på at redefinere psykiske tilstande og give dem biologisk signifikans, som de ikke havde haft før. Det ligger i selve begrebet *disorder* (forstyrrelse, red.). Det giver indtryk af at have noget med hjernen og kemi at gøre, som kræver medicinsk behandling.

Økonomiske interesser

Christopher Lane vurderer, at Robert Spitzers mere pragmatiske tilgang til at udvikle et psykisk diagnosesystem har haft stor – men ikke kun positiv – betydning for millioner af mennesker, fordi de fleste af diagnoserne i DSM-manualen efter Christopher Lanes vurdering er “ekstremt dårligt definerede”.

Han giver et eksempel.

– Da den reviderede udgave af DSM III blev udgivet i 1987, var det blandt andet med den nyoptagede diagnose ‘præmenstruel dysforisk lidelse’ (præmenstruelt syndrom, red.). Den diagnose fik flere af forskerne fra DSM-udvalget til at forlade udvalget i protest, fordi de mente, den var alt for løst defineret. Efterfølgende gik Robert Spitzer ud og beklagede, at tilstanden havde fået en diagnosekode og kaldte det “en trykfejl”, fortæller Christopher Lane.

Det holdt ikke den amerikanske medicinalgigant Eli Lilly fra at markedsføre en nyindpakket udgave af virksomhedens antidepressive topsællert, Prozac, under navnet Sarafem til kvinder, som vurderes at lide af præmenstruelt syndrom, og som siden lanceringen har sikret virksomheden en milliardindtjening.

Alt sammen selvom præmenstruelt syndroms ætiologi (sygdommens årsager, red.) ifølge Lægehåndbogen den dag i dag “ikke er klarlagt”.

Den slags eksempler er der ifølge Christopher Lane mange af i DSM-manualen, og det bør i sig selv være grund nok til en mere kritisk og varsom omgang med DSM, mener han.

Samme dom fælder han over DSM’s nært beslægtede fætter, *International Classification of Disease* – ICD, der udgives af Verdenssundhedsorganisationen, WHO, anvendes i Danmark og globalt set har overhalet DSM som den mest anvendte manual i dag.

Af de to er ICD at foretrække, vurderer Christopher Lane, bl.a. fordi den principielt er uafhængig af kommercielle interesser i modsætning til DSM, der i årtier har sikret det amerikanske psykiaterforbund årlige millionindtægter.

Men han påpeger samtidig, at ICD har et nært slægtskab til DSM og har hentet mange af sine diagnoser derfra.

Nødvendige manualer

– DSM – og i et vist omfang også ICD – har brugt de seneste årtier på at opretholde status quo og lejlighedsvis opfinde nye diagnoser i stedet for at forsøge at kvalificere de eksisterende diagnoser med videnskabelig data og rense ud i de diagnoser, der i bedste fald er ligegyldige, siger Christopher Lane.

DSM har selv forsøgt at tage brodden af kritikken i de senere år med såkaldte *field trials*, hvor DSM-arbejdsgruppen tester udvalgte diagnosers brugbarhed i den kliniske praksis – bl.a. ved at undersøge deres reliabilitet – altså hvor stor sandsynligheden er for, at to behandlere stiller samme diagnose hos samme patient.

I tilfældene generaliseret angst og depression (*major depressive disorder*), to af de mest anvendte diagnoser overhovedet, viste en DSM-undersøgelse fra 2012, at diagnoserne havde “lav til acceptabel reliabilitet” i klinisk praksis, og at resultatet “er et problem for kliniske beslutninger”, som Helena C. Kramer, medlem af DSM-5 Task Force, efterfølgende skrev i en artikel i *Huffington Post*.

Professor Carsten René Jørgensen fra Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, en af de danske forskere, som har beskæftiget sig med diagnosemanualerne, er heller ikke voldsomt imponeret over DSM- og ICD-manualernes videnskabelige fundament.

Han holder dog fast i, at manualerne er nødvendige for den kliniske praksis, “fordi vi ikke har et alternativ”, og fordi der fortsat er brug for indsamling og sortering af viden om psykiske lidelser.

– Der gennemføres flere empiriske afprøvninger af diagnoserne i dag, og de er blevet bedre til at opfange psykiske lidelser. Deres sensitivitet er øget, hvilket både kan være godt og skidt, da det øger risikoen for overdiagnosticering, siger Carsten René Jørgensen.

Eksempelvis blev der i forarbejdet til DSM V introduceret en såkaldt ‘dimensionel’ tilgang til personlighedsforstyrrelser, der anerkender forskellige grader af en psykisk forstyrrelse eller lidelse.

– Det er et entydigt fremskridt, der kan ses som et opgør med de meget kategoriske og unuancerede diagnoser, hvor patienten enten har en lidelse, hvis han eller hun opfylder et bestemt antal diagnostiske kriterier, eller ikke har en lidelse, hvis han eller hun ikke opfylder kriterierne, siger Carsten René Jørgensen.

Han mener ikke, det er diagnosesystemerne i sig selv, der er problemet, men anvendelsen af dem, “fordi de giver anledning til overdiagnosticering og unødvendig sygeliggørelse.”

Godt værktøj

Det synspunkt deler Klaus Pedersen. Han er specialpsykolog, har blandt andet siddet med i American Psychological Associations Senior Advisory Panel for ICD-11 og har fungeret som formand for en dansk styregruppe, der har udarbejdet en række revisionsforslag til WHO’s diagnosekategorier.

– Det er ikke nok at slå op i en diagnosemanual og så finde ud af, om en patient opfylder de kriterier, der er listet op for fx depression. Man skal også vurdere, i hvilken grad de forskellige symptomer er til stede, før man kan tage stilling til, om man kan stille en diagnose, siger han.

Klaus Pedersen diagnosticerer dagligt patienter og vurderer, at diagnoserne er et meningsfuldt værktøj.

– Mange af de symptomer – fx angst eller søvnproblemer – som man spørger ind til hos folk, passer på det, de selv oplever. I den forstand har diagnoserne en forklaringskraft.

Men han mener, at kæden hopper af, når en diagnose automatisk udløser en recept til behandling med fx psykoterapi eller medicin.

Diagnoser er ikke sygdomme

– Diagnoser forklarer hverken årsagerne til en psykisk lidelse, eller hvordan symptomerne går væk. De er alene tilstandsbeskrivelser og er kun et af flere bidrag i arbejdet med patientens bedring, siger Klaus Pedersen.

Han kalder det “dybt problematisk”, når psykiske diagnoser anvendes, som om de er udtryk for sygdomme.

– Sygdomsbegrebet peger på, at noget bestemt inde i individet skal repareres. Fx negative tanke-mønstre eller en biologisk ubalance. Men ser man fx depression som en sygdom, kan indsatsen blive ensidig og ineffektiv, fordi nogle af de ting, der fastholder de depressive symptomer, overses, siger Klaus Pedersen og uddyber:

– Der kan være tale om mange forskellige indre psykiske processer. Fx tilbageholdt vrede, et tidligere overgreb eller fastlåst sorg, som skal bearbejdes.

Og hjælpen kan være lige så forskellig, forklarer han.

– Intervention over for ydre, relationelle faktorer som fx parforholdsproblemer, ensomhed, voldstrusler eller arbejdsløshed kan ændre de depressive symptomer. Måske skal patienten have medicin, psykoterapi, eller måske har personen brug for, at en række stressfaktorer på arbejdet reduceres. Måske skal alle tre tiltag kombineres, siger Klaus Pedersen. ●

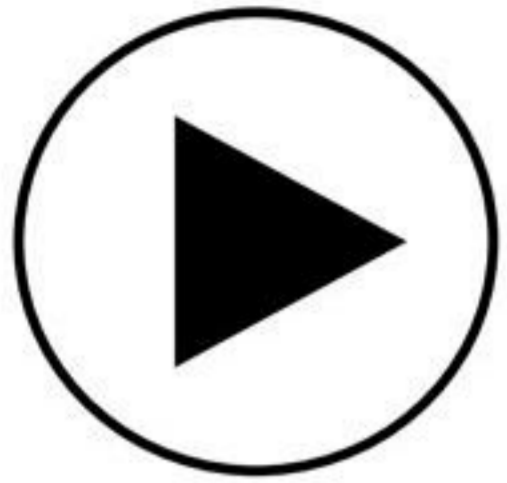


Diagnoser gennem historien

- I 1800-tallet var melankoli den dominerende diagnostiske betegnelse for den tilstand, vi i dag definerer som depression.
- I slutningen af 1800-tallet inddelte den tyske psykiater Emil Kraepelin melankoli i forskellige depressive tilstande. Han antog, at psykiske lidelser var udløst af patologier i hjernen, og senere opstillede han et indflydelsesrigt system, hvori næsten alle typer *mood disorders* blev beskrevet som ‘manio-depressiv sindssyge’.
- I 1920 videreudviklede den tyske psykiater Kurt Schneider depressionsdiagnosen, som han opdelte i begreberne *endogen* (internt forårsaget) og *reaktiv* (udløst af humør) depression
- Tre af de mest udbredte psykiatriske diagnoser i dag – generaliseret angst, panikangst og depression – blev præsenteret for verden som egentlige selvstændige psykiatriske diagnoser i DSM III i 1980 og efterfølgende i ICD.
- Diagnosemanualen DSM adskiller sig bl.a. fra ICD ved at lægge vægt på case-eksempler. I DSM beskrives social fobi – *social anxiety disorder* – med eksempler som fx “frygt for at spise alene på en restaurant”.

Kulturblik

Af redaktionen



Dokumentarfilm

The 13th step

Inwood Girl Productions (2015)

Amerikanske Anonyme Alkoholikere (AA) har i fem årtier gået sin sejrsgang rundt i verden med sit berømte 12-trinsprogram mod afhængighed. Men AA har også kritikere. En af dem, Monica Richardson, der var AA'er i 36 år, har lavet denne prisbelønnede dokumentar om de mørke sider af organisationen, herunder om de seksuelle og psykiske overgreb, der findes i AA ifølge filmen. www.the13thstepfilm.com

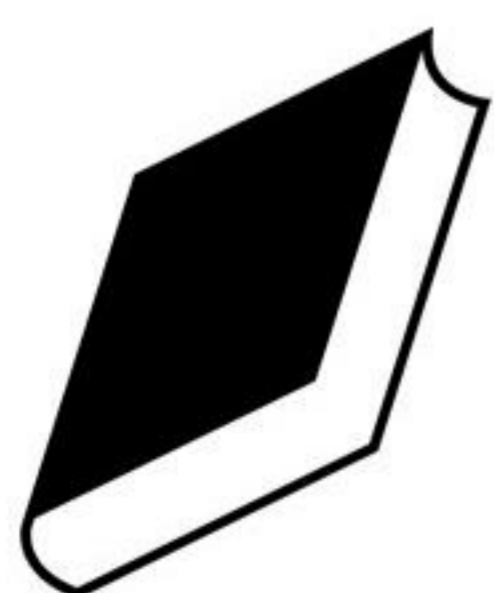


Artikel

All the Madmen

British Medical Journal (2010)

Den legendariske musiker David Bowie døde i januar. Få ved, at psykiske lidelser spillede en stor rolle gennem hans liv. To af hans tanter og hans bror led af skizofreni, og broderen var indlagt flere gange med psykoser. Bowies album *The Man Who Sold the World* (1970) var påvirket af oplevelserne med psykiatrien, især sangen *All the Madmen*. Sangen, og dens beskrivelser af, hvordan psykisk sårbare sendes til "mansions cold and grey" diskuteres i denne videnskabelige artikel fra *British Medical Journal*. www.bmj.com



Håndbog

The Freud Folder

Ana Belchior Melícias/ Eros & Psyche Editions (2015)

Få et kort, spændende overblik over psykoanalysens historie i denne digitale håndbog om Freud: bl.a. en tidslinje med Freuds liv og vigtigste tekster; forskellige psykoanalytiske skoler og deres principper; en historisk oversigt over analytikere og analysander og et sjældent journalistisk interview med Freud, da han var 70 år. www.thefreudfolder.com

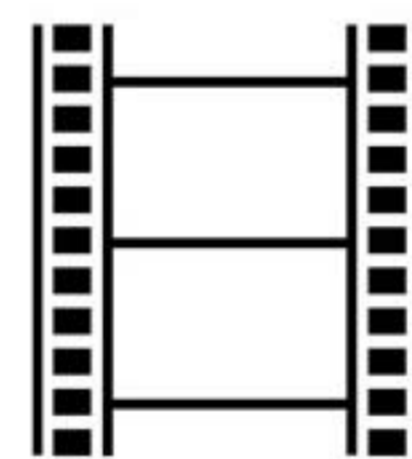


Longread

The Terrible Beauty of Brain Surgery

New York Times Magazine (2015)

Læste du P's reportage fra en vågenoperation på Rigshospitalet i januar? Her er mere af samme skuffe. Den norske forfatter Karl Ove Knausgaard har været i Tirana, Albanien, for at opleve den britiske neurokirurg Henry Marsh udføre vågne hjerneoperationer. Marsh kom på alles læber i 2014, da han skrev bogen *Do No Harm*, en ærlig bog om at være hjernekirurg, også om de fejl, han har begået i folks hjerner. Knausgaard blev fascineret af bogen, fik lov til at være med til en operation i Tirana (Marsh arbejder pro-bono i fattige lande som Albanien og Nepal), og det er der kommet et fascinerende longread ud af. Inklusiv fremragende fotos og video. www.nytimes.com



Serie

River

BBC/Netflix (2015)

Politiefterforskere med private problemer er ikke noget nyt i krimigenren. Men det er politiefterforskere, der er stemmehørere. Serien her følger en politimand, spillet suverænt af svenske Stellan Skarsgård, der er stemmehører, men ikke vil erkende det, og som skal håndtere, at hans nære kollega er blevet skuddræbt, men ikke kan acceptere det. I seks afsnit udfoldes betjent Rivers psykiske tilstand sig i et fint, nuanceret og overraskende portræt af et menneske i sorg. www.netflix.dk

Usynligt i brystet

Angst er udmattende. At stå i den er ubærligt og kræver arbejdsro. En fortælling om at være psykiatrisk patient, når man selv er psykolog.

Af Louise Windfeld Holt, psykolog

Forår. Jeg føler mig klædt ud. Min datter har fødselsdag, og jeg kan ikke danse. Enhver bevægelse i flow giver mig kvalme. Min krop har ikke min vilje i sig mere. Samme aften tager jeg den første pille. Citalopram. Vil det lægge sig som en dyne omkring mig? Vil det støtte som gips om mit hoved? Intet, jeg har gjort de sidste par måneder, har for alvor hjulpet. Sygemelding, meditatív strikning, god mad, lys, fast døgnrytme, venner, der passer på mig. Angsten har overtaget totalt. Angsten er løbet løbsk. Den ven, der niver mig i haserne, når jeg ikke er tro mod mig selv, er blevet til en permanent tilstand. Ikke en følelse. Men en tilstand, totalt fragmenteret, voldsom og intens.

Indtil dette forår havde jeg ingen ord for det. Jeg har levet med angstens mange umærkelige toner hele mit liv. Som at se verden i blåt uden nogensinde at have prøvet andet. Hvad er da "Blå"?

Jeg bliver indkaldt til møde på kommunen. Jeg går i panik. Og kan pludselig intet mærke. Overhovedet. Og da går det op for mig, at jeg kender denne mekanisme til hudløshed. I denne tilstand kan jeg overtale mig selv til at udholde alt, klare alt. Alene. Også dette er angst.

Min veninde, der selv er angstlidende, får mig til at ringe efter Akut Psykiatrisk Hjælp (APH). Jeg forstår det ikke. Er jeg sådan én? Jeg har før prøvet at have det værre. Jeg er vant til at holde ud. Herindefra forstår jeg ikke omfanget af de belastninger og den angst, jeg har levet med. "Psykiatrien". En sygeplejerske tager telefonen, og jeg kan kun græde. Næste morgen bliver jeg indlagt på et lukket afsnit med belastningsreaktion, depression og generaliseret angst.

Det, jeg har gået og tænkt, er jo ikke forkert. Det er bare ikke den hele sandhed.

Jeg lever i årevis med en uopdaget efterfødselsreaktion – jeg tænker, at mine 48 kilo skyldes ammeproblemer og søvnunderskud.

Jeg tager beslutninger i mit privatliv og mit økonomiske grundlag forsvinder – jeg tænker, måned efter måned, at også i dag kan jeg sælge noget, en skammel, en lampe, og købe mad.

Jeg kan ikke nå tørresnoeren over mig – jeg tænker, at jeg er træt.

Jeg får et panikanfald i toget – jeg tænker, at det ikke findes, for jeg sidder så urørligt stille.

Jeg får inflammation i nerverødderne og lammelser – jeg tænker, at nætternes dødsangst kun forværrer min vejrtrækning.

Jeg arbejder på deltid som terapeut for voldsramte – jeg tænker, at det meningsfulde i jobbet må kompensere for fraværet af supervision og efteruddannelse.

Jeg præsenterer på konferencer i hele verden – jeg tænker, at mit intellekt vil sikre min økonomi på sigt.

Men jeg har en blind makker. Angst.

Sommer. Det er lige uden for min dør, nogen smadrer køkkenet, ingen stemmer, bare dumpe lyde, og så glasskår, alarmerne bliver ved og ved, de huler afsindigt, også på værelserne, og jeg knuger min vens hånd i den time. Mennesker løber. Der er én, der har forsøgt at tage livet af sig selv, med glasskår fra ovnen. Politiet er der, med hunde. Bæltefiksering.

Det er dag 2 på det intensive afsnit. Da jeg ankom, lagde jeg mig i en seng. To mennesker rodede min taske igennem. Oplader, hårnåle, magnesium, strikketøj, konfiskeret. Det er en sær lettelse af give fuldkommen slip på min myndighed. Jeg kan knapt fortælle, hvorfor jeg ligger der. Sygeplejersken henter en Oxapax; "du er så forpint, du skal ikke sige mere nu...".

Der er ingen lås til værelset. Og ingen lås til toilettet. Jeg vågner konstant. Også de tre gange hver nat, en vagt kigger ind til mig. En tidlig morgen står jeg op og beder om noget at sove på. En ældre mandlig ansat giver mig en pille og klapper mig let å kinden. Sov godt, hvisker han. Det føles ubeskriveligt rart, at nogen rører ved mig.

Jeg sidder meget i gården med tre mænd. Her er hjemløshed, en behandlingsdom og sådan, og for første gang i mig; fred. Bænket rundt om et træbord blandt lavendelbuske, der vejrer mal-placeret i deres forstadsæstetik. Jeg strikker, de ryger. Hvad ellers skal de tage sig til – se tv eller lægge puslespil?! Jeg ligger i min seng, en ven læser højt, fred i mig, en oase for ham.

Dag 6 taler jeg med en tredje læge. Jeg vurderes egnet til at profitere af angstbehandling på det åbne femdøgnsafsnit. Og jeg skal hjem hver weekend. Ved angst er det afgørende, at man eksponeres, så man ikke udvikler undgåelsesadfærd, fortæller han. Jeg kan ikke få vejret. Hyperventilerer med hovedet mellem benene. Jeg får min anden oxa den formiddag og ligger i en døs resten af dagen.

Under indlæggelsen bruger jeg uanede kræfter på at klare utallige samtaler med læger, sygeplejersker og sosu-assistenten. Jeg får aldrig at vide, hvor lang tid, der er sat af. Og sjældent hvad formålet med samtalen er. Anamnese? Medicinering? Udredning? Dagsform? Det videre forløb? Min journal er alenlang. Fragmenter af mine beskrivelser og deres gengivelser. Meget kan jeg genkende, mens andet er skævt.

Overlægen på det åbne afsnit ser jeg aldrig. Men han har skrevet i min journal. De andre læger er under uddannelse. Tirsdag siger den ene, at jeg skal fortsætte med Oxapax for at få ro og kunne sove. Jeg er enig. Onsdag siger den anden, at jeg skal stoppe med det, da de ellers ikke kan udrede mig. Jeg er enig – og minder dem om, at min dosis af Citalopram er alt for lav. Torsdag møder jeg en tredje læge. Jeg har sovet to timer ved daggry. Om natten er jeg i tankemylderets vold. Det har aldrig været så voldsomt før. Jeg ligger forstenet og griber efter et halmstrå af en tanke, en kærlig sms, mine bedste-forældres hjem. Men jeg er i et hav, der kaster mig rundt i et mørke uden koordinater, uden et eneste punkt, hvorhen jeg kan rette min vilje eller krop. Om morgenen sidder jeg sammenkrøbet i sengen i et par timer. Jeg kan ikke røre mig. Jeg føler mig fuldkommen fortabt og har smerter overalt. En fysioterapeut

banker på for at drøfte, hvilke aktiviteter jeg vil deltage i, løbetræning, stavgang, mindfulness? Jeg kan ikke stoppe med at græde. Jeg kan ikke få hende til at stoppe med at tale. Senere beder en læge mig igen om kort at beskrive min opvækst. Mit moderskab. Mit seksualliv. Mit arbejdsliv. Og nej, jeg har ikke selvmordstanker, og ja, det er første gang, jeg er i kontakt med psykiatrien. Jeg kan næsten ikke tale og hiver efter vejret, jeg er panisk ræd for i morgen. Weekenden. Der laves en nødplan for, hvilke venner jeg kan kontakte, og lægen indvilger i at give mig Oxapax med hjem. Jeg føler mig som en kujon. De er jo afhængighedsskabende og hjælper kun midlertidigt, får jeg at vide igen og igen under min indlæggelse. Men mit liv lige nu er intet andet end det; midlertidigt. Alt er sat ud af spil og ud af kraft. Jeg stammer mig til et samtykke; jeg ved, at jeg ikke kan klare mere, og jeg ved, at jeg skal klare denne weekend.

En veninde kommer og henter mig. Nede på gaden ser jeg en taxi, men kan ikke bevæge mig. Det er ti dage, to afsnit og snesevis af ansigter siden, jeg blev indlagt. Jeg er bange. Den klostercelle, jeg hungrede efter, findes ikke.

Mandag morgen, dag 13. En egentlig udredende samtale bliver det ikke til. Jeg får at vide, at sosu'er og sygeplejersker holder øje med mig og udreder mig. Jeg vejer 51 kg. Det lykkes mig at formulere, at jeg bare trænger til mad, søvn og hvile, og fritages for aktiviteter, der ellers er en betingelse for opholdet – på nær psykoedukation om rygning, kost, selvværd m.m. Øreakupunktur hjælper på uroen. Men jeg får angst af at se på ugeskemaet på min væg, for som vanligt burde jeg egentlig trods udmattelsen.

Efter fire uger lader jeg mig udskrive. Er desperat over at sove så lidt og ikke få den kost, jeg har brug for. Jeg får en udskrivningsmentor og tilknyttes APH i seks uger. Og en fredag forlader jeg så hospitalet. Sender en tanke til et spørgeskema fra afsnittet – men nej, jeg har ikke fået lyst til en tur i BonBon-Land, til trylledej eller bjergbestigning. Jeg får en recept på

**Om natten er jeg i
tankemylderets vold.
Det har aldrig været så
voldsomt før. Jeg ligger
forstenet og griber
efter et halmstrå af en
tanke, en kærlig sms,
mine bedsteforældres
hjem. Men jeg er i et
hav, der kaster mig
rundt i et mørke uden
koordinater, uden et
eneste punkt, hvorhen
jeg kan rette min
vilje eller krop.**

40 mg Citalopram. Men jeg tager jo stadig kun 30 mg?! Sosu'en spørger, om jeg er bange for at tage den dosis. Jeg beder dem om at sende min journal med posten. Den kommer aldrig.

Et par dage efter skal jeg møde på kommunen. Jeg er rædselsslagen. Sagsbehandleren tager mig alvorligt, men jeg får selvmordstanker i timevis og ringer til sidst til en ven. En læge fra APH skifter resolut min medicin, og en ergoterapeut afholder børnesamtalen, som hospitalet droppede pga. ferie. Jeg venter tre uger på en afsluttende samtale med den læge, der sidst satte mig op i dosis. Det aflyses samme dag, selvom jeg kun er halvvejs i medicinoptrapning. Og jeg takker nej til at mødes med en 11. læge. Om halvanden måned har jeg nemlig tid hos en psykiater, jeg engang skrev mig op til.

Efterår: Et halvt år efter min indlæggelse tilbydes jeg psykologsamtaler. Men jeg har fået anamnese-allergi. Jeg får angst af at tale og reflektere over mit liv. Jeg svarer sjældent venner, bekendte og familie. Mit arousal-niveau er som løst krudt, og jeg husker stadig dårligt. Jeg ser ganske få mennesker fast, og jeg får langsomt kropslighed igen. I september bor jeg hos nonnerne, i tavsheden, i tre dage. Jeg søger derhen, hvor der er selvforglemmende arbejdsro, dér, hvor der er varme, sol, tusmørke, kroppe og genkendelse. Så sjælen kan indhente kroppen. Eller omvendt. Før da kan jeg hverken tænke, fortælle eller drømme.

Flettet ind i angsten er depressionens skyld og skam, men også den tilsidesatte vrede. Jeg er vred over, at kun enkelte anede, hvad jeg kæmpede med. Og jeg føler skam over ikke at have fattet alvoren i den samme udmattelse og angst hos andre. Skam over, at jeg, som psykolog, som sanseligt væsen, som belæst menneske, har underkendt mit psykiske liv, mit sjæleliv, min sociale kropslighed. Men jeg ved også, at angst er en snigende intensitet. Inden angsten griber én helt, ulmer den, læsbart i pulsen, men usynligt i brystet, i årevis.

Det afgørende er ikke at læse angstens budskab, men at følge det; at vende noget i sit liv ryggen, uden at have et alternativ at læne sig ind i. At stå dér er ubærligt, i sig selv. Men selv i kollapset søger psykiatrien, psykologien og kommunen efter en vilje til refleksion og fremstilling af et selv. Det er en afsindig fordring at redegøre for livsforløb og for angstens opløste, sitrende tilstand, *imens* man befinder sig i tilstanden. Og det er en kraftanstrengelse at sige nej hertil. Kollapset anses ikke som en ufravigelig realitet og mindst af alt som kritik af en kultur, hærget af hudsult og identitets-optimering. Jeg har været velsignet med en mentor i en ven, der selv er psykisk lidende. Benhård prioritering af relationelle kræfter. Søvn. Mad. Medicin. En favn. Og ellers, absolut intet. Det er ikke hende, der opfinder reglerne. Det er bare sådan, reglerne er, når det kommer til angst og kollapsets anatomi; det kræver uforbeholden arbejdsro at gå denne indre vej. ●



MAGASINET P OG CINEMATEKET PRÆSENTERER

'SHAME'

MED FOREDRAG OM AFVIGENDE SEX-ADFÆRD

CINEMATEKET TIRSDAG DEN 29. MARTS KL. 19.15

Den 29. marts inviterer Cinemateket og Magasinet P for anden gang til 'Sindet og filmen'. Denne gang om de psykiske dimensioner af seksualitet, afhængighed, afvigende adfærd og skam.

Katrine Zeuthen, lektor i psykologi ved Københavns Universitet, fortæller om menneskets seksuelle udvikling og psykoanalysens syn på afvigende seksualitet - begge dele sat i relation til den efterfølgende visning af 'Shame'.

'Shame' er et drama om den unge newyorker Brandon (Michael Fassbender), der har sex

flere gange om dagen – erobringer, prostituerede, porno. Ind i dette rutine-univers braser søsteren Sissy (Carey Mulligan). Berlingskes anmelder Louise Kidde Sauntved gav seks stjerner til 'Shame':

"En film, der pirker, pirrer og provokerer og er helt umulig at give slip på igen."

P
Psykologernes
fagmagasin



Katrine Zeuthen,
lektor i psykologi ved
Københavns Universitet

TID: Tirsdag den 29. marts kl. 19.15-21.40

STED: Cinemateket, Gothersgade 55, 1123 København K

PRIS: 80 kr. (dog 55 kr. for medlemmer af Cinemateket).

Reserverede billetter skal afhentes dagen forinden.

BILLETTER: 33 74 34 12 eller på cinemateket.dk.

CINEMATEKET
DET DANSKE FILMINSTITUT / DANISH FILM INSTITUTE

Ramt af demens



Af Eva Secher Mathiasen, formand for Dansk Psykolog Forening

Vi ved, den kommer. Nogle af os glæder os til den. Andre af os er usikre på den, og hvad den vil indebære. Alderdommen er en del af at være til, og flere og flere af os kommer til at opleve den i fremtiden – og endda i mange flere år end tidligere generationer af danskere, for vi er blevet et sundere folkefærd, og vores levealder stiger.

Desværre har den gode nyhed også en bagside. Mange flere af os vil blive ramt af demens. I dag lider 90.000 danskere af sygdommen, og i 2040 vil tallet være 165.000 danskere, vurderer Nationalt Videnscenter for Demens.

Det kommende store antal mennesker med demens rejser det uundgåelige spørgsmål: Hvad betyder det? For alle os, der måske selv bliver ramt. For os, der måske bliver pårørende til en demensramt. For de professionelle, der arbejder med ældre. Og for samfundet, der skal til at omstille sig til en helt ny og påtrængende velfærdsopgave med en ny folkesygdom.

At blive ramt af Alzheimer eller andre demenssygdomme er frygtindgydende. Mange fortæller, at det opleves som at få en langsom dødsdom, fordi demens ikke kan kureres, og man som demens-ramt ofte kan se frem til en lang sygdomsproces med øjeblikke eller perioder, hvor man ikke længere er sig selv og fx ikke kan genkende sine nærmeste eller sit hjem. At få diagnosen kan udløse en dyb livskrise, depression og angst. At leve med den også. Op mod halvdelen af de, der rammes af Alzheimers, får ifølge Nationalt Videnscenter for Demens en depression, og forekomsten af selvmord blandt demente er øget, især i tiden umiddelbart efter en demensdiagnose. Også for de pårørende er situationen lidelsesfuld – det er en voldsom psykisk belastning at være vidne til sygdomsprocessen hos en elsket ægtefælle, forælder, søskende eller ven; en belastning, der fx kan føre til depression, stress eller social isolation.

De psykiske konsekvenser af demens er altså betydelige og omfattende. Samtidig kan svær demens være en meget stor udfordring at håndtere for de professionelle i omsorgssektoren, fordi de forstyrrelser, der følger med – som uro, råben eller vrangforestillinger – kan udvikle sig til konfliktsituationer, som personalet ikke er klædt godt nok på til at løse. Situationer, der let kan gå i hårdknude og ende med uhensigtsmæssige eller uværdige løsninger, som Ankestyrelsens opgørelse over magtanvendelse over for demente borgere i kommunerne vidner om.

Fremtidens omsorgs- og velfærdsopgave på ældreområdet bliver altså af en noget anden karakter, end den har været hidtil, for den kommende store generation af ældre borgere vil have andre behov end kun den plejefaglige. Og det vil deres pårørende også.

Den plejefaglige opgave er vigtig, og bliver ikke mindre vigtig i fremtiden. Der er hårdt brug for de dygtige, kompetente plejefaglige medarbejdere, også fremover. Men nye kompetencer er også nødvendige. Vi skal bygge oven på de gode kompetencer, der allerede findes, så vores ældre medborgere med demens får et godt og værdigt liv i alderdommen med den rigtige og mest hensigtsmæssige behandling. Vi skal også gøre det, så vores dygtige professionelle på plejehjem og i hjemmehjælpen får de rigtige redskaber og rammer at udfolde deres arbejde i – og så vi forebygger et dårligt psykisk arbejdsmiljø, der ender med sygemeldinger eller psykiske arbejdsskader.

Men vi skal også investere i meget mere end blot nye kompetencer. Det kommende store antal ældre med demenssygdomme kræver, at vi ser med helt nye øjne på arbejdsgangene, indsatserne og metoderne, der i dag danner rammen om den måde, vi arbejder med ældre og demenssygdomme på. Både før demensen slår igennem og i årene efter en diagnose.

Vi skal blive langt bedre til at opfange de første, tidlige tegn på demens, end vi er i dag, og vi skal kunne handle lynhurtigt både med udredning og behandling. Jo tidligere, en demenssygdom opda- ges, desto bedre, for selvom der ikke findes en kur mod demens, har vi muligheder for at begrænse skaderne betydeligt, hvis der gribes tidligt ind.

Vi skal også blive langt bedre til at arbejde tvær- fagligt og trække på den brede vifte af faglige kom- petencer, der findes allerede nu, for at opspore, udrede, behandle, pleje og støtte. I det samarbejde er pårørende ikke bare en vigtig ressource, men også en nødvendig samarbejdspartner. For det er de pårørende, der har det indgående, menneske- lige kendskab og ofte står med den største opgave, ikke mindst i de forhåbentlig mange år efter en diagnose, hvor en demensramt har en helt almin- delig dagligdag, måske stadig arbejder og har et godt familieliv.

Lad os se fremtiden i øjnene på den kloge måde og begynde nu med at tænke nyt og klæde os selv og hinanden på til opgaven forude. Demens er tra- gisk for os, der bliver ramt, og en gigantisk udfor- dring for samfundet. Men vi kan gøre noget ved det. Lad os gøre det nu og sikre, at vi alle har udsigt til en tryk og værdig alderdom. Også med demens. ●

Er du interesseret i psykologiens rolle i samfundet, og vil du have indsigt i ny forskning og interessante problemstillinger på det psykologiske område, kan du begynde her.

P

Tegn abonnement på *Magasinet P* eller køb det i løssalg. Send en mail til p-magasin@dp.dk, abonner på vores nyhedsbrev eller se mere på www.dp.dk

P – kalender april/maj 2016

30 marts–2 april

XXIV World Family
Therapy Congress
Kona, Hawaii
www.ifta-congress.org

31 marts–4 april

Second World Conference
on Personality
Rio de Janeiro, Brasilien
www.perpsy2016.com

31 marts–3 april

The Asian Conference
on Psychology and the
Behavioral Sciences
2016 (ACP2016)
Kobe, Japan
www.iafor.org

8–9 april

European Federation
of Psychology Teachers
Associations (EFPTA)
Prag, Tjekkiet
www.efpta.org

11–13 april

12th Conference of the
European Academy of
Occupational Health
Psychology
Athen, Grækenland
www.eaohp.org

28 april–1 maj

VII Dubrovnik Conference
on Cognitive Science
Dubrovnik, Kroatien
www.ecog.eu

1–8 maj

30th European Federation
of Psychology Student
Associations Congress
(EFPSA)
Vimeiro, Portugal
www.efpsa.org

5–8 maj

International Meeting of
the Psychonomic Society
Granada, Spanien
www.ps2016.org

9–13 maj

VII International Convention
of Psychology (Hominis2016)
Havana, Cuba
www.hominiscuba.com

11–13 maj

European Association for
Forensic Child & Adolescent
Psychiatry, Psychology &
other involved professions
(EFCAP)
Porto, Portugal
www.efcap2016.com

20–23 maj

8th World Congress,
World Institute of Pain
New York, USA
www.wip2016.kenes.com

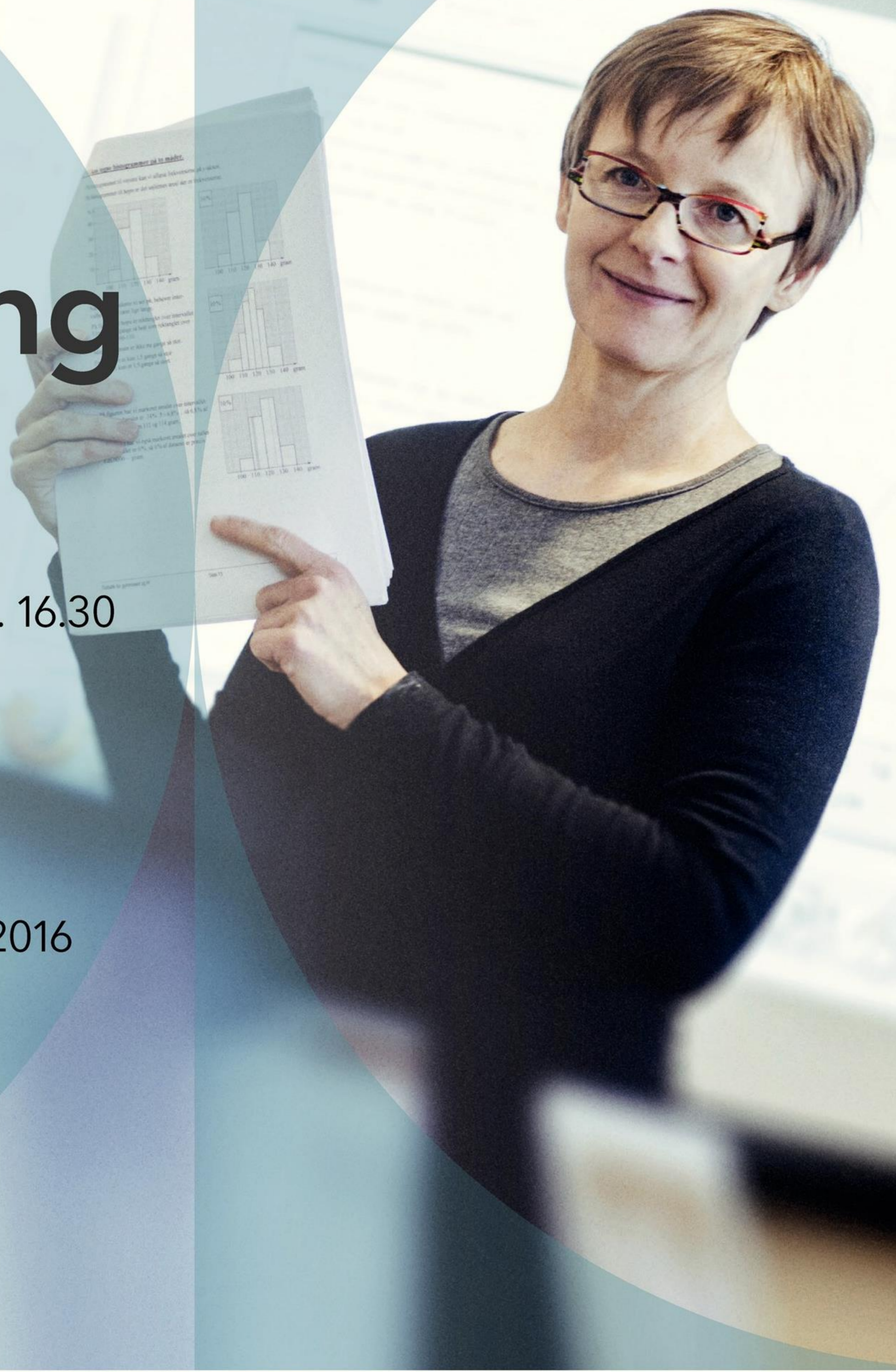
26 maj

International Stress
Management Association
Annual Conference
London, England
www.isma.org.uk

General- forsamling 2016

Torsdag den 7. april 2016 kl. 16.30
i Musikhuset i Esbjerg.

Du kan tilmelde dig
generalforsamlingen og
afgive fuldmagt på
www.mppension.dk/mpgf2016



PENSIONS KASSEN

**Magistre
& Psykologer**

NATURLIGE OG KOMPLICEREDE SORGREAKTIONER VED TAB HOS VOKSNE (TIDLIGERE SORG OG KRISE HOS VOKSNE)

København,
13.-14. juni 2016

Underviser: Mai-Britt Guldin (cand.
Psych. PhD, specialist i psykoterapi,
Aarhus Universitetshospital)

Vil du kunne identificere komplicerede sorgreaktioner og foretage hensigtsmæssige interventioner?

På kurset arbejder vi med den nyeste teoretiske og forskningsbaserede viden om tabsreaktioner og sorg hos voksne.

Undervisningen tager udgangspunkt i såvel den nyeste forskningsbaserede viden om tab og sorg som dine og underviserens erfaringer og refleksioner på området.

Der er i forlængelse af dette kursus mulighed for at tilmelde sig et særskilt supervisionsforløb: "Supervisionsforløb i fortsættelse af kursus i Naturlige og komplicerede sorgreaktioner ved tab hos voksne". Læs mere om kurset og supervisionsforløbet på www.dp.dk/naturlig-sorg-hos-voksne

Kurset giver dig bl.a. færdigheder i:

- at foretage en klinisk vurdering af symptomer og syndromer som følge af tab og sorg
- at adskille kompliceret sorg fra differentialdiagnoser som tilpasningsreaktioner, PTSD, angst og depression
- at målrette behandlingen til de specifikke sorgsymptomer
- at lægge en strategi for behandling af akutte og længerevarende sorgreaktioner

MERE af den
nyeste
VIDEN



DANSK
PSYKOLOG
FORENING

Selvstændige Psykologers Sektion

inviterer til gratis aftenkurser om digital sikkerhed for selvstændige psykologer

Mange psykologer bryder deres tavshedspligt, når de mailer, opdaterer deres elektroniske kalender, skyper eller facetimer med deres klienter – er du en af dem? Vi inviterer dig til en aften med konkrete værktøjer til at kende faldgruberne og få styr på, hvordan du kan navigere sikkert på de elektroniske medier.

For selvstændige psykologer, der er underlagt tavshedspligt, er digital sikkerhed en daglig udfordring, når digitale kommunikationsformer og cloudservices benyttes. Mange digitale kommunikationsformer og services lever ikke op til de etiske og lovmæssige krav til fortrolig og sikker håndtering af klienternes personlige oplysninger. Aftenen giver en grundlæggende forståelse af den digitale infrastruktur (internet, mobiltelefoner, kryptering), samt en gennemgang af juridiske og etiske krav til sikker klientkommunikation og databehandling. Du rustes til at tage kvalificerede beslutninger om din egen digitale praksis, ud fra en konkret risikovurdering. Der introduceres til programmer, der kan benyttes til at sikre klientkommunikation og data.

Vi har fået anbefalet en skarp kursusholder: Henrik Chulu, cand.mag. i filosofi og geografi samt selvstændig rådgiver om it-politik, strategisk digitalisering og digital sikkerhed.

Der afholdes 3 aftenkurser af 2 timers varighed:

Den 7. april 2016 kl 17:30-19:30 i Århus.

Den 14. april 2016 kl. 17-19 i København.

Den 25. april kl. 17-19 i Odense.

Deltagelse er gratis, og der serveres let forplejning.

Vi aflyser, hvis der er for få deltagere – så det er vigtigt, du tilmelder dig inden fristens udløb! Eftertilmeldinger modtages selvfølgelig også. Medlemmer af sektionen er prioriterede pladser frem til en måned før.

Tilmeldingsfrist: Aarhus/Odense 6. marts. København 13. marts.

Se hele opslaget samt tilmeldingsprocedure på sektionens hjemmeside:
www.dp.dk/selvstaendige-psykologers-sektion

Seniortræf 30. april 2016



Studertersektionen under Dansk Psykolog Forening - hvad optager de studerende lige nu

Seniortræf byder velkommen til forårets 2. møde lørdag den 30. april 2016 kl. 10.30-13.30. Mødet holdes som vanligt i Dansk Psykolog Forenings kantine, Stockholmsgade 27, København Ø.

Cecilia (Sille) Schleicher, stud.psych., afgangende næstformand i Studentersektionen samt afgangende studenterrepræsentant i Dansk Psykolog Forenings bestyrelse, vil fortælle om, hvad der optager de studerende i disse år samt om at være de studerendes talerør i Dansk Psykolog Forenings bestyrelse.

Cecilia forventer at blive cand.psych. til sommer 2016 og fratræder derfor sine tillidsposter i forbindelse med Dansk Psykolog Forenings generalforsamling den 12.-13. marts.

I kraft af sin flerårige erfaring inden for disse felter og sin snarlige dimission glæder hun sig til at komme og fortælle om alt det spændende, der rører sig inden for studenterområdet og universitetsmiljøet.

Af hensyn til oplysning om dørkode samt bestilling af smørrebrød skal tilmelding ske til Heidi Strehmel, tlf. 35 26 99 55. Sidste frist for tilmelding til mødet er onsdag den 27. april 2016.

Nina Koeller
Anne O. Wilhelm-Hansen

Specialistuddannelser:

Ny 2 årig specialistuddannelse i Compassionfokuseret terapi (CFT)

2 årige specialistuddannelse i kognitiv adfærdsterapi på voksen eller B&U området

Det tværgående modul
Voksen modulet
Undersøgelsesmetodik

30 timer Compassionfokuseret terapi (CFT)

Personlig udvikling / Egenterapi / Supervision

LÆS MERE OM VORES UDDANNELSER OG TILMELD DIG PÅ: WWW.KOGNITIV.DK

Kognitiv Terapi Center Århus | Møllestien 52 | 8000 Århus C | www.kognitiv.dk

Til psykologer og læger:

Ny 2-årig grunduddannelse i kognitive behandlingsformer

Kognitiv Center Fyn tilbyder ny uddannelse til voksenområdet.

Vi er et behandlings- og kursussted med årelang og meget bred erfaring inden for kognitive uddannelser. Nu inddrager vi elementer fra 3. generations kognitiv terapi: Mindfulness, ACT, Compassionate Mind.

Læs mere om kursusindhold, tilmelding og andre praktiske oplysninger www.kognitivcenterfyn.dk

Tid: 12/9 2016 – 8/6 2018.

Undervisere: Psykologerne og godkendte specialister i psykoterapi og supervision, Lene Iversen, Peter Hørslev Rasmussen og Lone Husby og speciallæge i psykiatri, MSc i kognitiv terapi fra Oxford, Bodil Andersen.

Tilmelding: Sidste frist 1. maj 2016.

Sundhedsstyrelsens pointerer i sit referenceprogram vigtigheden af, at kognitiv adfærdsterapi indgår som et behandlingstilbud til ikke-psykotiske lidelser.



2-ÅRET PÅ DISPUK'S SPECIALISTUDDANNELSE I NARRATIV PSYKOTERAPI FOR PSYKOLOGER OG ANDRE AKADEMIKERE

Det er et krav at man har taget 1. år af uddannelsen eller et tilsvarende forløb i narrativ praksis.

Med Allan Holmgren. Anne Romer vil supervisere holdets ene supervisionsgruppe

Snekkersten • Start den 14. april 2016

Kursusnr. 790-15/2

NARRATIV AUTORISATIONSGRUPPE (1 plads tilbage)

DISPUK's autorisationsgruppe for psykologer giver deltagerne mulighed for at få nye forståelser, begreber og handlemuligheder i forhold til arbejdslivet og samtidig stifte bekendtskab med den narrative tænkning.

Med Anne Romer • Snekkersten • Start den 14. april 2016

Kursusnr. 780-15

2-ÅRIG SPECIALISTUDDANNELSE I NARRATIV PSYKOTERAPI FOR PSYKOLOGER OG ANDRE AKADEMIKERE

Med Anette Holmgren og Allan Holmgren. Anne Romer vil supervisere holdets ene supervisionsgruppe

Snekkersten • Start den 16. marts 2017

Kursusnr. 790-17

Nordens narrative uddannelseshus

www.dispuk.dk

DPSPs Internationale seminar i København

Fredag d. 7. oktober 2016
Radisson Blue Royal

Hurtig tilmelding anbefales,
hvis du vil sikre dig en plads!

Mød panelet af internationalt anerkendte eksperter i psykologi og filosofi:



Prof.
M. H. Rønnestad



Prof.
B. Zachariae



Lektor, ph.d.
S. Poulsen



Filosof
A. F. Jensen



(ph.d.)
V. B. Ekroll

Evidens – Zeitgeist eller Sandhed?

*Hvordan påvirker evidenskrav: Psykoterapiens evolution?
Patientbehandlingen? Psykologen? Vidensudviklingen?*

Spændende foredrag og debat om den nyeste viden om psykoterapi & evidens

Program:

- Kl. 7.30 **CHECK-IN & MORGEN BUFFET**
Kl. 8.50 **Velkomst & introduktion**
v/ Formand f. DPSP Klaus Pedersen
Kl. 9.00-10.10 **Professor Michael Helge Rønnestad**
(Norge)
Er der evidens for evidensen?
Kl. 10.10-11.00 **Professor Bobby Zachariae**
*Forskningsdesign & evidensniveauer:
Eksemplificeret ved forskning i bl.a.
hypnose, psykosocial kræftforskning, m.v.*
Kl. 11.00-11.15 **PAUSE**
Kl. 11.15-12.05 **Lektor ph.d. Stig Poulsen**
*Tilpasning af psykoterapi til klienten:
Evidensbaserede principper*
Kl. 12.05-13.00 **FROKOST**
Kl. 13.00-13.50 **PhD Vidar Blokhus Ekroll**
(Norge)
*Viden om vedvarende effekt & vekst
etter avslutning av psykoterapi*
Kl. 13.50-14.40 **Filosof ph.d. Anders Fogh Jensen**
Tidsånd, videnskab & psykoterapi
Kl. 14.40-15.00 **PAUSE**
Kl. 15.00-15.50 **Professor Michael Helge Rønnestad**
(Norge)
*Utbrenthet, stagnasjon eller utvikling:
Empiriske og teoretiske bidrag til forståelsen
av psykoterapeuters faglige utvikling*
Kl. 16.00-17.15 **PANELDEBAT**
Helge Rønnestad ▪ Bobby Zachariae ▪ Stig
Poulsen ▪ Vidar Ekroll ▪ Anders Fogh Jensen
Kl. 17.15 **RECEPTION**

Tid og sted:

Fredag d. 7. oktober 2016, kl. 8:50-17:15. Morgenkaffe og registrering kl. 7:30.
Radisson Blu Royal, Hammerichsgade 1, 1611 Kbh V.

Deltagerpris:

- * 1190 kr. inkl. moms for medlemmer af Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
 - * 850 kr. inkl. moms for studerende, som er medlemmer af Dansk Psykolog Forening
 - * 1750 kr. inkl. moms for andre akademikere
- Prisen inkluderer frokost, morgen og eftermiddagskaffe. EAN fakturering er ikke muligt. Kandidatmedlemmer af Dansk Psykolog Forening, som ønsker at indmelde sig i DPSP, kan for 150 kr. i årskontingent melde sig ind via dpsp.dk

Tilmelding:

Tilmelding foretages via dpsp.dk. Tilmeldingen er bindende. Sidste frist for tilmelding er fredag d. 9. september 2016. Regler for tilmelding og afmelding ses på hjemmesiden.

Meritering:

Forventes godkendt med 6 timer i relevante specialistuddannelser

Se det fulde opslag på dpsp.dk.

Arrangør: DPSP v/Klaus Pedersen



NYT KURSUS:

KOM GODT
IGANG MED

E-TERAPI

Aarhus,
9.-10. maj
2016

Vil du kunne tilbyde dine klienter at møde dem online? Og vil du gerne nå ud til nye klienter via internettet?

Med afsæt i den nyeste teoretiske og forskningsbaserede viden om teknologiunderstøttede psykologiydelser går vi i dybden med teknologiske muligheder, metoder, krisehåndtering, risikovurdering, etiske dilemmaer og datasikkerhed.



Underviser: Kit L. Jensen (cand.psych., specialist i klinisk børnepsykologi og klinisk psykologi)

Formålet med kurset er, at du får kendskab til og psykologisk forståelse for at møde den anden online.

Du får blandt andet viden om, hvordan du kan møde klienterne på en etisk og forsvarlig måde, samt kompetencer til at vurdere klientens egnethed for teknologi-/internetbaseret rådgivning og terapi.

Læs mere om kurset og se flere kursustilbud på www.dp.dk/e-terapi

MERE af den
nyeste
VIDEN



DANSK
PSYKOLOG
FORENING

Kreds Vejle

Indkaldelse til

Generalforsamling

Torsdag den 19. maj 2016 kl. 16.30

**Bemærk, at tidligere annoncerede
generalforsamling og temadag
den 30. marts er aflyst**

Dagsorden:

- Valg af dirigent
- Fastsættelse af forretningsorden
- Beretning om kredsens virksomhed v/ formand Lisbeth Thuesen
- Godkendelse af regnskabet v/kasserer Tanja Langer Schou
- Valg af kredsstyrelse
- Eventuelt

Dato: Torsdag den 19. maj 2016 kl. 16.30.

Sted: Nordås 19K, 7100 Vejle.

Tilmelding: Senest 14. maj 2016 til Anette Bering på anber@vejle.dk.

Supervisionsgruppe for psykologer
med henblik på autorisation
ved Iben Ljungmann

Start den 23. juni 2016, tilmelding på www.inpraxis.dk

inpraxis

Stengade 51, 3000 Helsingør

Systemisk

Narrativt

Konkret

Inge Lehmanns Legat af 1983

Administreret af Det Kongelige Danske Videnskabernes Selskab

Legatet skal fortrinsvis anvendes til længerevarende forskningsophold eller videregående forskningsuddannelse i udlandet for forskere på ph.d.-niveau. Ph.d.-studerende kan kun komme i betragtning i tilfælde af særlige omstændigheder omkring udlandsopholdet, primært i form af begrundede ekstraordinære projektomkostninger. I praksis gives legat ikke til et obligatorisk eksternt forskningsophold som led i ph.d.-uddannelsen (såkaldt miljøskifte).

Legatet tildeles (1) forskere inden for geofysik - primært til studier af jordens indre og dens overfladelag - eller (2) forskere inden for empirisk psykologi.

Ansøgning skal dreje sig om et forskningsprojekt, der specifikt kan udføres ved udlandsopholdet. Der skal benyttes et ansøgningsskema, som udfyldes online og indsendes elektronisk via www.royalacademy.dk. Bilag til din ansøgning skal vedhæftes elektronisk som én samlet PDF-fil. Som bilag (maks. 6 sider) skal vedhæftes følgende: en generel beskrivelse af rejsens formål, en udførlig projektbeskrivelse inkl. en udførlig metodebeskrivelse, budgetoverslag samt oplysninger om ansøgerens kvalifikationer evt. bilagte referencer

Ansøgningsfrist fredag den 1. april 2016.

Yderligere informationer kan fås på Det Kongelige Danske Videnskabernes Selskabs hjemmeside www.royalacademy.dk eller ved henvendelse til sekretær Mette Danielsen: mda@royalacademy.dk.

MINDFUL COMPASSION

5-stjernet kursus og retreat i Thailand med Dr Chris Irons i oktober 2016

Dette kursus og retreat vil med udgangspunkt i Compassion Focused Therapy (CFT) og integrationen af Mindful Compassion have fokus på arbejdet med og udviklingen af medfølelse – i os selv, for os selv og hos vores klienter. Det primære fokus er lagt på anvendelse af mindful compassion i forhold til personlig udvikling og herigennem vil deltagerne

få mulighed for en dybere forståelse af teorien, den oplevelsesorienterede tilgang og færdighederne i CFT, hvilket kan overføres til deres kliniske arbejde. Det forudættes således, at deltagerne har grundlæggende kendskab til CFT. Hvis ikke du allerede har kendskab til CFT, udbyder Mindwork et 2-dages introduktionskursus i starten af oktober 2016.

📅 Kursusstart: 21. oktober 2016

💰 22.000 kr. inden 1. juni 2016. Herefter 24.500 kr.

“A lifechanging experience!”, John Lerche 2015



Nye kurser i Mindwork

PC-ERA Certificeringskursus

Mindwork udbyder nu et 5-dages kursus i Parent-Child Early Relational Assessment (PC-ERA) - et anerkendt vurderingsredskab med fokus på samspilskvaliteten i den tidlige forældre/barnrelation.

Undervisere: Sari Ahlquest-Björkroth og Susanne Landorf.

💰 9.800 kr. for hele kurset inkl. fuld forplejning

📅 Kursusstart: 26. april 2016

Klinisk Sexologi

Let's talk about sex - men hvordan?

Formålet med dette 2-dages kursus er at klæde psykologen på til samtalen om seksualitet og seksuelle problemer.

Underviser: Speciallæge i almen medicin og sexolog Jesper Bay-Hansen

💰 4.000 kr. inkl. fuld forplejning

📅 Kursusdage: 9. - 10. juni 2016

Læs mere om alle vores kurser og uddannelser på mindwork.dk



mindwork



Nour Wahid

HVER TIME FLYGTER 135 SYRISKE BØRN



Red Barnet

Save the Children Denmark

RED BØRN PÅ FLUGT OG GIV DEM EN BEDRE FREMTID

Hver time flygter 135 børn fra deres hjem i Syrien. Omar er et af dem. Han er fem år – præcis lige så mange år, som krigen i Syrien har varet. Omar kender kun til et liv med krig, et liv som flygtning. Det Syrien, som Omar skulle være vokset op i, findes ikke længere.

SAMMEN KAN VI REDDE OG STØTTE BØRN PÅ FLUGT

Det er Red Barnets opgave at beskytte og hjælpe så mange børn på flugt, som vi kan. Med din hjælp kan vi give børnene et tryggere liv med mad, varme og beskyttelse.

SMS **FLUGT** til **1220** og støt med **150** kr.

Workshop Christine Padesky



Tid: 30. og 31. maj 2016, kl. 9 - 16.30
Sted: Psykiatrisk Center Frederiksberg,
Nordre Fasanvej 57, Auditoriet,
2000 Frederiksberg
Pris: 3900 kr.

'CBT Boot Camp: Using Mind over Mood to Build Client and Therapist Skills'

For klinikere som vil bygge og styrke deres kognitive kompetencer gennem kyndig undervisning og træning af en af verdens førende kognitive psykoterapeuter og undervisere. 'Mind over Mood' indeholder en række transdiagnostiske terapeutiske metoder, der engagerer klient og terapeut i et opbyggende terapeutisk forløb.

Læs om hende her: www.padesky.com

Tilmelding

Kursusportalen RHP (søg efter Padesky)

Da det formentlig er dr. Padeskys sidste Europatur med tilbud om workshops, og der er et begrænset antal pladser, vil det være en god idé med hurtig tilmelding.

Workshop introduktion

www.youtube.com (søg efter CBT Boot Camp)

Kontakt

Irene.Oestrich@regionh.dk

Hjælp til tilmelding

Ellen.Hertz.Bilberg@regionh.dk

Afholder kursus:

Skam, selvet og menneskelighed v/Lars J. Sørensen, chefpsykolog på Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sj.

Skam handler ikke om det, man har gjort, men om den, man er, og herved at være god nok. Skam opstår, når man ikke bliver set, som den man er, og når man bliver behandlet forkert og spejlet forkert tilbage. At føle sig set og føle sig mødt i sin selvforståelse er en kærlighedsbekræftelse. Alene berørtheden ved at føle sig set bringer kærlighed ind i det fælles rum, og for mange vil det tillige føles som en bekræftelse på kærlighedens eksistens. Forkrøbles vores selvforståelse, er det ifølge bogens forfatter et sjælemord, der alt for let kan føre til vold og overgreb – og i værste fald til mord eller selvmord.

Skam kan overvindes gennem tillid og tilknytning

Vi har en medfødt skam, der er sund og hensigtsmæssig, fordi den basalt er følsomme sansninger af verden og dens urimeligheder. Hvis der bliver der taget vare på denne medfødte skam, bliver den vores menneskelighed. Hvis den medfødte skam ikke bliver påagtet, udsættes man for umenneskelige opvækstbetingelser, og risikerer selv at blive umenneskelig. Skam er nemlig knyttet til selvet, så samtidig med at vi lærer verden at kende, dannes også vores selvforståelse. Kurset bygger på bogen: Lars J Sørensen: "Skam - medfødt og tillært - når skam fører til sjælemord".

Dato: Onsdag 13. april 2016 kl 10 -16

Sted: Uddannelsescenter Marjatta, Strandvejen 11, 4733 Tappernøje

Tilmelding: Senest 23. marts på Regionsyd@msn.com - endelig tilmelding ved betaling.

Pris: 1000 kr. (som er inkl. moms samt forplejning) konto: 0400 4012446026 i Lån & Spar Bank.

Se det fulde opslag på kredsens hjemmeside: www.dp.dk/kreds-storstrom

Temadag: om arbejdsmarkedsrettede udredninger af borgere med anden etnisk baggrund end dansk

Underviser er Rune Nielsen, Neuropsykolog, ph.d.

Temadagens fokus:

Hvordan forholder vi os bedst som psykologer, når vi bliver bedt om at lave udredninger af borgere med anden etnisk herkomst end dansk? Hvilke udfordringer er det vigtigt, at vi er særligt opmærksomme på? Hvilke muligheder og begrænsninger er der i vores "almindelige" testbatteri? Er non-verbale test f.eks. "kulturfri"? IQ og vurdering af dette på tværs af sprog, kultur og uddannelse vil desuden blive diskuteret.

Temadagen vil være relevant for alle, som laver kognitive vurderinger på tværs af kultur og sprog inden for voksenområdet.

Dagen indeholder ca. 4 timers forelæsning og gennemgang af tværkulturelle test, efterfulgt af 2 timers gennemgang og diskussion af cases.

Hvis du har en case, du gerne vil have gennemgået kan du sende den senest 1. maj 2016 til socidp@gmail.com att. Lene Kirkegaard.

Praktisk:

Temadagen afholdes tirsdag d. 24. maj 2016 kl. 9 – 16 på Hotel Radisson, Claus Bergs gade 7, 5000 Odense C.

Pris: for medlemmer af SBPS: 1250 kr. For øvrige: 1500 kr.

Prisen inkluderer forplejning og lokaleleje.

Tilmelding til arrangementet og samtidig indmeldelse i selskabet: 1350 kr.

Tilmelding gerne så hurtigt som muligt og senest 11. maj 2016.

Se det fulde opslag - inkl. tilmeldingsprocedure - på selskabets hjemmeside: www.dp.dk/sbps

Compassion SUMMIT 2016

København 3. juni

Tid og sted

3. juni 2016, kl. 9 - 16
Islands Brygge Kulturhus
"Lysthuset".

Pris pr. deltager kr. 1.175,-

Inkl. forplejning.
Arrangør: Nordic Center
for MSC og ACT Klinikken.

Indfaldsvinkler til medfølelse i teori og praksis



Læs mere på
compassionsummit.dk

PROGRAM

9⁰⁰-9¹⁰

Åbningsadresse

9¹⁰-11⁰⁰

Christine Brähler,
Tyskland

Mindful Self
Compassion –
the roots, the
research and
perspectives

11²⁰-12⁰⁵

Helle Laursen,
Nordic Center for
MSC i
Silkeborg

Mindful Self
Compassion –
et evidensbaseret
træningsforløb i
medfølelse

13⁰⁰-13³⁰

Christina
Schlander,
Kognitiv Center
i Århus

Compassion-
fokuseret Terapi

13⁴⁰-14¹⁰

Ole Taggaard
Nielsen,
ACT Klinikken i
København

ACT med medfø-
lelse – modellen
for psykologisk
fleksibilitet og
medfølelse

14³⁰-15⁰⁰

Clarissa
Corneliussen,
Compassion
Consulting

Compassion i
et organisatorisk
perspektiv

15¹⁰-15⁵⁰

Fælles
afslutning

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer (DPSP)

"Himmel - Helvede tur retur"

Psykoterapeutisk behandling af patienter
med kompleks patologi

v. Brian Kok, cand.psych., Specialist i psykoterapi

19.-20. maj 2016 i Odense

Med udgangspunkt i behandlingsmetoden ISTDP – Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy illustreres arbejdet med patienter med kompleks patologi via gennemgang af videooptagelser af assessment-terapi og opfølgende behandlingssessioner. Undervisningen inddrager begrebet modoverføring og illustrerer, hvordan dette i praksis kan finde anvendelse i behandlingen. Der perspektiveres til neuropsykologisk forskning og forskning omkring nonspecifikke eller fælles faktorer på tværs af de forskellige terapeutiske skoler.

Tid og sted:

Torsdag den 19. maj kl. 10.00-17.00 + Fredag den 20. maj kl. 9.00-16.00.
Mødecenter Odense, Buchwaldsgade 48, 5000 Odense C.
(tæt ved banegården eller parkering ved Kvickly).

Deltagergebyr:

Inkl. moms, morgenkaffe, frokost og eftermiddagskaffe begge dage:
Medlemmer af DPSP kr. 2400,-. Andre akademikere kr. 2900,-.
EAN-fakturering ikke mulig.

Bindende tilmelding:

Senest den 18. april 2016 via www.dpsp.dk.

Meritering:

Søges godkendt under anden teoretisk referenceramme 12.4.4.2.3, 12 timer

Arrangører: DPSP, Fyn

supervision
og egenterapi

www.bosnedkerboman.dk

Lokaleleje i
KBH og Aarhus

35-95 kr./t.

www.phuset.dk

København Centrum

Hyggelige, møblerede lokaler til samtalerterapi udlejes.
Køkken og venteværelse. Husleje (alt inkl.) fra
550 kr. pr. måned for én hverdag pr. uge.

Ring 21 64 44 08, eller se:

<http://lokaler.psykologkontakt.dk>

Lokale til leje

Fuldtid - kan deles af flere.
Dronningens Tværgade 57, ved
Kgs. Have i København K.
Det er også muligt at leje et større
lokale til kurser/workshops.

Kontakt:
Line Spanning
Line@LineLine.dk • 2613 7245

SUPERVISIONSGRUPPE - AUTORISATION

Forløb • 10 dage • Start 12 september 2016 • København
Pris: 19.000,- • 15 % rabat for 2. person fra samme arbejdsplads

Krydsfelt for ideer, erfaringer, faglig klarhed over eget repertoire, udvikling af konkrete anvendelige færdigheder: 'narrativ lytning' og spørgsmåls produktion. Bevidning, dvs. værdsættelse af supervisanden i genfortællingen af rigere færdigheder i relation til arbejdsopgaven.

I gruppen vil indgå træningsøvelser. Undervisning vil indgå i supervisionen omkring de mest grundlæggende terapeutiske samtale begreber og "tips og tricks". Du vil få øje på dit eget faglige repertoire og vores arbejde med en god læringskultur vil gøre gruppen sjov og rar at komme i en gang om måneden.

Datoer: Start : 12 Sept 2016, 27/9, 14/10, 1/11, 22/11, 19/12, 2017:
11/1, 2/2, 21/2, 10/3

Supervisor Cand. psych i psykoterapi og arbejds- og organisations-
psykolog Anne Saxtorph

narrativeperspektiver.dk

PSYKOLOG TIL RETSPSYKIATRISK KLINIK

På grund af udvidelse af Retspsykiatrisk Klinikks optageområde er yderligere en stilling som autoriseret psykolog ledig til besættelse 1. juni 2016 eller snarest derefter.

Klinikens kerneopgave er at udarbejde mentalobservationserklæringer til brug for domstolene i straffesager samt evt. retslige erklæringer angående f.eks. farligheds- og risikovurderinger. En mentalobservationserklæring er en grundig psykiatrisk erklæring angående en sigtets psykiske tilstand med henblik på bl.a. vurdering af, hvorvidt en psykiatrisk særforanstaltning kan anbefales. Klinikken er derudover involveret i forskningsprojekter og undervisning inden for retspsykiatri.

Opgaven

Psykologen skal indgå i et team, der udarbejder mentalundersøgelser, og hvor vedkommendes opgave er at foretage psykologisk testning i forbindelse med ambulante mentalobservationer. Klinikken varetager ingen behandling.

Dig

Vi søger en autoriseret psykolog med bred psykiatrisk erfaring og testningskompetence indenfor begavelsesvurdering, psykopatologi og personlighedsvurdering. Dette indebærer kendskab til brede intelligencetest som WAIS-IV, til supplerende kognitive prøver og indenfor personlighedsområdet til Rorschach (Exner) og til eventuelle andre vurderingsinstrumenter. Vi forventer os en medarbejder, der er åben, fleksibel, robust og effektiv, og vi lægger derudover vægt på høj faglighed. Retspsykiatrisk erfaring eller anden klinisk psykiatrisk erfaring er et krav. Herudover er forskningsinteresse og -erfaring en fordel.

Os

Vi kan tilbyde en lægeligt ledet arbejdsplads præget af høj kvalitet og dygtige, engagerede kolleger i et dynamisk, tværfagligt miljø samt en dagligdag med en professionel, men uformel tone. Du vil indgå i et monofagligt team på i alt fire fastansatte psykologer.

Vores faglige ambition er til stadighed at være førende indenfor udfærdigelse af mentalobservationserklæringer. Vi kan tilbyde relevant efteruddannelse indenfor det retspsykiatriske felt samt indenfor testområdet og hertil supervision.

Vi har til huse ved Sankt Hans Torv på Nørrebro i lokaler i den historiske bygning lige ved siden af Blegdamsvejens Fængsel. Vores faste stab består af overlæger, speciallæger, psykologer, administrative medarbejdere, socialrådgivere, en akademisk sekretær samt en service- og sikkerhedsmedarbejder.

Løn- og ansættelsesvilkår

Arbejdstiden er 37 timer ugentligt.

Du aflønnes efter AC-overenskomsten med mulighed for individuel aftale om tillæg afhængig af kvalifikationer.

Yderligere oplysninger

Oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til ledende overlæge Dorte Sestoft på telefon 35 36 03 66. Generel information om klinikken kan findes på www.retspsykiatriskeklinik.dk.

Søger du?

Ansøgning med oplysninger om uddannelse, eksamenspapirer og job erfaring sendes via link på www.retspsykiatriskeklinik.dk.

Ansøgningen skal være os i hænde senest den 4. april 2016, kl. 12.00.

Der forventes afholdt samtaler i uge 15 og 16.

Det skal bemærkes, at der forud for evt. ansættelse skal gives skriftligt samtykke til undersøgelse i politiets registre.

Alle kvalificerede uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund opfordres til at søge.

Specialpsykologuddannelsen

DANSKE
REGIONER



Uddannelsesforløb til Specialpsykologuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri

16 uddannelsesforløb til Specialpsykologuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri opslås til besættelse pr. 1. september 2016.

Uddannelsesforløbene har en varighed af 4 år og består af 1 års introduktionsuddannelse og 3 års hoveduddannelse. Uddannelsesforløbene er fordelt mellem alle 5 regioner i Danmark.

Ansøgning om uddannelsesforløb foretages på:

www.specialpsykologuddannelsen.dk hvor der findes opslag med forløbsoversigt, ansøgningskema samt øvrig information om uddannelsen.

Ansøgningen skal være Sekretariatet for Specialpsykolog uddannelsen i hænde senest den 1. april 2016 kl. 12.00.

Ansøgere kan forvente svar på deres ansøgning senest med udgangen af uge 26, 2016.



NYT DANSK REDSKAB TIL KORTLÆGNING AF KOGNITIVE FUNKTIONER

NYT
DANSK
SPØRGE-
SKEMA

Funktionsbeskrivelse

Enkel og hurtig at administrere

Funktionsbeskrivelse er et nyt spørgeskema til personer mellem 17 og 50 år, hvor der er behov for en screening af de kognitive funktioner.

Funktionsbeskrivelse skaber indsigt i personens (selvoplevede) stærke og svage kognitive funktioner, hvor personen har behov for støtte, hvilken læringsstil personen foretrækker, samt hvad personen motiveres af. Redskabet kan med fordel anvendes til en vurdering af job og uddannelsesparathed – og valg, ligesom det kan skabe grundlag for en samtale om kognitive styrker og begrænsninger i en lang række sammenhænge. Endelig kan det anvendes som et screeningsværktøj, der nemt og hurtigt kan synliggøre et eventuelt behov for yderligere udredning.

Nuanceret profil over styrker og svagheder

I spørgeskemaet vurderer personen selv sine kognitive funktioner på følgende områder: Energi, Opmærksomhed, Hukommelse og indlæring, Styring, Samvær med andre, Dansk, Matematik og Motorik. Spørgeskemaet kan enten udfyldes på papir eller online – og den digitale udgave af *Funktionsbeskrivelse* indeholder en højtælfningsfunktion.

Digital scoring og rapporter

Både papirversionen og den digitale udgave af spørgeskemaet scores digitalt. Rapporterne, som genereres på baggrund af besvarelserne, indeholder overordnede konklusioner samt praktiske anvisninger til at arbejde med resultaterne. Til materialet hører en manual, som bl.a. indeholder beskrivelser af de forskellige funktionsområder og som uddybende forklarer og fortolker *Funktionsbeskrivelse*.

Funktionsbeskrivelse er udviklet af neuropsykologerne **Aase Tromborg**, Cand.pæd.psych, og **Helle Kjærgård**, Cand.psych, som har mange års erfaring med at arbejde med børn og unge med kognitive funktionsvanskeligheder.



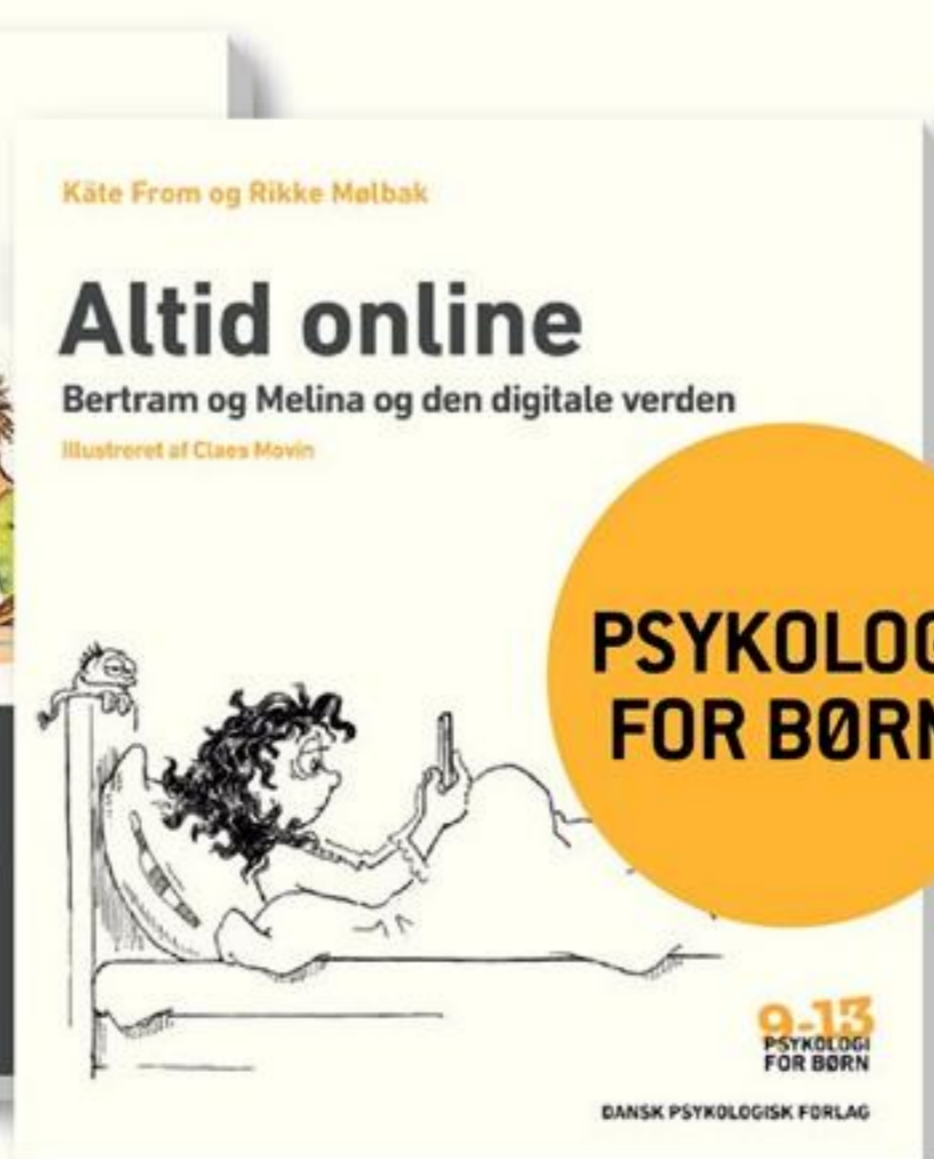
NYE BØGER



Af Irene Oestrich
299 kr.



Af Käte From og Rikke Mølbak
199 kr. per styk



PSYKOLOGI
FOR BØRN



Af Bjarne Nielsen
359 kr.



KLASSIKER OM
PSYKOPATI –
NU PÅ DANSK

Af Robert D. Hare
299 kr.