



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 1 av 18

Oppgave 1

Jeg mener oppgave a, b og c henger veldig sammen, derfor kommer de til å bli inn i hverandre i besvarelsen og jeg svarer på de så og så under ett. I hvertfall med noen glidende overganger?

- a) Johan Cullberg skriver at ordet krise kommer fra det greske ordet krisis, som betyr avgjørende vending eller plutselig forandring. Man kan si at vi er i en kisesituasjon når tidligere erfaringer og innlærte ferdigheter ikke strekker til for å forstå eller beherske den situasjonen man står i.

Voldsomme hendelser som kan utløse en krise kan f.eks. være plutselig sykdom hos deg selv eller en nær person - både fysisk og psykisk sykdom, ulykker, naturkatastrofer, voldtekt, overgrep, ran, utroskap o.s.v. Dette er hendelser som er påfallende, store, klare faktorer og vi kaller dem derfor for traumatiske kriser. Trauma kommer fra gresk og betyr sår, skade. Krise kan også utløses av hendelser som tilhører "dagliglivet", men som oppleves for overveldende, som f.eks. det å bli voksen, bli student/dlytte hjemmefra, få barn eller ikke få barn, bli pensjonert, barn flytter hjemmefra o.s.v. Dette kaller Cullberg for utviklingskriser, livskriser eller eksistensielle kriser.

Betydning: Hva som kan oppleves som en krise er veldig individuelt ut fra menneskets sårbarhet, resiliens og



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 2 av 18

mestingsstrategier. Vi er sårbar for ulike ting og i forskjellige faser av livet. Noen er føds mer sårbar for fysisk sykdom, andre for psykisk sykdom. Resiliens er et psykologisk begrep om evnen til å møte stress og påkjenninger. En person med god resiliens har evnen til å møte kriser og påkjenninger på en positiv måte. Ei av de pasientene jeg møtte i praksis. (Jeg kommer til å velde nullom begrepene pasient, bruker, klient, hjelpesøker m.m. dette ut fra hvilke termer forfatteren i de ulike bøkene benytter, men også hva praksisstedet benytter.) (Jeg var i praksis på en poliklinikk på et sykehus og derav benevner jeg henne som pasient.) Uansett, denne damen, la oss kalle henne Oda, er jeg overbevist om at hun beskrives som en person med god resiliens / evne til å overleve. Gjennom samtaler får vi høre at hun har vokst opp i et hjem med mye ustabilitet. Begge foreldrene har ruset seg gjennom hele oppveksten hennes. Derfor har hun noen ganger måtte reise fra hjemmet for å komme seg vekk og hun har også vært på barnehjem og i diverse fosterhjem. Hun har flere søster som også ruset seg. Hun er den eneste som ikke gjør det. Hun har til nå levd, for uforstående, et "normalt" liv. Hun har samboer, hund og to barn. Jobber fulltid i en bedrift, er samfunnsengasjert o.s.v. Hun er vel ca i 40-årene nå jeg antar, og hun har tidligere ikke mottatt hjelp fra "helsevesenet". Hun har aldri vært sykemeldt etc. Hun har bare stått på og jeg tenker hun må være utvunnet. Samtidig har hun nok ikke fått



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 3 av 18

bearbeidet de traumatiske opplevelsene hun har hatt i barndommen. I følge henne selv har hun aldri snakket med noen "profesjonelle" om dette, mye fordi hun skammer seg over moren og resten av familien. Derfor er det ikke hun selv som har tatt kontakt for å få hjelp. Det er oppdatteren hennes som er henvist pga bekymring ifht skole/hjem o.s.v. Oda selv trodde kanskje datteren kunne ha ADHD, skolen har observert lærervansker o.s.v. Sånn kommer ~~Oda~~ i kontakt med helsevesenet og det er her krisen kommer frem i lyset, og Oda får i samtalebehandling satt ord på sine opplevelser. Dette kommer jeg tilbake til senere i besvælsen. Vi ser her at aktuell livsperiode også spiller inn. Cullberg sier at noen påfenninger vil oppleves annerledes for en 25-åring enn for en 40-åring og omvendt. Vi snakker om kritiske ~~stadi~~ livsfaser/livsperioder. Ulite problemer kan få ulikt innhold ut fra menneskets alder og hvilken periode i livet de står i. Opplever man mange påfenninger samtidig vil dette spille inn og kan utløse en krise. Andre faktorer som spiller inn på hva som oppleves som en krise er mestingsstrategier og familien/det sosiale nettverket. Psykiater Brønderød sier at mestingsstrategier handler om hva vi har med oss av ballast fra oppveksten vår. Enhvers menneskes erfaringer i barndommen vil ikke inn i det voksne liv. Hva har vi lært av foreldrene våre eller andre omsorgspersoner? Hvordan håndterer vi livet når det ikke går helt slik vi skulle ønske. Jeg tenker iferdhold til Oda at hun ikke kan ha fått den beste ballasten fra



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 4 av 18

foreldrene... Men kanskje fra noen andre omsorgs-
personer? Og hun har sannsynligvis lært at
hun må være selvestendig og klare seg selv. Hun
skrut ofte av ei tante som hun likte godt og
som betydde mye for henne. Kanskje hun har gitt
henne mye av det som foreldrene ikke evnet å gi
hende? Bare det å ha ^{en person} ~~den~~ som ser deg og
som du er trygg på kan ha utrolig mye å si.
Her man et stort sosialt nettverk kan det virke
positivt på situasjonen og omvendt. En familie kan
ses på som en organisme eller system sier Cullberg.
Dersom en i familien kommer ut i krise vil dette
påvirke hele familien. Samtidig kan en familie som
er velorganisert og harmonisk være en god støtte
for den som sliter. Men dersom en familie fungerer
dårlig i utgangspunktet vil dette påvirke familien ytterligere.

Psykiatr. Bondedur sier at en krise er alltid smerte
og mulighet. Krisen utfordrer det livet jeg har levd
og hvem jeg er i livet. Mange som har gjennomgått
en krise forteller at de ser annerledes på livet og
mange opplever en personlig vekst. I ettertid kan
noen ~~de~~ faktisk si at de ikke ville vært krisen foruten
fordi det har ført dem til å endre livsstil. Noen
opplever at de setter mer pris på de små øye-
blikkene i livet som det å ha barn, partner, ha
en jobb o.s.v. De er ikke så opptatt av å "hige"
etter noe, og bryr seg mindre om materialistiske ting.
Noen kan også velge bort vennel nettverk som de opplever
at ikke gir de så mye eller bare snakker om overflatske
ting. Men blir ofte mer selektiv. (Dyregrov i Sosial nettverks-
støtte ved barn død)



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 5 av 18

De første dagene av en krise er det mange rammede som forteller om en akutt følelse av hjelpeleishet, uvillighet og kaos. Dette kan forklares av at tankeevnen bytes sammen eller blir lammet. Man blir også følelsesmessig overveldet. Fysiologisk kan man oppleve hjertebank, svetteutslutt, flysebygger magebesvær o.s.v. Psykosomatiske reaksjoner kan f.eks. være nedsatt konsentrasjon, søvnforstyrrelser og nedsatt appetitt (Collberg). Dette er noe som også Oda fortalte om. Fra å være den sterke mammaen med to barn og fulltidsjobb som "håndtuke" at, orket hun plutselig veldig lite. Hun måtte gå til legen og se om syktemelding for første gang i sitt liv. Hun hadde ikke "sjanse" til å angåes venner eller ta en tur på café for å treffe ei venninne. Hun hadde mer enn nok med å ta seg av barnene hjemme og var tilstede så godt hun kunne + å komme til polikliniske samtaler. Hun slet noe med sønnen og hun fortalte fortvilet en dag at hun hadde sovet på sofaen en formiddag. Hun hadde så dårlig samvittighet fordi hun hadde sovet fra 11 til 13 en formiddag, det hadde hun jo aldri gjort før! (I samtalen fikk hun tilbakemelding på at dette var nok noe hun trengte.)

Dyregaar skriver at det finnes en nesten akseptert oppfatning om at man går gjennom ulike faser i sorg- og krisebearbeidingen. Men en slik inndeling passer ikke for alle, sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidelsesfase og nyorienteringsfase. Rådende teorier idag vektlegger at den sørgende veksler mellom å fullholde seg til tapet/krisen og å unngå å minnes det. Og at denne vekslingen er en



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 6 av 18

måte å forholde seg til tapet på. Det finnes ikke
en måte å sørge på eller å møte en kisse på.
Det finnes like mange som det finnes sørgende.

Psykiater Brønderød sier at en kisse ikke er en
sykdom, men konsekvensene av kisen kan bli en
sykdom. Den kiserammede må erte få hjelp eller
vite hvordan han/hun hjelper seg selv.

Den amerikanske psykologen Aaron Antonovsky har
skapt begrepet Salutogenese. Salutogenesen er læren
om hva som fremmer helse, og begrepet ble skapt
som en motvekt til det ensidige fokuset på

symptomer og sykdom. ^{patogenesen} Antonovsky har forsket på
mennesker som overlevde konsentrasjonsleirer under 2. verdenskrig.

Hva er det som kjennetegner mennesker som har overlevd
slike ekstreme påkjenninger? Han har funnet ut at

mennesker som har en god opplevelse av sammenheng
(sense of coherence) også har en høy grad av helse. Han

forklarer OAS med indrepunkter * forståelighet/begripelighet,
* håndterbarhet og * meningsfullhet. Det forstått/forklart

~~er~~ er det altså en fordel om man klarer å forstå
den situasjonen man står i, og at man har

ressurser nok til å håndtere situasjonen og at
man opplever mening i situasjonen. Jeg tenker at Oda

må ha en "opplevelse av sammenheng" iom at
hun håndterer både den situasjonen hun er i og de påkjenningene

hun har hatt opp i gjennom. Det skal sies at
jeg må ta forbehold om at jeg ikke vet hva som

har skjedd i Oda's liv etter praksisløst. Jeg har ingen
"rett" til å vite hvordan det går med henne selv om

jeg ofte har henne i tankene mine. Men da jeg fulgte henne



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 7 av 18

* Hun trengte
ikke medisin
inntelegges inn på
sykehus og
var jo veldig
oppegående til
buss før den
belastningen/krisen
hun gjennomgikk

i løpet av min praksisperiode ble vi (min mestudent + to
veiledere) stadig stått av hvor utrolig sterk hun var! Hun
satt og gråt stort sett hele timer, mens hun
fortalte om ulike opplevelser i beredelsen og hvordan hun
fortvilt seg til dette nå. Det jeg ble så imponert over
er hvordan hun klarte å være den personen med
all den "bagasje".* Hun var så reflektert og jeg opplevde
at hun var bevisst i forhold til hva som var bra for
hennes psykiske helse. (Selv om hun kanskje før sin egen
del gjorde hun kommet i krise på et tidligere tids-
punkt?) men det var kanskje ikke før nå hun var klar
for det, og i følge henne selv, ikke før nå hun fant
noen "terapeut" hun hadde tillit til. I salutogenesen
står mestingsperspektivet sentralt. Terapeuten skal aktivt
lete etter muligheter, ressurser og ubakte sider ved
den hjelpesøkeren. Og terapeuten skal være med
ned i krisen og smerten, i motsetning til patogenesen
hvor man er opptatt av å holde en viss distanse
til pasienten. Jeg er glad jeg utdanner meg innunder
en tid hvor det er dette perspektivet som er
sentralt? Jeg lar meg lett berøre av andres menneskers
fortellinger og skjebner, og jeg tror vi alle (studenter +
veiledere) "støt" med å holde tårne tilbake i noen
av samtaler med Oda. Og som sagt, så er
det jo ok å bli berørt. Både for sier man skal bli
berørt og at det er ok å føle en tåre. Men vi skal
jo ikke ta over tid fra pasientene? Og vi må huske
på som erfaringskonsulent Grennild Lindberg sier, vi
må også vise overfor pasientene at vi taler i hør
deres historie, at vi taler deres smerte, og at pasientene
ikke får en opplevelse av at "dette kan jeg ikke si, det blir det mye



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 8 av 18

og sette bakspeilet, for henne". Sånn sett var det fint å være student, da kunne jeg kanskje "tillate" meg å bli litt ruv berørt enn venledne mine som var i samtaler. De måtte også vite at de talte dette som Oda fortalte.

b) og c) Jeg synes Jaakko Seikkula gir et godt ^{bidrag med denne} vinkelen på hvordan vi skal hjelpe mennesker i krise: vi skal ikke bare sette ut en hepp til den som prøver å komme seg opp fra elva, vi skal være med ned i elva for sammen å komme opp igjen."

John Shotter som besøkte ABUP og Norge i høst sier "min oppgave er ikke å forstå pasienter, min oppgave er å ~~gjøre~~ få pasienter til å forstå seg selv." Med dette har jeg allerede sagt noe om hvordan man kan møte mennesker i krise, og jeg har sagt litt om hvordan Oda ble møtt, men jeg vil prøve å utdype dette nå. Generelt hvordan man kan møte mennesker i krise og supplere med Odas historie.

Det er mange måter å tilnærme seg mennesker som er i krise. Personlitteraturen, bl.a. Jaakko Seikkula og Atle og Kari Dyregrov skriver at det er svært viktig med dialog, samt å få personens nettverk på banen så godt som mulig. Seikkula og Tom Andersen har utviklet arbeidsformen "Åpne Samtaler i Nettverk", dette er beskrevet bl.a. i boka "Åpne Samtaler" av Seikkula og "Nettverksdialoger" av Seikkula og Arnkil. Jeg kommer til å bruke betegnelsen "Åpne Samtaler i nettverk" fordi det er slik Tore Pæg Bør og Arne Thomassen beskriver arbeidsformen i boka si "Fra Psykiatri til Psykisk Helsearbeid (2007) Som Bør og



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 9 av 18

Thomasen også skriver, kommer jeg til å bruke litt tid og plass på å forklare hva "åpne samtaler i nettverk" dreier seg om. De beskriver faktisk noe jeg selv har fått på i løpet av dette emnet, men som jeg ikke har funnet teori på, før i går(?) I all psykisk helsearbeid og i mot rød mennesker i kasse, bør man ha en etisk, relasjonell, kontekstuell, lokalbasert og dialogisk tilnærming. Alt dette får du i arbeidsformen "åpne samtaler i nettverk". De stiller også spørsmål om denne arbeidsformen ~~for mennesket~~ kan være en måte å utøve psykisk helsearbeid på, sann generelt? Uansett arbeidsformen ble utviklet i Västerbotten i Finland og den bygger på dialogisme og sosialkonstruksjonisme. Dialogisme er en måte å forstå verden og mennesket på. For å forstå dialogismen har Seikkula og hans medarbeidere vært inspirert av bl.a. tankerne Emanuel Levinas, M. Buber og M. Bakhtin. (Bjørn Thomassen) Seikkula sier at dialog ikke er en metode det er en livsstil. I dialogismen er man ikke opptatt av hva som skjer inni mennesket, men heller hva som skjer mellom mennesker. Bakhtin sier "jeg ser meg selv i dine øyne". Skal man "finne seg selv" (som kan være så populært for tiden), så skal man altså ikke gå "innover", men "utover" i nettverket. (Lidbom) Den russiske språkfilosofen Bakhtin sier vi er drevet inn i en dialog. Umiddelbart etter at vi har lært å forstå inn og ut, er vi i dialogiske relasjoner med de rundt oss. Vi svarer på uttrykk til de rundt oss, som igjen responderer sine svar til våre uttrykk. Han sier også at selve meningen med livet er å



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 10 av 18

Være i dialog. Dialog er en måte å tenke ^{høyt} sammen på, og en forutsetning for at ideer kan vokse frem. Teknikk og metode er ikke det viktigste, men holdninger, tenkemåte og væremåte er veldig viktig. Åpen samtale i nettverk har vist seg å ha god effekt på mennesker med psykoser, depresjoner og andre former for lidelser og kriser. Arbeidsmetoden er både en måte å organisere behandlingen på, men også en spesiell måte å diskutere problemstillinger når nettverket møtes. Seikkulla sier at psykisk smerte er opplevelser som ikke er ordrett, men som lever i kroppen. Et nettverksmøte handler om å få satt ord på disse opplevelsene. Det handler om å finne et felles verbalt språk for de opplevelsene som ellers ville vært i personens psykiske tale, hallusinasjoner og indre stemmer. Det handler ikke om å løse på trykkt, men at det som blir sagt blir verdsatt og anerkjent. Psykiater Bondedur sier at ord føres i spill og dialog. Vi som terapeuter må speile den andres innside med tilstedeværelse, anerkjennelse og kjærlighet. Dette fører at pasienten har tillit til oss. Tillit opparbeides gjennom tilstedeværelse og relasjon. Hvordan håndterer vi det pasienten sier? Pasienten skal føle seg sett, hørt og bekreftet. Og det må vises med hele kroppsspråket vårt, jmf. det at vi skal bli beuert osv.

1. Åpen samtale i nettverk er det 7 hovedprinsippene som jeg vil nevne, det er * Hjelp innad 24t, * Inkludere det sosiale nettverket, * Fleksibilitet og Mobilitet, * Teamets ansvar, * Psykologisk kontinuitet, * Toleranse for usikkerhet og * Dialogisme. Fordi åpen samtale i nettverk er en stor del av personnet



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 11 av 18

i dette emnet og fordi jeg synes disse prinsipper
fører så mye godt med seg, vil jeg nevne litt om
hvor av de

* Hjelp innen 24 timer

Dette prinsippet har man for å forebygge og forhindre
sykehusinnleggelse der det er mulig. Ved psykose og ellers når
mennesker er i krise er det ofte lettere å snakke om ting
i den akutte fasen. Pasienten kan ofte lukke seg ettersom
som tiden går, og man kan bruke lang tid med
terapi for å "åpne" opp til noe som egentlig står
som et "åpent vindu" i den akutte fasen

* Inkludere det sosiale nettverket (polyfoni)

Både pasienten selv, familien og eller sentrale medlemmer av
pasientens sosiale nettverk bør alltid være tilstede på det
derske møtet for å mobilisere støtte og for å dechifre
selve problemet. Man prøver å finne et felles språk.
Sånn kan også nye sider og ressurser hos pasienten
(og nettverket) dukke opp. Ved å åpne flere sider og stemmer oppstår
man det Bakhtin kaller for polyfoni, altså
fluestemmighet. Flere stemmer inn kan gjøre at valgene
blir flere og verden åpner seg mer opp. Er det noen som ikke
kan delta, kan man spørre hva alle tenkte eller ha sagt nå? Hva ville du ha svart osv

* Fleksibilitet og mobilitet

Fleksibiliteten garanteres ved at hver pasient blir behandlet
individuell, man følger ikke et fellesprogram. Som man
på et slags vis gjør ved å diagnostisere (ultralyd) pasienten blir
behandlet i sitt eget språk og møtested blir man
erige om i fellesskap. Man ønsker helst å møtes



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 12 av 18

hjemme hos pasienten, men dette må pasienten være med å bestemme. I noen tilfeller kan evt. utlykkested eller poliklinikk være aktuelt.

*Teamets ansvar

Behandler som blir kontakttet har ansvar for å innkalle til møtet og å innkalle alle deltakerne. Det er vanlig å gjøre dette i samarbeid med pasienten. "Hvem er det du kan tenke deg å ha med?" + be om tillatelse til at du innkaller noen du mener er viktige. Alt som trys for å gi god respons er tilgjengelig i rommet. Det finnes ingen andre autoriteter som vet bedre hva som skal gjøres. Alle beslutninger blir tatt i felleskap. Her må man behag for å drøfte noe daglig med sine kollegaer gjøres dette i rommet mens alle hører på. Dette kan gjøres som en refleksjon, som er en samtale om en samtale. En slags metasamtale. Dette kan også gjøres hvis man er alene f.eks. man vender seg da litt bort fra pasienten, ser en annen vei og drøfter med seg selv. Det kan også gjøres med "reflekterende team", altså at to (dvs) som har sittet og hørt på samtalen, men ikke vært tilstede, sittet bak et speil, kommer inn og reflekterer over det de har hørt, før så å gå ut igjen. Det er viktig at de som reflekterer ser på hverandre og ikke på pasientene / nettvirket. Det er også viktig at medlemmene får anledning til å kommentere det som har blitt sagt ettersom det er noe de er usikre i o.s.v. Refleksjonen har som funksjon å åpne opp for flere perspektiver. Vi fikk panel oss



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 13 av 18

Som "reflekterende team" flere ganger i praksis og vi var også med og reflektere i samtaler noen ganger. I begynnelsen dette vi nok litt på at vi skulle prøve noe og at vi måtte si noe domstøtt og bra. Etterhvert lærte vi oss og slappe mer av, lære oss tilbake og si hva vi ble oppatt av. Det kan ikke sies så mye feil. Det gikk opp et lys for meg etter en undervisning med Per Anne Lidbom som sa "det driver seg ildre om å finne ut hva dette handler om, men hvordan det er å være i".

* Psykologisk kontinuitet

Dette garanteres ved at behandlerteamet følger opp pasienter både ved poliklinisk behandling og ved en eventuell sykehusinnleggelse. Det er også viktig å følge opp pasienter slik at de opplever at de får nok tid og tilgjengelighet. Man lager avtaler ut ifra når pasienten ønsker ildre når de profesjonelle har tid. Den første tiden i en krise vil det være nødvendig å møtes hver dag, etterhvert vet nettverket best hvor ofte man bør møtes.

* Toleranse for usikkerhet

Fagpersonens oppgave er å bygge deltakere på at det finnes ingen ferdige løsninger på problemet. Dette kan være svært vanskelig når man står i en krise og alle egentlig bare vil komme ut av den med å finne en løsning. Målet er å mobilisere ressurser og å sette ord på opplevelsene. Dette er et svært viktig punkt sier Lidbom, og som kanskje "stikker" mye mot den tradisjonelle



Emnekode : PSY 506
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 19 av 18

oppfatningen vi fagpersoner har. Det er jo helt motsatt av slike vi er vant til i jobbe. Vi er vant med å skulle ha en løsning på problemet, nå skal vi og nettverket til disse usikkerheter - det er da det ofte skjer noe positivt sier Lidsom.
Anti psykiatriske medisinering starter heller ildet opp på første møte. Dette bør diskuteres på minst 3 møter før man evt. begynner med medisinering. Dette er annleides den andre praksisen, hvor man ofte starter medisinering med en gang for å få frem symptomer. Man er redd at medisinene vil fjerne pasientens psykologiske ressurser som han/hun trenger.

* Dialogisme

Fagpersonens oppgave er å skape tillit og trygghet, å legge til rett før dialog, slik at nye perspektiver kan komme frem. Behovet for kontroll tones veldig ned, fagpersonen skal bare følge med. Og fagpersonen må stole på at de viktige temaene vil komme opp i løpet av samtalen og på de tidspunktene som deltakerne er klar for det. Både av pauser og ha et tempo som er tilpasset personens indre dialog.

Ellers så planer man å organisere samtaler ved at alle sitter i en ring, svar følges opp med nye spørsmål, det er viktig med så åpne spørsmål som mulig i begynnelsen. Og det er svært viktig at alle deltakerne får anledning til å si noe i begynnelsen av samtalen. Dette blir ofte et monologisk utsagn, men det er svært viktig at alle gjør dette, hvis ikke kan man risikere å avbryte en dialog, hvis man ildet har kommet til ende før langt ut i møtet. Det er også svært viktig å



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 15 av 18

gi respons til hvert uttrykk, det kan være nok med et "mmm", nikke o.s.v. Dette dædi dialog handler om bekreftelse, anerkjennelse og avvistning. Det verste vi kan oppleve er fravær av respons. Dette bekrefter et dunn fra forskningen til Tore Dag Bør, en gutt som hadde blitt avvist i skolegården, svarte slik på hvordan han ~~den~~ hadde opplevd det "Det var som å bli slått ihjel". Det er et skutt utsagn.

Jeg mener dette er en arbeidsform som har veldig mye å si for seg i møte med mennesker i krise. I min praksisperiode fikk jeg se mye av dette arbeidet i praksis, men selvfølgelig ikke ^{alt} helt "etter boka". Og Oda ble ikke møtt etter alle disse 7 prinsippene, men absolutt ~~med~~ flere av de. Det må vel nesten et paradigmeskifte* til dersom man skal kunne jobbe etter alle disse prinsippene? Jeg tenker at da må kommunen og sykehuset samarbeide mye tettere, eller nesten "slås sammen" på et vis hvis det skal være mulig, i hvertfall ifht. prinsippet om psykologisk kontinuitet. Mine veiledere gjorde det de kunne ifht å være fleksible. Oda kom jo i samtale til den egen datteren som Oda ønsket å utrede for ADHD m.m. (Finne ut hvis det er hun sliter med). Veilederne mine fant ut at de ville ha noen egne samtaler med mor og det var da hun endelige "åpnet" seg opp med sine opplevelser fra barndommen, sin sørete ifht moren hennes, søns hennes o.s.v. De virkelig spilte henne med tilstedeværelse og kjærlighet som jeg her beskrevet tidligere i oppgaven. Og hun uttalte at det var godt å

* innerst
profesjonell
hjelp



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 16 av 18

endelig ha noen å snakke med dette om. Noen hun hadde tillit til. Noen hun kunne finne ordene hos og sett ord på sin smerte for første gang.

Som studenter drøftet i samtaler og prosesser underveis med veilederne våre. Jeg lute på om de hadde vurderet å trekke inn nettvakt til Oda, f.eks. mor tante o.s.v. Kanskje moren kunne forstå hvordan hun har det ved hjelp av et slikt nettverksnett? Dette hadde de vurderet, men de hadde funnet ut i samarbeid med Oda, at de heller ville jobbe med at Oda kunne ta enda mer avstand fra sin mor. Det var det hun egentlig ønsket, men ikke hadde samvittighet til. Så i samarbeid med Oda jobbet de også litt etter kognitiv terapi's prinsipper som går ut på å erke tanker, følelser og handlemåter. Helt konkrete ting som at Oda skulle bli flinkere til å si nei, bli bedre til å lytte til seg selv, og ildde fullt se oppfatt av å "please" alle andre.

Veilederne mine var som sagt fleksible, i om at det var datteren til Oda som var berørt kunne ikke de ha ^{ubegrenset med} ~~potensial~~ potetliniske samtaler med Oda. Hun hører jo egentlig til i voksenpsykiatrien, men de valgte å ha samtaler med henne til hun var trygg nok til å gå videre til en ny samtalebehandler i DPS. Dette gaet hun seg veldig for, og da tilbød en av veilederne mine seg at hun også kunne dette på disse samtaler til Oda var trygg nok til å gå der alene. Dette er absolutt ikke noe hun hadde "trengt" å gjøre, men hun velger å gjøre det. Som Seikkula og Topor skriver det handler ^{nu} om å overbride de profesjonelle grensene, enn



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 17 av 18

å takke de. Lurer du hva som skjedd med
datteren til Oda? Etter mye utredning fant noen
i ABUP-systemet ut at hun hadde OCD, obsessive
compulsive disorder, også kalt tvangslidelse på norsk. Og
hun kom i egen gruppeterapi for dette i regi
av ABUP. Her jobber man også etter kognitive
metoder, eller kognitiv alders terapi. Behandlingen går
kort fortalt ut på å eksponere seg for det man
er redd for / har tvang på og å unnlate å gjøre
den tvangshandlingen / tanken du plier å gjøre. (Eksponering
med responsprevenasjon) Så hvis datteren til Oda har
tvang på å sjekke låsen er låst, så må hun bare
på dette mange ganger - uten å få lov til å gå
tilbake å kontrollere. Jeg skal ikke si mer om
dette, jeg vil bare nevne at jeg tror også kognitiv
terapi har mye å by på, som et slags supplement
til åpne samtaler i nettverk.

En annen viktig ting å nevne er verdien av
gruppe terapi. Dette har jeg hørt mange ungdommer
som har sagt, eller andre voksne som har deltatt
i gruppe terapi / støttegrupper / likemannsgrupper. Verdien av
å se at man ikke er alene om å ha det vanskelig,
det å gi og få støtte, trøst, le, vite hvordan
hvorandrer ~~er~~ det, sier de er utrolig verdifullt. Og
ikke minst, det å være sammen med andre som
har kommet gjennom en sorg eller bise sier både de
og Byrgegrav at er utrolig verdifullt. Personen blir
et sted fortællende hjørne, noe som kan være livs-
avgjørende når alt virker håpløst (Alain Toppel)

Dette halvåret med praksis og emnet "Mett med manuskript"



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 712
Dato : 6.12.13
Ark nr. : 18 av 18

har vært utrolig lærerikt. Jeg har endret meg både som fagperson og personlig. Jeg har blitt enda mer ydmyk overfor andre mennesker og den hjelpen vi som psykisk helsearbeidere skal være med å tilbringe. Jeg trives fantastisk godt i praksis og kunne gjerne vært der mye lenger før å lære og sugge til meg inntrykk. Skal man jobbe etter arbeidsmetoden åpne samtaler i nettverk tester jeg det beviser mye erfaring og det hadde sikkert vært bra og være med i samme nettverks møter mange ganger før man end skulle hatt ansvaret selv. Det kan høres tilsynelatende enkelt ut, fordi vi skal jo ikke ha noen "surr", men det er likevel en kunst å lede samtaler ut i fra de 7 prinsippene.

Åpne samtaler i nettverk kan være både lærende og trøstende. Lærnde fordi arbeidsmetoden har gode resultater. Det har blitt forsket mye på, og forskningen viser at pasienter har færre sykehusinnleggelse, bruker mindre medisin og blir rett og slett ikke så syke. Imidlertid kan den ikke trøstende fordi den bryter med det huskede paradigmet innenfor profesjonell hjelp. Den snur jo egentlig opp ned på alt innenfor disse avdelingene på psykiatriske sykehusavdelinger. I stedet for at vi som fagpersoner skal være ekspertisen og ekspertene, skal man sammens med pasienter utvide en felles faglig ekspertise. Jeg håper dette kan bli fremtiden?