



Utdanning i psykoterapi ved psykoser

## **SEPREP**

### **Utdanning i psykoterapi ved psykoser (UPP)**

**Toårig utdanningstilbud til individualterapeuter  
i kommune- og spesialisthelsetjenesten**

Mange personer med psykose ønsker og evner individuell samtaleterapi

Person - og relasjonsforståelse er grunnpilarer i utvikling av identitet og sosial kompetanse

Et bedringsperspektiv gir en god ramme for dialog og samarbeid rundt myndiggjøring av personen

Fellesfaktorer i psykoterapi forener terapeuter som kan lære teknisk mangfold av hverandre

Teknisk mangfold danner grunnlag for individualisering av terapien

SEPREP har utviklet en pragmatisk tilnærming til psykoterapi som bygger på disse perspektivene

SEPREPs utdanning i psykoterapi ved psykoser gjør deg bedre egnet til å forstå og samarbeide med pasienten på en bevisst og systematisk måte

## **GENERELL INFORMASJON**

### **Bakgrunn og målgruppe**

Utdanningen startet i 1993. Den er et videreutdanningstilbud til psykoterapeuter som praktiserer individuell psykoterapi med mennesker med alvorlige former for psykose. Utdanningen finansieres delvis av Helsedirektoratet. Deltakerne eller arbeidsgiver må betale semesteravgift og veiledning. Opprinnelig var seminaret for leger og psykologer med grunnleggende psykoterapi-utdannelse. Nå kan også høyskoleutdannede terapeuter med spesialutdannelse delta. Relevant erfaring med individualterapeutisk arbeid er helt sentralt.

Rundt 200 terapeuter har fullført seminaret. SEPREP ønsker å starte nye seminarer straks nok kandidater har meldt seg. Det er derfor viktig at du melder interesse ved å søke og å motivere kolleger til å gjøre det samme.

### **Målsetting**

Målsettingen er kompetanseheving innen diagnostikk og fasespesifikk individualisert psykoterapi i forhold til personer med psykoselidelser. UPP søker å gi terapeuten bedre forståelse og trygghet i forhold til hva som skjer i relasjonen, samt i valg av behovstilpassede strategier og teknikker. UPP er forankret i en psykodynamisk relasjons- og personforståelse, men inkorporerer hele tiden nye teknikker i symptombehandling, blant annet fra kognitiv terapi og narrativ terapi. Vi søker en pragmatisk tilnærming i tråd med forskning, klinisk erfaring og brukenes erfaring med bedringsprosesser. Fokus på hele personen, symptommestring og hjelpsøkingssatferd står sentralt. UPP vektlegger å finne en behandling som er i harmoni med brukernes egne bedringsprosesser og livsmål. Dermed kan terapien oppleves som meningsfull og nyttig, noe som øker muligheten for å oppnå en terapeutisk allianse. SEPREP har av samme grunn direkte brukermedvirkning i utviklingen av UPP.

### **Arbeidsformen**

Kandidatene må presentere veiledede terapier parallelt med seminaret i hele seminartiden. Seminarene veksler mellom litteraturgjennomgang med diskusjon og fremleggelse av pasientmateriale.

### **Veiledningen**

For at seminaret skal godkjennes må attest for veiledning i minst 70 timer i tilknytning til seminaret fremlegges. Veileder må godkjennes av SEPREP. Veiledningen kan foregå individuelt eller i grupper på to til fire kandidater. Timerammen utvides med ti timer ved tre og tjue timer ved fire i gruppen.

### **Rammene for seminaret**

Seminargruppen består av 6 til 10 kandidater, ledet av en seminarleder. Seminarene holdes der hvor kandidatene holder til og starter snarest mulig etter at minst seks kvalifiserte kandidater har forpliktet seg til å delta. Tidsrammen er 160 seminartimer fordelt på 4 semestre, med 5 – 6 samlinger per semester. Av disse er det vanligvis en dobbeltsamling per semester.

### **Semesteravgiften**

Semesteravgiften er for tiden (januar 2024) kr 13 000,- per semester. Den justeres fortløpende.

### **Gjeldende pensumliste**

Pensumlisten består av relevant litteratur og er veiledende. Den kan variere litt, alt etter den enkelte seminarleders preferanser, eller innspill fra seminardeltakerne. Innholdet dekker de samme temaene og revideres fortløpende i pakt med forskning og klinisk erfaring. Nedenfor (vedlegg 1) finner du pensumlisten som er i bruk nå (juni 2020).

## OPPTAKSKRITERIER OG SØKNAD

### Gjeldende opptakskriterier (per 30.11.13)

- 1) Leger og psykologer er kvalifiserte, samt personer med helse- og sosialfaglig høyskoleutdannelse etter særlige vurderinger
- 2) Søkere med høyskoleutdannelse må dokumentere at de har en spesialisering på toppen av dette, som er relevant for psykoterapeutisk forståelse
- 3) Søkerne må ha individuelt psykoterapeutisk behandlingsansvar. Alle typer pasienter regnes med
- 4) Søkerne må ha et visst minimum av teoretisk psykoterapeutisk grunnforståelse, ervervet gjennom kurs eller systematisk undervisning. Grunnutdannelse fra et psykoterapiinstitutt er ønskelig, men ikke nødvendig
- 5) Søkerne må beherske lesing av engelskspråklig faglitteratur

Søkernes samlede kliniske og akademiske kvalifikasjoner vurderes helhetlig og liberalt.

Kandidatene må forplikte seg til å stå i veiledet individualpsykoterapeutisk arbeid med pasienter med psykoselidelser i hele seminartiden.

### Slik søker du:

- 1) Last ned, fyll ut og send inn "søknadsskjema" til toårig seminar i psykoterapi ved psykoser (skjema 1 nedenfor). Skjemaet sendes til [Ingrid.nyhus@seprep.no](mailto:Ingrid.nyhus@seprep.no)
- 2) Dersom du godkjennes som kandidat vil du få tilsendt tilbud om plass på nærmeste (eller annet sted dersom ønskelig) seminar.
- 3) Før seminaret starter får du tilsendt "skjema for bindende påmelding" (skjema 2 nedenfor). OBS: Ved å takke ja til plass, forplikter du deg til å delta og å betale semesteravgift i fire semestre.

## III REGISTRERING AV INTERESSE

SEPREP starter UPP seminar når nok kvalifiserte kandidater har meldt seg. Det er derfor av stor betydning at du melder din interesse ved å søke dersom du mener UPP er noe for deg. Prøv å motivere kolleger til å gjøre det samme. Oppgi gjerne ønske om seminarsted. Husk at du ikke binder deg til noe før du eventuelt har takket ja til plass.

### Ytterligere informasjon

Dersom du ønsker ytterligere informasjon om UPP kan du sende e-post til SEPREFs førstekonsulent: Ingrid S. Nyhus ([ingrid.nyhus@seprep.no](mailto:ingrid.nyhus@seprep.no)), eller undervisningsleder for SEPREF UPP: Leif Jonny Mandelid ([leif.jonny.mandelid@seprep.no](mailto:leif.jonny.mandelid@seprep.no)).

Med vennlig hilsen

Leif Jonny Mandelid  
undervisningsleder  
SEPREP UPP

Skjema 1

**SØKNADSSKJEMA TIL SEPREP TOÅRIG SEMINAR I UTDANNING I PSYKOTERAPI VED PSYKOSER (UPP)**

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Privattelefon: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Arbeidssted: \_\_\_\_\_

Telefon jobb/e-post: \_\_\_\_\_

Ønske om seminarsted:

Begrunnelse for å ta utdannelsen:

Arbeidserfaring i voksenpsykiatri (sted og tidspunkt):

Psykoterapeutisk utdanning/erfaring:

1. Teoretisk utdanning i psykoterapi (individuell/gruppe/familie):

2. Mottatt psykoterapiveiledning:

3. Psykoterapeutisk praksis:

4. Psykoterapeutisk praksis i nåværende arbeidssituasjon:

5. Nåværende psykoterapiveiledning, erfaring fra andre fora/sammenhenger som kan ha betydning for utvikling av psykoterapeutisk kompetanse



## Utdanning i psykoterapi ved psykoser

Skjema 2

### Tilbud om plass og bindende påmelding

Takk for søknad. Du er blitt tildelt plass på toårig (4 semestre) seminar i individuell psykoterapi ved psykoser. Vennligst send oss vedlagte skriftlige bekreftelse på at du tar imot plassen innen tre uker.

Ved å ta imot plassen forplikter du deg til å betale semester avgift (4 semestre). Den er p.t. kr 13 000,- per semester.

For å få endelig godkjenning av seminaret må du også fremlegge attest på minimum 70 timer veiledet individuell psykoterapeutisk arbeid med pasienter med en psykoseproblematikk. Du må også ha vært til stede på minst 80 % av seminartiden.

Seminaret vil bli avholdt i:

og beregnet oppstart er:

Leder for seminaret vil være:

Kontakt oss dersom du har spørsmål om denne påmeldingen.

SEPREP ønsker deg hjertelig velkommen til seminaret.

Med vennlig hilsen,

Leif Jonny Mandelid  
Undervisningsleder  
SEPREP UPP

Vedlegg: Svarslipp med bekreftelse på at du tar imot plassen

## Svarslipp/bekreftelse

Ja, jeg godtar betingelsene ovenfor og tar med dette imot plassen på fire semesters utdanning i individuell psykoterapi ved psykoser.

Vennligst send meg informasjon om tid og sted for oppstart av seminaret.

Sted og dato:

---

---

underskrift

Svarslippen returneres innen 14 dager til:  
Ingrid.nyhus@seprep.no

SEPREP v/ Ingrid S. Nyhus  
Jacob Aalls gate 30  
0364 Oslo



## SEPREP UTDANNING I PSYKOTERAPI VED PSYKOSER (UPP)

### PLAN FOR SEMINAR OVER TO ÅR

#### Bakgrunn

I Norge er det behov for videreutdanning av psykoterapeuter som arbeider med mennesker med alvorlige psykiske lidelser. SEPREP tilbyr derfor et toårig fordypningsseminar for psykologer, leger og høyskoleutdannede terapeuter med spesialisering innen psykisk helsearbeid.

I tråd med ønsker fra brukerne, klinisk erfaring og forskning mener vi at individuell samtalebehandling bør tilbys i et hvert behandlingsopplegg, enten det varer i kortere eller lengre tid. I psykiske helsearbeid i Norge har det vist seg vanskelig å rekruttere og beholde individualterapeuter på dette området. En har i mange fagmiljøer sett en økende fokusering på biologiske årsaksforhold ved psykoser som kan ha bidratt til en nedprioritering av psykoterapi. Vi ser ingen grunn til det, ettersom psykoterapi i stor grad handler om å klare å leve optimalt med den organismen en har. All funksjonssvikt og lidelse rammer en person som samhandler med et miljø. Pendelen svinger dessuten tilbake mot utfordringer knyttet til sammenfall mellom psykose, tilknytningsforstyrrelser, traumer og kognitiv svikt. Funn fra nevrovitenskapene og psykologisk forskning lar seg mer enn før forene som grunnlag for psykoterapi

SEPREP ønsker gjennom sitt toårige seminar å utdanne behandlere som har kompetanse til å vurdere muligheter og begrensninger ved psykoterapeutiske opplegg. Det kommer dessuten stadig nye forskningsresultater og behandlingsformer, samt ulike integreringer av disse. SEPREP ønsker å bidra til kontinuerlig utvikling på fagfeltet, ved å revidere pensum i tråd med dette.

#### Målsetting

Seminaret skal gi opplæring i individuell psykoterapi ved psykoser, spesielt de variantene som historisk har fått betegnelsen schizofreniene, selvforstyrrelser eller non-affektive psykoser.

1. En ønsker kompetanseheving med hensyn til utarbeidelse av en dekkende livshistorie (anamnese) og øvrige undersøkelser som er nødvendige for å etablere et best mulig utgangspunkt for gode behandlingsstrategier. I dette inngår en forståelse av ytre rammebetingelser for behandling og personens livskontekst generelt.
2. Seminaret skal heve kompetansen i etablering og utvikling av en terapeutisk relasjon til pasienten. Samtidig vil en øke terapeutens bevissthet om sin rolle som relasjonspartner i forhold til pasienten og samarbeidspartner i psykisk helsearbeid rundt pasienten, pasientens pårørende og nettverk..
3. Seminaret ønsker å gi den enkelte terapeut faglig integritet og trygghet gjennom analyse, gjennomarbeiding og integrering av teorier. Dette innebærer også en bevisstgjøring og fokusering på terapeutens egne reaksjoner i terapiprosessen, og hvilken betydning det kan ha for diagnostikk og valg av intervensjon.

Seminaret tar sikte på å gi økt kompetanse gjennom en bred terapeutisk og klinisk tilnærming, slik at terapeuten kan velge mellom forskjellige innfallsvinkler i psykoseterapi. Dette innebærer en bevisstgjøring av at terapeuten også arbeider som administrator, veileder og deltaker i team og behandlingsnettverk.

## **Faglig grunnlag**

Hvilken grunnholdning og terapeutiske metode en velger å bruke er nært knyttet til forståelse av de bakenforliggende årsaksforholdene og utvikling av psykotiske lidelser. Psykoselidelser er svært kompliserte og sammensatte med hensyn til årsaker og utforming. Vi kan forklare en del av dette, men mye overlates ennå konstruksjon en brukbar forståelse av hva psykosen dreier seg om og hvordan den best kan håndteres. Vi vil derfor ta med både psykologiske, sosiale og biologiske bakgrunnsforhold. Pasienten opplever ofte en dyp psykisk smerte og sosial marginalisering. De seneste årene har en i økende grad vektlagt stressfaktorene som utløste det psykotiske sammenbruddet. Videre vil en se på familiedynamikk i et videre perspektiv. Likeledes nevrobiologiske avvik som kan ha bidratt til sårbarhet for stress og redusert sosial fungering. Psykose er ofte beskrevet som en psykologisk tilstand preget av brudd med forståelsen av felles menneskelige realiteter, vansker med regulering av sterke affekter, persepsjonsforstyrrelser og subjektiv tankegang preget av sviktende mellommenneskelig konsensus. Konsekvensen blir vansker i kommunikasjon og kontakt med andre. Vi kan si at psykotiske tilstander er ekstreme varianter av tilstander som kan gjenfinnes hos alle. I dette ligger grunnlaget for en dimensjonal forståelse av psykoser og empati. En psykotisk tilstand medfører også fare for en unødig negativ påvirkning av livskvalitet og livsløp grunnet i for stor behandlingsmessig pessimisme, stigma og sosial marginalisering. Det har videre vist seg at jo mindre ressurser pasienten har psykososialt og mentalt, desto større fare for langvarig svikt i evnen til tilpasning etter den akutte psykotiske krisen. Tidlig oppdagelse og oppfølging innenfor et bedringsperspektiv kan gi mennesker med psykoser et langt bedre livsløp enn den historiske pessimismen tilsa. Vi vet i dag at bedring er mulig og at prognosen bedres ved god og langvarig oppfølging fra tidlig i sykdomsforløpet. Vi forsøker også å gi et grunnlag for håndtering av komorbide tilstander som rus og psykose.

De seneste årene har brakt betydelige fremskritt når det gjelder å identifisere, analysere og forstå de psykologiske prosessene som er involvert i en psykose. I økende grad har en blitt klar over hvor viktig det er å forstå affekt og følelser i sykdomsbildet. Respekt, forutsigbarhet, trygghet og regulering av affekt vil ofte gå foran og bane vei for mer verbaliserte og kognitive intervensjoner. I neste omgang kan en arbeide mer analytisk i forhold til pasientens sviktende symboliseringsevne og kognitive feller.

Noe av det spesielle ved psykoseterapi ligger også i at pasientene ofte ikke er behandlingsmotiverte, at de benekter sine åpenbare problemer og at det å definere dem som "syke" kan bli et nytt traume. Psykoterapeuten må derfor i høyeste grad være klar over pasientens subjektive opplevelse, og balansere såkalt realitetsorientering på en måte pasienten kan leve med.

Ut fra vår forståelse av psykotiske menneskers behov, vil vi legge vekt på at psykoterapeuten er aktiv selvavslørende, åpent lyttende, kreativ og bekrefter pasienten som menneske. På denne bakgrunn satser en på en varig allianse som er trygg nok til at pasienten evner å mentalisere og optimalisere sine reaksjoner i en vanskelig livssituasjon. Sentralt i slike behandlingsopplegg er også å øke pasientens evne til mestring av symptomer og ta i bruk sine ressurser.

## **SEPREPs rolle**

Litteratur og pensum utarbeides av Fagrådet for SEPREPs UPP i samarbeid med undervisningsleder og godkjennes av SEPREPs styre. Fagrådet består av leger, psykologer, sykepleiere og minst en brukerrepresentant. Undervisningsleder godkjenner seminar deltakere på bakgrunn av skriftlige søknader, samt veiledere til UPP. Undervisningsleder har også ansvaret for den løpende organiseringen av seminarer og nødvendige møter mellom seminar lederne. SEPREPs styre gjør løpende vurdering av seminarenes innhold, form og målsetninger i samarbeid med deltakerne, seminar lederne og undervisningsleder.

## **Revidert av undervisningsleder Leif Jonny Mandelid**

Da SEPREP ble etablert for tretti år siden var den spesifikke ambisjonen å heve kompetansen i forståelse og behandling av de alvorligste formene for psykiske lidelser, mentale tilstander som tradisjonelt har vært plassert i de ulike schizofrenikategoriene. Til tross for at bedring fra disse lidelsene er langt mer mulig i dag vedvarer mange problemer med pessimisme og stigmatisering som hefter ved termen schizofreni. I stedet foretrekker vi å omtale disse variasjonene i menneskelig eksistens i mer nøytrale termer, som for eksempel selvforstyrrelser og relasjonelle utfordringer. SEPREPs Utdanning i Psykoterapi ved Psykoser står i tradisjonen moralsk behandling som ble formulert av republikaneren Pinel i Paris etter den franske revolusjonen mot slutten av syttenhundretallet. Den har i ettertid blomstret til en rik flora av psykososial behandling av mennesker med alvorlige sinnslidelser på humanistisk grunnlag. Sentralt i dette er synet på pasienten som medborger med rett til å ha medbestemmelse i forhold eget liv og samfunn. Pinel praktiserte brukermedvirkning gjennom å sammenholde sin egen kunnskap som lege med rapporter fra pasienter om hva som hadde bidratt til deres bedring som grunnlag for behandling. Han understreket også viktigheten av nitid kjennskap til den enkelte og å avstå fra tvang så langt som mulig og forsvarlig. Likeledes at pasientene har samme grunnleggende behov og rettigheter som andre i samfunnet. SEPREPs statutter gjenspeiler denne holdningen i nåtidige formuleringer av menneskerettigheter, brukermedvirkning og recovery.

SEPREPs Utdanning i Psykoterapi ved Psykoser har fastholdt sitt humanistiske verdigrunnlag, men gjennomløpt en rekke innholdsmessige endringer siden starten. Disse endringene er ment å gjenspeile både det som historisk har vist seg holdbart og ny kunnskap på feltet. Pioneren Endre Ugelstad og hans krets var sterkt forankret i psykoanalyse, særlig objektreasjonsteori. Det var den dominerende retningen innen psykoterapi ved psykoser den gangen. Vi har tatt vare på betydningen av relasjonsforståelse som et bærende element i terapien. Likeledes tilknytningsteoretiske og utviklingspsykologiske perspektiver. Nettopp på disse områdene har vi gjennom nyere forskning fått supplerende og utdypende kunnskap som vi ønsker å bygge videre på. Ikke minst har nevrovitenskapene gitt ny støtte for tidlige og mer intuitive forståelser av hva som utspiller seg på nevrontalt plan i møtet mellom mor og barn, terapeut og pasient. Vi har på den andre siden trukket inn Lacans formuleringer av psykosens struktur som språklig basert. Fra fenomenologisk og hermeneutisk tenkning på det europeiske kontinentet har vi bragt inn forståelse av forstyrrelser i personens førstepersonsperspektiv som viser seg som grunnleggende selvforstyrrelser. Dette synes viktig for å vite på hvilket nivå terapeutiske strategier må settes inn for å kunne ha helende og vekstfremmende virkning i forhold til alvorlige identitetsforstyrrelser. Vi har satt enda mer fokus på utfordringer knyttet til fravær av common sense og manglende inntreden i et felles språk med andre. Sist, men ikke minst, har vi trukket inn ulike varianter av kognitiv terapi rettet både mot enkeltstående symptomer og mangel på personlig samletthet og selvaksept. Fra forskning på recovery har vi hentet ideer om viktigheten av møtet med andre mennesker som har tro på at bedring er mulig og som respekterer pasienten som velgende og handlende agent. Nytt er også en dypere analyse av ulike maktforhold som kan utspille seg i møtet mellom pasient og terapeut. Forståelse av disse er avgjørende for at pasienten skal få beholde sin frihet og at terapien ikke forfaller fra dialog og samvalg til kontroll og manipulasjon. Utdanningen er dermed ikke lenger rent psykodynamisk, men henter forståelse og teknikker fra ulike terapeutiske retninger på pragmatisk vis, ikke minst fra filosofi og etikk. Vi tenker oss nemlig at terapi først og fremst er et etisk prosjekt, dernest relasjonelt og teknisk. Vi har tro på at slik pragmatisme er det beste grunnlaget for individualisert og dermed virksom terapi, som forutsetter at den enkelte opplever seg sett og hørt.

På slutten av 1800-tallet forsøkte Freud å utforme et vitenskapelig prosjekt som var forankret i både biologi og psykologi. Han lyktes ikke i helt i det, ettersom verken nevrovitenskap eller psykologi var tilstrekkelig utviklet til å kunne heve seg ut over biologisk eller mentalistisk reduksjonisme i form av et hittil uforklarlig skille mellom hjerne og bevissthet. Et dualistisk skille som historisk sett har ødelagt for synet på behandling av alvorlige psykiske lidelse gjennom enten-eller forståelser i stedet for både-og forståelser av årsaker og heling. Vi vet fremdeles for lite sikkert om årsakene til dette skillet til å forklare det, men er mer overbevist enn noensinne om at det dreier seg om to sider av samme sak. Få har formulert dette bedre enn filosofen Ricoeur, som konkluderer med at mennesket styres av både årsaker og grunner. Årsaker forstått som biologiske prosesser og grunner forstått som opplevelse av mening basert på tolkninger av erfaringer. SEPREPs Utdanning i Psykoterapi ved Psykoser har som ambisjon å gjenspeile et slikt helhetlig perspektiv på enheten mellom kropp og sjel. I dag har vi trolig tilstrekkelig kunnskap fra nevrovitenskap, utviklingspsykologi og tilknytningsteori til å kunne påstå at det er kunstig å skille helt mellom farmakaterapi og psykoterapi. Psykoterapi er mellommenneskelig samhandling i en relasjon hvor begge parter nevronale biokjemiske og strukturelle prosesser fortløpende aktiveres på henholdsvis oppbyggende eller nedbrytende vis. Mennesket kan både brytes ned og heles i relasjoner. Det er derfor helt avgjørende at psykoterapeuter er seg bevisst dette, for å unngå repetisjon av nedbrytende prosesser og bidra til annerledes og helende prosesser. Både medisin og affektregulerende psykoterapi kan bidra til en optimal

aktivering i nervesystemet og slik både være en ny positiv erfaring i seg selv og danne en gunstigere ramme for endring av det kognitive innholdet i ny læring.

SEPREPs utdanningsprogram har helt siden starten bygget på at psykoterapi og psykososial habilitering og rehabilitering ved psykoser er å betrakte som relasjonsarbeid. I dette nye pensumet har vi valgt å gå enda dypere inn i dette ved større vektlegging av tilknytningsteori for å forstå sammenhengen mellom tidlige relasjonelle traumer og det som utspiller seg i overføring og motoverføring på et førspråklig plan. Mye av grunnlaget for alvorlig psykisk lidelse kan ha sitt utspring i relasjonell svikt før barnet fikk noe språk. Vi tenker oss at dette da lever videre i en språkløs form, såkalte enactments eller handlingspråk» i møtet med andre og terapeuten. Til slike enactments svarer et nivå av det ubevisste som aldri har vært verbalspråklig formulert og dermed heller ikke har blitt avvist eller fortrent på noen annen måte enn en ubevisst emosjonell lekkasje til og fra andres følelser. Det er denne samhandlingen forut for eller parallellt med et verbalt språk vi ønsker å rette oppmerksomheten mot, slik at terapeuten kan ha begreper om sin funksjon som psykiologisk affektregulator. Dette pensumet har som et hovedfokus å bidra til forståelse av hva som utgjør en korrigerende emosjonell erfaring gjennom terapi nedenfra-og-opp som kan danne grunnlag for, og ramme rundt mer kognitivt baserte ovenfra-og-ned intervensjoner: først rammene for ny språklig basert kognitiv læring og deretter innholdet i den. Det sier seg selv at en større vektlegging av fellesfaktorer og mindre vektlegging av spesifikke faktorer i terapien følger av dette. Det å etablere og holde ved like en relasjon innebærer i denne sammenhengen noe langt mer enn en arbeidsallianse rundt enighet om spesifikke mål og midler i terapien. Det innebærer forståelse av at det å være en omgivelse og en container i forhold til pasienten er en forutsetning for at for eksempel fortolkning, kognitiv trening eller kognitiv reformulering, i det hele tatt tenkning, blir mulig. En slik relasjon trenger dessuten å være trygg og langvarig for at nevronal restrukturering og dermed helende effekt av kontakten skal finne sted og bli konsolidert. Vi snakker altså om lange løp som går ut over rask tilgang til utredning og diagnostisering. Fornuft, logikk og telling er ikke tilstrekkelig uten praktisering av agape, uselvvisk kjærlighet.

Terapi er noe fundamentalt annerledes enn kategorisering og atferdskontroll. Psykoterapeutens rolle er kvalitativt annerledes en ideologens, psykiatologens og voktersens. Psykoterapeuten må forholde seg til det singulære i det enkelte individet og dets unike nettverk, og bør avstå fra en standardisert og tingliggjørende praksis. En standardisert tilnærming som favoriserer terapeutenes credo og agenda representerer en alvorlig risiko for empatisk svikt. Terapeuten bør klare å leve med angsten som følger av å ikke vite eller forstå til enhver tid. En forståelse av psykologisk teori som terapeutenes intellektualiseringsforsvar mot kaos og forvirring kan være nødvendig og nyttig for at terapeuten skal klare å bevare fatningen. En slik sinnsro åpner for at også pasienten bedre klarer å leve med sin angst og forvirring. Ikke minst danner en slik holdning fra terapeutenes side et grunnlag for empati med pasienten: pasientens forestillinger kan være en tilsvarende flukt fra kaos som terapeutenes. Det som gjenstår da er fravær av felles forståelse, eller common sense. I denne situasjonen fins ingen snarveier til møtet med pasienten, hvor en må prøve å gjenopprette felles forståelse gjennom dialog.

En dypere forståelse av språkets rolle ved psykoser vil også måtte innebære at terapeuten kjenner til hvordan fravær av common sense kan være et grunnleggende problem. Fravær av common sense gir psykosen en struktur som skiller den fra personlighetsforstyrrelser og nevroses, altså lettere psykiske lidelser. Common sense slik Aristoteles definerte det kan deles i to former: personlig og sosialt. Den første er fravær eller bortfall av en samsans eller fellessans som gjør at personen opplever seg som hel og sammenhengende over tid med et selvsagt eierforhold til egen kropp, historie, intensjoner, følelser, tanker og handlinger. Svikt i dette ses ofte ved alvorlige psykiske lidelser som ulike former for selvforstyrrelser: forstyrrelser i førstepersonsperspektivet eller innenfraperspektivet. Den andre formen for svikt i common sense innebærer bortfall eller svikt i selvsagt innforståthet med et felles språk med andre. En manglende forståelse og innordning under uskrevne sosiale spilleregler eller kultur som gjør personen til en påfallende normbryter som er vanskelig for andre å forstå. Samtidig er det tilsvarende vanskelig for personen å begripe hva andre rundt ham mener eller foretar seg. Begge parter får vanskeligheter med å forstå og å bli forstått i forhold til hverandre.

Selvforstyrrelser var rimelig godt dekket i pensum fra før. I dette nye pensumet har vi imidlertid valgt å gå enda dypere inn i en språkbasert forståelse av psykosens struktur. Vi har derfor i større grad trukket inn Lacans syn på psykose forstått som personens sviktende evne til å finne sin egen plass som subjekt, sin egen subjektivitet. Dette er trolig et sentralt aspekt ved realitetsbrist og antakelig selve kardinalkennetegnet ved psykose. Det utviklingspsykologiske utgangspunktet for slike forstyrrelser synes å ligge i manglende inntreden i et felles språk. Konsekvensen blir ofte utvikling av et privat og egenartet språk uten forankring i intersubjektiv konsensus: private koblinger mellom tegn og betegnet. Tilsynelatende metaforer som ikke fungerer som metaforer fordi glidningen mellom tegn og betegnet går for langt og blir et nyord andre ikke forstår betydningen av. Bruddpunktet er der hvor poesien bryter sammen og blir et for andre ubegripelig «kaudervelsk». Dette representerer grensen mellom kunst og vanvidd, et skille som ofte er vanskelig, men viktig å se. Det er viktig at terapeuter og ikke minst pårørende har en forståelse av slike mekanismer. Terapi har som ambisjon å bygge en bro mellom dette ensomme og ubegripelige universet og

en mer felles forståelse. En evne til å skille mellom en subjektiv og en felles forståelse. Vi håper det nye pensumet ivaretar dette bedre enn det forrige.

Perspektiver på metakognisjon og mentalisering dreier seg om å oppdage egen tenkning og dens konsekvenser i forhold til andres responser. Bion hevdet at ved psykoser kan vi ha med tanker uten en tenker å gjøre. Personen befinner seg i et kaos av mer eller mindre bisarre opplevelser uten å se seg selv som eier av dem og uten handlekraft til å rydde i dem. Alternativt kan personen ha låst seg i et svar eller en «forklaring» som er urokkelig i forhold til alternative, mer sannsynlige og felles forklaringer. Terapiens ambisjon vil da være å prøve å få på plass en tenker for disse tankene, et subjekt som kan innta en dialogisk posisjon i forhold til dem og som tåler tvil. En agent som kan observere, eie og kontrollere tankene som sine egne: som kan samle dem til en historie om seg selv og andre. Utfordringen ligger i å bli bærer av en kommuniserbar identitet som får godkjenning av andre. I pensum har vi derfor tatt inn flere tekster om metakognitiv terapi.

Ulike varianter av kognitiv terapi (CBT) ved psykoser har også blitt utviklet de siste tretti årene og foreligger nå i tre såkalte generasjoner. Fra å være rettet mer spesifikt mot enkeltsymptomer som stemmehøring, syner, selvhentføring og såkalte vrangforestillinger har de i tidens fylde integrert aspekter av for eksempel relasjonsforståelse, personforståelse, løsningsfokuseret terapi, narrativ terapi og mindfulness. De har det til felles at de hovedsakelig bygger på verbaliserte intervensjoner og atferdsmessig hypoteseutprøving: en språklig, venstrehemisk ovenfra-og-ned strategi. Disse intervensjonene synes derfor mest hensiktsmessig når pasienten behersker et felles språk med terapeuten, altså ved mindre alvorlige former for psykoser hvor grunnleggende selvforstyrrelser og manglende inntreden i et felles språk ikke er så fremtredende. Da kan en for eksempel arbeide med å skille mellom antakelser og kjennsgjerninger, at noe kan være tenkelig men lite sannsynlig, alternative forklaringer, ulemper med å hoppe for raskt til konklusjoner, osv. I pensum har vi tatt høyde for behandling med CBT både i forhold til å etablere et symbolsk selv, en akseptabel og kommuniserbar personlig narrativ og større grad av mestring i forhold til hallusinasjoner og tolkning av andres hensikter. Altså både identitetsbygging, mestring av spesifikke symptomer og bedret sosial kognisjon.

Tidlig oppdagelse og behandling av både risikotegn og første gangs psykose har vist seg å redusere omfanget av nye tilfeller av psykose, utsette debut og mildne forløpet hos dem som debuterer. Pensum gjenspeiler dette med tekster om forståelse og CBT ved risikotegn og førstegangs psykose. Dette er også relatert til et ønske om å rette oppmerksomheten mot verdien av et bedre terapeutisk tilbud til ungdom. I denne sammenhengen er motvirkning av utenforskap gjennom nettverksarbeid, sosial inklusjon, normalisering og destigmatisering viktige tiltak som vi av plassmessige hensyn ikke får dekket i dette pensumet for UPP, men som et alternativt pensum utviklet for arbeid med barn og unge, UPP Ung, vil ha mer fokus på.

Vi har imidlertid tatt med behandling av personer med komorbiditet i form av psykose, rus og selvskading. Herunder viktigheten av integrert behandling og sunn skepsis til standardiserte sjekklister til forebygging av selvmord. Det mest hensiktsmessige synes å være at noen kjenner pasientens sårbarhet godt og at pasienten har lett tilgang til dem som kjenner vedkommende. Vi har også tro på at skadebegrensende strategier i behandling av komorbiditet kan være gode skritt i riktig retning hvor ideelle eller moralistiske krav om total abstinens ikke fører frem. Pensum søker å ivareta en pragmatisk tilnærming til terapi også her.

Den terapeutiske prosessen som sådan har mange aspekter. Det dreier seg om mer enn etablering, bruk, reparasjon og vedlikehold av relasjonen mellom pasient og terapeut. Det krever at pasienten føler seg respektert, sett og forstått både som enkeltindivid og medborger. Behandlingen må også være behovstilpasset og fasespesifikk. Pensum belyser derfor hva som er hensiktsmessig å gjøre i en akutt overlevelsesfase, en stabiliserende og konsoliderende eksistensfase og en mer sosialt utadrettet levetfase. Først kreves trygghet og beskyttelse. Deretter bekreftelse, oppbygging og konsolidering av en noenlunde adekvat selvopplevelse. Til sist hjelp og støtte til å fungere i mellommenneskelige sammenhenger i familien, blant venner og jevnaldrende, på skole, arbeid eller fritidsaktiviteter. Den terapeutiske prosessen er heller ikke lineær. Det er viktig at terapeuten har fingeren på pasientens puls og raskt kan gjøre riktige grep når pasienten hopper frem og tilbake mellom ulike faser i forløpet.

Til sist i pensum fins tekster om avslutning av terapien, et tema med mange fasetter. Det dreier seg ikke alltid om avslutning etter å ha kommet i mål med alt som måtte være ønskelig innledningsvis, men ofte om å ha kommet videre på noen vis. En økt realisme og evne til å bære sorg og frustrasjon: at lystprinsippet i noe grad er krympet i forhold til realitetsprinsippet. Det dreier seg gjerne også om å få til best mulige overganger til nye støttespillere for pasienten. Sist, men ikke minst å håndtere følelser av skyld og tilkortkommenhet hos terapeuten når terapeuten er den som tar initiativ til avslutning av terapien. Heller ikke dette nye pensumet vil kunne dekke alle sider ved god psykoterapi ved psykoser på en fyldestgjørende måte, men vi håper det kan gi både nye og erfarne terapeuter et rimelig godt teoretisk grunnlag å arbeide ut ifra, innenfor trygge og varige relasjoner.

Pensum er på rundt 2 500 sider.  
Det gir i snitt rundt 95 sider å lese til hver samling.

## Litteratur

Blankenburg, W. (2001). "First steps toward a psychopathology of common sense". *Philosophy, Psychiatry and Psychiatry*, 8, 4, 303 – 314. 12 s.

Bouvet, C. et al. (2018). «From medical insight to narrative insight: Insight as a support for the therapeutic relationship». *Psychosis*, 10, 4, 275 – 285. 10 s.

Brown, D. P. & Elliott, D. S. (2016). *Attachment disturbances in adults. Treatment for comprehensive repair*. New York. W W Norton & Company. Kap. 3, 11-15, Appendix A. 177 s.

Chadwick, P. (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. Kap. 1, 3-7. 145 s.

Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). "Cognitive therapy for paranoia". Kapittel 7 (s. 135 – 162). I: *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons. 27 s.

Chan, M.K. et Al. (2016). «Predicting suicide after self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales». *The British Journal of Psychiatry*, 209, 277 – 283. 7 s.

Davidson, L. (2003). "Living outside schizophrenia". Kapittel 5 (s. 159 – 198). I: *Living outside mental illness*. New York: New York University Press. 39 s.

Davidson, L. et al. (2010). "Agency as the basis for transformation". Kapittel 4 (s. 207 – 248). I: *The roots of the recovery movement in psychiatry*. New York: Wiley – Blackwell. 47 s.

Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). «Sense of self in the recovery from severe mental illness». *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131 – 135. 14 s.

De Masi, F. (2000). "The unconscious and psychosis. Some considerations on the psychoanalytic theory of psychosis". *Int. J. Psychoanal.* 81, 1 – 20. 20 s.

Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction therapy*. New York: The Guilford Press. Kap. 2 og 6. 45 s.

Elliot, M. et al. (2010). "The assessment of theory of mind in schizophrenia". Kapittel 7 (s. 115 – 134). I: *Dimaggio, G. & Lysaker, P. H.: Metacognition and severe adult mental disorders*. London: Routledge. 19 s.

Foucault, M. (2005). «Sindssygdом og psykologi». København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 2-4. 43 s.

Fuller, P. R. (2013). *Surviving, existing or living. Phase-specific therapy for severe psychosis*. Hove: Routledge. Kap. 1-4. 66 s.

Gillespie, M. & Meaden, A. (2010). «Psychological processes in engagement». Kapittel 1 (s. 15 – 42). I: *Reaching out. The psychology of assertive outreach*. London. Routledge. 27 s.

Haugsgjerd, S. (2018). «Å møte psykisk smerte». Oslo: Gyldendal. Kap. 2, 4, 6-8. 121 s.

Huszonek, J. J. (1987). «Establishing contact with schizophrenics: A supervisory approach». *American Journal of Psychotherapy*, XLL, 2, 185 – 193. 7 s.

Inderbetzin, L. B. (1990). "The treatment alliance". Kapittel 6 (s. 139 – 159). I: *Schizophrenia: The treatment of acute psychotic episodes*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 20 s.

Kernberg, O. (1995). "Den strukturella intervjun". Kapittel 2 (s. 42 – 70) i boken: *Svåra personlighetsstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur. 28 s.

Kingdon, D. K. & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 5, 7, 9-11, 14. 73 s.

Lauveng, A. (2012). «Som vann i en lukket hånd. Om å ville kontrollere det ukontrollerbare». I: S. Gilbert, E. Stänicke & F. Engelstad (Red.). *Psyke, kultur og samfunn: perspektiver på indre og ytre virkelighet*. Oslo. Abstrakt Forlag. 13 s.

Lysaker, P. H. & Lysaker J. T. (2006). «Psychotherapy and Schizophrenia: An analysis of the requirements of individual psychotherapy for persons with profoundly disorganized selves». *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 171 – 189. 18 s.

Lysaker, P. H. & Daryoanni, P. (2006). «Facilitating the emergence of interpersonal relatedness in individual psychotherapy of schizophrenia: A case study». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 1, 53 – 67. 14 s.

Lysaker, P. H. & Lysaker, J. (2008). «Establishing and sustaining dialogue in individual psychotherapy». Kapittel 7 (s. 135 – 160). I: *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford: Oxford University Press. 25 s.

Lysaker, P. H. & Hasson – Ohayon, I. (2019). «Metacognition in psychosis: Implications for developing recovery oriented psychotherapies». Kapittel 1 (s. 9 – 24). I: Cupitt, C. (Ed.): *CBT for psychosis: Process – orientated therapies and the third wave*. Oxon: Routledge. 15 s.

Lysaker, P. H. & Klion, R. E. (2018). *Recovery, meaning-making and severe mental illness. A comprehensive guide to Metacognitive reflection and insight therapy*. New York. Routledge. Kap. 6-14. 81 s.

Mandelid, L. J. (2013). «Risikotegn og tidlige fenomener ved psykoser. Diagnostiske og etiske utfordringer ved tidlig diagnostikk». *Dialog. Bulletin for SEPREP*, 23, 1, 9 – 37. 28 s.

Martinsen, K. (2002). «Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene». *Omsorg*, 1, s. 14 - 22. 8 s.

McGlashan, T. & Keats, C. J. (1989). «Psychotherapy process descriptors». Kapittel 9 (s. 121 – 142). I: «Schizophrenia. Treatment process and outcome». Washington. American Psychiatric Press. 20 s.

McGlashan, T. H. et al. (1975). «Integration and sealing over – Clinically distinct recovery subtypes from schizophrenia». *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269 – 1272. 3 s.

Mueser, K. T. et al. (2006). «Grunnregler for integrert behandling». Kapittel 2 (s. 36 – 52). I: *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget. 16 s.

Mulder, R. (2011). «Problems with suicide risk assessment». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 605 – 607. 3 s.

Mulder, R. et Al. (2016). «The futility of risk prediction in psychiatry». *The British Journal of Psychiatry*, 209, 271 – 272. 2 s.

Møller, P. & Husby, R. (2000). «The initial prodrome in schizophrenia. Searching for core dimensions of experience and behavior». *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 217 – 232. 15 s.

Ogden, T. H. (1992). «The nature of schizophrenic conflict». Kapittel 7 (s. 135 – 171) I: *Projective identification and psychotherapeutic technique*. London: Maresfield Library. 31 s.

Ogden, T. H. (1989). «On the concept of an autistic – contiguous position». *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 127 – 140. 13 s.

Ogden, T. H. (1992). *The matrix of the mind*. London: The Maresfield Library. Kap. 3 og 4. 58 s.

Ogden, T. H. (1979). «On projective identification». *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357 – 373. 16 s.

Parnas, J. Et al. (2005). «EASE: Examination of anomalous self-experience». *Psychopathology*, 38, 236 – 258. 22 s.

Prochaska, J. O. (2000). «How do people change, and how can we change to help many more people?» Kapittel 8 (s. 227 – 258). I: Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D.: *The heart & soul of change*. Washington, D C.: American Psychological Association. 31 s.

Proctor, G. (2017). «The dynamics of power in counseling and psychotherapy: ethics, politics and practice». Monmouth. PCCS Books. Kap. 1, 3 og 4. 54 s.

- Read, J. (2013). "A history of madness". Kapittel 2 (s. 9 – 19). I: «Models of madness». (Edited by John Read and Jackie Dillon). London: Routledge. 10 s.
- Rhodes, J. & Jakes, S. (2009). Narrative CBT for psychosis. Howe: Routledge. Kap. 1, 4-9. 142 s.
- Roberts, G. & Holmes, J. (Editors) (1998). Healing stories. Narrative in psychiatry. Oxford: Oxford University Press. Kap. 1, 3 og 8. 58 s.
- Rogers, A. G. (2016). Incandescent alphabets. Psychosis and the enigma of language. London: Karnac Books. Kap. 1-2, 4, 7. 99 s.
- Sass, L. & Parnas, J. (2003). «Schizophrenia, consciousness and the self». Schizophrenia Bulletin, 26, 3, 427 – 445. 18 s.
- Searles, H. F. (1965). «The psychodynamics of vengefulness». Kapittel 5 (s. 177 – 191). I: Collected papers on schizophrenia and related subjects. Madison CT. International Universities Press. 15 s.
- Schore, A. N. (2012). «The science of the art of psychotherapy». New York: W W Norton. Innledning, kap. 2-3, 5. 150 s.
- Schore, A. N. (2018). Right brain psychotherapy. New York: Norton. Kap. 2-4, 7. 176 s.
- Sharp, V. & Bellak, L. (1978). "Ego function assessment of the psychoanalytic process". Psychoanalytic Quarterly, 47, 1, 52 – 72. 20 s.
- Spaniol, S. & Cattaneo, M. (1997). "The power of language in the helping relationships". Kapittel 7 (s. 477 – 484). I: Spaniol, L., Gagne, C. & Koehler, E. (Eds.): «Psychological and social aspects of psychiatric disability». Boston: Boston University. 7 s.
- Stanghellini, G. (2004). Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University Press. Kap. 2, 4, 6, 9-10. 103 s.
- Thorgaard, L. (2006). «Et supplerende diagnosesystem basert på empati – LTH - 5». Fra verket Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling. Stavanger: Hertervig Forlag. (s. 167 – 239). 72 s.
- Topor, A. (2006). "Fra pasient til person – en annen måte å se individer med psykiske lidelser på». Kapittel 3 i boken: Hva hjelper? Oslo: Kommuneforlaget. 30 s.
- Van der Gaag, M., Nieman, D. & Van den Berg (2013). CBT for those at risk of a first episode psychosis. Evidence based psychotherapy for people with "At Risk Mental State". London: Routledge. Kap. 3-5, 7-8. 139 s.
- Weddington, W. W. & Cavenar, J. O. (1979). "Termination initiated by the therapist: a countertransference storm". American Journal of Psychiatry, 136, 10, 1302 – 1305. 4 s.
- Weiner, D. B. (1992). "Phillippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11<sup>th</sup> 1794: A fundamental text of modern psychiatry". Am J Psychiatry, 149, 6, 725 - 732. 7 s.
- Zahavi, D. & Parnas, J. (2010). «Bevidsthet – Et grunnleggende emne i psykiatrien». Kap. 2. I: Parnas, J., Mors, J. & Krogh – Sørensen P. (Red.). «Klinisk psykiatri». København: Munksgaard. 25 s.