Inntrykk fra ISPS Norge-konferansen på Hamar 1. og 2. februar 2018

av Anne Ek

Gråsoner i behandling

- *Traumer, personlighet og psykose*

Også i år arrangerte ISPS Norge en svært solid psykosekonferanse, stadig på Hamar, og med ca. 180 deltakere fra kommuner og sykehus. SEPREP var medarrangør, sammen med Sykehuset Innlandet. I år ble konferansen holdt i det gamle teatret, noe som betydde nok plass og passe ærverdige omgivelser preget av fordums storhet. Det ble en fin ramme for to innholdsrike dager.

Under finner dere noen store linjer, og noen smakebiter fra konferansen. Disse er absolutt ikke uttømmende, og vi anbefaler å gå til hjemmesiden ispsnorge.no. Her finnes presentasjoner med referanser fra de fleste bidragene. Vi fikk dessverre ikke med innledningsforedraget til Kjersti Karlsen og Jan Olav Johannessen, men anbefaler den instruktive presentasjonen. Dette gjelder også Mathilde Tangen Alfsen sine svært uttrykksfulle bilder og tekster, presentert av moren G. Cecilie Alfsen. Françoise Davoine sitt foredrag blir bare summarisk referert her. Hun tok imidlertid utgangspunkt i et essay som dere vil finne i juninummeret, i norsk versjon.

Tor Gunnar Værnes

«Alt kan skje, men jeg bare går forbi. Fenomenologisk forståelse av forstyrret selvopplevelse»

Fenomenologisk filosofi er mer opptatt av tankenes struktur enn selve innholdet i tankene. Det er alltid er en jeg-het som gir en slags struktur til tankene. Hele opplevelsen av for eksempel å høre en sang har en jeg-struktur som gir en opplevelse av sammenheng.

Selvopplevelsen anses som selvets grunnmur. Den er vanligvis ubevisst, det er en selvfølge at mine opplevelser er mine. Etter hvert som vi vokser og utvikler oss, bygges mer eksplisitte og bevisste nivåer av selvopplevelse. Samtidig utforskes grensene mellom meg selv og andre. Dette munner ut

i en grunnleggende selvopplevelse som er med på å strukturere alt vi sanser og opplever.

Forstyrrelser i grunnleggende selvopplevelse anses som et kjernesymptom ved schizofreni, og er til stede allerede i prodromalfasen. Det kan være at kroppsdeler føles kunstige eller uvirkelige, eller som dette utsagnet fra en pasient: «Jeg føler ingen tilknytning til meg selv, føler meg som en fremmed. Det er en fremmed i speilet, en tro kopi av meg selv». Det kan være som om man ikke eier sine egne opplevelser, eller som en annen pasient sa: «Det er som om øynene mine er en videoopptaker». Dette kan også gjelde tanker, som en opplevelse av at tankestrømmen ikke helt er min, Tankene kommer til meg utenfra, som om de ikke er mine.

Man føler seg ikke naturlig til stede, som om det er en usynlig vegg mellom meg selv og resten av verden. Det kan oppleves som å være en alien som kommer til jorda og ser alt for første gang, selv om man vet at det ikke er sånn. En følelse av fremmedhet er karakteristisk. Selv venner og familiemedlemmer kan ha fått noe fremmed over seg. En kan begynne å stusse over ting en har tatt som en selvfølge før, som «hvorfor ser en bil sånn ut». Dette er hyperrefleksivitet, eller tankekjør og grubling som blir veldig slitsomt.

Grunnleggende selvopplevelse gir retning til alt vi opplever. Hyperrefleksivitet betyr ofte grubling over eksistensielle og noen ganger religiøse temaer. Dette er ikke rart når det er eksistensielle opplevelser som rokkes ved.

Vrangforestillinger handler om å skape mening. Merkelige og fremmede opplevelser skaper behov for sammenheng. Når verden rundt meg virker fremmed og noe ikke stemmer, er det ganske logisk å begynne å tro at man styres av en ytre kraft. Neste skritt er å tenke at alt er fake, konspirasjon, en ytre makt som forsøker å påvirke meg. Hallusinasjoner og andre sanseopplevelser kan oppleves som gjennom et filter, hvor alt virker litt matt. En pasient opplevde sin egen stemme som fra et lydopptak.

Desorganisering innebærer at det er vanskelig å vite hva som er relevant og viktig. Dette kan skape mye ambivalens, og gjøre at en kanskje henger seg opp i detaljer som stenger for helheten.

Negative symptomer kan beskrives som om følelsene ikke er mine, det er en vegg mellom meg og verden.

EASE er et utredningsinstrument som har til hensikt å gi fenomennære og kvalitative beskrivelser av disse tilstandene.

Siste del av foredraget brukte Værnes til å se på likheter mellom depersonalisasjon og psykose. Depersonalisasjon betraktes som en type forsvarsmekanisme knyttet til overveldende angst. Det er et kontinuum fra kortvarige symptomer til en kronisk tilstand. Kan forekomme ved mange ulike tilstander, og ved rusbruk. Depersonalisasjon karakteriseres av emosjonell og fysisk opplevd nummenhet. Det kan ha oppstått som beskyttelse fra situasjoner hvor man blir overveldet av angst. Dette er en sterk prefrontal kontroll, altså en avansert nevrologisk mekanisme.

Forskning viser at personer med depersonalisasjon oftest ikke utvikler psykose. Vi fikk to eksempler som kunne illustrere hvordan likheten med psykose kan forstås. Personen med depersonalisasjon hadde opplevd omsorgssvikt. Hun fikk en brå utvikling av symptomer i forbindelse med cannabis.

Den andre personen opplevde en snikende utvikling, og ble verre fra 16-års alderen. Hun trakk seg tilbake sosialt og var preget av mistillit. Begge hadde høy score på EASE og betydelige negative symptomer. En mulig forklaring kan være forstyrret selvopplevelse som på utsiden ser ut som negative symptomer.

Det var også forskjeller i hva de to tilskrev som årsaker eller opphav til opplevelsene sine. Personen med psykoseproblematikk hadde mer alvorlige og vedvarende forstyrrelser i sin attribusjon.

Françoise Davoine
Traumelidelser og psykose: Et praktisk psykoanalytisk behandlingsperspektiv

Françoise Davoine holdt et svært levende og engasjerende foredrag som bare kan gjengis med begrensninger (se juni-nummeret for et originalessay).

Hun startet med å fortelle en historie fra Stavanger, hvor hun mange år siden deltok på en workshop. Hun var veldig mistenksom i begynnelsen. Med sin bakgrunn fra tradisjonell analyseutdanning, var hun vant til presentasjoner hvor pasienten var til stede kun for å illustrere terapeutens teorier. Dette var veldig objektiviserende. I Stavanger, derimot, ble analytikeren presentert av pasienten.

Hans plager handlet om pågående, fiendtlige stemmer. Han hadde en vegg rundt seg – og stemmene advarte mot analytikeren. Presentasjonen illustrerte at analytikeren ikke lot seg avvise, hun gikk virkelig inn for å lytte og finne en åpning. Etter hvert så pasienten på henne fra øyekroken, og etablerte en kontakt. Historien

videre er kort fortalt at han litt etter litt kunne ta kontroll over sitt eget liv.

Språklig kommer ordet terapeut fra Homers verk Iliaden: Terapon var den andre i krigen. Hvis kompanjongen døde, var det dennes ansvar å sørge for gravferd.

Davoine har alltid lest. Da hun var liten og vokste opp under 2. verdenskrig var boka et skjold til beskyttelse. Hun siterer Freud på at dikt og poesi er mer fruktbart å lese for å forstå menneskesinnet, enn psykoanalytisk teori. Wittgenstein var ødelagt etter 1. verdenskrig, traumatisert og voldelig etter fengselsopphold. Han avviste filosofien, men gikk tilbake til den etter ti år – nå eksplisitt som terapi. Wittgenstein sa at psykose eller galskap ikke kan forklares, men kun vises gjennom symptomene.

Davoine og hennes mann Jean-Max Gaudillière (1943-2015) bestemte seg for å avslutte tradisjonell psykoanalytisk praksis. De begynte i stedet å arbeide på et offentlig hospital, for å lære av pasientene som hun sa.

Hun forteller en historie fra et sykehus i Nord-Frankrike: En dame stod stum foran en radiator hver dag. Øynene var vidåpne, som hos et barn. Hun snakket aldri. Davoine begynte å stå ved siden av henne, og snakket om hva som foregikk i rommet, hva de så rundt seg. Da hun ble gravid i 1974 og ikke fikk jobbe lenger, tok Jean-Max hennes plass. Kvinnen begynte å snakke etter noen måneder.

Den lille jenta var 8 år under krigen. Moren var vekter på en sluse i en kanal, men forsvant med jevne mellomrom. En gang fulgte jenta etter, og fikk se moren med en tysk soldat. Moren sa hun ville vise hva hun gjorde, og heiste opp skjørtet og viste fram underlivet sitt. Etter dette hoppet jenta i kanalen, men ble reddet av en sjømann.

Vi får Benedettis sammenstilling: Ved nevrose trenger det negative å komme til overflaten, å ikke fortrenges lenger. Ved psykose er det omvendt. Det positive er fortrengt, og overflaten er fragmentert og negativ. Dette er vanskelig å forstå og forholde seg til. For pasienten er vi den andre, som er hensynsløs, kan skade og utnytte – som i gamle erfaringer. Derfor er det nødvendig å vise seg fram med feil og tabber, som et helt menneske.

Hun avsluttet med å fortelle om Wilfred Bion (1897-1979) og Surviving Images – svært kraftige bilder eller forestillinger som ikke har ord eller kan symboliseres, og som opptrer løsrevet fra en narrativ eller en sammenheng. Bion selv var kaptein på en tanks under krigen. Han hadde ofte mareritt, og ga bare små vinjetter inntil han ble over 70 og begynte å skrive mer utførlig om sine krigsopplevelser.

Christian Schlüter
Personlighets-problematikk og psykoser - kliniske og teoretiske betraktninger

Schlüter arbeider på OUS, Ullevål, Her tilbyr de et behandlingsprogram over tre år, hvor gruppebehandling er det viktigste elementet. Det er til enhver tid om lag 100 pasienter i behandling. De benytter seg av en kriteriebasert modell basert på diagnosesystemet DSM 5/ICD 10, hvor det er plukket ut 10 prototyper på personlighetsforstyrrelse (PF). For å få en av disse diagnosene må en tilfredsstille et sett med kriterier.

1. De generelle kriteriene:
De er aspekter av personlighet som du skal ha hatt over lang tid. Hva som er typisk meg når det gjelder mellommenneskelige forhold, tenkning, impulsivitet eller følelser. De gjør at personlighetssystemet kommer i ubalanse, og du får problemer med å fungere når du skifter omgivelser. De skal være av et omfang som gjør livet vanskelig å leve. Disse trekkene skal ikke skyldes for eksempel rus eller biologiske forhold, men være «typisk meg». Hvis personen har mange slike problemer av et visst omfang, nærmer vi oss en personlighetsforstyrrelse.

Personlighetsforstyrrelsene er delt inn i tre clustere:

Cluster A: Schizoid, schizotyp, paranoid
Cluster B: Emosjonelt ustabil, narsissistisk, hysterioform, antisosial
Cluster C: Avhengig, unnvikende, tvangspreget

2. De spesifikke kriteriene:
For å få en PF-diagnose må du ha et visst antall av disse kriteriene:

- Separasjonsangst
- Ustabile relasjoner
- Ustabil identitet eller selvopplevelse
- Selvmordsproblematikk
- Vansker med å kontrollere sinne
- Ustabile følelser
- Impulsivitet
- Tomhet
- Stressutløste paranoide eller dissosiative symptomer

Når det gjelder å skille mellom personlighetsforstyrrelse og psykose, ser vi at det kan være flere gråsoner. Det er særlig aktuelt for det siste kriteriet, og det kriteriet som handler om forstyrret selvopplevelse.

Schlüter mener likevel at det er en forskjell i alvorlighetsgrad. Han peker på at vi ikke har noe godt mål på dette. Det er en svakhet at vi mangler en metode for å se dybden, ikke bare bredden. En måte å løse dette på er å lage en modell for indre personlighetsfungering, delt i to områder:

Selv-område og andre-område.

Identitet og alvorlighet er delt i fire nivåer. Det minst alvorlige er «Noe problemer med identiteten», definert som personlighetsproblemer. Nivå 4 er «Alvorlige problemer med identiteten». Her er det betydelig forvirring, og personen domineres av et svakt eller forvrengt selvbilde. Det kan være alvorlige problemer med målrettethet, å tenke noe er det samme som å gjøre det. Her finner vi videre empatisvikt, ingen evne til å forstå andres indre verden eller til å ta andres perspektiver.

Det er mest snakk om ustabil PF, 2 av 5 med denne diagnosen har også opplevd psykosesymptomer. Tankeforstyrrelser er uvanlig hos PF. Grad av negativ intensjon kan være ganske likt som hos en person med psykoseproblematikk, men kanskje mer i tråd med personen selv – for eksempel at stemmene snakker om det man har tenkt mye på. Det kan være svært alvorlig, som å ta livet sitt. Vrangforestillinger arter seg også litt annerledes, som en litt «twisted» fortolkning, samtidig som personen vet at virkeligheten finnes. Disse forestillingene kan ikke karakteriseres som bisarre. Vi kan snakke om referanseidéer, at noe der ute har spesielt med meg å gjøre.

Hallusinasjoner forekommer hos ca. 20-50 %. De skal være kortvarig og mindre alvorlige, men studier viser at personer med borderline personlighetsforstyrrelse kan ha hallusinasjoner over flere år. Vi kan heller ikke skille på hvor stemmene kommer fra, dette varierer både hos personer med PF og psykose. «Blir bare en måte å make sense til noe som er pretty crazy og confusing», som Schlüter sa så uttrykksfullt.

Han stilte spørsmål om personlighetsforstyrrelser er kvalitativt annerledes enn psykose, eller om disse tilstandene befinner seg på et kontinuum. Av personer med ustabil PF rapporterer ca. 70% om dissossiative og paranoide symptomer. Psykoseproblematikk kan knyttes til kognitiv svikt hos noen, mens personer med PF opplever mer skjevheter i sosial-kognitiv tenkning. Endelig er personlighetsmessige sårbarheter som fører til negative opplevelser mer knyttet til PF, enn det spesifikke traumer er.

Vi fikk skissert 3 behandlingsalternativer:

1. Behandle personen, så vil psykosesymptomene klinge av
2. Behandle en tilstand om gangen
3. Behandle alt samtidig

Det er tillit og relasjon som er det viktigste, var kloke ord avslutningsvis. Vi trenger å forstå fenomenene, heller enn å finne kategorier for alle symptomer.

Marcus Evans
Forståelse av psykotiske tilstander fra et psykoanalytisk perspektiv

Med sin sterke forankring i praksis, ga Evans oss et engasjert og praksisnært foredrag (for utdyping av de teoretiske perspektivene, se presentasjonen på ispsnorge.no). Han startet med å påpeke en merkelig ting som foregår i de psykiske helsetjenestene om dagen, nemlig at avhengighet anses som noe negativt. Som om vi ikke er avhengige av hverandre alle sammen. Og de som forstår best hva som foregår på gulvet, «in the front line», er de som er lengst unna – jo lengre unna, jo bedre forstår de.

Evans er opptatt av kampen mellom de psykotiske og ikkepsykotiske aspektene av personligheten. Pasientene vet som regel hva klokka er, og når det er lunsj.

Det er mulig å legge lokk på psykosen, presentere seg med et greit ytre. Han var opptatt av å forstå pasientens kontekst, blant annet for å kunne forutsi negative terapeutiske reaksjoner. Vi fikk flere eksempler på hvordan dette kan skje: En pasient innser at livet aldri blir slik han har drømt om. Han klarer ikke å oppfylle forventningene til seg selv, og blir suicidal. Han eksemplifiserte med en stum kvinne, svært likegyldig med seg selv. Hun hengte seg da hun begynte å bli bedre og våknet til live. Vi kan ikke tenke på pasienten isolert, vi må ta med konteksten og tenke igjennom hvordan pasienten er ivaretatt.

Konkret kommunikasjon berører oss. Ved å prøve å få fatt i det mennesket som skuler seg bak den stive og mekaniske fasaden, kan vi fristes til å ta en rolle som pasienten tildeler oss - men som kanskje ikke er til hjelp. Vi berøres av motoverføring og kan overtales til å godta «coverstories».

Tjenester knyttet til rehabilitering er essensielle. Det er helt nødvendig å støtte mennesker med psykoseproblematikk til å engasjere seg i aktiviteter og sammenhenger selv om det er smertefullt og vanskelig. Fem år med et godt støtteapparat er nødvendig for å etablere trygghet og et bedre liv. Det er også avgjørende med høy etisk bevissthet hos personalet, men dette støttes ofte ikke av systemet.

Små endringer kan bety svært mye for pasienten. En kvinne som svarte på hva to års psykoanalytisk behandling hadde betydd, sa: «Nå tenker jeg på deg og teller til ti før jeg fyker opp».

Benjamin Hummelen
Dimensjonal forståelse av personlighetsforstyrrelser

Hummelens tema følger opp Schlüters innlegg, og handler om i alvorlighetsgrader av personlighetsforstyrrelser. Da dreier det seg ikke lenger om en har eller ikke har en PF, men hvor alvorlig tilstanden er. Det dreier seg om to aspekter: For det første selvfungering og identitet, for det andre interpersonlig fungering knyttet til relasjoner, empati og nærhet.

Hummelen arbeider i et forskningsprosjekt på OUS Ullevål, som igjen er knyttet til et landsomfattende nettverk: Norsk nettverk for personlighetsfokuserte behandlingsrammer. For mer kunnskap om denne virksomheten, anbefaler vi hans informative presentasjon på ispsnorge.no

Astrid Weber
Et liv å leve – å åpne lukkede rom

Som innledning til en paneldebatt om erfaringer med å komme seg fra alvorlige rus- og helseproblemer, fortalte Astrid Weber en historie som gjorde sterkt inntrykk. Den handlet i første omgang om å møte lukkede dører. Hun ble intervjuet med manualer, og ingen spurte hva hun hadde opplevd. Etter hvert møtte hun noen som var interessert i hennes livsverden. Hun ble overtalt til å bli med i et prosjekt, med utsagnet «du behøver ikke være motivert, men gi det en sjanse».

Historien om Lisa, en anonymisert pasient, handlet om å se livsmotet i smerten. Kanskje det er sånn at når du opplever noen forstår noe som er veldig essensielt for deg selv, så åpner det for en tillit som igjen åpner opp for mange vanskelige tema.

Astrid forteller om en dialog med Lisa, hvor Astrid svarer Lisa at hun tror Lisa kan klare det – mens hun holder blikket hennes. Hun reflekterer videre over det å bli sett, det er kanskje ekstra viktig når du har det som vanskeligst.

Innsikt for bedre utsyn innebærer at vi må forbi alle forklaringer, og heller forstå. Vi må ta i bruk situasjonsorientert dømmekraft, både innenfra og utenfra. Vi må ha både innlevelse og oversiktsbildet. Lisa trengte hjelp til å velge livet, og ofte handler det om det.

Rune Lundquist, Dag Viggen og Morten A. Brodahl deltok i samtalen på scenen etter Astrids innledning. De er alle tilknyttet Sagatun brukerstyrte senter. De har også til felles en lang og broket historie med rus og alvorlige problemer, og nå er de på ulike måter ressurspersoner. Og de spiller i

et bra band. Her mot sluttet av konferansen fikk vi noen gode refleksjoner og synspunkter på hvordan livet kan snus.

Et tema var balansen mellom gode hjelpere, og å ta ansvar for sitt eget liv. Man kan ha behov for at hjelperne tar styring, følger, pusher og forteller hva du skal gjøre. Så kan hjelperen bli medvandrer etter hvert. Dan forteller om hvor viktig det var for ham å ha følge på Sagatun de første gangene. Morten sier han virkelig trengte at noen fortalte ham hva han skulle gjøre på et tidspunkt. Han prøvde å feie ting under teppet hele tida, men måtte faktisk bli pusha. Han understreker at han hadde en god relasjon da, og det er essensielt når noen kommer med en pekefinger. Det er viktig med gode hjelpere, men til syvende og sist måtte jeg ta ansvar for mitt eget liv, sier Rune.

Medisiner er et omstridt tema. Rune opplevde utrolig sterkt press på å starte med antidepressiva, men ønsket ikke dette selv. Han mener mange får medisiner uten at andre ting prøves. Dan mener han hadde veldig flaks da han fikk en kontakt som spurte hva han ønsket seg. Nå får jeg kanalisert energien min, og trenger ikke medisiner, sier han. Morten understreker at dette er ulikt, han har også respekt for folk som har hjelp av medisiner. LAR et godt eksempel på nytte: Man trenger å overleve for å ha nytte av behandling.

Mange har behov for å snakke om spiritualitet, filosofi, og mening - om de er brukere eller ikke. Det finnes vanvittige regler for hva man kan snakke med pasienter om.

Astrid introduserer en diskusjon hvordan samfunnsrammer legger til rette for gode liv, noe panelet er svært opptatt av. Vi utsettes for konsumpress og avhengighetsskapende TV-reklame. Det er et merkelig samfunn som pusher oss ut i symptomer knyt-tet til dårlig selvfølelse og depresjon. Og det samme skjer på sosiale medier, feriebilder og høye smørbrød, alt skal ut, bare det er lykke. Dan sier han syntes det var på tide å kaste ut TVen da han fant seg selv nynnende på McDonalds-reklamen.

Når det gjelder recovery, er det enighet om at hele fagfeltet er i bevegelse. Recovery handler om å finne mening i livet der du er nå. Men det er en bremsekloss at faggruppene fortsatt krangler om makt. Hvordan skal vi få til god brukermedvirkning, hvis ikke faggruppene engang klarer å respektere hverandre, spør Morten. Og det må være plass til et kritisk blikk på recovery også. Som de påpeker i «Recovery in the Bin», vi kan ikke godta at fagfolk og systemene overtar bevegelsen.

Hva som er nødvendig distanse til egen problematikk, er også et tema. Morten spør seg hva et avklart forhold til egen erfaring er. Han må leve med depresjonsspøkelset og sin egen angst. Men det har med grenser å gjøre. Han vil ikke klemme alle.

Astrid hevder at det fint går an å være et menneske med personlige erfaringer uten å bli privat-privat. Men brukeren er alltid hovedpersonen. Alle jobber ut fra erfaringer, ikke de samme, men man har selv noen erfaringer. Det er også mange som blir trukket til faget ut fra egne erfaringer. Man vet hvilke erfaringer erfaringskonsulenten har, men ikke hvilke erfaringer fagfolk har. Dette kan det være større åpenhet om. Men alle har uansett egne erfaringer som de må bygge på.

Tian Sørhaug
Kulturanalyse av psykiatri, eller diagnostisering av kulturen?

Avslutningen på årets konferanse var typisk fra en sosialantropolog sitt ståsted. Sørhaug er for tiden opptatt av penger som fenomen, og bare *måtte* starte med å snakke om dette.

Penger er merkelige kulturelle greier. Verdien er utelukkende bestemt av menneskelig enighet. Penger kan være hva som helst, i konsentrasjonsleire er sigaretter penger. Det må være en knapphet involvert, det eneste vi aldri får nok av. Penger er en genial oppfinnelse, de representerer tingenes verdi uten tingene. Men dette er knyttet til en logisk skandale: Tegnet på verdi har verdi. Det er ikke godt å si om det er kart eller terreng, umulig å vite om de er ting eller relasjon. Men det er det relasjonelle som gir dem verdi. Det utroligste er at jeg tror på det, men det er helt nødvendig. Penger er et magisk fenomen, helt avhengig av tro og tillit.

Den viktigste forretningsidéen for tiden er at vi heller lager penger enn ting. Verdiskapning forveksles med verdisetting.

Hva slags objekttrøbbel får vi når verdiskapning og verdisetting er det samme? Vi får sammenblanding av kart og terreng. Tegn er noe som står for noe, for noen. Men de står ikke for noe for alle. Objekter er en underkategori av tegn.

Penger kan reduseres til løfter. En hundrings er et løfte om hva du får for den. Fram til 1971 var gullstandard en referanse for pengenes verdi. Etter dette fikk vi objekttrøbbel, pengene hadde nå verdi bare sammenholdt med andre penger.

Et annet område hvor verdireferansen er blitt flytende, er arbeid. Adams og Marx var enige om at tid skaper verdier, det har verdi hvor lenge du har

jobbet. Dette er under oppløsning nå. Du tar jobben med deg, skillet er opphevet og du kan alltid gjøre mer. Hvor mange timer du har brukt på en jobb er irrelevant. Tid har mistet sin betydning som en objektiv referanse på arbeid. I psykisk helse er dette plagsomt. Der er det høye og vage krav, og uklart når du er på jobb.

Angst er et interessant fenomen, det er frykt uten objekt. Angst visker ut forskjeller og grenser, du blir en dirrende klump. Utfra Kierkegaard innebærer det muligheter og frihet. Angst er smittsomt og full av energi, og trenger et deponi. Ifølge psykiateren Aaron T. Beck er angst der hvor alarmen er verre enn brannen.

I DSM 4 er det stor reliabilitet, det er gjort store anstrengelser for å sikre at man snakker om det samme, men ingen vet hva det samme er. Dette står i konflikt med høy validitet, jo flere kontekster du plasserer en hendelse i, jo tykkere beskrivelser får du – og det blir mindre å lære.

Kvalitet er det kunden tror han vil ha. Moderne arbeidsliv blir hjemsøkt av målinger fordi tid ikke lenger er relevant. I universitetene produseres studiepoeng, og målingene blir insentivsystemer. Hvis studentene stryker kommer det ikke penger. Så gjett om de ansatte blir presset til å passe havresekken.

Anne Ek
fagutvikler
SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram
anne.ek@seprep.no

Bilde av Mathilde Tangen Alfsen (2004)
Presentert på ISPS Norge-konferansen av G. Cecilile Alfsen