

PSYKIATRISKE DELINGSCIRKLER – GAMMEL VISDOM I NYE BEHANDLINGSTILBUD

af Lukas Gaarden

Lukas Gaarden (han/ham). Lukas er uddannet psykolog fra Aarhus Universitet. Han har tidligere undersøgt den terapeutiske brug af ayahuasca i et psykologisk speciale. Lukas arbejder nu som misbrugsbehandler.

Det seneste årtis spirende interesse indenfor de psykedeliske stoffers terapeutiske potentiale har produceret lovende forskningsresultater indenfor bl.a. behandlingen af depression, angst og PTSD. Den psykedeliske renæssance spreder ringe i vandet; den amerikanske fødevarer- og lægemiddelmyndighed FDA forventer godkendelser af MDMA og psilocybin til hhv. PTSD- og depressionsbehandling,¹ og selvsamme substanser kan ordineres af australske psykiatere fra sommeren 2023.² Der kan ikke spås om de psykedeliske stoffers fremtid i Danmark, men emnet er kommet på tapetet i den vestlige verden. Dette giver anledning til diskussioner om den praktiske udrulning af den terapeutiske brug af disse stoffer i en dansk kontekst. Mens den kliniske forskning forsøger at svare på, hvordan vi bruger disse stoffer, hvilke diagnoser behandlingen kan rettes mod, og hvilke effekter vi kan forvente, så er integrationen af den psykedeliske oplevelse stadig et delvist ubeskrevet blad. I dette essay argumenterer jeg for, hvorfor vi bør inkorporere delingscirkler i psykiatrien som et led i psykedeliske behandlingstilbud. Delingscirkler kan være en del af løsningen på, hvordan vi integrerer integration i sundhedsvæsenet.

Integrationen refererer til tiden efter en psykedelisk oplevelse, hvor nye indsigter og oplevelser kan skabe positive forandringer i ens hverdagsliv.^{3,4} Blandt praktikere, forskere og interesseorganisationer er det alment accepteret, at integration medvirker til at forøge eller fastholde terapeutiske effekter og modvirke negative konsekvenser. William Richards, én af pionererne indenfor 60'ernes tidlige psykedeliske forskning, skelner mellem dét at have dybe og indsigtsfulde psykedeliske oplevelser og så at udleve disse indsigter.⁵ Ifølge ham er det nødvendigt med psykoterapeutisk integration i ugerne efter en psykedelisk oplevelse, da dette tillader et pendulerende fokus mellem det levede liv og

de nye indsigter. Den psykoterapeutiske tilgang til integration er individualistisk, hvor integration forstås som en sag mellem én klient og dennes terapeut. Nyere tids psykedeliske forskning byder på lignende perspektiver. Forskerne Rosalind Watts og Jason Luoma præsenterede i starten af årtiet deres komplette model for psykedelisk assisteret terapi, kaldet ACE-modellen. Modellen favner forberedelse, session og integration for én klient. Integrationens handlingsplan er tredelt; der skal skabes et narrativ om oplevelsen, indsigterne skal findes frem, og der skal støttes op om nødvendige forandringer – alt dette foregår i en individuel psykoterapeutisk kontekst.⁴ I Yale-manualen for psilocybin-assisteret psykoterapi findes en lignende tilgang, hvor der anbefales op til 14 timers individuel psykoterapi.⁶ Disse anbefalinger er tæt knyttet til den kliniske forskning, hvor man forsøger at klarlægge effekten af psykedeliske stoffer. Forskere er interesseret i at reducere antallet af variable, der påvirker de endelige resultater. En individuel tilgang med flere timers psykoterapi skaber tryghed og plads til klientens integration, hvilket sikrer en ensartet optimering af integration som variabel, hvorfor de positive aspekter af denne tilgang ikke bør underkendes. Den individuelle tilgangs problematik er af en mere praktisk karakter.

Hvis vi som samfund vælger at implementere psykedeliske behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, må vi træffe valg om, *hvordan* disse stoffer integreres. Vælger vi en individuel tilgang med udgangspunkt i ACE- og Yale-modellerne så følger der også en økonomisk byrde, når der skal følges op på alle psykedeliske behandlinger med 14 timers individuel psykoterapi. Til sammenligning er der op til fem måneders venteliste til terapeutiske forløb med tilskud fra det offentlige igennem de danske psykologers ydernummerordning,⁷ og her er der tale om forløb af en kortere varighed end dét, der anbefales i Yale-manualen. Den individuelle tilgang til integration indebærer således en stor økonomisk byrde samt en udsigt til lange ventelister, hvilket fordrer en alternativ tilgang til integration.

INTEGRATIONENS TRE TRIN – PÅ GODT OG ONDT

For at forstå de behov, et alternativt integrationsterapeutisk tilbud skal opfylde, må integrationsprocessen defineres. Psykologen Charles Heriot-Maitland udgav i 2008 en artikel kaldet '*Mysticism and madness: Different aspects of the same human experience?*',⁸ som undersøger et fælles fundament for spirituelle, mystiske og psykotiske oplevelser. Her præsenterer han en tredelt kognitiv model, som tilbyder et perspektiv på

integrationsprocessen. Modellen tager udgangspunkt i den idé, at menneskets opfattelse af verden er systematiseret efter kognitive modeller, som opbygges gennem livet. Modellerne kan være lavpraktiske skemaer for, hvordan sociale interaktioner typisk foregår; vi hilser, taler efter tur og spørger ind til hinanden.⁹ Modellerne kan også være abstrakte og omhandle vores generelle opfattelse af omverdenen – stoler vi på fremmede mennesker, og er verden grundlæggende et godt eller dårligt sted?¹⁰ Modellerne kan være så fundamentale, at de omhandler vores egen identitet – jeg er sådan et menneske, som godt kan lide at gøre X, men ikke Y, og jeg er god til dette og hint.¹¹ Disse kognitive modeller kan forandres, nedbrydes eller helt erstattes af nye modeller. I Heriot-Maitlands model kan integration grundlæggende forstås som en forandringsproces, hvor modeller nedbrydes og erstattes i disse tre trin:

- 1) Kognitive modeller bryder sammen,
- 2) modellerne suspenderes midlertidigt, og
- 3) nye kognitive modeller opbygges.

Når psykedeliske stoffer bruges terapeutisk, kan formålet være, at uhenigtsmæssige kognitive modeller nedbrydes for at vige pladsen for nye, hensigtsmæssige modeller. En oplevelse af komplet ego-opløsning og forbindelse til omverdenen kan eksempelvis betyde, at modeller som *"jeg er alene i verden"* eller *"enhver er sig selv nærmest"* midlertidigt nedbrydes og giver plads til, at nye modeller kan spire frem fra mørket. Kognitive modeller bryder dog ikke kun sammen hos mennesker, der følger forskrifterne og indtager psilocybin i en lovlig kontekst af psykedelisk-assisteret terapi, mens de er flankeret af to uddannede terapeuter. Modellerne kan lige såvel bryde sammen, når man spiser en håndfuld tørrede Spidse Nøgenhatte for første gang på Roskilde Festival, bliver væk fra sin trygge vennegruppe og oplever et panikanfald. Der er nemlig en større risiko for at have en ubehagelig psykedelisk oplevelse – populært kaldet et *bad trip* – hvis man bruger stofferne rekreativt, uden forudgående erfaring og på store, udendørs arealer.¹² Variationer af *set*, *setting* samt mængden og typen af anvendt stof har en betydning for den psykedeliske oplevelse og den efterfølgende integration.¹³ Når enhver psykedelisk oplevelse potentielt kan føre til sammenbrudte kognitive modeller og fremkomsten af nye modeller, så ligger der et latent integrationsbehov i enhver psykedelisk oplevelse. Modellerne stabiliseres på godt og ondt, og konsekvensen heraf kan være hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige.

Hvis den psykedeliske oplevelse finder sted i en terapeutisk kontekst med øje for stof, *set og setting*, kan en klient fx nedbryde gamle modeller over identitet og verdensopfattelse og erstatte disse med modeller som *"jeg er et kærligt og elskværdigt menneske"* og *"jeg er forbundet med alle levende væsener"*. Tjener disse modeller klientens behov og ønsker, kan integration understøtte modellernes stabilisering. Men med den todelte forståelse af Heriot-Maitlands model, hvor integration vedrører både det sure og det søde, kan de kognitive modeller også nedbrydes under en utryg psykedelisk oplevelse på Roskilde Festival, alene, væk fra vennegruppen og med et panikanfald under opsejling. Omstændighederne her medfører en forhøjet risiko for, at oplevelsen bliver ubehagelig,¹² hvilket kan have en effekt på de nye modeller, der træder i de tidligere modellers plads. Hensigtsmæssige modeller over identitet og verdenssyn, som f.eks. *"jeg er et sundt og raskt menneske"* og *"mine venner passer på mig"*, kan bryde sammen, og i deres sted kan modeller som *"jeg er blevet sindssyg"* og *"ingen passer på mig, jeg er alene"* vokse frem. Med et fokus på integrationsprocessen her kan stabiliseringen af disse nye modeller modvirkes.

Denne forståelse af opløselige og udskiftelige kognitive modeller kan vi bruge som en forståelsesramme for integrationen efter psykedeliske oplevelser, som vi binært kan kategorisere som positive eller negative, hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige og terapeutiske eller skadelige. Med udgangspunkt i Heriot-Maitlands model kan vi fundamentalt forstå integration som en praksis, hvorigennem vi etablerer eller fastholder de mest hensigtsmæssige kognitive modeller efter en psykedelisk oplevelse. Integration kan altså spille en rolle indenfor både effektmaksimering og skadesreduktion.¹⁴ Denne dobbelthed bør informere udformningen af et fremtidigt integrationstilbud i det danske sundhedsvæsen, da det har implikationer for tilbuddets målgruppe og udformning. I den følgende del argumenterer jeg for, hvorfor sådan et integrationstilbud skal være *åbent, akut tilgængeligt og kollektivt*.

SUNDHEDSVÆSENETS ÅBNE, AKUTTE OG KOLLEKTIVE INTEGRATIONSTILBUD

Hvem er de potentielle brugergrupper af et integrationstilbud i det danske sundhedsvæsen? Jeg vil foreslå tre grupperinger: 1) Dem, der har haft rekreative oplevelser og har brug for efterfølgende støtte, 2) dem, der indgår i sundhedsvæsenets psykedeliske behandlingstilbud, og 3) dem, der har brugt psykedeliske stoffer i behandlingsøjemed udenfor de

etablerede behandlingstilbud. Den første gruppe kan visiteres gennem egen læge, lokalt rusmiddelcenter eller akutpsykiatrien. Den anden gruppe tilkobles et integrationstilbud som led i egen behandling. Den tredje gruppe må finde vej til tilbuddet ad egne veje. Da et integrations-tilbud bliver en nødvendighed, såfremt sundhedsvæsenet implementerer psykedeliske behandlingstilbud, har vi en mulighed for at skabe en bredt tilgængelig løsning, som favner alle tre grupper. Et integrationstilbud bør først og fremmest være *åbent*.

Et integrationsbehov kan opleves som presserende, særligt for dem, der har haft ubehagelige, rekreative oplevelser. Når disse oplevelser går galt, kan de medføre negative konsekvenser såsom frygt, angst, depression, paranoia eller suicidalitet eller vedvarende sansemæssige forstyrrelser kendt fra DSM-diagnosen *Hallucinogen Persisting Perception Disorder*.^{15,16} Indenfor rusmiddelområdet eksisterer der allerede en 14-dages behandlingsgaranti, som udtrykker nødvendigheden af en hurtig opstart af terapeutiske forløb ved rusmiddelrelaterede problemer. Der kan dog være tale om endnu mere akutte behov ved brugen af psykedeliske stoffer, når vi forstår integration ud fra Heriot-Maitlands model. Hvis nogle kognitive modeller allerede er nedbrudt, og nye modeller er i gang med at blive opbygget eller stabiliseret,⁸ taler dette for en akut igangsættelse af en intervention med henblik på skadesreduktion. Et integrationstilbud bør derfor også være *akut tilgængeligt*.

Den individuelle tilgang til integration fordrer mange timers individuel psykoterapi med én eller flere terapeuter pr. klient.⁶ anbefalinger som disse har deres rod i den kliniske forskning i psykedeliske stoffer, hvor man med grundige screeninger og mandsopdækkende integrationsprocesser forsøger at eliminere mængden af variabler og sørge for de bedste mulige resultater. Der er meget godt at sige om det terapeutiske aspekt af denne tilgang, men når integrationen skal integreres i det danske sundhedsvæsen, støder vi på praktiske problemstillinger. Den kliniske praksis har ikke ubegrænset adgang til økonomiske midler og veluddannede terapeuter, hvilket psykologventetiderne illustrerer.⁷ Hvis et psykedelisk behandlingstilbud eksempelvis skal kunne rettes mod depressive patienter, vil dette skulle eksistere side om side med det nuværende behandlingstilbud, som kan bestå af antidepressiv medicinering og gruppeterapeutiske samtaler.¹⁷ Hvis et integrationstilbud skal være praktisk muligt at indføre i et presset sundhedsvæsen, skal det kunne henvende sig til flere mennesker, sådan som de gruppeterapeutiske tilbud allerede gør.

I stedet for at være individuelt bør et integrationstilbud være *kollektivt*.

Samlet set er det tredelte forslag for sundhedsvæsenets integrationstilbud, at det bør være *åbent*, *akut tilgængeligt* og *kollektivt*, så det tjener en bred målgruppe med stor tilgængelighed på en økonomisk effektiv måde.

DELINGSCIRKLER – EN KOLLEKTIV INTEGRATIONSFORM

Hvordan kan et åbent, akut tilgængeligt og kollektivt integrationstilbud i det danske sundhedsvæsen så se ud? Vi kan vende os mod en praksis, der har eksisteret på tværs af generationer i oprindelige folks kulturer bl.a. på det nordamerikanske kontinent,¹⁸ som er blevet en fast praksis i psykedeliske undergrundsfællesskaber,^{19,20} og som på nogle punkter er sammenlignelig med gruppeterapeutiske behandlingstilbud i psykiatrien – delingscirkler.

Disse cirkler, som stammer fra langvarige traditioner blandt indfødte befolkningsgrupper,²¹ har vundet indpas i europæiske psykedeliske miljøer. Cirklerne er blandt andet integreret som faste ritualer ved aya-huasca-ceremonier.^{19,20,22} En delingscirkel er en struktureret praksis med faste rammer, som tillader en stor monologisk eller dialogisk åbenhed indenfor rammerne. En cirkel kan åbnes af en person – ved aya-huasca-ceremonier kan dette være en person, der træder ind i en facilitatorrolle – som kridter banen op og åbner rummet for delinger.²¹ Deltagerne kan efter tur dele frit om dét, der ligger dem på sinde, og en facilitator kan enten kommentere, spørge ind til eller forholde sig tavs til det delte. Delingscirkler er både subjektive og relationelle i deres opbygning. De er subjektive, da deltagerne deler det, de selv finder relevant. Det relationelle aspekt viser sig ved, at deltagere kan lære eller inspireres af at være vidne til andres delinger eller opleve, at egne delinger modtages med nærvær og opmærksomhed af resten af cirklen.²³

Delingscirklerne har dog ikke fået stor opmærksomhed i den akademiske litteratur,²¹ og da denne praksis er så subjektiv med varierende rammer, deltagere, facilitatorer og indhold,²³ harmonerer den ikke umiddelbart med gyldne standarder for evidensbaserede interventioner. Her ender vi i en akademisk hårdknode, som dog kan forsøges løst via forskning indenfor integrationspraksisser i naturalistiske kontekster eller med forsøgsordninger med løbende evidensindsamling på delingscirklernes effekt. Vi bør dog ikke tvinge delingscirklerne ned i nogle faste rammer, hvor der ikke er plads til de subjektive, relationelle og rituelle egenskaber, da disse kan være årsagen bag praksissens overlevering på tværs af

generationer.

Vi har en tradition for gruppeterapeutiske tilbud i den danske psykiatri, som på visse punkter ligner delingscirkler. Begge dele er kollektive behandlingstilbud, som har et afsæt i relationerne mellem deltagerne og deres subjektivitet. Dertil kan der i begge praksisser findes ritualer og ceremonier. Psykiatriens gruppetilbud er dog målrettet bestemte diagnoser,²⁴ de kræver ofte en henvisning, og de har en mere fastlagt struktur. De er kollektive, men ikke åbne og akut tilgængelige. Eksistensen af disse gruppeterapeutiske tilbud kan være et startpunkt for integrationen mellem den moderne behandlerverden og den langvarige praksis med delingscirkler. Kan vi integrere disse traditioner i et integrationstilbud på en måde, som opretholder en respekt for særegenhederne ved sidstnævnte praksis?

Grundet den subjektive natur i både delingscirkler og psykedeliske oplevelser må vi insistere på en åben og bredtfavnende tilgang hos kommende facilitatorer for disse cirkler. Den psykedeliske oplevelse kan læses ind i vidt forskellige forståelsesrammer. Den terapeutiske effekt kan i én ramme forstås som kærlige, transcendent planteånder, som åbenbarer ældgammel visdom for brugeren. I en mere biologisk forståelsesramme kan vi forstå effekten som resultatet af agonistisk effekt på den serotonerge 5HT_{2A}-receptor, som medfører forøget neuroplasticitet,²⁵ der muliggør forandringer. Hvis delingscirklerne skal være et åbent integrationstilbud, som rummer flere forståelsesrammer, så kræver det en fleksibilitet fra facilitatorerne. Én måde at udvise fleksibilitet på er ved at evne at skifte mellem sproglige koder – at italesætte oplevelsen og integrationen ud fra deltagerens særskilte forståelsesramme.²⁶ Da de kognitive modeller er særligt påvirkelige umiddelbart efter en psykedelisk oplevelse,⁸ må en facilitator være varsom med at tvinge egen forståelsesramme ned over cirkelns deltagere. Dette kan virke indlysende på et teoretisk plan, men i praksis fordrer dette evnen til at mestre sproglige koder indenfor forståelsen af tidligere liv, kundalini, clairvoyance, konspirationsteorier eller rumvæsener; perspektiver, der harmonerer dårligt med en naturvidenskabelig forståelse indenfor det danske sundhedsvæsen.

Heriot-Maitland fremfører en pointe, der kan opsummere facilitatorens særlige rolle i delingscirklerne: Integrationen af en psykedelisk oplevelse vil altid være indlejret i den kontekst, som et menneske befinder sig i, hvorfor vi må være særligt opmærksomme på, hvilke perspektiver vi kan og vil rumme, og hvilke vi – bevidst eller ubevidst – forbyder, da dette

har en effekt på de endelige kognitive modeller.

INTEGRATION PÅ ET KOLLEKTIVT PLAN

Jeg har beskrevet de økonomiske og terapeutiske overvejelser bag ideen om den kollektive tilgang til integration, og som sløjfen på dette forslag er en sidste overvejelse – integration på et kollektivt plan i vores samfund. Marc Aixalà, forfatteren bag bogen *'Psychedelic Integration'*, italesætter integration som et vestligt koncept. I sydamerikanske aya-huasca-brugende kulturer er de psykedeliske oplevelser en integreret del af verdenssynet, hvorfor der ikke er behov for integrationspraksisser. Dét skel, som vi i Vesten oplever mellem hverdagslivet og psykedeliske oplevelser, er meget mindre i disse kulturer.²⁷ Hvis vi zoomer ud fra et fokus på integration som et individuelt og terapeutisk anliggende, kan vi se integrationen som en kollektiv affære, hvor vi som kultur må forholde os til psykedeliske stoffer og vores relation hertil. Forbinder vi denne stofgruppe med psykoser, sindssyge og selvmord? Kan vi rumme, at mennesker bruger disse stigmatiserede stoffer til terapeutiske formål? Kan vi overhovedet gå med til at sidestille psykedelisk terapi med psykoterapi? Vil man stå dårligere juridisk og karrieremæssigt, hvis man åbent vedkender sig at have brugt psykedeliske stoffer til terapeutiske formål? Svarene på disse spørgsmål ligger hen i det uvisse, men de peger på områder, hvor vi kan opleve en diskrepans i vores samfund, når de psykedeliske stoffer på et tidspunkt bliver inkorporeret i vores behandlingsmuligheder og sundhedsvæsen.

Integrationstilbud med udgangspunkt i delingscirkler, der er nemt tilgængelige for dem, der måtte have brug for dem, er ét skridt på vejen til en kollektiv integration af de psykedeliske stoffer i det danske samfund. Her kan mennesker, der bruger denne stofgruppe terapeutisk – eller har forvildet sig ud, hvor de ikke kan bunde – finde andre ligesindede, som de kan spejle sig i. Inden- og udenfor disse delingscirkler vil der kunne spire nemt tilgængelige netværk frem, hvor man kan fortælle om spirituelle oplevelser med komplet ego-opløsning, mødet med Gud og den ubetingede kærlighed, uden at blive mødt af skeptiske blikke.

Det kan virke ligetil at forsøge at inkorporere de psykedeliske stoffer samt integrationen i et biomedicinsk og individuelt terapeutisk paradigme, hvor den psykedeliske terapi og den efterfølgende integration af oplevelserne foregår på individuel basis. Vi kan dog også gå en anden vej, hvor vi inviterer noget af kulturen bag disse psykedeliske stoffer med

ind i vores behandlingssystemer og integrerer disse med værdier og praksisser, som vi kender fra psykiatriens gruppeterapeutiske tilbud.

Delingscirklerne er en håndgribelig og brugbar praksis, som er og har været en del af indfødte befolkningsgruppers kultur, hvorfra vi kender til psykedeliske stoffer som ayahwasca og peyote. Når vi derfor inviterer en del af denne kultur, med elementer som ceremonier, ritualer, cirkler og fællesskaber, ind i vores egen kultur, så nærmer vi os en integration af de psykedeliske stoffer, fremfor en assimilation af disse. Marc Aixalà skriver i sin bog om psykedelisk integration, at vi bl.a. kan forstå integration som en praksis, hvor vi skaber en fleksibel og inkluderende struktur, som kan indeholde perspektiver, der tidligere er blevet set som fremmede eller i direkte konflikt med strukturen. Med dette in mente er integration ikke kun et individuelt anliggende, hvor en psykedelisk oplevelse skal integreres i et hverdagsliv – det er også en kollektiv opgave på samfundsplan, vi står overfor, hvis psykedeliske behandlingsformer skal integreres i det danske sundhedsvæsen.

Måske kan delingscirklerne være det første spæde skridt på vejen til at integrere integrationen i det danske sundhedsvæsen.

4. Williams, K., Romero, O.S.G., Braunstein, M., & Brant, S. (2022). "Indigenous Philosophies and the "Psychedelic Renaissance"". *Anthropology of Consciousness*, 33(2): 506-527.
5. Marie, Sidsel. (2022). "No Magic Pill": An anthropological study on psychedelic integration among psychedelic users in Denmark. University of Copenhagen. Link: <https://regnfang.nu/wp-content/uploads/2022/03/No-Magic-Pill-2022-Sidsel-Marie-Henriksen.pdf>
6. Statista. (2022). Link: <https://www.statista.com/statistics/1112311/population-in-denmark-by-level-of-education-and-gender/> Tilgæet 05.07.2023.
7. De Rios, Marlene Dobkin. (1984). *Hallucinogens, cross-cultural perspectives*. University of New Mexico Press.
8. Dupuis, David. (2022a). "The socialization of hallucinations: Cultural priors, social interactions, and contextual factors in the use of psychedelics". *Transcultural Psychiatry*, 59(5): 625-637.
9. Dupuis, David. (2022b). "The Psychedelic Ritual as a Technique of the Self. Identity Reconfiguration and Narrative Reframing in the Therapeutic Efficacy of Ayahuasca". *Hau, Journal of Ethnographic Theory* 12, no. 1: 198-216.
10. Furst, Peter T. (1976). *Hallucinogens and Culture*. Novato: Chandler & Sharp Publishers.
11. Hartogsohn, Ido. (2017). "Constructing drug effects: A history of set and setting". *Drug Science, Policy and Law*, 3:1-17.
12. Eisner, Betty. (1997). "Set, Setting, and Matrix". *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2):213-216.

PSYKEDELISKE SELVHJÆLPESGRUPPER BLOMSTRER OP af Bjarke Larsen

1. Mikkelsen, K: *Tips til trips*. CEPDA, København 2023. Folderen på 40 sider kan købes her: <https://psykedeliskdannelse.dk/tips-til-trips-1-0/>
2. Programme. ICPR 2024, 6-8 June. (2022, September 21). <https://icpr-conference.com/programme/>
3. Larsen, B: *Flere og flere danskere bruger psykedeliske svampe som terapi*. POV International 2. december 2022. <https://pov.international/det-psykedeliske-danmark-vokser-med-rivende-hast/>

PSYKIATRISKE DELINGSCIRKLER – GAMMEL VISDOM I NYE BEHANDLINGSTILBUD af Lukas Gaarden

1. Busby, M. (2022) *Biden administration plans for legal psychedelic therapies within two years*. Tilgængelig på https://theintercept.com/2022/07/26/mdma-psilocybin-fda-ptsd/?fbclid=IwAR37m7gfyGPxPck-YuChfHAD0WaBX3lcOZ2_vsV8R0raPOsW1ID0JR2OE
2. Therapeutic Goods Administration. (2023) *Change to classification of psilocybin and MDMA to enable prescribing by authorised psychiatrists*. Tilgængelig på <https://www.tga.gov.au/news/media-releases/change-classification-psilocybin-and-mdma-enable-prescribing-authorised-psychiatrists>.
3. Gorman, I., Nielson, E.M., Molinar, A., Cassidy, K. & Sabbagh, J. (2021) Psychedelic Harm Reduction and Integration: A Transtheoretical Model for Clinical Practice. *Frontiers in Psychology*, 12, s. 16.
4. Watts, R. & J.B. Luoma. (2020) The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, s. 92-102.
5. Richards, W.A. (2016) Psychedelic Psychotherapy: Insights From 25 Years of Research. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(4), s. 323-337.
6. Guss, J., R. Krause, & J. Sloshower. (2020) Yale Manual For Psilocybin-Assisted Therapy of Depression. Yale University Department of Psychiatry.
7. Ungdomspsykologer. (2021) 2021: *Rekordhøj ventetid på psykologhjælp i det offentlige henvisningssystem*. Tilgængelig på <https://ungdomspsykologer.dk/blog/rekord-ventetid/>
8. Heriot-Maitland, C.P. (2008) Mysticism and madness: Different aspects of the same human experience? *Mental Health, Religion and Culture*, 11, s. 26.
9. Abelson, R.P. (1981) Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, s. 15.
10. Janoff-Bulman, R. (1989) Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7, s. 25.
11. Thomsen, D.K. (2015) Autobiographical Periods: A Review and Central Components of a Theory. *Review of General Psychology*, 19, s. 17.
12. Ona, G. (2018) Inside bad trips: Exploring extra-pharmacological factors. *Journal of Psychedelic Studies*, 2, s. 8.

13. Zinberg, N.E. (1986) *Drug, Set, and Setting - The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.
14. Pilecki, B., Luoma, J.B., Bathje, G.J., Rhea, J. & Narloch, V.F. (2021) Ethical and legal issues in psychedelic harm reduction and integration therapy. *Harm Reduction Journal*, 18, s. 14.
15. Carbonaro, T.M., Bradstreet, M.P., Barrett, F.S., MacLean, K.A., Jesse, R., Johnson, M.W. & Griffiths, R.R. (2016) Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of Psychopharmacology*, 2016. 30(12), s. 1268-1278.
16. Halpern, J.H. & Pope, H.G. (2003) Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? *Drug and Alcohol Dependence*, 69, s. 11
17. Psykiatri, R.H. (2019) *Information om Depression*, R.H. Psykiatri.
18. Umbreit, M. (2003) *Talking Circles*. Center for Restorative Justice & Peacemaking.
19. Petersen, M.A. (2021) *Psykedeliske stoffer i små og store doser bruges til terapi og selvudvikling*. STOF. Center for rusmiddelforskning.
20. Ankerstrøm, L. (2017) Om kropsliggjorte indsigter, narrativ katharsis og intentionelle transformationer i danske Ayahuasca-praksisser. Institut for Antropologi.
21. Tachine, A.R., E.Y. Bird, & N.L. Cabrera. (2021) An Indigenous Methodological Approach for Researching With Groups of Indigenous Peoples. *International Review of Qualitative Research*, 9, s. 19.
22. Harms, A. (2021) Accidental Environmentalism: Nature and Cultivated Affect in European Neoshamanic Ayahuasca Consumption. *Anthropology of Consciousness*, 32, s. 26.
23. Hunt, S.C. & N.L. Young. (2021) Blending Indigenous Sharing Circle and Western Focus Group Methodologies for the Study of Indigenous Children's Health: A Systematic Review. *International Journal of Qualitative Methods*, 20(16), s. 16.
24. Region Midtjylland. (2023) *Patientvejledninger – Gruppeforløb*. (Tilgængelig på <https://www.psykiatrien.rm.dk/undersogelse-og-behandling/patientvejledninger/emner/gruppeforlob/>)
25. Carhart-Harris, R.L., Roseman, L., Haijen, E.C.H.M. & Erritzoe, D. (2018) Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology*. 32(7), s. 725-731.
26. Sloshower, J. (2018) Integrating Psychedelic Medicines and Psychiatry: Theory and Methods of a Model Clinic. *Plant Medicines, Healing and Psychedelic Science*, s. 113-132.
27. Aixalà, M. (2022) *Psychedelic Integration – Psychotherapy for Non-Ordinary States of Consciousness*. Synergetic Press Inc.

NÅR VI LÆRER AT LYTTE, KAN VI BEDRE HØRE OS SELV
af Anežka Marie Sokol

1. Sløk, J., *Det religiøse sprog* (2016), Danmark: Lindhardt og Ringhof
2. Starzer, M.K, Nordholm, D., Gjervig Hansen, M., Nordentoft, M., (2022). Nonfarmakologiske behandlinger har effekt ved skizofreni., *Ugeskr Læger*;184:VO1220051
3. Social- og Boligstyrelsen (16. maj 2022), Webinar: *Fra borgerinddragelse til partnerskab*, Lokaliseret d. 9. marts 2023 på: https://www.youtube.com/watch?v=3b2lm3-pDOs&ab_channel=Social-ogBoligstyrelsen
4. Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weaver, T. E., Razzaque, R., & Craig, T. K. J. (2022). Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 113, 106664. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106664>
5. Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. *Frontiers in Sociology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437>
6. Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. *Frontiers in Sociology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437> (egen oversættelse)
7. Zendo Project. (2022, 17. oktober). *Homepage - Zendo Project*. Lokaliseret 9. marts 2023 på: <https://zendo-project.org/>
8. Gael, S., & Beaugard, R.J.. (2022, August 2). *The Zendo project: Six Years of psychedelic peer support*. Zendo Project. <https://zendo-project.org/zendo-project-in-maps-bulletin/the-zendo-project-six-years-of-psychedelic-peer-support/> (egen oversættelse)
9. Kristensen, T.S., (2022, maj). *Psyisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker*. Lokaliseret 9. marts 2023 på: www.dsr.dk/psykama2012