

# *Om betydningen af håb for psykiske lidelser*

*- En teoretisk begrebsanalyse og udforskning*

---

*Erla Maria Svabo Samuelsen*

*Studienummer:*

*20092441*

*Kandidatspeciale i psykologi*

*10. semester*

*Vejleder: Karen Vibeke Mortensen*

*Rapportens samlede antal tegn*

*(med mellemrum & fodnoter): 153.942*

*Svarende til antal normalsider: 64,14*

# Abstract

This master thesis is a theoretical study which aims to investigate how a therapist can facilitate hope to people with mental illness.

The meaning of hope is described on the basis of different theoretical approaches. Different approaches agree upon that hope is important to people with mental illness. In the area of mental health, hope is described as the expectation of a meaningful improvement in the future. Hope Theory is presented. The theory defines hope as the self-referral assumptions that people hold about their own abilities, in relation to goal oriented thinking. The theory provides a basic understanding of hope throughout the thesis.

Literature on the topic of outcome in mental illness has provided an increasingly optimistic view. This has led to an increasing focus on recovery in the field of mental health. Recovery does not necessarily imply a complete cure, but a satisfying and meaningful life, in spite of the limitations that the illness can bring. Hope enables the patient to stay active and is therefore one of the essential factors that facilitates recovery.

Different theories are presented to give ensure a broad understanding of the question at hand.

Hopefulness can be a general trait. Erikson's theory about the psychosocial development stages, and attachment theory can explain how hope can be developed through childhood. Development of basic trust and secure attachment can make the person confident in its own abilities, and give the person a general hopeful outlook on life.

The therapeutic setting is of particular interest. Frank's concept of demoralization is presented. Hopelessness is one of its essential aspects. This also leads to a presentation of the common factors in psychotherapy. Hope is one of the common factors. It facilitates progress by making the patient believe that improvement is possible.

Relations to other people are an important factor in developing hope. The patient-therapist relationship is of particular interest to the question at hand. The therapeutic relationship is presented as one of the common factors in psychotherapy.

The feeling of being successful is described as one of the essential factors in developing hope. Ways of developing the patient's feeling of success is important in increasing hope. It can be done by focusing on achieving realistic goals. This leads to the question on which goals are realistic? Recognition of small progress as acceptable can be helpful. The therapist's hopeful stance is essential in working with people with mental illness.

# Indholdsfortegnelse

ABSTRACT .....	- 2 -
<b>1 INDLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLEMFOMULERING.....	3
1.1.2. Begrebsafklaring.....	3
1.1.3 Specificering og afgrænsning .....	5
<b>2 SYGDOMSFORSTÅELSE .....</b>	<b>7</b>
<b>3 TEORI OM HÅB .....</b>	<b>9</b>
3.1 ALMEN DEFINITION .....	9
3.2 PSYKIATRISK FORSTÅELSE OG RELEVANS.....	11
3.2.1 Recovery .....	14
3.2.2 Håbets rolle i forbindelse med recovery.....	15
3.2.3 Hvad håbes der på?.....	16
3.3 STRATEGIER, DER INDGYDER HÅB .....	17
3.3.1 Relationer som facilitator for håb.....	22
3.3.1.1 Relation til en terapeut.....	23
<b>4 UDDYBENDE TEORETISK FORSTÅELSE.....</b>	<b>27</b>
4.1 HÅB SOM EN TILLÆRT EGENSKAB.....	27
4.1.1 Den psykosociale udviklingsteori .....	27
4.1.2 Tilknytningsteori.....	29
4.1.2.1 En sikker base .....	30
4.1.2.2 Arbejdsmodeller.....	31
4.1.2.3 Tilknytningsmønstre .....	32
4.1.3 Sammenligning af de to teorier.....	33
4.1.4 Sammenhæng imellem tidlige erfaringer og psykisk lidelse .....	34
4.1.5 Opsummering: De tidlige erfaringers betydning for håbet.....	36
4.2 FOKUS PÅ PSYKOTERAPI.....	37
4.2.1 Fælles faktorer i psykoterapi .....	37
4.2.1.1 Nonspecifikke faktorer.....	37
4.2.1.2 Demoralisering.....	38
4.2.1.3 Håb i psykoterapi .....	40
4.2.1.4 Den terapeutiske relation .....	43
4.2.1.4.1 Betydningen af tidligere erfaringer for den terapeutiske relation.....	46
4.2.1.4.2 Terapeutens evne til at forblive håbefuldt.....	47
4.2.1.4.2.1 Om at bære patienten håb .....	49
<b>5 DISKUSSION .....</b>	<b>53</b>
5.1 HÅBETS BETYDNING OG FUNKTION .....	53

5.2 PATIENTENS OPFATTELSE AF EGEN KOMPETENCE.....	54
5.3 DET REALISTISKE HÅB.....	56
5.3.1 Anerkendelse af små fremskridt.....	60
5.4 TERAPEUTENS HOLDNING OG UDHOLDENHED I ARBEJDET MED HÅB.....	62
<b>6 KONKLUSION .....</b>	<b>65</b>
<b>7 REFERENCELISTE .....</b>	<b>68</b>

# 1 Indledning

Som specialestuderende står jeg nu ved døren til at afslutte min uddannelse, som har til formål at forberede mig til det fremtidige professionelle arbejde, som psykolog. Igennem uddannelsen har jeg, foruden den almene fælles uddannelse, fået lov til at udforske og udforme egne interesseområder. Igennem denne tid har jeg fundet en interesse og forkærlighed for det psykiatriske og kliniske område, og derved en drøm om en dag at arbejde indenfor dette regi.

Igennem bl.a. praktik og relevant beskæftigelse, har jeg fået nogen erfaring i mødet med dette interesseområde. Dette er et uendeligt bredt fagområde, med opgaver og udfordringer af nærmest alle de slags, vi som psykologer kan møde. Mine erfaringer har primært bestået af mødet med mennesker med svær psykisk lidelse, såsom skizofreni. Arbejde som dette indeholder spændende og vigtige udfordringer i form af sygdomsforståelse og viden om behandlingsmuligheder, som nødvendig forudsætning – viden som jeg i uddannelsen har haft til opgave at berige mig med.

I mit frie valg af specialeemne, var et tema inden for det psykiatriske område derfor selvfølgelig oplagt og ønsket. I valget blev det hurtigt vigtigt for mig, at jeg fik udnyttet denne sidste mulighed i min uddannelse, til at udvikle min viden med hvad jeg mest ønsker at vide og føler nødvendigt, før mit møde med det professionelle liv. Dette fik mig til at overveje, om der var noget emne, som især har fyldt igennem mine tidligere erfaringer. Gentagne gange har jeg bidt mærke i, at min interesse vender sig imod forståelsen af hvordan psykiatriske patienter oplever deres liv med en psykisk lidelse.

Lars Thorgaard har beskrevet, hvordan psykiatrien arbejder med en ufattelig smerte, og om hvordan livsforventninger og uforløste drømme er samlet der (Thorgaard, 2007, p. 135). Netop denne oplevelse er jeg blevet berørt af. Brugere af psykiatrien sidder ofte i en hård virkelighed. Når man vælger at bevæge sig ind på dette arbejdsområde, er det selvfølgelig med en omsorg for og ønske om at kunne hjælpe disse mennesker. Den barske virkelighed er dog, at dette ikke vil være en let opgave i alle tilfælde. Fakta viser os, at desværre ikke alle mennesker overvinder deres lidelse, og for nogen vil der udvikle sig et kronisk sygdomsforløb. Det er *altid* vores opgave at forsøge at hjælpe *alle* med at få et optimalt sygdomsforløb, samtidig med at vi ved, at

dette sidste ikke altid vil blive tilfældet. Mit spørgsmål i denne forbindelse er, hvordan vi lever i og ikke mindst, hvordan håndterer vi denne barske virkelighed i det professionelle arbejde? Der er blevet nævnt, at klinikere ofte er bange for at give falsk håb til mennesker med psykisk lidelse, hvorfor de i stedet for kan ende med at overlevere for lidt håb (Russinova, 1999, p. 53). I tråd med dette har jeg stiftet erfaring med min egen tvivl omkring, hvordan man som behandler agerer bedst muligt i sådanne situationer. Hvordan støtter vi mest hensigtsmæssigt op om vores klienters mål og drømme? Indimellem vil der opstå tilfælde, hvor en given drøm på et givet tidspunkt, kan synes urealistisk. Men har vi nogensinde ret til at fratage nogen deres håb og drømme?

Igennem bekræftelse af en lidelse igennem diagnosticering, kan personalet i psykiatrien være med til at overlevere håbløshed og tunge følelser til sine brugere (ibid., p. 52). Som tilskuer til omstændigheder af denne slags, har jeg oplevet, at jeg ikke kan lade være med at forestille mig, hvor tung virkeligheden med psykisk lidelse må kunne være, for de ramte mennesker, der som andre har samme ønsker, drømme og behov på egen fremtids vegne. Thorgaard skriver, at det er smertefuldt at have empati i psykiatrisk arbejde, hvor arbejdet indebærer et møde med stor lidelse. Her påpeger han, at dette kan gøre, at de ansatte instinktivt kan søge at undgå den (2007, p. 36). Hans tydelige hovedbudskab er dog, at det er vigtigt at modarbejde dette, og bevare empatien med vore patienters situation.

Som fagperson synes jeg, at det kan være svært og intimiderende at indrømme, at en arbejdsopgave kan være svær eller smertefuld, både fagligt og personligt. Jeg mener dog, at når man er psykolog er det vigtigt at erkende, at dette nærmest er en forudsætning i vores arbejde. Dette i og med, at det er mennesker, ofte i krise, som vi arbejder med. Samtidig med, at vi som psykologer og terapeuter benytter os af vores egen person som arbejdsinstrument. Dette vil sige, at det er dele af vores egen personlighed, der spiller en koncentreret rolle i vores arbejde, hvorfor en distance måske ikke altid er mulig.

Mødet med mennesker, som står med store ønsker og drømme for fremtiden, men som samtidig står i en situation, som komplicerer disse, kan opleves smertefuldt. Jeg ønsker at gøre hvad jeg kan, for at hjælpe. Samtidig oplever jeg måske en frygt, som Russinova nævner, for at love mere end jeg kan holde. Hvordan agerer jeg som psy-

kolog i situationer som disse? Jeg tror på, at dette er situationer, vi som psykologer ikke kan komme udenom, uanset vores specialområde eller erfaring. Dog kan det være, at det især er min position som novice, der kan gøre dette mere udfordrende, da mine erfaringer, at bygge mit arbejde på, endnu er på et begynderstadiet.

Dette speciale er derfor mit forsøg på at møde og lære om noget, som jeg ser som en udfordring. Samtidig skal det give mig mere viden om noget, som jeg mener, kan give mig grundlæggende forberedelse før mit fremtidige arbejde. Det handler om det medmenneskelige møde med mennesker i en svær livssituation – i dette specialtilfælde, mennesker med psykisk lidelse.

## 1.1 Problemformulering

De ovenstående overvejelser har tilsammen ført mig frem til følgende problemstilling, som søges udforsket i nærliggende speciale:

***Hvordan kan terapeuten være med til at facilitere håb til mennesker med psykisk lidelse?***

### 1.1.2. Begrebsafklaring

#### ***At facilitere***

Betydningen er: ”at gøre en proces lettere eller mindre besværlig, så man kan opnå det ønskede resultat”<sup>1</sup>. Med valget af denne formulering, er det allerede ved speciallets udgangspunkt fastslået, at håb skal faciliteres. Fokus er derfor på hvordan dette skal gøres, på bedst mulig måde. Dette gør, at opgavens fokus ikke omfatter spørgsmålet om hvorvidt håb skal faciliteres.

---

<sup>1</sup> Definition fra ordbogen.com



***Mennesker med psykisk lidelse***

Fokus er her rettet imod psykiske lidelser, generelt. Det vil sige, at der kan være tale om alle de forskellige lidelser, som vi møder i psykiatrien.

Dette betyder, at specialet er bygget på materiale som er lavet med fokus på forskellige psykiske lidelser. Det vil vise sig, ud fra de søgninger jeg har lavet, at meget af forskningsmaterialet er lavet med specielt fokus på skizofreni. Skizofreni er en af de alvorligste psykiske lidelser i vores diagnosesystem. Det kan derfor tænkes, at det er på dette specialområde, at viden om emnet har været mest kritisk. Jeg mener dog, at den samme viden kan være relevant, uanset hvilken specifik lidelse der er tale om – dog muligvis i varierende grad. Jeg ønsker at berøre den alment menneskelige del af psykiatrien (Thorgaard, 2007, p. 24), snarere end den sygdomsspecifikke. Derfor er denne formulering valgt.

Mennesker med psykisk lidelse vil igennem opgaven blive betegnet som *patienter*.

Dette bruges for at understrege, at der er tale om en psykisk lidelse, som kræver diagnosticering. Bruget af dette ord indebærer også, at patienter med psykisk lidelse kan sidestilles med patienter, med somatiske sygdomme. Ifølge nogen menes, at dette kan afhjælpe stigmatisering (Parnas, Kragh-Sørensen & Mors, 2010, p. 30). På den anden side er der også andre, der har lagt vægt på at benytte andre betegnelser, så som klient, da dette bl.a. har til hensigt at understøtte personens/klientens rolle som ekspert i eget liv (Brinkmann, 2007, p. 1121). Jeg ser det som betydningsfuldt at være opmærksom på forhold som disse, og på de implikationer, som sprogbrug kan medføre. Mit valg af betegnelse skal ikke forstås som, at jeg tager standpunkt i den ene eller anden forstand.

Da der i opgavens sammenhæng er tale om den psykiatriske population, er der dog valgt at bruge ordet patient konsekvent, da dette er det ord, der benyttes i psykiatrien. Ligeledes gøres dette for læsevenlighedens skyld. Da ordet benyttes konsekvent betyder det, at betegnelsen også bruges i forbindelse med materiale, der oprindeligt har benyttet en anden betegnelse.

Opgavens indhold beskæftiger sig dog også med temaer, der kan være relevante for mennesker udenfor psykiatrien.

### ***Terapeuten***

Det psykiatriske område rummer en bred samling af faglige traditioner, med bredt tværfagligt samarbejde, hvor flere faggrupper varetager flere af de samme arbejdsopgaver. Dette speciales materiale er derfor relevant for flere faggrupper indenfor området; psykiatere, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter m.fl.. Dette gør også, at meget af materialet er hentet fra litteratur som i første omgang er rettet imod andre faggrupper, men som alligevel er relevant for mig som psykolog. På grund af min psykologiske uddannelse er fokus dog især på psykologen, mere specifikt i terapeutrollen. Igennem opgaven bruges, for læsevenlighedens skyld og pga. opgavens fokus, konsekvent begrebet *terapeuten*. Dette er uanset hvilken faggruppe materialet oprindeligt er hentet fra, og udelukker derved samtidig ikke, at der også kunne være tale om andre faggrupper.

### 1.1.3 Specificering og afgrænsning

Jeg har valgt at belyse problemstillingen med et teoretisk speciale. Problemstillingens centrale begreb er *håb*. Derfor foretages en begrebsanalyse af begrebet. Der forsøges at forklare hvad håb er, med specielt fokus på en psykiatrisk sammenhæng. De sammenhænge, hvor det er relevant at tale om håb belyses. Der søges selvfølgelig et svar på problemstillingens specifikke sammenhæng. Det er derfor flere andre sammenhænge, der kan være relevante for begrebet, der udelades.

Som nævnt er specialets specifikke fokus på, at håb er noget der bør faciliteres. Første interessepunkt omhandler derfor det mere 'konkrete' omkring, *hvordan* der kan arbejdes med at facilitere håb. Der tages udgangspunkt i beskrivelser af den funktion og betydning, som håb menes at have. Derudfra ønskes en undersøgelse af mere specifikke relevante tilgange og indsatser/interventioner.

Andet interessepunkt tager udgangspunkt i problemstillingens formulering af, hvordan terapeuten *kan* arbejde med at facilitere håb. Dette forstås som mere end kun bestående af konkrete og bestemte arbejdstilgange, og omhandler et mere personligt aspekt. Som allerede nævnt, er vi som psykologer vores eget arbejdsinstrument i arbejdet med vores patienter, hvor dele af vores egen personlighed er involveret i ar-

bejdet. I forbindelse med specialets problemstilling søges en forståelse af, hvordan sådanne personlige sider af terapeuten kan/skal involveres i arbejdet med håb, og hvordan disse varetages.

## 2 Sygdomsforståelse

I nyere tid har beskrivelser og undersøgelser påvist, at mennesker, med bl.a. skizofreni har en bedre prognose end man tidligere har antaget. De omhandler bl.a. at de kan opretholde erhverv på højere niveau end hvad der ofte var antaget, og at de til og med kan komme sig helt over sygdommen (Russinova, 1999, p. 51).

En meta-analyse (Hegarty et al., 1994) af 1900'tallets litteratur omkring skizofreni og sygdomsudfald viser, at der historisk er sket ændringer i opfattelsen af prognosen i forbindelse med skizofreni. Tilbage i tiden, hvor Krapelin i slutningen af 1800'tallet formulerede beskrivelsen af skizofreni (dengang kendt som *dementia praecox*), blev skizofreni opfattet som en kronisk eller progressiv lidelse, med klinisk forbedring i kun få tilfælde (ca. 17 %) – med dette var et dårligt sygdomsudfald meget sandsynligt (Hegarty et al., 1994, p. 1409f). Andre kilder fra samme periode har endvidere talt om en 'tydelig håbløshed' forbundet med lidelsen (Stearns, 1912 if. Hegarty et al., 1994, p. 1409). Med tiden, i takt med, at effektive interventionsformer langsomt blev udviklede, ændres synet på diagnosens prognose også langsomt. Igennem meta-analysen viste det overordnede billede i litteraturen, at tallet af mennesker, der oplever betydelig klinisk forbedring, nu ligger lidt under 50 % (ibid., p. 1412). I modsætning til de tidligere nævnte 17 % må der derfor siges, at den pessimistiske opfattelse af prognosen igennem tiden er betydeligt ændret.

Danske opfølgingsstudier af sygdomsforløbet ved førsteepisode-psykose (Bertelsen et al., 2009) har vist, at efter fem år opfyldte 18 % af de undersøgte patienter kravene for *fuld recovery*. Dette betød bl.a., at der ikke kunne påvises negative eller psykotiske symptomer, GAF-scoren var over 60, der havde ikke været indlæggelse de sidste to år, disse personer havde ligeledes selvstændig bolig, og var i arbejde eller under uddannelse. 27 % var uden psykotiske symptomer. De havde negative symptomer, og var ikke i stand til at opretholde arbejde eller havde lavt socialt funktionsniveau. 42 % havde psykotiske symptomer, men var uden langvarig indlæggelse eller ophold på institution. De sidste 13 % af patienterne havde et kronisk forløb, med fortsat behov for ophold på institution eller indlæggelse (Bertelsen et al., 2009, p. 173; p. 176). Undersøgelsen blev lavet med opfølgning af 265 patienter, på et forløb over fem år, men hvor forløbet også blev vurderet et og to år inde i perioden. Hvad undersøgelsen endvidere viste ud fra dette var, at der ikke sker store ændringer i tallene, i perioden

---

imellem to og fem år. Bl.a. steg dog tallet for dem, der oplevede fuld recovery, en anelse, hvor tallet på dem, der gennemgik det mest kroniske forløb, forblev uændret. Undersøgelsen modsiger tanken der har været omkring, at lidelsen indebærer en progressiv forværring i sygdomsforløbet (Bertelsen et al., 2009). Ét af fundene, som forfatterne betegner bemærkelsesværdigt er, at ud af de 18 %, som nåede recovery efter fem år, var kun 29 % i fortsat behandling med antipsykotisk medicin (ibid., p. 177).

Ændringer i opfattelsen af sygdomsforløbet kan være forbundet med terapeutisk praksis (Hegarty et al., 1994, p. 1409), altså kan de bl.a. være resultat af, at man i praksis er begyndt at arbejde anderledes – bl.a. med bedre medicinering.

Historier af denne slags har medført en tiltagende optimisme omkring muligheden for forbedring i forbindelse med psykiske lidelser. Dette har bl.a. også gjort, at behandlingsfokus i nogen grad også har ændret sig i tråd med dette, da indstillingen omkring prognose har ændret sig (jf. afsnit 3.2.1). På den anden side er tallene ikke 100 % positive, og til trods for, at der findes prognostiske indikatorer (Albert et al., 2011; Bertelsen et al., 2009), så ved vi endnu ikke noget definitivt eller standardiseret omkring, hvornår, hvordan eller for hvem en forbedring vil indtræffe. Det kan tænkes, at dette på sin vis kan betyde, at optimisme måske fungerer som stor støtte i vores arbejde. Mit spørgsmål i dette speciale tager udgangspunkt i, hvordan vi arbejder med denne?

## 3 Teori om håb

Psykolog Jaklin A. Eliott har skrevet kapitlet *What Have We Done With Hope? A Brief History*, hvor hun historisk gennemgår hvordan belysningen og behandlingen af begrebet *håb* igennem tiden har udviklet sig, på tværs af fagområder. Eliott skriver, at håb, igennem det sidste århundrede, har været genstand for tiltagende opmærksomhed. Med udgangspunkt i dette skriver hun, at en novice, der skal sætte sig ind i dette specifikke fagområde, står foran en enorm opgave (Eliott, 2005, p. 3f).

I følgende afsnit vil jeg forsøge at præsentere udfaldet af min egen orientering på området, med udgangspunkt i relevansen for specialets specifikke problemstilling. Jeg vil tage højde for den store mængde litteratur på området. Snarere end at lave en udtømmende bearbejdning af alt materialet, har hensigten været at lave et overordnet dækkende billede af de tanker og tendenser, der synes at røre sig.

### 3.1 Almen definition

Igennem tiden er begrebet beskrevet som et, der har mange forskellige betydninger. Igennem tiden er det skiftende beskrevet som værende hhv. positivt og negativt, objektivt og subjektivt, guddommeligt og verdsligt, individuelt og interpersonelt, som hhv. emotion og kognition, medfødt og tilegnet, som noget der besiddes eller udøves, noget varende og flygtigt, samt flere andre eksempler (Eliott, 2005, p. 38). Disse mange betydninger, med forskellige inputs fra varierende faglige traditioner, er med til at karakterisere håb som et komplekst begreb. Eliott nævner, at til trods for dette, eksisterer en konsekvent enighed omkring håbets store betydning og magt, på tværs af beskrivelser og discipliner (ibid., p. 3; p. 38).

I dag er der endnu ikke kollektiv konsensus imellem forskere omkring, hvad håb er. Ifølge psykolog, Kaethe Weingarten, har den positive psykologi siden 90'erne dog været dominerende på området omkring håb (Weingarten, 2010, p. 7). C.R. Snyder er én af udviklerne af den positive psykologi. Samtidig er han én af udviklerne af *Hope Theory*, som er én af de centrale tilgange, der beskæftiger sig med og definerer håb. Siden 90'erne har teorien fået tiltagende akademisk opmærksomhed (Snyder, 2001, p. 6907).

Hope Theory sætter håb i forbindelse med mål-orienteret tænkning - altså hvordan der tænkes om håb. Snyder definerer håb som bestående af to kognitive komponenter, som er medvirkende i mål-orienteret tænkning; *pathways* og *agency*. Pathways omhandler personens opfattelse af sin egen evne til at producere strategier til opnåelse af et ønsket mål – der er altså tale om de 'veje' personen tænker sig at følge, for at nå frem til et bestemt mål. Agency omhandler personens opfattelse af sin egen motiverende evne i bevægelsen imod de samme mål – altså evnen til at igangsætte og vedholde opsøgningen af målet (Snyder, 2001, p. 6907; Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 180). Begge komponenter anses af teorien som lige betydningsfulde, da mål-orienteret tænkning kræver, at begge komponenter løbende er involverede (Snyder, 2002, p. 251f).

Centralt for mekanismen er de *mål*, som personen ønsker at opnå. Disse mål kan variere i størrelse og form, både i forhold til tidsforløb og specificitet. Dog nævner Snyder, at deres betydning for individet skal være stor nok, hvis de skal blive genstand for individets håbefulde tænkning. I hvilken grad en opgave er realistisk eller urealistisk, er, ifølge Snyder, ikke afgørende for om opgaven kan blive mål for håbeful tænkning (ibid., p. 250f).

Ifølge teorien er det kognition, som er den grundlæggende mekanisme ved håb, hvori emotioner ses som noget, der har medindflydelse (ibid., p. 249). Snyder mener, at de opfattelser, som en person har af sine egne evner til at opnå mål, påvirker medfølgende emotioner. Disse opfattelser kommer af tidligere (enten positive eller negative) erfaringer i forbindelse med forfølgelse af et mål. Disse erfaringer har været med til at afføde enten negative eller positive emotioner – emotioner, som personen tager med sig, og som kan påvirke personens indstilling, når nye mål skal søges. En persons dybdegående håbefulde indstilling følges af en ligeså dybdegående emotionel indstilling. Denne emotionelle indstilling kommer derefter igen til at påvirke personens kognition i forbindelse med forfølgelse af nye mål. Af dette kan bl.a. følge, at en person med lille håb med større sandsynlighed vil vurdere en forhindring som uoverkommelig, end en person med meget håb. Til dette forbindes evnen til coping (ibid., pp. 252-254).

Håbeful tænkning er derved, ifølge Hope Theory, en tillært egenskab – både igennem barndom og voksenliv (ibid.). Fokus i Hope Theory er på denne måde de selvhenvisende tanker omkring opnåelse af ønskede mål. Heri menes, at individet har

vedvarende generelle opfattelser omkring sine evner. Håb ses således som mere end situationsspecifikke tanker omkring enkelte mål (Snyder, 2002, p. 250).

Som der ses eksempel på i det ovenstående, så deler Snyder ofte sine beskrivelser ind i grupperinger af mennesker med hhv. højt eller lavt håb – gerne med beskrivelser af, hvordan meget håb kan have positiv indvirkning og hvordan lavt håb kan have negativ indvirkning. I tråd med teorien siges, at mennesker med meget håb har tillid til de strategier (pathways) de producerer til opnåelse af deres mål. Af dette følger, at de gerne er hurtige og beslutsomme omkring disse strategier, samtidig med, at de kan have let ved at finde alternative løsninger. Mennesker med lavt håb har på den anden side gerne sværere ved at formulere målsøgende strategier. En stærk motiverende komponent (agency) viser sig især nyttig i situationer, hvor et individ møder forhindringer på vejen til et mål, hvor den er med til at omdirigere den mentale motivation til den bedste alternative løsning. En person med meget håb vil hurtigt og effektivt skifte imellem de forskellige former for tænkning, hvor det er nødvendigt – hvor det modsatte gælder for en person med lille håb. Det gælder dog ikke altid nødvendigvis, at den samme person er stærk på begge områder samtidig (ibid., p. 251f).

Ifølge Hope Theory er stress, negative emotioner og coping-problemer resultat af en dårligt fungerende agency- og pathways mekanisme, som gør, at personen ikke formår at opnå ønskede mål. På den anden side udvikles gerne positive emotioner og velvære (samt yderligere håb) når mekanismerne er velfungerende (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 181).

### *3.2 Psykiatrisk forståelse og relevans*

Som tidligere nævnt, så har Hope Theory fået tiltagende akademisk opmærksomhed de sidste tiår, og er blandt de dominerende på området omkring håb. Dette speciale er afgrænset til primært at fokusere på håb på den måde, som det er relevant for psykiatriske lidelser. Følgende afsnit søger derfor at præsentere begrebet i en psykiatrisk kontekst, i modsætning til den ovenstående teori, der mere beskæftiger sig med et alment perspektiv.



Håb har, i den første halvdel af 1900'tallet primært været genstand for teologisk og filosofisk anskuelse. Psykiateren, Karl Menninger var en af dem, der i 50'erne var med til at bringe begrebet i fokus på det medicinske/psykiatriske og psykologiske område. Dette har med tiden udviklet sig til, at det nu især er sundhedsfaglige discipliner, der beskæftiger sig med håb (Weingarten, 2010, p. 6; Elliott, 2005, p. 3).

Betydningen af håb har længe været anerkendt i psykiatrisk arbejde (Schränk et al., 2008, p. 421). Håbets kliniske relevans strækker sig på tværs af diagnoser. Håbløshed kan både være direkte symptomatisk konsekvens af psykisk lidelse, men kan også skyldes andre sekundære faktorer. Håbløshed kan have store konsekvenser for et menneske, hvor det har vist sig at kunne være forbundet med selvmord. På den anden side har håb vist sig at have en positiv indvirkning på terapieffekt (Schränk et al., 2008, p. 422; p. 429). – Alt sammen iagttagelser, der tydeligt fremhæver relevansen af at tale om håb i forbindelse med psykiatri.

Som nævnt, så er endnu ingen konsensus omkring definitionen af håb. Med udgangspunkt i den tiltagende anerkendelse af håb indenfor psykiatrisk arbejde, har forskere efterspurgt en tydelig definition af begrebet, med henblik på praktisk brugbarhed. Med dette udgangspunkt har Schränk og hans medforfattere lavet en litteraturgennemgang af de beskrivelser af håb, der findes på sundhedsområdet, hvor en sammenfattende tydelig definition søges. Igennem denne søgning blev der fundet ikke mindre end 49 definitioner for håb, der kunne grupperes med syv fællesnævnerne (ibid., p. 421f). Ud fra dette lavede forfatterne en integrerende definition af håb, med udgangspunkt i hvad der viste sig som konsensus på tværs af definitionerne, og som de mener, kan bruges i videre praktisk arbejde (ibid., p. 426).

Deres definition beskriver håb som en primært fremtidsorienteret forventning om at opnå mål. Målene har evt. deres baggrund i negative erfaringer, så som psykisk lidelse. Forventningen er værdifuld for personen, og kan omhandle opnåelse af relationer eller spiritualitet. Ønsket om at opnå disse ting synes meningsfuldt for personen, og den subjektive oplevelse er, at målet er realistisk. Udvikling af håb omkring de bestemte mål siges her at afhænge af personlige kvaliteter og aktiviteter (fx resiliens og mod) eller eksterne faktorer (fx resurser) (Schränk, 2008, p. 426).

I en artikel undersøger Kylmä et al. den videnskabelige viden på området omkring håb og skizofreni. På trods af den lille mængde materiale på dette specifikke område

(Kylmä et al., 2006, p. 651), så er det mit indtryk, at det er i forbindelse med skizofreni, frem for andre lidelser, at håb især er undersøgt på det psykiatriske område. – I undersøgelsen finder også de flere forskellige definitioner af håb. Mest konsekvent beskrives det også her som en forventningsfuld tilstand om noget godt i fremtiden, eller forventning om en forbedring af en nutidig dårlig tilstand. Én faktor, som forfatterne understreger i deres diskussion af de forskellige definitioner på området, er, at håb er en flerdimensionel konstruktion. De ser netop dette som udgangspunkt for interventionsformer, der har til hensigt at fremme håb. Dette giver et udgangspunkt, der forudsætter, at forskellige tilgange benyttes, i arbejdet med forskellige mennesker (ibid., p. 661f).

De sidste to definitionsbearbejdninger kan siges at skille sig ud fra Snyders førstnævnte definition af håb. Fælles er først og fremmest det kliniske fokus, hvor forbindelsen med en bedre fremtid står i centrum. Netop dette samme fokus, er fundet af andre, der med udgangspunkt i en række kilder, har beskæftiget sig med håb indenfor det psykiatriske område. Her beskrives det som en dynamisk og flerdimensionel 'livskraft', med forventninger om en bedre og meningsfuld fremtid (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 70). Også det meningsfulde aspekt understreges især i disse senere definitioner. Schrank og hans medforfattere fremhæver, at fleste definitioner på håb tager udgangspunkt i en negativ baseline, og i denne som værende en vigtig komponent af håb som forudsiger af en bedre fremtid – det fortolkes, at dette fokus har baggrund i den kliniske optagethed af deficits. De eftersøger dog viden omkring, hvordan håb opretholdes og vedligeholdes i mere positive sammenhænge. Her henviser de til Snyders *Hope Theory*, som netop et eksempel på et lignende perspektiv (Schrank et al., 2008, p. 429). Som tidligere nævnt, er min forståelse også, at Snyders teori beskæftiger sig med et mere alment perspektiv, snarere end et klinisk/psykiatrisk perspektiv. Forventningen om en bedre fremtid er af afgørende betydning i forbindelse med at komme sig over psykisk lidelse (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 70). På denne måde kræver den psykiatriske sammenhæng i nogle tilfælde et særligt perspektiv, hvor en almen teori ikke altid vil vise sig fyldestgørende. På den anden side rummer det psykiatriske område også i sine største dele det almene område – med mennesker af alle typer og slags – hvorfor et alment perspektiv som dette også er af allerhøjeste relevans (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 188). Til forskel fra mange af de andre definitioner, så rummer Hope Theory også en vis form for

specificitet i sine beskrivelser, hvorfor den i de videre diskussioner vil vise sig nyttig, og derfor løbende inddrages, som baggrundsforklaring i bestemte forhold.

Med dette tager jeg, som Kylmä et al., udgangspunkt i, at håb kan forstås flerdimensionelt. Videre igennem specialet lægger jeg mig derfor ikke fast på én bestemt forståelse eller tilgang til begrebet. Udvalgt er snarere perspektiver og bidrag, der igennem min udforskning af emnet, synes fremtrædende menings- og betydningsfulde, til en samlet bearbejdning af specialets problemstilling.

### 3.2.1 Recovery

Det seneste fokus på håb indenfor psykiatrien, har været på dets forbindelse med recovery. Studier af dette område, igennem de sidste årtier, har vist, at håb både kan være en faciliterende og vedligeholdende faktor i forbindelse med recovery (Schrank et al., 2008, p. 421f). Som det følgende afsnit vil vise, er der en tæt sammenhæng imellem håb og recovery. Derfor vil nogen mene, at undersøgelser af håb ved psykiske lidelser samtidig er en udforskning af recovery (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 69). Både iblandt brugere og personale i det psykiatriske system, er der opstået en tiltagende optimisme omkring, at mennesker med svære psykiske lidelser kan komme sig, og har muligheden til at leve et godt og meningsfyldt liv. Ifølge Zlatka Russinova er *recovery* blevet et førende paradigme i forståelsen og behandling af svære psykiske lidelser. Hun beskriver dette som et paradigme, der adskiller sig fra den forståelse, som længe har været fremtrædende i psykiatrien. I arbejde med recovery fokuseres der i mindre grad på symptomer, og mere på den enkeltes styrker og involvering i meningsfulde aktiviteter. Hun beskriver, at det på denne måde er 'behandling af hele personen' der er i fokus, frem for behandling af lidelse og symptomer alene (Russinova, 1999, p. 50).

Ifølge Russinova mangler der en fælles konsensus omkring den præcise forståelse recovery. I sin essens indebærer det dog, at den ramte person skal komme til at formå at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv, på trods af de begrænsninger, som lidelsen medfører. Igennem forbedring af dysfunktioner kan personen opleve og udvikle ny mening og formål i livet, som rækker udover de begrænsninger, som lidelsen ellers har. Det er således en forbedring af funktionsevnen, der er det væsentlige

mål for recovery, og ikke nødvendigvis en absolut helbredelse (Rusinova, 1999, p. 50). I modsætning til den tidligere nævnte definition af recovery (i forbindelse med skizofreni) (jf. afsnit 2), der fokuserer på objektive mål (Bertelsen et al., 2009, p. 177), så synes det at være den subjektive oplevelse, der vægtes her.

Patricia E. Deegan er psykolog, og specialiserer sig inden for området omkring recovery i forbindelse med psykisk lidelse. Hun har både oplevet psykisk lidelse og recovery på egen krop, og det er bl.a. ud fra dette, at hun laver sine beskrivelser (Deegan, 1994). Omtalen af recovery som koncept opstod til at begynde med igennem sådanne beskrivelser fra mennesker med psykiske lidelser, der selv havde oplevet recovery - Deegan (1988) kom med ét af de velkendte bidrag (Rusinova, 1999, p. 50). Deegans beskrivelser tager udgangspunkt i hendes egne oplevelser, efter at hun i ung alder blev diagnosticeret med skizofreni, samt en vens oplevelser, efter at han, ligeledes i ung alder, blev lammet fra nakken og ned. Hendes tankegang omkring recovery rummer perspektivet, at mennesker med psykiske lidelser i bund og grund har samme behov og bestræbelser, som mennesker med andre handicap (Deegan, 1994, p. 54f). Deegan understreger, at rehabiliteringsarbejde kun er muligt med recovery som fundament. Hun sætter dette i forbindelse med, at vi som terapeuter ikke kan hjælpe en person, uden vedkommende selv formår at være aktivt handlende i processen. Det er recovery, der giver vedkommende mulighed for dette (ibid.).

### 3.2.2 Håbets rolle i forbindelse med recovery

Deegan skriver, at efter at have fået beskeden om, at de havde en uhelbredelig lidelse, oplevede både hun og hendes ven, at deres håb og drømme blev ødelagt. Hun fortæller om processen i deres reaktion. Om hvordan den umiddelbare benægtelse langsomt forandrede sig til opfattelse af en hård virkelighed. Deegan begynder at understrege håbets betydning på det tidspunkt, hvor benægtelsen har udviklet sig til opgivelse. Hun beskriver deres dage uden indhold, som værende konsekvens af deres tabte håb, da dette samtidig fratog dem deres vilje til at handle og til at se nogen udvej (Deegan, 1994, p. 55f). Hun nævner, at der dog en dag indtraf en ændring i dem begge, hvor en gnist af håb om mulighed for en bedre fremtid var opstået. Efter benægtelse og opgivelse, nævner hun dette som den tredje fase i processen imod recovery. Hun understreger, at dette dog ikke skal forstås som, at håbet om forandring er

pludselig og total. Sammen med det første lille håb følger en åbning for viljen til at handle. Det begynder med små handlinger, opgaver og mål, der med tiden – og på trods af tilbageskridt hen ad vejen, kan vokse sig større – Deegan fortæller, hvordan de begge, på denne måde genopbyggede deres liv. Hun nævner, at ingen af psykiatriens og psykologiens indsatser kan opveje det bidrag, som det voksende håb giver, og som var en af hjørnestenene i deres proces imod recovery (Deegan, 1994, p. 56) – på samme måde som betydningen af dette understreges i ovenstående afsnit. Andre forfattere har ligeledes henvist til og understreget, at håb på denne måde er en af de vigtigste komponenter for recovery. Russinova henviser til hvordan Lovejoy, der som Deegan skriver ud fra sin egen sygdomshistorie med diagnosticeret skizofreni, også skriver hvordan recovery ikke kan ske uden håb. Her siges, at håb bibringer de essentielle nødvendige aspekter for recovery, nemlig mod til forandring, mod til at gøre et forsøg og mod til at udvise tillid (Lovejoy, 1982 if. Russinova, 1999, p. 51). Russinova er dog også opmærksom på at nævne, at håb ikke alene understøtter recovery igennem disse positive forventninger, men også ved at modvirke depression og selvmordsrisiko (Russinova, 1999, p. 52).

### 3.2.3 Hvad håbes der på?

Noh, Choe og Yang har lavet et kvalitativt studie, hvor de har spurgt 25 mennesker med skizofreni; hvad håb betyder for dem, hvad de håber på, og hvor deres håb kommer fra (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 69).

For disse patienter, ”er håb energi til at leve et lykkeligt liv igennem en proces, hvor mening i livet findes, sammen med forventningen om en bedre fremtid” (min oversættelse) (ibid., p. 72). Hvad der blev fortolket ud fra patienternes udsagn var, i overensstemmelse med de tidligere definitioner, at håb var det sammen som mening i livet – i forlængelse af dette blev sagt, at hvis der ikke er mening i livet, så er heller intet håb. Heri var både håb og meningen med livet associeret med glæde. Her fremhæves endvidere en interpersonel komponent, hvor glæde menes at blive skabt på baggrund af relationer med andre mennesker, snarere end i ensomhed – hvilket var konsekvent svar fra alle undersøgelsens deltagere. For disse patienter med skizofreni betød glæde, at deres plager fra lidelsen ville forsvinde (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 72). Ligeledes mente alle deltagere, hvilket står i overensstemmelse med Deegans beskri-

velse, at deres håb gjorde, at de havde energi til at leve livet, på trods af de smerter, som deres lidelse medførte. Dette betød bl.a., at håbet gav dem energi til at forblive aktive (Noh, Choe & Yang, 2008, p. 73).

Ifølge forfatterne viser deres undersøgelse, at mennesker med skizofreni håber på det samme som mennesker uden psykiatriske lidelser. De håber på et problemfrit liv. I denne sammenhæng viste denne komponent sig i nogen grad influeret af deltagernes koreanske kultur, men indeholdt 'generelle' livsomstændigheder, såsom uddannelse, arbejde, ægteskab og børn. De håber på godt helbred uden psykisk lidelse, på frihed fra lidelsen og spirituel berigelse. Endvidere spillede interpersonelle forhold en stor rolle i hvad der blev håbet på; genoprettelse af familieforhold, der havde taget skade pga. lidelsen og opnåelse af tætte relationer, hvor de blev accepteret som den person de er, på trods af deres lidelse (ibid., p. 73f).

Kilderne til håb blev her inddelt i to grupper; interne kilder og eksterne kilder. De interne kilder består bl.a. af selvværd og stolthed. Patienternes selvværd kunne bl.a. øges ved opnåelse af realistiske mål, enten erhvervsmæssige eller relationelle. De eksterne kilder bestod i høj grad af kærlige relationer. Både familiemedlemmer og medpatienter blev bl.a. nævnt som mulige kilder til håb. Ydermere blev en relation til de ansatte i psykiatrien nævnt, som en vigtig kilde til håb (ibid., p. 74f).

Forfatterne skriver, at alle disse aspekter ved håb er indbyrdes sammenhængende. Opnåelsen af håb, igennem de faciliterende kilder, er med til at hjælpe disse mennesker til at forsøge at nå dét, som de håber på. – I patienternes forsøg på at opnå det de ønsker, skaber de mening i deres liv, og derved håb. Forfatterne understreger, at dette egentlig er dét, der kan kaldes recovery (ibid.). Som der allerede er påvist i beskrivelserne af recovery-processen, viser denne undersøgelse også, hvordan det er håb, som resurse til aktiv opsøgning af mål, der faciliterer processen imod et positivt udfald, til trods for den psykiske lidelse. Hvad forfatterne yderligere påviser, er den positive spiral, der kan udvikle sig. Her kan dét, som håbet bibringer, senere udvikle endnu stærkere håb.

### *3.3 Strategier, der indgyder håb*

Jeg vender her tilbage til psykiateren, Karl Menninger, der i 1959 søgte at få begrebet håb i fokus på det psykiatriske område. Det var Menningers ønske og overbevis-

ning, at håb var og skulle være en integreret del af psykiatrien. Han understregede, at han som læge havde ansvar for at lære og overføre håb i passende mængder – både til novicer på området og patienter. Ifølge Elliott var hans omtale af håb således, at det var noget som kunne brænde ud, men som med den rigtige træning kunne holdes i live – med dette var håbet noget der kunne overleveres til andre (Elliott, 2005, p. 10f). Således ser det ud til, at Menninger har været med til at påbegynde en debat om hvorledes håb kan videregives fra terapeut til patient. I følgende afsnit vil jeg forsøge at skitsere de strategier, der kan være effektive for at indgyde håb.

Menninger indrømmede, at der endnu ikke var tilstrækkelig viden på området og søgte derfor at lægge op til uddybende forskning (ibid., p. 10). Som allerede understreget adskillige gange, så er håb tydeligt anerkendt i dagens forskning. Derudover er ét af de centrale temaer i litteraturen også, som Menninger sagde, at den professionelle omkring patienten spiller en stor rolle i at bibringe håb. Ifølge nogen, så har terapeutens bidrag til at bibringe håb, vist sig være af afgørende betydning for et positivt udfald i forbindelse med psykisk lidelse (Darlington & Bland, 1999, p. 17). I samme forbindelse har noget af den nye forskning fokuseret på, hvilke strategier, der er brugbare til at indgyde håb til patienter med psykisk lidelse. Elliott nævner, at det er sygeplejersker som faggruppe, der har den mest udviklede forskning på dette specifikke område. Dette i og med, at det traditionelt er den faggruppe, der har den tætteste daglige kontakt med patienter med psykisk lidelse (Elliott, 2005, p. 20). Som nævnt i specialets indledning, så vil meget af det her anvendte materiale derved stamme fra forskning fra denne faggruppe.

Ifølge Adams og Partee (1998), der har beskæftiget sig med beskrivelser af håb som den kritiske faktor ved recovery, så mener de mennesker, der har oplevet recovery på egen hånd, at andre faktorer end symptomkontrol og medicinering, kan være faciliterende for recovery. Heri værdsættes bl.a. terapeuter, der indgyder håb og hermed muligheder for at opnå mål (Adams & Partee, 1998, p. 29). Adams og Partee siger med udgangspunkt i dette, at terapeuter burde inkorporere strategier der indgyder håb, i deres behandling (Adams & Partee, 1998, p. 31). Personalets evne til at inspirere og vedligeholde håb anses som en central faciliterende og optimerende faktor for recovery, og som en af en terapeuts kernekomponenter (Russinova, 1999, p. 50f).

Russinova (1999) har lavet en model, hvor det dialektiske forhold imellem håb og recovery skitseres. Forholdet består af et samspil imellem positive forventninger og

oplevelsen af en persons interne og eksterne resurser (Russinova, 1999, p. 52). I sit arbejde har en terapeut ansvar for at bibringe eksterne og interne resurser, som patienten kan arbejde med i aktiviteter, der kan skabe positiv forventning. Heri ligger bl.a., at terapeuten skal påvise de resurser, som patienten har, men pga. sin situation måske ikke kan se. Disse resurser er med til at facilitere processen imod recovery. Jo flere resurser terapeuten kan gøre mulige og påvise, jo bedre er udgangspunktet og potentialet for recovery. Dette hænger ifølge Russinova sammen med, at patientens bevidsthed omkring disse resurser, er med til at udvikle patientens håb. Én af mekanismerne i denne proces er, at når en terapeut, eller et andet menneske, udviser håb og tillid til patientens muligheder for recovery – ved at tilvejebringe og påvise resurser – så internaliseres dette håb og tillid gradvist i patienten. På denne måde bliver håbet en intern resurse, som kan facilitere recovery. Sammen med eksterne resurser, kan dét håb, som nu er opstået i patienten, være med til at hjælpe patienten til at indgå i nye aktiviteter, som kan være opbyggende og materiale til ny mening i livet. Hvert nyt mål som på denne måde opnås, er med til at bibringe mere håb – både for patienten og andre omkring. På denne måde er håbet både resultat af og kilde til recovery – hvilket kan understrege modellens dialektiske komponent (ibid., p. 53). Russinova påpeger her den samme positive spiral, som Noh, Choe og Yang (2008), beskriver ud fra udtalelser fra mennesker, der lever med skizofreni. Disse forfattere taler endvidere om en lignende mekanisme, som i tidligere afsnit er beskrevet med baggrund i *Hope Theory*. Her siges som bekendt, at håb har en indlærende kvalitet, hvor hhv. positive eller negative erfaringer med opnåelse af mål, tages med i ens indstilling i fremtidige forsøg.

I en artikel undersøger Kylmä et al. den videnskabelige viden på området omkring håb og skizofreni. Som en del af deres litteraturstudie påviste Kylmä et al. bl.a. hvilke forskellige faktorer, der ifølge deres litteraturgennemgang, bidrager til håb hos mennesker, der har skizofreni. Det er de faktorer, som allerede har været omtalt i specialet. Her er der tale om et fremtidsperspektiv, med et håb om en bedre fremtid; at finde mening i livet, oplevelsen af at få ansvar over eget liv, bl.a. lidelsen, samt oplevelsen af succes i hverdagen (Kylmä et al., 2006, p. 659). Betydningen af succes i hverdagen, som kan sammenlignes med oplevelsen af at opnå ens mål, viser sig gennemgående som én af de effektive strategier, til udvikling af håb.



Darlington og Bland (1999) har lavet en undersøgelse, hvor de har stillet spørgsmål til både terapeuter og patienter i psykiatrisk regi, omkring strategier, der kan udvikle og vedligeholde håb i forbindelse med psykisk lidelse. Gruppen af terapeuter i studiet hævdede, at de havde veludviklede strategier til at bibringe håb til deres patienter (Darlington & Bland, 1999, p. 18). Både de interviewede terapeuter og patienter havde flere af de samme synspunkter på, hvilke strategier der var nyttige i bibringelse af håb (ibid., p. 22).

Deltagerne talte for en tilgang, der fokuserer på patienternes styrker snarere end svagheder. Med udgangspunkt i dette sås opgaven som ansvar for at hjælpe patienterne med at identificere egne styrker (Darlington & Bland, 1999, p. 19) – på samme måde, som Russinova understreger dette som én af terapeutens fremmeste opgaver. At anerkende små sejre, blev også nævnt som en af de vigtigste strategier (ibid.). Ved at hjælpe patienterne, med at se på tidligere sejre og måder, hvorpå de havde formået at overvinde svære tider, blev patienterne opmuntret til at bruge disse strategier som hjælp i nye udfordringer. Dette kunne også bruges til at minde patienterne om, at op- og nedture er en del af livet, og derved vise, at nedturene kan overvindes. – I forlængelse af dette kan siges, at patienterne anerkender betydningen af terapeuter, som forstår deres behov for at udrette og opnå noget, og som igennem deres tro på dette får patienterne til at tro på det selv (ibid., pp. 19-21).

Under et afsnit omkring, hvordan håb forøges for voksne, skriver Snyder, at det er vigtigt, at mål sættes på baggrund af individets egne ønsker, og ikke på baggrund af, hvad andre måtte synes var ønskværdigt (Snyder, 2001, p. 6908). Endvidere nævnes at bl.a. tydeligt formulerede mål, og mål som strækker ens evner, kan være nyttige strategier til forøgelse af håb. Dog nævner Snyder også, at motivationen forstærkes ved at fokusere på mere opnåelige mål, snarere end uopnåelige. Det kan være nyttigt at forvente, at forhindringer opstår hen ad vejen, og tanken om disse som udfordringer, kan være med til at øge personens målbevidsthed. At opdele større mål i delmål, kan bl.a. være effektivt for ens planlægning af vejen frem til målet (Snyder, 2001, p. 6908f). Deegan (1994) har præsenteret overvejelser om hvordan rehabiliteringsprogrammer kan optimere processen i forbindelse med recovery. Hun understreger, at recovery skal forstås som en serie af mange små skridt, med tilbageskridt på vejen, der nødvendiggør en vilje til at fortsætte på trods af disse. Hun siger, at dette kræver fleksible behandlingsplaner, der forventer dette, snarere end at modarbejde med fast-

låste strukturer. Dette kræver en åben tilgang, hvor alle har mulighed for at begynde/slutte/begynde hvor det passer den enkelte, med anerkendelse af den enkeltes unikke situation. – Hun beskriver en lignende tilgang som den bedste måde at forebygge oplevelser af nederlag (Deegan, 1994, p. 57f).

Der kan argumenteres for, at alt dette kunne være en del af den mekanisme, der nu er understreget adskillige gange, hvor succesoplevelser er med til at facilitere nyt håb, der bibringer mod til at opsøge yderligere mål.

Russinova (1999) har defineret nogle håb-inspirerende kompetencer, som hun mener, at en terapeut der arbejder med recovery skal besidde. Det handler om mere end en positiv indstilling, – omend denne, som det i et senere afsnit vil vise sig, er nødvendig – men en evne til samtidig at integrere denne indstilling med kompetencen til at udnytte strategier, der kan indgyde håb. Kompetencerne er baserede på forfatterens egen vurdering af litteraturen på området omkring håb (Russinova, 1999, p. 54).

De handler om, at terapeuten skal besidde en tro på et potentiale for recovery; samtidig have evne til at tolerere en usikker fremtid, da processen for hver enkelt patient ikke er den samme, eller kan forudsiges; terapeuten skal være motiveret, for at støtte patienten konstant i processen imod et godt sygdomsudfald; og dernæst skal terapeuten besidde resurser til dette arbejde, altså en evne til at generere strategier til opnåelse af de ønskede mål. Russinova sætter selv de sidste to kompetencer i forbindelse med Snyders teori om agency og pathways, altså motivation og planlægning i forbindelse med forfølgelse af mål (Russinova, 1999, p. 54).

Med baggrund i sin model for sammenhængen imellem håb og recovery, har Russinova lavet en opstilling af strategier, hvormed terapeuten med sine kompetencer kan mobilisere patientens hhv. interne og eksterne resurser, der kan facilitere håb, og derved recovery.

I listen af interne strategier nævnes bl.a. strategier, som at hjælpe patienten med at opstille, og nå bestemte mål, at hjælpe patienten med at erindre tidligere positive erfaringer, at hjælpe patienten med at acceptere sine begrænsninger, samt at acceptere tidligere nederlag, og lære af dem, at hjælpe patienten med at finde mening i livet, og støtte patienten i at sørge over de tab, som lidelsen har medført. Disse strategier fokuserer især på at styrke patientens interne resurser i form af selvværd og tillid til egne evner. Som strategier, der kan mobilisere eksterne resurser, der kan facilitere

håb nævnes bl.a. at hjælpe patienten med at finde gode rollemodeller i personer med samme lidelse, at hjælpe med medicinering til symptomkontrol, at støtte psykoeducation, familieinvolvering/støtte og selvhjælpsgrupper, samt støtte omkring opretholdelse af erhverv og boligsituation. Disse sidste strategier fokuserer især på at lære patienten at identificere og anerkende egne eksterne ressourcer, som kan udnyttes med henblik på recovery (Russinova, 1999, p. 55).

### 3.3.1 Relationer som facilitator for håb

Som tidligere nævnt, så har Schrank og hans medforfattere påvist, at relationer var det mest konsekvente tema på tværs af de forskellige definitioner der findes af håb, på det psykiatriske sundhedsområde – især meningsfulde og tillidsfulde relationer (Schrank et al., 2008, p. 426). Hvordan relationerne specifikt spillede en rolle, indeholder artiklen dog ikke en yderligere beskrivelse af. Andre steder i den relevante litteratur er det dog muligt at finde flere beskrivelser af, hvorledes relationer i forskellige afskygninger, kan have en indvirkning på håb indenfor specialets temaramme.

Temaet omkring støttende relationer, viste sig allerede tydeligt i tidlige fortællinger omkring den subjektive oplevelse af recovery (Deegan, 1994). Deegan har bl.a. beskrevet, hvorledes både hun i sin mørkeste tid var omgivet af mennesker, der ikke mistede håbet på hendes vegne, selv om hun selv havde mistet det. Det var disse menneskers konstante håbefuldhed, der var med til langsomt at vække en gnist af håb i hende selv, der blev begyndelsen til hendes proces imod recovery (Deegan, 1994, p. 56).

Øverst på Kylvä et al.'s liste står relationer til andre mennesker, som noget, der bidrager til håb. Dette kan både være relationer til familie, partner, ligemænd eller ansatte (Kylvä et al., 2006, p. 659). Ligeledes understreger Adams og Partee betydningen af den ramtes relationer. Adams og Partee skriver, at det er de mennesker, som en patient har omkring sig, der kan få vedkommende til at håbe og tro på, at der findes en bedre fremtid – som indtil videre i specialet er understreget som et grundlæggende element ved håb. Andre, der har håb og tro på ens vegne, kan være inspirerende til, at personen også kan forestille sig det mulige. Heri ligger bl.a. også betydning-

gen af andres opmuntring og støtte i forbindelse med tilbageskridt. – Også her lægges op til, at det kan være relationer af forskellig form. Der nævnes, at det evt. kan være mennesker med samme lidelse, med en succesfuld historie, og som derved inspirerer til håb om lignende succes (Adams & Partee, 1998, p. 31). Deegan understreger direkte, hvorledes mennesker med psykiske lidelser, ved at videregive og inspirere til håb, kan støtte hinanden i recovery-processen. Andres personlige erfaringer og oplevelser af recovery gør dem til velegnede rollemodeller for mennesker, der endnu ikke er kommet ligeså langt i processen. Det skyldes, som Deegan siger, at det er sværere at forblive i den mørke fase uden håb, når der er andre til stede, der tjener som eksempel på, at der er håb – håbet har på denne måde en smittende effekt. Hun understreger med dette, at det er af betydning, at rehabiliteringsprogrammer ansætter mennesker med psykiske lidelser, som inspiration i processen (Deegan, 1994, p. 58f).

Således synes der at være en bred konsensus omkring, at relationer skal understøttes som centralt tema, i forbindelse med håb. Schrank et al. anbefaler, med udgangspunkt i dette, at der i interventionsarbejde støttes op under både eksisterende og nye meningsfulde relationer (Schrank et al., 2008, p. 429).

### **3.3.1.1 Relation til en terapeut**

De ovenstående omtalte relationer, kan ud fra dette bidrage til håb for en person med psykisk lidelse. Det kan derved argumenteres for, at dette bør huskes i et behandlingsudgangspunkt. Med specialets specifikke problemstilling for øje, vil der i det følgende dog hovedsagelig være fokus på den terapeutspecifikke del.

Kirkpatrick et al. (1995), har undersøgt hvorledes forskellige faggrupper af ansatte, i arbejde med mennesker med skizofreni, mente at forøge håb hos deres patienter. Ifølge denne undersøgelse, var forholdet imellem terapeut og patient, den mest anerkendte strategi til at indgyde håb.

Heri var betydningen af en relation med kommunikation og tillid understreget. Nærvær i samtale med patienten, blev bl.a. beskrevet som betydningsfuldt. Derudover understreges en forståelse for patientens perspektiv, hvor vedkommende værdsættes

og accepteres som person. Heri ligger bl.a., at følelsen af at være en værdifuld person, kan være med til at vække håb hos patienten (Kirkpatrick et al., 1995, p. 17). Darlington og Bland (1999) har også belyst betydningen af kvaliteten af relationen imellem terapeut og patient. Ifølge deres studie er én af de afgørende ting, at der, i arbejde med at indgyde håb, bliver arbejdet indenfor patientens egen referenceramme. Dette er i tråd med en tankegang om, at håb ikke kan påtvinges. Det handler om, at *hjælpe* patienten med at udvikle en *egen* tro på sig selv, med rod i *egne* evner og opfattelser af hvordan ting kan gøres (min markering). Der nævnes, at udgangspunktet bør være at hjælpe patienten med at sætte ord på egne fremtidsdrømme og mål. En tilgang som denne handler om, at patientens situation anerkendes (Darlington & Bland, 1999, p. 18f). Dette kan sættes i forbindelse med, at terapeuterne også understreger betydningen af, at de møder deres patienter som mennesker, med accept af deres egen person. Dette gøres ved, at de behandles og accepteres som enhver anden (ibid., p. 19f). – Patienterne i studiet understregede tydeligt, at de værdsatte når de blev behandlet som mennesker, snarere end når de kun blev vurderet igennem deres rolle som psykisk syge.

Patienterne beskrev en god terapeut, som én der bl.a. var ærlig, oprigtig og åben. Fornemmelsen af venlighed og omsorgsfuld indstilling, fra terapeuten, blev ligeledes nævnt (ibid., p. 21).

Også Russinova understreger den interpersonelle komponent, som ét af håbets vigtigste aspekter. Her siges, at håb opstår i den relationelle kontekst imellem personer, hvorfor relationen også understreges som betydningsfuld for recovery. Ligesom der før er nævnt, så beskrives her, at en person, som tror på en bedre fremtid, selv når patienten ikke selv gør det, kan være med til at skabe det samme håb i patienten. I sin artikel sætter Russinova dette især i forbindelse med terapeutens rolle. – Én af de vigtigste variabler i denne sammenhæng er, at personen, der på denne måde kan inspirere håb, er en person, som patienten stoler på (Anthony, 1993 if. Russinova, 1999, p. 51). Ifølge Russinova er en støttende relation nøgleaspektet, som faciliterer recovery. Den støttende anden er nødvendig for at igangsætte gnisten af håb hos patienten, som er overvældet af den psykiske lidelse – det er især vigtigt tidligt i processen, hvor håbløshedsfølelsen ofte er stor (Russinova, 1999, p. 52). – Vi kender allerede samme mekanisme fra Deegans beskrivelser.

Ligeledes er den støttende relation af stor betydning, når patienten oplever midlertidige tilbagefald, i og med, at den kan opmuntre og bibringe emotionel stabilitet, der kan hjælpe patienten til at opretholde håbet. I denne sammenhæng er relationen med til at *containe* (jf. afsnit 4.2.1.4.2.1) patientens frygt og fortvivlelse. Denne funktion er dermed med til at tillade, at frygten og fortvivlelsen forvandles til tiltro, styrke og nye muligheder for forandring. Russinova beskriver, hvordan terapeuten kan være dét, som Winnicot kalder *the holding enviroment* (jf. afsnit 4.2.1.4.2.1) ved at han udviser vedvarende håb om, at patienten kan overvinde eller forbedre sin lidelse. Fx terapeutens evne til at tåle håbløshed, samt terapeutens evne til at forblive håbefuld (i svære situationer) er med til at hjælpe patienten til ikke at give op og fortsætte med at finde nye muligheder. På denne måde er terapeuten med til at muliggøre recovery-processen (Russinova, 1999, p. 52f). Dette nævnes også af Darlington og Bland, hvor det siges, at det indimellem er terapeutens opgave at bære håbet for patienten, i situationer, hvor patienten ikke formår at have håb for sig selv (Darlington & Bland, 1999, p. 19). Dette blev også anerkendt af flere af patienterne i studiet, der havde oplevet dette (ibid., p. 22).

Russinova har, udover de allerede nævnte lister, også lavet en opstilling af strategier, der kan anvendes med henblik på udnyttelse af interpersonelle resurser, som kan være facilitator for recovery. Her anerkendes det helbredende potentiale som eksisterer i relationer. Her nævnes, at disse strategier er relevante i alle relationer imellem ansatte og patienter, uafhængigt af den ansattes faglige baggrund. – Her nævnes flere af de komponenter, som allerede er nævnt, bl.a. terapeutens konstante tro på, og promovering af patientens styrker og potentialer, at patienten værdsættes og accepteres for sin egen person, at terapeuten lytter ufordømmende, viser udtryk for oprigtig omsorg, samt tolerance overfor patientens usikre fremtid, udfordringer og nederlag (Russinova, 1999, p. 55).

Adams og Partee (1998) nævner værdien af den terapeutiske relation, der kan indgyde håb, og tydeligt burde inkorporeres som terapeutisk behandlingsstrategi. Ligesom de ovenstående overvejelser har påpeget, så søges også her en relation, der værdsætter patienten som menneske og udtrykker respekt, og som avler mening. Forfatterne understreger, at værdien af disse strategier ikke bør negligeres, da de er en essentiel komponent i en omfattende behandlingsplan (Adams & Partee, 1998, p. 31f).

Kirkpatrick et al. anerkender den centrale rolle, som relationen imellem terapeut og patient spiller. Her gøres dog også opmærksomt på, at på samme måde, som relationen kan indgyde håb, så kan den manglende relation have den modsatte effekt. På denne måde, kan et af de bedste virkemidler også være den største forhindring for udviklingen af håb (Kirkpatrick et al., 1995, p. 19).

## 4 Uddybende teoretisk forståelse

Førrige afsnit præsenterede et overblik over de teorier, forståelser og tendenser, der er kommet til syne igennem min udforskning af håb, som begreb, i relation til psykiske lidelser og behandling heraf. Med dette blev der yderligere åbnet for et område, der indeholder flere relevante teoretiske begreber og aspekter. Hensigten med de følgende afsnit er derfor at fremlægge en mere dybdegående teoretisk forståelse, af nogle af disse aspekter. I flere henseende er der tale om begreber, der er omfattende og komplekse i sin egen ret. Derfor er det ikke meningen at lave en udtømmende bearbejdning af alle begreber, da specialets rammer ikke rummer dette, men snarere en belysning af begreberne i relation til specialets specifikke problemstilling.

### 4.1 Håb som en tillært egenskab

Igennem de tidligere teorier fremstilles håb gentagne gange, som en tillært egenskab. Der er bl.a. beskrevet, at de selvhenvisende tanker, som en person har omkring sine egne evner til at opnå mål, menes at være vedvarende og generelle, og at indstillingen påvirkes af tidligere erfaringer.

Fokus igennem specialet generelt, er rettet imod hvordan håbet kan influeres i voksenlivet. Ifølge Hope Theory, er håbefuldt tænkning, som nævnt, en tillært egenskab, der udvikles både igennem voksenliv og barndom. I følgende afsnit præsenteres psykologiske teorier, der kan bidrage med en forståelse af, hvorledes håbefuldt tænkning kan udvikles og påvirkes i den tidlige barndom.

#### 4.1.1 Den psykosociale udviklingsteori

I sin psykosociale udviklingsteori beskriver Erik Erikson, hvordan den psykosociale udvikling følger en kurs af forudbestemte udviklingstrin, på samme måde og parallelt med den biologiske udvikling. Han betegnede den psykosociale udvikling som epigenetisk. Personen vil på bestemte tidspunkter møde bestemte *udviklingskriser* (Pittman et al., 2011, p. 36; Ewen, 2003, p. 174).



Erikson beskriver hvordan mennesket besidder nogle særlige indre styrker, eller særlige menneskelige *dyder*. Det er bestemte styrker, som han forbinder med ego-styrke, der kan udvikles i stadier igennem livet. På den anden side besidder disse styrker hver sin modsætning, i form af en bestemt kernepatologi (Erikson, 1964, pp. 111-113; Mortensen, 2011, p. 100).

Den mest centrale del af teorien, er delen om egoets udviklingsfaser, hvorigennem styrkerne udvikles. Erikson mente, at udviklingen af personligheden fortsætter hele livet. Hvordan udviklingen foregår, har han fremstillet i sin teori om de otte udviklingsfaser, der indebærer de førnævnte kriser, der forløber fra fødselen til gammel alder. Tidspunktet hvor kriserne opstår, er karakteriseret af et psykosocialt udviklingspotentiale, der er passende for den bestemte alder. Krisen kommer som følge af, at personen bliver mere og mere fysisk moden og dermed oplever stigende krav fra omgivelserne. Med kriser menes, at personen i hver fase møder et nyt problem, som vedkommende skal løse, hvorefter udviklingen vil foregå enten den ene eller anden vej; en, hvad der kan kaldes enten hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig vej. Udviklingen opstår igennem personens engagement i omverdenen. Igennem eget initiativ lærer personen i hver fase at begå sig med ny adfærd og følelser. De erfaringer som personen gør sig i disse sammenhænge, bl.a. igennem respons fra andre i næromgivelserne, er med til at give personen information om sig selv. I tråd med, at en erfaring samles gentagne gange, afhængigt af hvordan personen bliver mødt i forskellige situationer, er med til at give vedkommende forskellig information om sig selv og sit værd, i relation til omgivelserne. En negativ løsning på en krise kan have indvirkning på og være formende for en senere krise. Dog er Erikson i denne forbindelse ikke helt pessimistisk, i det han mener, at det dog er muligt at rette op på en tidligere negativ udvikling (Pittman et al., 2011, p. 36f; Ewen, 2003, pp. 174-176).

Ifølge Erikson (1964, p. 115) er håb en af de menneskelige dyder. Han beskriver håb som den tidligste og mest uundværlige dyd. Det er i teoriens første fase, at håbet som styrke udvikles, hvorfor fokus i det følgende er lagt på at beskrive denne fase.

Den første af Eriksons udviklingsfaser er *den orale fase (The Oral-Sensory Stage)*. Krisen her omhandler udviklingen af enten en *basal tillid* eller mistillid til ens omgivelser. Her er det kvaliteten af forældre-barn relationen, der er afgørende. Tilliden opstår når barnet regelmæssigt får sine behov opfyldt af sine forældre. Dette gør, at barnet lærer at stole på forældrene, sammen med, at det udvikler en tillid til, at dets

senere behov vil blive mødt. En god tillid manifesterer sig som en egenskab i personligheden, der tør at håbe. Hvis barnets behov ikke opfyldt gentagende gange, når der er brug for det, udvikler det en grundlæggende mistillid. En dårlig udvikling af tillid markeres med en dårlig tiltro til, at ens ønsker nogensinde vil blive opfyldt (Ewen, 2003, pp. 174-176). Til trods for, at de menneskelige dyder er iboende, så kan de ikke udvikles uden støtte fra gunstige sociale omstændigheder. For at håbet fra begyndelsen kan opstå, kræver det, at spædbarnet bliver mødt af en tillidsfuld moderfigur, der kan opfylde både fysiske og emotionelle behov (Erikson, 1964, p. 117).

Ifølge Erikson er håb den første dyd, som spædbarnet udvikler, og med udgangspunkt i hans stadiemodell, er det derfor afgørende for udviklingen af de følgende dyder – hvorudfra betydningen tydeligt understreges. Erikson mente ligeledes, at håbet manifesterer sig i personen, som et relativt stabilt træk (Eliott, 2005, p. 14f).

Som nævnt, så består Eriksons model af otte udviklingsfaser. De andre faser omhandler bl.a. en udvikling af hhv. autonomi eller skam, initiativ eller skyldfølelse, identitet eller identitetsforvirring, intimitet eller isolation m.m. (Ewen, 2003, pp. 176-180) Som beskrevet, udvikles barnets basale tillid, som, hvis den forløber positivt, er med til at forme en håbefuld indstilling i personen, allerede i første fase i spædbarnsalderen. På grund af, at det er denne egenskab, der især er interessant for specialets problemstilling, udelades en grundigere beskrivelse af de yderligere faser.

#### 4.1.2 Tilknytningsteori

John Bowlby er en af grundlæggerne af tilknytningsteorien, hvor han lægger sin vægt på relationers betydning for det sociale og emotionelle liv. Teorien beskriver tilknytningen som et sammensat adaptivt system af adfærd, kognition og affekter, der tilsammen koordinerer og styrer en person både i udforskning af verden og nærhed med andre (Pittman, 2011, p. 32f). Tilknytningsteorien bygger på en antagelse om, at menneskets tendens til at knytte tætte bånd til andre personer, ligger i dets natur, og er vedvarende igennem hele livet. Barnets bånd er rettet imod dets omsorgspersoner, hvor det søger og forventer bl.a. trøst og støtte. Tilknytningen til omsorgspersonerne indeholder en overlevelsesmekanisme i form af beskyttelse. I teorien opfattes behovet for tilknytningen som et af de centrale træk ved psykisk sundhed (Bowlby, 1994, p. 134f).

Bowlby har beskrevet, hvordan tilknytning imellem et barn og dets omsorgsperson opstår igennem *tilknytningsadfærd*. Tilknytningsadfærden er den form for adfærd, som udvises af en person (barnet), da det ønsker at opnå eller beholde kontakt til tilknytningspersonen. Igennem udvikling bliver det til et system af adfærd, der har til formål at opretholde nærhed til en bestemt omsorgsperson. Adfærden kan bestå af signaladfærd eller tilnærmelsesadfærd. I den første tid er det omsorgspersonens opgave at opretholde nærhed til barnet. Med tiden bliver det dog barnet, der styrer dette mere og mere. I de tidlige år opholder barnet sig gerne indenfor tilknytningspersonens rækkevidde, da omstændighederne kan påkalde et behov for nærhed (Bowlby, 1994, p. 135f; Mortensen, 2011, pp. 206-208).

Tilknytningen foregår og udvikles i relation til en tilknytningsperson – både i almindelige og nødsituationer. Det foregår i hverdagens kontekst og i samspillet mellem barnet og tilknytningspersonen. Det er i hverdagen, at det primære grundlag for tilknytningen foregår; og dette er snarere en forudsætning for, hvordan interaktionen vil foregå i nødsituationer. Det handler om, at tilknytningspersonen skal formå at opfange og imødekomme barnets adfærd og behov, og være både fysisk og psykologisk tilgængelig. Det forudsætter, at omsorgspersonen er medvillig i hvad der kræves af vedkommende som omsorgsperson (Pittman et al., 2011, p. 33). Det er intensiteten i kontakten, som er det afgørende for tilknytningen mellem barn og tilknytningsperson, samt den hastighed hvormed der reageres på barnets behov. Hvis processen hvorigennem tilknytningen skal udvikles forløber positivt, opnår barnet en *sikker tilknytning*, der beskrives i senere afsnit (Mortensen, 2011, pp. 209-211).

#### **4.1.2.1 En sikker base**

Bowlby beskriver det typiske samspil imellem omsorgsperson og barn, der indebærer et af teoriens kernebegreber; udforskning fra *en sikker base*. For et barn foregår dette bl.a. igennem leg. Når barnet føler sig trygt ved tilknytningspersonen, tør det bevæge sig væk, for at udforske. Ved en god udvikling, giver tilknytningspersonerne barnet mulighed for at bruge dem som base for udforskning, en sikker base, hvor barnet skiftevis bevæger sig ud i verden, for siden at komme tilbage til tilknytningspersonen for sikkerhed. Igennem udviklingen af tilknytning er det vigtigt, at afstanden er regu-

leret, så den hverken er for lille eller for stor. Med tiden øges tid og afstand hvor barnet (personen) udforsker, men den sikre base er fortsat ligeså nødvendig (Bowlby, 1994, p. 135f; Mortensen, 2011, pp. 208-210).

Hvad tilknytningsadfærden gerne skulle bidrage til er, at barnet (personen) udvikler en tryghed i, at den sikre base vil være tilgængelig, i tilfælde hvor der bliver brug for det. Når barnet bliver ældre (også i voksenalderen), hvor det ikke umiddelbart er i nærheden af tilknytningspersonen, har det udviklet en indre repræsentation af den sikre base, som det mentalt kan vende tilbage til ved behov for støtte og omsorg (Pittman et al., 2011, p. 33f). Dette leder til et andet af teoriens centrale begreber.

#### **4.1.2.2 Arbejdsmodeller**

Ét af tilknytningsteoriens centrale begreber er beskrivelsen af *arbejdsmodeller*. Arbejdsmodellerne omfatter personens evne til at skabe mentale repræsentationer af sig selv og sine tilknytningspersoner – altså indre arbejdsmodeller. Disse modeller indeholder bl.a. modeller af, hvem og hvor ens tilknytningsperson er, og hvordan denne i en given situation vil reagere på personen. Arbejdsmodellerne sætter personen i stand til at forestille sig, og forudsige kommende situationer. Efter tilstrækkelig indlæring kommer arbejdsmodellerne til at fungere automatisk og ubevidst, og de overgeneraliseres. I barndommen dannes arbejdsmodellerne også igennem barnets interaktion med omsorgspersoner. Dette betyder, at et barn, som føler sig mødt af sine tilknytningspersoner på en positiv måde, vil opbygge en ubevidst og generel forventning om, at ligeledes blive positivt mødt af andre personer i andre situationer. På den anden side vil et barn, der føler sig uønsket af tilknytningspersonerne, også have en forventning om, at være uønsket i andre situationer og sammenhænge. Disse modeller vil derfor have indflydelse på hvordan personen omgås andre mennesker. Dermed kommer arbejdsmodellerne samtidig til at få betydning for senere tilknytninger i personens liv (Mortensen, 2011, p. 211f). Bowlby mente, at arbejdsmodellerne er rimelig vedvarende og forbliver gerne ukorrigerede (Bowlby, 1994, p. 145).

### 4.1.2.3 Tilknytningsmønstre

Mary Ainsworth har lavet omfattende empiriske studier af det tidlige samspil mellem mor og barn. Hun har med sine studier været med til at videreudvikle tilknytningsteorien. Empirien bygger på Bowlbys teorier, hvorefter Bowlby også har inkluderet hendes fund i sine egne teorier (Bowlby, 1994, p. 138). Ainsworth er kendt for sit fokus på de typiske *tilknytningsmønstre*, der ses hos børn. Igennem undersøgelsen *fremmed-situation* har hun påvist fire typiske tilknytningsformer, der typisk kan opstå imellem barnet og omsorgspersonen (moren). Studiet foregår i et lokale, hvor mor og barn er sammen med en fremmed tredjeperson. Når moren hhv. forlader lokalet og senere kommer tilbage, observeres barnets adfærd og reaktioner, imod både den fremmede og moren (Mortensen, 2011, p. 232f).

I det følgende afsnit beskrives de fire tilknytningsformer, som blevet identificeret.

Første tilknytningsform er *sikker tilknytning*. Disse børn blev i nogle tilfælde kede af det når moren gik, men de var mulige at trøste. Når moren kom tilbage opsøgte de hende igen og kunne lege videre. Dét, der bidrager til sikker tilknytning, er den form for interaktion, som er beskrevet i det ovenstående. Her gælder omsorgspersonens følsomhed overfor barnets signaler, og forståelse for hvad der er nødvendigt i situationerne. Igennem bl.a. dette indlæres en tillid til, at forældrene vil være til stede på en positiv måde, når barnet har brug for dem. Dette giver barnet en fornemmelse af sikkerhed og kompetence, og det kan derfor føle sig frit i sin udforskning af verden. Den sikre tilknytning fostres bl.a. også af fysisk kontakt mellem mor og barn, både når der er behov for beroligelse, men også uden det er nødvendigt.

Anden tilknytningsform er den *ængstelig-afvisende tilknytning*. Disse børn var ofte ikke så kede af det når moren gik, og ignorerede hende når hun kom tilbage. I nogle tilfælde var disse børn mest opsøgende overfor den fremmede. Disse børn har ofte oplevet afvisning fra forældrene, når de har haft behov for hjælp eller trøst. Ved dette kan det ske, at de i senere situationer vil have en forventning om at blive afvist igen, hvis de opsøger omsorgspersonen. Erfaringer af den art kan få barnet til at undgå at stille tilknytningskrav til en omsorgsperson. Barnet kan derfor komme til at udvikle en emotionel selvtilstrækkelighed. Jo oftere barnet bliver afvist af omsorgspersonen, værre vil graden den negative tilknytningsform blive.

Tredje tilknytningsform er den *ængstelig-ambivalente tilknytning*. Disse børn blev meget kede af, det når moren forlod lokalet, og var svære at berolige når hun kom tilbage. De var kontaktsøgende, men modstræbende på samme tid. I modsætning til de sikkert tilknyttede, er disse børn usikre på, om omsorgspersonen vil være til stede, når der er brug for dem. Dette skyldes gerne, at omsorgspersonens adfærd har været inkonsekvent, eller hvis omsorgspersonen fx har truet barnet med at forlade det. Børnene kan komme til at udvise separationsangst og blive klæbende overfor omsorgspersonen. Dette kan gøre dem bange i deres udforskning af verden.

Fjerde tilknytningsform er *den ængstelig-desorganiserede type*. Disse børn udviser forskelligartet adfærd, når moren er tilbage i lokalet. Dette er fordi, at de ikke har udviklet en sammenhængende strategi hvorefter de kan reagere, når moren er væk. Denne tilknytningsform forekommer gerne hos de børn, hvor forældrene har været meget uforudsigelige. Dette kan udvikle en usikkerhed i barnet, hvilket kan få barnet til at udvise angst overfor forældrene. Det kan bl.a. være børn, der har været udsat for fysisk eller psykisk mishandling, eller børn der har forældre med alvorlig psykisk lidelse, der udvikler denne tilknytningsform (Mortensen, 2011, pp. 234-236; Bowlby, 1994, p. 138f).

Efter udvikling viser de forskellige tilknytningsmønstre sig at være vedvarende. Med tiden kan de udvikle sig til at blive en egenskab ved barnet. Dette gør, at tilknytningsformen også kommer til at gælde i barnets møde med andre mennesker, som det møder igennem livet (Bowlby, 1994, p. 141). Dette kan tolkes som, at barnet har inkorporeret disse erfaringer i sine arbejdsmodeller.

### 4.1.3 Sammenligning af de to teorier

De ovenstående afsnit har til formål at præsentere, hvorledes de begge to kan bidrage til en forståelse af, hvordan en persons håb kan være grundlagt i og influeret af tidlige barndomserfaringer. Teorierne har baggrund i forskellige antagelser. Dog har Pittman et al. (2011) påvist, hvordan begge teorier tilbyder begreber og koncepter, der kan berige og komplementere hinanden. Til trods for, at teorierne i sin helhed har et relativt forskelligt fokus, så indeholder begge teorier antagelser omkring, at persons livsforløb er præget af tidlige erfaringer. Flere af teoriernes mest centrale træk er mulige at sammenligne, især på de områder, som er præsenteret ovenfor. Pittman

et al. skriver, at den nemmeste sammenligning kan gøres i omtalen af barnets tidligste år, hvor tilknytningsteoriens sikre/usikre tilknytning kan sammenlignes med ego-psykologiens basale tillid/mistillid, hvor begge teorier fokuserer på udviklingen af barnets tillid, eller manglende tillid til, at dets behov vil blive opfyldt. Begge teorier understreger, at en omsorgsfuld og kvalitetsfuld forælderrolle er nødvendig for barnets sunde udvikling. Den trygge og tillidsfulde relation/tilknytning til omsorgspersonen/tilknytningspersonen er udgangspunkt for barnets udvikling af tryghed og fornemmelse af selvværd, samt oplevelse af, at verden er tryk at udforske, og tillid til egen formåen i dette. Ligeledes påpeger Pittman et al. hvordan begge teorier er enige i, at ikke alle børn oplever at få de nødvendige behov opfyldt af omsorgspersonerne, og udvikler derved ikke den nødvendige tillid videre i livet. De børn, hvis repræsentation af tilknytningspersonen ikke er sikker, vil være hæmmede i deres møde med og udforskning af verdenen, samt mere usikre på de valg, som de træffer på egne vegne. Begge teorier fremstiller, at den tidlige udvikling er grundlaget for hvordan personen vil tilpasse sig videre igennem livet. Bowlby har identificeret de vedvarende arbejdsmodeller, der vil præge personen fremadrettet, hvor Erikson har beskrevet, at måden hvorpå de tidligste kriser forløber, vil have indflydelse på de efterfølgende kriser. Bowlby har beskrevet, hvordan arbejdsmodellerne dog kan korrigeres ved tilstrækkelige ændringer i omstændighederne, hvor Erikson på samme måde ikke er helt pessimistisk omkring, at tidligere uforløste kriser kan afhjælpes (Pittman et al., 2011, p. 40f).

Tilknytningsteorien taler ikke eksplicit om håb. Dog beskæftiger begge teorier sig med betydningen af en kvalitetsfyldt relation til omsorgspersoner, der kan være med til at udvikle et optimistisk syn på og forventning til verden. Jeg mener derfor, at en persons tilknytningsform også må kunne tolkes til at forudsige noget om vedkommendes håb.

#### 4.1.4 Sammenhæng imellem tidlige erfaringer og psykisk lidelse

Hensigten med følgende afsnit er at påvise et eksempel hvor der er vist, at der kan være en sammenhæng imellem tidlige barndomserfaringer og udviklingen af psykisk

lidelse. Dette er et meget omfattende og komplekst område, og hvor mulighederne for diskussion er store. Meningen her er kun at vise eksempler på, hvordan det er påvist sammenhæng imellem tilknytningsmønstre og udviklingen af psykiske lidelser. Dette for at skærpe en opmærksomheden på, at det kan være relevant at huske i forbindelse med specialets problemstilling. Meningen er således ikke at lave en udtømmende belysning.

Der nævnes tidligere, at den sikre tilknytning og barnets oplevelse af at have en sikker base er nødvendig for optimal funktion og psykisk sundhed. Der hævdes ligeledes, at tilknytningen kan forklare hvordan mennesker kan blive modtagelige for psykiske lidelser (Bowlby, 1994, p. 136; p. 148).

Fonagy et al. har undersøgt forholdet imellem både Akse I lidelser (symptomlidelser) og Akse II lidelser (forstyrrelser i personligheden) og tilknytningsmønstre – især med henblik på at se, om usikker tilknytning er mere hyppig iblandt psykiatriske populationer i forhold til nonpsykiatriske populationer (Fonagy et al., 1996).

I undersøgelsen fandt de, at den psykiatriske populations barndomsfortællinger skilte sig ud fra kontrolgruppens barndomsfortællinger. Der viste sig at være overvældende støtte for sammenhængen imellem psykiatrisk lidelse og uafklarede problematiske relationer i den tidlige barndom. Forfatterne påpeger her en overensstemmelse med de forudsigelser, som Bowlby har fremstillet i tilknytningsteorien. Del af deres diskussion er, at den psykiatriske populations barndomsfortællinger skiller sig ud i en ekstraordinær grad, hvorfor forholdet imellem disse sociale betingelser og de psykiske lidelser, er svært at modsige (ibid., 1996, p. 28).

Undersøgelsen viser bl.a. eksempler på, at der er en sammenhæng imellem depression og patienternes lave idealisering i deres tilknytningstype, der bl.a. viser sig med lav forventning til deres tilknytningsperson. Samt en sammenhæng imellem spiseforstyrrelse og patienternes høje idealisering af deres forældre. Denne understøtter en forståelse af denne patientgruppes tendens til perfektionisme – en standard der kan være skyld i en spiseforstyrrelse, og som også viser sig i forældrerelationen (ibid.).

De få eksempler har til hensigt at vise, at de patienter vi møder i psykiatrien kan have baggrund i tidligere oplevelser bl.a. af denne slags. Senere afsnit i specialet vil vise, at dette kan have en indflydelse på det terapeutiske arbejde, hvorfor en opmærksomhed på dette er relevant.



#### 4.1.5 Opsummering: De tidlige erfaringers betydning for håbet

Erikson beskrev direkte, hvordan håb kan udvikles som dyd i spædbarnsalderen, igennem det som teorien kalder den første udviklingskrise. Hvis krisen forløber positivt udvikler barnet en basal tillid, der er karakteriseret af opfattelsen af, at verden er et godt og trygt sted (Mortensen, 2011, p. 102). Bowlby mente, at en tryk tilknytning til den sikre base, er med til at udvikle resurser og tillid, til at møde og indgå i en verden, der ikke umiddelbart er centreret omkring omsorgspersonen, samt en evne til at forme nære bånd til andre mennesker (Pittman et al., 2011, p. 33). I begge teorier siges udviklingen at afhænge af, hvordan barnet er blevet mødt og reageret på, af sine omsorgspersoner i det tidlige liv.

Jeg forstår det som, at den trygge tilknytning og de positive barndomsoplevelser udruster barnet med en tillid til verden. Barnet udvikler en tro på, at verden vil være god mod sig og at det kommer til at gå godt, det omhandler altså en sund forventning om at blive mødt positivt. Alt dette udvikles igennem, at omsorgspersonerne har reageret på barnets signaler, hvilket kan udvikle en oplevelse af kompetence. Alt dette kan altså indebære, at barnet får et håb til en positiv verden med sig som ballast.

Der er en mulighed for, at ikke alle patienter som mødes i psykiatrien, har disse oplevelser med sig. Dette kan altså også have en indvirkning på deres syn på verden, og dermed deres håb. Da håb kan være afgørende for bl.a. recovery, kan der argumenteres for, at det er endnu mere relevant at arbejde med denne faktor, da den i forvejen muligvis kan være skrøbelig.

## 4.2 Fokus på psykoterapi

Problemstillingen fokuserer på, hvordan man som terapeut handler med henblik på forøgelse af patientens håb. Det vil sige, at der gerne er tale om en psykoterapeutisk sammenhæng. I følgende afsnit vil jeg forsøge at belyse, hvilke aspekter ved den psykoterapeutiske sammenhæng, der kan være særligt relevante i forbindelse med arbejde med håb.

### 4.2.1 Fælles faktorer i psykoterapi

Psykiateren Jerome Frank har været en af dem, der i sin tid fremsatte en skælsættende hypotese om, at alle former for terapi der viser sig effektive, deler nogle fælles faktorer. Det er ifølge ham disse faktorer, også kaldt *nonspecifikke faktorer*, der er ansvarlige for terapiens effekt, og de virker uafhængigt af den terapeutiske tilgang eller metode. Sidenhen har megen forskning understøttet, at der ikke er belæg for at fremhæve brugen af enkelte metoder frem for andre, som de ultimative i forhold til effekt ved terapi. Med udgangspunkt i dette er betydningen af fælles faktorer i psykoterapi undersøgt og understreget (Parloff, 1986; Hubble, Duncan & Miller, 2006).

#### 4.2.1.1 Nonspecifikke faktorer

Lambert (1992) har lavet en opstilling af de fire terapeutiske fælles faktorer, der har vist sig mest indflydelsesrige i faciliteringen af forandring i psykoterapi. De fire faktorer omfatter; 1. klientfaktorer, 2. relationsfaktorer, 3. faktorer omhandlende placebo, håb og forventninger og 4. metodetekniske faktorer. Ifølge Lamberts beskrivelser er klientfaktorer, altså faktorer der har at gøre med klientens eget bidrag til terapien, ansvarlige for 40 % af bedringen, der opstår ved psykoterapeutisk behandling. Patientens bidrag kan være afhængigt af personlighed, personlige resurser eller miljømæssige forhold. 30 % af bedringen tilskrives kvaliteten af relationen mellem terapeut og patient. 15 % af bedringen tilskrives patientens håb og forventninger til, at behandlingen vil være nyttig. Til trods for, at hver metode gerne ønsker at tale for sin tradition som den optimale, så har de metodetekniske faktorer kun vist sig at være

ansvarlige for de sidste 15 % af forbedringsvariansen (Thorgaard, 2007, p. 214f; Hubble, Duncan & Miller, 2006, pp. 8-10).

Det, at patientens håb er ansvarlig for 15 % af behandlingsudfaldet i psykoterapi, er yderst relevant information for specialets problemstilling, der søger svar på, hvorledes håbet kan faciliteres. Følgende afsnit vil derfor hovedsagelig fokusere på, hvorledes håb, som nonspecifik faktor, har en indvirkning på og skal behandles i psykoterapi. Som tidligere, samt senere afsnit har vist/vil vise, så er håb og den terapeutiske relation indbyrdes afhængige, som faciliterende for hinanden. Derfor vægtes beskrivelsen af den terapeutiske relation som yderligere fokus i følgende afsnit.

#### **4.2.1.2 Demoralisering**

Freud var allerede i sin tid opmærksom på, at klientens mentale indstilling spiller en rolle i terapiforløbet. Indstillingen omhandler vedkommendes ønske om at få det bedre, sammen med troen på og tilliden til, at dette kan lade sig gøre – dette sidste, der, ifølge Frank, implicit læses som håb. Dog lagde Freud mere vægt på metoden og dennes fokus på fortiden – hvorfor håbet og fremtiden ikke har fået en central plads i teorien. Franks overbevisning var, at menneskets psyke er stærkt influeret af sin opfattelse af fremtiden, derudover understregede han, at håb spiller en betydelig rolle i forbindelse med psykisk forbedring (Frank, 1968, p. 383f).

Franks hypotese om fællesfaktorer i psykoterapi hang sammen med hans anden hypotese om, at næsten alle, som opsøger psykoterapi, uafhængigt af symptomer og overordnet lidelse, deler samme tilstand og problem i form af *demoralisering*. Dette er ifølge Frank en af hovedårsagerne til, at psykiatrisk behandling opsøges (Parloff, 1986, p. 522; Clarke & Kissane, 2002, p. 733). Før fællesfaktorerne beskrives yderligere laves derfor først en kort beskrivelse af dette fænomen.

Videre undersøgelser af demoralisering har vist, at problemet ikke er specifikt tilknyttet nogen bestemt psykisk lidelse, og det kan ligeledes være til stede ved fysiske lidelser. En demoraliseret person har en vedholdende og dybdegående selvhenvisende oplevelse af, at ikke være i stand til at magte sin egen situation. Dette medfører følelser af hjælpeløshed, meningsløshed, lavere selvværd og opfattelse af egne evner, samt følelse af håbløshed (Clarke & Kissane, 2002, p. 733f).

På denne måde står personens coping-evne centralt i problematikken, da personen ikke længere ved hvad der skal gøres. Det handler bl.a. om opfattelsen og vurderingen af en situation som farefuld eller udfordrende og denne kan bl.a. være påvirket af personens vurdering af egne kompetencer, eller en generel optimisme eller pessimisme. Coping-evnen er her med til at regulere opfattelsen af stress, og da denne er utilstrækkelig vil personen kunne føle sig hjælpeløs (Clarke & Kissane, 2002, p. 734). I forbindelse med sygdom kan ens vurdering af egen kompetence svækkes, hvis behandling fx ikke virker eller er tilgængelig. Ifølge Clarke og Kissanes beskrivelse af fænomenet, er coping og håb uadskillelige. Hvis personen ikke har tiltro til, at hjælp kan fås, kan håbløshed udvikles. Ligeledes er håb tæt forbundet med mening i livet. Dette kan hænge sammen med den måde hvorpå vi 'antager' vores verden, altså en forståelse af hvordan fremtiden ser ud, der bibringer tryghed og følelse af kontrol. Fx kan dog alvorlige lidelser være med til at udfordre disse antagelser. Dette kan medføre et tab af meningen i livet, og er på denne måde en del af demoraliseringen (ibid., p. 736). På denne måde forbindes igen her den store sammenhæng imellem håb, coping og fornemmelsen af mening i livet – denne gang i forbindelse med demoralisering, som ifølge Frank er den centrale problematik, der søges afhjulpet i psykoterapi.

Clarke og Kissane har lavet en undersøgelse med henblik på validering af demoralisering som fænomen, og efterlyser, at psykiatrien viser det mere opmærksomhed. De mener, alle personalegrupper i psykiatrien kan arbejde med og afhjælpe demoralisering, men i nogle tilfælde vil det kræve mere specialiseret hjælp. Dette kan gøres på mange måder, men der er specifikke terapeutiske teknikker, der har vist sig særlig nyttige. Der er tale om teknikker, som allerede er udbredte i psykoterapi, men mere eksplicit fokus er på disse omtalte problemer (ibid., p. 734; p. 738).

Det anerkendes, at symptomlættelse er den hurtigste måde at afbryde demoraliseringen, hvor en specifik biologisk behandling kan udvikle håb. En kognitiv tilgang kan bl.a. bidrage med information, realitetstestning og udfordre kognitive forvrængninger m.m.. En adfærdsmæssig tilgang kan være med til at udforske og forbinde personens opfattelse af mening med ønskede mål. Hensigten med dette er på samme måde, som tidligere beskrevet, at en følelse af mestring kan opstå, hvilket fremadrettet kan støtte personen i at opsøge flere aktiviteter. Vigtigst af alt nævnes dog, at patienten mødes med en empatisk forståelse. Dette kan være med til at afhjælpe en følelse af frem-

medgørelse, og kan forstærke patientens fornemmelse af sin egen værdi som person (Clarke & Kissane, 2002, p. 738).

### **4.2.1.3 Håb i psykoterapi**

Frank (1968) har med udgangspunkt i demoraliseringsbegrebet påstået, at det ikke er afgørende hvilken terapiform vælges. Han mener, at alle terapitilgange, hvad enten bevidst eller ikke, indeholder nonspecifikke faktorer, der kan afhjælpe demoralisering. Håb er beskrevet som en central nonspecifik faktor i den menneskelige forandringsproces, der kan forekomme ved psykoterapi. En af grundantagelserne, som der bygges på er, at de fleste mennesker benytter sig af håb til at klare hverdagen. Der er argumenteret for, at psykoterapi faciliterer forandring ved at forøge håb i personen (Snyder, Michael & Cheavens, 2006). Terapeutens arbejde består primært af at genopbygge moral og kun sekundært af at behandle lidelsen – hvilket ifølge Frank er den afgørende faktor for terapieffekt (Parloff, 1986, p. 522). Frank påstår, at forøgelse af håb har rigtig terapeutisk værdi, på lige fod med andre mere klassiske metoder (Frank, 1968, p. 383).

Fire forskellige strategier eller faktorer, der kan bearbejde demoralisering, er påpeget på tværs af terapiformer. Disse består af 1. den omsorgsfulde, støttende og tillidsfulde relation, som terapeuten tilbyder; 2. trygge (fysiske) rammer; 3. en tydeliggørelse af patientens problemer og muligheden for at disse kan afhjælpes (et terapeutisk rationale), 4. samt en behandlingsplan. (Parloff, 1986, p. 527; Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 182f).

Ifølge Frank er forskellige strategier passende på forskellige stadier i terapiforløbet (Parloff, 1986, p. 526). Dette rationale er lavet med baggrund i og er støttet af yderligere undersøgelser, der har vist, at der ofte opstår betydelig forbedring i terapiens indledende faser, i nogle tilfælde før første samtale. Derfor siges, at forbedringen ikke kan tilskrives specifikke terapeutiske teknikker, men derimod må den kunne tilskrives de nonspecifikke faktorer – primært håb (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 184). Opgaven i terapiforløbets indledende fase er at dyrke patientens håb om muligheden for at få hjælp. De mindre metodetekniske fælles faktorer tillægges

altså større betydning end specifikke metodeteknikker, i terapiens indledende fase, men de tjener også som fremmende videre igennem forløbet (Parloff, 1986, p. 527). Frank anser håbet som bestående både af kognitive og emotionelle komponenter. Han forklarer, at i psykiatrisk sammenhæng, indebærer patientens kognitive komponent opfattelsen af både terapien og terapeuten, som han dog mener, ofte både er vage og urealistiske. I denne forbindelse taler han om, at terapeuter ofte mødes af en urealistisk høj forventning om umiddelbar lindring, hvilket er uhensigtsmæssigt for det terapeutiske arbejde. Her bliver opgaven derfor at tilpasse forventninger til et realistisk niveau, hvilket ifølge Frank skal gøres på en balanceret måde, hvor håbet hverken overdrives eller ødelægges. Derudover videregives en forståelse af, hvad det terapeutiske arbejde indebærer – dette sammenlignes med en indledende kontrakt, som terapeuter kan benytte sig af i den indledende samtale. Foruden terapeuten ansvar, tydeliggøres også hvilke bidrag, der ønskes af patienten igennem forløbet. Med udgangspunkt i mere realistiske håb, består arbejdet i at hjælpe patienten med at finde og tro på brugbare aktiviteter, der hjælper. Ifølge Frank kan dette afhjælpe demoralisering, da dette kan rette patientens uklare perception af egen situation (Frank, 1968, p. 391).

Ifølge Frank, kan det, som vi får patienten til at forvente, have indvirkning på et positivt udfald. Det kan medføre et negativt resultat af terapien, hvis patienten ikke ved hvad der foregår, og hvordan det kan hjælpe ham. Frank påpeger, at nogle patienter ikke tør eller formår at indrømme dette overfor terapeuten og lader derfor til at være positive, hvorfor terapeuten ikke er opmærksom på dette. Hvis patienten fortsætter, uden at afbryde terapien i utide, kan dette med tiden få en negativ konsekvens, hvor hans håb om at få hjælp daler. Dette kan udvikle en frustration, hos både patient og terapeut. Frank beskriver den positive betydning som det kan have, at patienten får en tydelig introduktion til hvad meningen med terapien er, og bl.a. forklaring i forhold til forventninger, rammer, terapeuten og sin egen rolle og arbejdstilgang. Dette kan bibringe håb, men bidrager også samtidig med en tydelighed i terapien (ibid., p. 392f).

Alt i alt handler arbejdet med disse faktorer om, at der skabes en kognition omkring, at målet med behandlingen er realistisk. Den terapeutiske relation, sammen med de trygge rammer, faciliterer tilsammen en tanke i patienten om, at vedkommende 'kan gøre det'. Det terapeutiske rationale, sammen med behandlingsplanen gør, at patien-

ten kan udvikle en tanke om, hvordan det kan gøres (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 183).

Ifølge Frank selv er hans hensigt ikke at sige, at håb er den eneste, heller ikke den største, faktor i forbindelse med forbedring. Indflydelsen kan, fra patient til patient, svinge fra høj til lav – han anerkender også, at i nogle tilfælde er biokemiske faktorer el.lign. tilstrækkelige. I tilfælde hvor patienten ikke søger terapi af egen fri vilje, fx ved hospitalisering, og hvor håbet om hjælp ikke nødvendigvis ligger hos patienten selv, mener Frank dog, at op til halvdelen af det terapeutiske arbejde ligger i at overvinde patientens mistillid, for derved at inspirere til tanken om, at terapeuten har mulighed for at hjælpe (Frank, 1968, p. 394).

Den førmtalte Hope Theory kan bruges som baggrund for forståelsen af håb som fælles faktor, samt for den tidlige forbedring, som ofte ses i psykoterapi. I denne beskrivelse sammenlignes Franks forståelse af demoralisering med principperne i Hope Theory. Demoralisering opleves af personen som en magtesløshed til at ændre den nuværende situation – hvilket kan forstås som, at mekanismerne der kan motivere og planlægge bevægelsen imod fremtidsmålet er ineffektive (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 181f). Den tidlige forbedring kan forstås som, at patientens *agency* eller motivation er blevet styrket, i og med, at troen på, at noget kan gøres er styrket – måske alene af det faktum, at vedkommende har opsøgt psykoterapi, og derfor har påbegyndt opøgningen af et mål (ibid., p. 184).

Forfatterne her ønsker at påvise, hvorledes principperne fra Hope Theory, om hvordan en person tænker omkring mål, er på spil i psykoterapi, og, at disse er med til at facilitere forandring. Mennesker i en svær psykisk situation kan glemme hvilke evner de besidder og hvad de tidligere har opnået. Ens evne til igen at udforme strategier til at opnå nye mål, kan genoprettes ved, at man bliver mindet om disse tidligere erfaringer. I nogle tilfælde er det nødvendigt at hjælpe vedkommende med at finde og formulere nye meningsfulde mål i livet, hvilket kan forme og øge motivationen til at opsøge disse. Tænkning som denne kan derudfra hjælpe i udviklingen af de nødvendige strategier. Arbejde med grund i Hope Theory beskrives som opdagelses arbejde, hvor det handler om at hjælpe patienten med at finde ud af egne ønsker og drømme. Udgangspunkt kan fx tages i vedkommendes negative emotioner, da disse kan være fingerpeg om, hvilke mål der er forhindrede af situationen. Det er som så ikke de negative emotioner, der er af betydningen, men snarere den underliggende grund til,

at de eksisterer. Et andet udgangspunkt kan være at hjælpe patienten med at få øje på sine kompetencer. Dette kan udvikle målsøgende strategier, hvilket derefter kan udvikle motivationen. Budskabet er, at på denne måde kan enten et mål, motivation eller en strategi være med til at udvikle håb i terapien (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, pp. 188-190).

#### **4.2.1.4 Den terapeutiske relation**

Igennem tidligere afsnit er der gentagne gange påpeget, at relationer har stor indflydelse og betydning for en persons håb. Der er påpeget, at håb især udvikles igennem meningsfulde og tillidsfulde relationer (Schrank et al., 2008, p. 426). Der er nævnt, at det kan være forhold til familie, venner, naboer samt ansatte i sundhedsvæsenet. På grund af specialiets problemstilling har fokus primært været på patientens relation til en terapeut, og der er påpeget, hvordan terapeutens fokus på opbygning af denne relation bør være en af de første strategier, når der skal indgydes håb. På tværs af terapeutiske metoder har der vist sig en bred enighed om, at *den terapeutiske relation* kan have central indflydelse på et terapiforløb, hvorfor mange anerkender dens rolle som nonspecifik faktor, der kan være ansvarlig for et positivt terapiudfald. Den positive betydning af en kvalitetsfyldt relation er anerkendt på tværs af forskelligartede behandlingsmiljøer og problemstillinger (Bachelor & Horvath, 2006, p. 133; p. 138). I det ovenstående er der også nævnt, at en god relation til terapeuten, kan være med til at afhjælpe demoralisering. Med baggrund i de tidligere overvejelser om relationers betydning, er den følgende præsentation af den terapeutiske relation oplagt.

Den terapeutiske relation er det, som ofte i sig selv er blevet kaldt fælles faktoren på tværs af forskellige psykoterapeutiske tilgange (Hubble, Duncan & Miller, 2006, p. 9). I sig selv, kan den terapeutiske relation fungere som intervention. Det tillidsfulde miljø i interaktionen, som terapeuten tilbyder, kan være med til at give patienten mulighed for en forandring, da den faciliterer muligheden for refleksion over patientens problemstilling (Bachelor & Horvath, 2006, p. 162f).

Der er endnu ikke endegyldig konsensus omkring forståelsen af, hvad den terapeutiske relation præcis omfatter. Derfor kan både brugen og forståelsens af dens fremtrædende komponenter variere. Den bredeste enighed er dog omkring, at den terapeu-



tiske alliance har en central plads. Den *terapeutiske alliance* er, med baggrund i dette, et af elementerne ved den terapeutiske relation, som man har viet størst interesse til (Hubble, Duncan & Miller, 2006, p. 9). Definitionen af den terapeutiske alliance er under fortsat udvikling, med ny forskning og nye konceptualiseringer. Nyere formuleringer af alliancen har lagt vægt på, at det er en interaktiv og samarbejdende relation imellem patient og terapeut. Den indebærer de faktorer af relationen, som faciliterer samarbejdet omkring at overvinde patientens problem. Den er positiv og baseret på det realistiske forhold imellem parterne (Bachelor & Horvath, 2006, p. 136f). Alliancen er blevet beskrevet som bestående af nogle bestemte komponenter; 1. det affektive bånd imellem terapeut og patient. Båndet kan omfatte den positive tilknytning imellem parterne, der er præget af en fælles tillid, accept og fortrolighed; 2. opgaver, som omfatter hvad der egentlig arbejdes med i terapien, samt de målsætninger, som arbejdes imod i terapien, og som begge parter er tilsluttet; 3. patientens motivation for opnåelse af målene, i samarbejde med terapeuten; 4. terapeutens empati og involvering overfor patienten (Lambert & Barley, 2001, p. 359; Wampold, 2001, p. 150). I sammenhæng med hvad der tidligere er påpeget, så kan den terapeutiske alliance muligvis sammenlignes med det, som Frank har beskrevet omkring betydningen af en fælles forventning til terapiforløbet, samt en enighed om de mål der efterstræbes, hvilket kan være med til at facilitere håb i terapien.

Derudover er der sagt, at den terapeutiske relation omfatter den indstilling og følelser, som parterne besidder for hinanden, samt måden hvorpå disse udvises. Hvor der dog er forskelligartede meninger omkring, hvor meget udover det rent terapeutiske, der er inkluderet. Inkluderet er også aspekterne omkring en empatisk forståelse og resonans, og en fælles bekræftelse af bl.a. respekt og tilknytning imellem parterne. Af mere psykodynamisk orienterede teoretikere, er overføring og modoverføringsforhold også inkluderede som centrale. Her er der tale om indflydelsen af tidligere relationer, som kan påvirke patient-terapeut forholdet. Her kan patientens tidligere følelser og konflikter reproducere, som rettet mod terapeuten (i overføringen), og hvor samtidig terapeutens tidligere følelser og konflikter kan reproducere, og tilbageføres i interaktionen med patienten (i modoverføringen) (Bachelor & Horvath, 2006, p. 137f).

Flere har været opmærksomme på, at kvaliteten af især den tidlige terapeutiske relation, nogle gange mere specifikt den terapeutiske alliance, kan forudsige det endelige terapiudfald. Dette kan betyde, at udviklingen af den positive relation kan være kri-

tisk fra begyndelsen, bl.a. for at forebygge, at patienten afbryder terapiforløbet i tide. Opmærksomheden bør derfor være rettet imod at opbygge et positivt miljø, og få afværget og bearbejdet evt. problemer i relationen i starten (Bachelor & Horvath, 2006, p. 139).

Frank nævner, hvordan Freud har påpeget, at patientens opfattelse af terapeuten er afgørende for et terapiforløb. Her var der tale om rent personlige kvaliteter, hvor der påpeges, at nogle terapeuter vil besidde mere tiltalende kvaliteter end andre (Frank, 1968, p. 383f; p. 390). Ifølge Wampold er metoden irrelevant for terapiudfald. Snarere er den terapeut, der laver behandlingen, altafgørende (Wampold, 2001, p. 202).

Forskellige indstillinger og adfærd, som terapeuten kan besidde og udøve, kan bidrage til en enten positiv eller negativ kvalitet i den terapeutiske relation. De fleste klinikere og forskere på området er enige om, at empati, varme og oprigtighed, spiller en central rolle som facilitator for psykologisk forandring, på tværs af terapeutiske metoder. Især har terapeutens evner til empati været udsat for forskning, og det er samtidig vist, at empati er bedste indikator for effektivitet. Studier har dog vist, at hvad der opfattes og værdsættes som empatisk kommunikation, varierer fra patient til patient – hvor forskellige patienter fx kan værdsætte kognitiv eller affektiv empati forskelligt. Patienter har også vist sig at have forskellige opfattelser af, hvad en positiv terapeutisk relation er, og hvad terapeuten skal tilbyde i denne, med varierende fokus på fx personlige kvaliteter eller samarbejde. Kvaliteter hos terapeuten, som er betydningsfulde og brugbare i terapien omfatter bl.a. god lytning, respekt, modtagelighed, anerkendelse af patientens problemer og opretholdelse af patientens værdighed, varme, empati, samt varierende brug af støtte, varierende brug af terapeutens udlevering af egen person og varierende tempo i arbejdet. Mest betydningsfuldt er dog, at terapeuten indretter sin respons efter det, som er passende for den enkelte patient (Bachelor & Horvath, 2006, pp. 141-146).

Patientens træk bidrager også til kvaliteten af relationen. Det har vist sig, at patientens medinvolvering, engagement og motivation står som noget af det mest centrale i udviklingen af den terapeutiske alliance. Patientens involvering i terapien har endvidere vist sig som forudsigende for terapiudfaldet. Dog er der flere patienter, der ikke ved, at deres bidrag til terapien er uundværligt, og derfor anser terapeuten som alene ansvarlig for deres forbedring (Bachelor & Horvath, 2006, pp. 147-149). Her viser sig igen en sammenhæng imellem udviklingen af den terapeutiske alliance og de

forhold, som Frank har påvist i sin redegørelse af håbfaciliterende faktorer i terapien, hvor en fælles forståelse og enighed omkring mål og metode er nødvendig.

Frank påpeger, at ud af alle faktorer, der kan bibringe håb i terapi, er det klart terapeuten selv, som kan gøre dette bedst. Frank har også anerkendt, at det ikke alene er terapeutens kvaliteter, der spiller en rolle i disse sammenhænge, men ligeledes afhænger det af interaktionen imellem bestemte 'terapeuttyper' og bestemte 'patienttyper' (Frank, 1968, p, 390).

#### *4.2.1.4.1 Betydningen af tidligere erfaringer for den terapeutiske relation*

De patienter, der har den største psykiske belastning, kan have sværere ved at indgå i og udvikle en sund terapeutisk relation. Her har det vist sig, at patientens interpersonelle kvaliteter kan have en indflydelse på dannelsen af relationen. Det kan være evnen til at skabe tillid og positiv tilknytning til andre. Patienter, der har negative erfaringer i de tidligere relationer og interaktioner, som er omtalt i tidligere afsnit (jf. afsnit 4.1), kan have sværere ved at opbygge både en positiv relation og alliance. I denne forbindelse er nævnt, hvordan tidligere relationer kan have udviklet skemaer, der indeholder repræsentationer af en selv i interaktion med andre, bl.a. omhandlende forventninger til, hvordan andre vil møde en (Bachelor & Horvath, 2006, p. 156). Dette er hvad der tidligere, med baggrund i Bowlbys tilknytningsteori, er beskrevet som *arbejdsmodeller*. Endvidere har patienters tilknytningsstil, som også er omtalt tidligere (jf. afsnit 4.1.2.3), vist sig at influere på, hvorledes de reagerer på terapeuten, og har vist sig at påvirke styrken af den terapeutiske alliance. De patienter, der har en tilknytningsfortid, hvor de har været usikre på om omsorgspersonen har været tilgængelig og tilstede, har vist sig at have sværere ved at forme en positiv relation til terapeuten, da denne også her kan blive præget af patientens opfattelse af, om terapeuten vil være til stede. På den anden side er der set, at patienter med sikker tilknytning opfatter terapeuten som accepterende og som en sikker base (Bachelor & Horvath, 2006, p. 157).

En positiv terapeutisk relation menes at kunne virke som korrigerende for nogle af patientens tidligere negative erfaringer. Igennem denne kan patienten opleve en ny måde hvorpå en relation kan forekomme, sammen med en ny måde hvorpå en anden reagerer på en. Terapeuten kan altså fungere som en ny tilknytningsfigur for patienten.

ten. Her kan han bl.a. fungere som en sikker base, hvor patienten bl.a. får rum til at afprøve nye måder at interagere og fungere på (Bachelor & Horvath, 2006, p. 157f).

Terapeutens tidligere relationelle erfaringer spiller også en rolle for den terapeutiske relation. Negative relationelle skemaer kan være kilde til problematisk interaktion med patienter, hvor terapeuten kan komme til at genskabe tidligere relationsmønstre overfor patienten. Bl.a. er det vist, at terapeuter, der har tendens til at være selvkritiske og selvforsømmende kan være tilbøjelige til at udvikle fjendtlige og kontrollerende relationer til patienterne. Endvidere har det vist sig, at terapeutens tilknytningsstil kan være af betydning, bl.a. i hans respons overfor patienters afhængighed af terapeuten. Viden om egne kvaliteter og svagheder i denne forbindelse, er derfor betydningsfulde for terapeuten, for herved at forhindre negativ modoverføring af disse i terapien (ibid., p. 158f).

#### *4.2.1.4.2 Terapeutens evne til at forblive håbefuld*

Igennem tidligere afsnit er der flere gange påpeget, hvorledes håb kan have en smittende effekt i mellem menneskelige relationer – én persons håb kan udvikle sig til samtidig at blive en andens håb.

Flere og flere har understreget betydningen af terapeutens håbefulde indstilling og tilgang i behandlingen. Som tidligere nævnt, er håbet ofte begyndelsespunktet for recovery. Her er det ofte andres håb på patientens vegne, der er udgangspunkt og igangsættende for patientens eget håb (Russinova, 1999, p. 51f; Deegan, 1994). Klinikere har også ytret, at oprigtigt håb på patientens vegne direkte kan anses som del af de strategier, der bliver brugt til at indgyde håb hos patienten selv. Det er altså en nødvendighed, at håbet kan kommunikeret til patienten. Igen drejer det sig ikke nødvendigvis om, at der nødvendigvis skal indtræffe en fuldstændig helbredelse, men det kræver som det mindste et håb om, at situationen kan udvikle sig til det bedre (Darlington & Bland, 1999, p. 20).

Russinova anerkender, at selv om håb er den vigtigste komponent i arbejde med recovery, så oplever mange terapeuter, at det kan være svært at opretholde deres eget håb, i arbejdet med mennesker med svær psykisk lidelse. Negative følelser i form af håbløshed, hjælpeløshed og modvilje kan udvikle sig, og blive en stor forhindring i arbejdet med disse patienter. Her skriver Russinova, at terapeuter, som arbejder med

patienter med kroniske lidelser, ofte oplever følelser som de ikke kan tolerere og *containe*, og som kan forhindre den håbefulde indstilling, som vi i det foregående har vægtet af højeste betydning (Russinova, 1999, p. 53f). Clarke og Kissane skriver ikke alene hvordan patienten kan være demoraliseret, men også hvordan en terapeut ligeledes kan opleve dette. Dette kan bl.a. komme til udtryk i en utilpasset kommunikation omkring fremskridt, utilpasset lytning til patienten, undgåelse eller en afvisende indstilling til patienten, hvilket kan devaluere vedkommendes person – og med udgangspunkt i det tidligere afsnit, så kan dette forstås som negativt for den terapeutiske relation. Alt dette kan være med til at forværre patientens demoralisering (Clarke & Kissane, 2002, p. 738). Snyder, Michael og Cheavens henviser til Frank og Frank (1991), der har skrevet, at den tillidsfulde og emotionelt prægede relation imellem terapeut og patient, er én af de centrale faktorer i afhjælpning af demoralisering. Én af forudsætningerne for effektiviteten af denne relation er, at terapeuten besidder håb på patientens vegne. Patienten kommer gerne til terapien med en forhåbning om og tillid til, at terapeuten kan hjælpe med at vise vejen imod forandring og forbedring. Ved manglende håb på patientens vegne, kan dette overføres til patienten, da terapeuten her fungerer som forbillede med lav motivation og manglende planlægning imod målsøgning. Det er således nødvendigt, at både patient og terapeut deler det fælles mål om forbedring i terapien. Et bedre resultat kan, ifølge dette, altså forventes af terapeuter, der således har håb på patientens vegne. Samtidig kræves dog også tillid til egne evner omkring, hvad de kan tilbyde patienten. Terapeutens motivation kan facilitere hans egne resurser til at udføre dette arbejde (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 182; p. 186f). Terapeuter er blevet opfordret til at være opmærksomme på tegn på udbrændthed, da følelser af håbløshed, som dette kan medføre, derved kan overføres til deres patienter (Snyder, Michael & Cheavens, 2006, p. 187), hvilket også vil blive uddybet i senere afsnit (jf. afsnit 4.2.1.4.2.1).

Landeem et al. (1996) har lavet en undersøgelse af, hvilke faktorer, som ansatte i arbejde med mennesker med skizofreni, selv betegner som bidragende til håbefuldhed i deres arbejde. Her påviste de en bred enighed omkring, at patienternes succes, også spiller en stor rolle for de ansattes håbefuldhed. Her blev bl.a. den positive oplevelse af når de havde været med til at hjælpe patienter til at opnå mål nævnt, samt den positive oplevelse af, at have bevaret håbet og blevet ved, selv i perioder, hvor patienterne oplevede nedture (Landeem et al., 1996, p. 461). – Der er tidligere nævnt, at det

ikke er nok, at terapeuten alene har håb til patienten, men at terapeuten ligeledes bør have håb til egne evner. I forbindelse med dette ser det ud til, at følelsen af succes og opnåelse af mål er ligeså vigtig for terapeuten som for patienten. Eksemplerne på at det kan lade sig gøre, ser tydeligt ud til at facilitere håb. Noget af det, der her nævnes som det vigtigste er, at der formås at skabe en balance imellem det der håbes på og det, der er realistisk. Ønsket her er at hjælpe patienten med at formulere realistiske mål, da dette således øger muligheden for at opleve succes (Landeem et al., 1996, p. 461) – hvilket indtil videre er beskrevet som essentielt for udviklingen af håb.

Undersøgelsen rummer også beskrivelser af, hvorledes de ansatte også kan bruge rollemodeller, som inspirationskilde til deres eget håb. Her kan kollegaers indstilling være betydningsfuld, hvor den smittende egenskab, som håbet har, igen nævnes. Det kan være kvaliteter ved enkelte medarbejdere, som inspirerer til håb – dette har bl.a. vist sig hos medarbejdere, der især er gode til at respektere deres patienter, eller som besidder evnen til at udvikle specifikke behandlingsstrategier (hvilket ifølge Russinova tidligere er anset som en håb-inspirerende kvalitet, som en ansat skal have). På den anden side er kollegaers negative indstilling og indflydelse ligeledes beskrevet som ligeså smittende, i negativ forstand (ibid., p. 462-464).

#### **4.2.1.4.2.1 Om at bære patienten håb**

Inspireret af en psykodynamisk tilgang skriver Lars Thorgaard (2007) om, hvordan empati med patienter kan opleves og udformes forskelligt, hos behandlere i psykiatrien. Som nævnt får principperne omkring den ubevidste overføring og modoverføring varierende anerkendelse i forbindelse med den terapeutiske relation. Trods Thorgaards fundering i psykoanalysen, handler det ifølge ham ikke om at udføre psykoanalyse. I stedet for handler det om at trække på det fra psykoanalysen, som er relevant i psykiatrisk arbejde (Thorgaard, 2007, p. 74). Overføringsprocesserne er ikke alene på spil, når der udføres psykodynamisk arbejde, men de er også på spil indenfor andre psykologiske traditioner og metoder, uanset om de vedkendes eller ikke (ibid., p. 94). Thorgaards beskrivelser er skrevet ud fra overbevisningen om, at terapeuten ikke er neutral i overføringen. Terapeutens modoverføring har stor betydning i psykiatrisk arbejde – især i arbejde med alvorlige psykiske forstyrrelser. Som terapeuter skal vi derfor være opmærksomme på vores egen modoverføring. Hvad vi

som personer medbringer ind i terapien er med til at forme overføringen, hvilket er vigtigt at vide, da dette kan blive afgørende i arbejdet (Thorgaard, 2007, p. 73).

En af de stærkeste overføringer er den *positive overføring*. Dette kan være, når patienten kommer til terapeuten med et håb om at få hjælp. Her kan der forekomme, at terapeuter ikke ønsker eller formår at vedkende, at de kan være blevet betydningsfulde for deres patienter. Når patienterne på denne måde investerer i terapeuten, kan det fremprovokere modstand og oplevelser af angst fra terapeutens side (ibid., p. 82). Som tidligere understreget, så er håbet til terapeuten (her den positive overføring) nødvendigt. Det kan også ifølge Thorgaard være nødvendigt til at begynde med, men efterhånden kan det også blive urealistisk og muligvis ikke hensigtsmæssigt, da terapeuten ikke altid vil kunne leve op til dette. Ifølge Thorgaard handler overføringsarbejdet om at få afbalanceret denne forventning (ibid., p. 158). Dette kan sammenlignes med, hvad der tidligere er nævnt ud fra Franks beskrivelser, hvor han nævner, at patienter ofte vil komme til terapeuten med en urealistisk forventning om helbredelse. Hvor der, med hensyn til opbyggelse af håbet, kræves, at der skabes en mere realistisk forventning omkring samarbejde.

Yderligere er der påpeget, at i situationer, hvor et menneske muligvis er fanget i håbløshed over sin egen psykiske lidelse, så kan det i perioder blive terapeutens opgave at bevare håbet på vedkommendes vegne, indtil personen igen kan genfinde håbet i sig selv. Ifølge Thorgaard har patienter i psykiatrien ofte mistet empatien med sig selv og deres egen situation. Han omtaler dette som, at patienten kan have gang i et 'ikke mærke og føle-projekt'. Det kan handle om, at det kan være svært eller smertefuldt at huske det, der engang var lykkeligt, samt oplevelsen af savnet heraf. Det kan være svært, hvis patienten oplever at have mistet håbet om at nogensinde opleve lykkelige tider igen. Det kan være smertefuldt at se i øjnene, hvilken indsats det kræver, hvis muligheden for at kunne komme sig skal kunne være til stede. Ét af Thorgaards hovedbudskaber er, at empati er smertefuld – både for patient og terapeut. Terapeuten kan blive smittet af dette. Patientens afmagt overfor situationen kan således også blive terapeutens afmagt (Thorgaard, 2007, p. 141f).

Her bliver det relevant at tale om begrebet *projektiv identifikation*. Projektiv identifikation er en af de primære forsvarsmekanismer, som kan være på spil i psykoterapi. Det er både et forsvar, som kan være inde i personen, og en kommunikationsform imellem personer. Her kan en person, med et indre billede af et objekt, subtilt komme

til at agere på en måde, der kan skabe et indre præs i en anden person, som derved kan komme til at opføre sig og føle i tråd med den andens indre billede, som bliver projiceret ind i vedkommende (Gabbard, 2005, p. 35; Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 50). Hvis modtageren (her tale om terapeuten) formår at forstå hvilke mekanismer er på spil, så kan dette muliggøre en forståelse for, hvad den anden person (her patienten) oplever inde i sig selv, og som han ikke selv kan rumme. Her bliver det relevant at tale om et andet begreb; *containment*. Her er der tale om den evne, som modtageren kan besidde i form af at rumme det projicerede materiale. Endvidere omfatter det terapeutens opgave og evne til at bearbejde dette på en måde, som patienten muligvis ikke selv formår (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 50). Begrebet er tidligere nævnt i specialet, i omtalen om, hvordan en støttende relation kan være med til at containe patientens frygt og fortvivlelse i forbindelse med tilbagefald, og derved hjælpe patienten til at opretholde håbet, ved at omdanne fortvivlelsen til tiltro til nye muligheder. Her blev begrebet *holding* også nævnt, hvor terapeuten i disse sammenhænge udviser et vedvarende håb (jf. afsnit 3.3.1.1). Begreberne *containment* og *holding*, benyttes ofte som identiske. De stammer dog fra forskellige kilder med hhv. Winnicott og Bion som ophavsmænd, og er ikke helt ens. Holding omfatter at terapeuten er parat til at lytte, til at give patienten plads til at udtrykke sig, og forsøger at forstå det, som patienten måske har oplevet, at der ikke er plads til i andre sammenhænge. I psykoterapi omhandler *containment* terapeutens evne til at rumme patienten, uanset hvor ubehagelige følelserne måtte være. *Containment* forstås lidt bredere end *holding*. Det omfatter også, at terapeuten forholder sig til og bearbejder materialet, for derved at kommunikere det tilbage til patienten, hvilket kan have positiv beroligende effekt på patienten (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 175f).

Dette er begreber, som i sig selv er komplekse, og en dækkende beskrivelse af disse er udenfor dette specialets rammer. En kort beskrivelse laves dog for at sikre et grundbekendtskab til begreberne, og for at understrege anerkendelsen af, at de er relevante at være opmærksom på, i forhold til specialets problemstilling.

Thorgaard beskriver med eksempler, hvordan terapeuten igennem projektiv identifikation fx kan opleve patienternes håbløshed. Hvis terapeuten dog er villig til at anerkende og møde denne oplevelse, så er dette en mulighed for, at terapeuten kan komme til at opleve sig som patientens 'stedfortræder'. Dette er en mulighed for at opleve, hvordan patienten egentlig selv har det. Dette er en mekanisme, hvorigennem patienten meddeler sin smerte. Anerkendelse af dette kan således være en mulighed



for at arbejde med dette (Thorgaard, 2007, p. 155). Ifølge Thorgaard kan håb på samme måde blive opbevaret i terapeuten. Dette er vigtigt at være opmærksom på, så man som terapeut kan rumme dette og forebygge, at det får negative konsekvenser (ibid., p. 123).

Flere, der taler om betydningen af, at en terapeut forbliver håbefuldt i sit arbejde, understreger betydningen af kollegial støtte i denne forbindelse. Det er nødvendigt med sparring og inspiration fra kollegaer. Bl.a. nævner Thorggaard, at for at kunne rumme overføringen i arbejdet, så har terapeuten behov for hjælp igennem supervision. Samtidig værdsættes et arbejdsmiljø, der opfordrer og rummer refleksion over disse forhold i arbejdet (Landeem et al., 1996, p. 462; Clarke & Kissane, 2002, p. 738; Thorggaard, 2007, p. 82f).

## 5 Diskussion

I gennem specialets forrige afsnit har jeg præsenteret, hvordan specialets problemstilling kan belyses. Et rimelig bredt begrebsapparat er præsenteret, med bidrag fra forskellige traditioner og tilgange. Følgende afsnit har til hensigt at opsummere det samlede materiale, og undersøge og diskutere, hvorvidt og hvordan det i sin helhed indeholder mulige svar til problemstillingen. Herefter inddrages også nye perspektiver, der kan bidrage med en dybere eller mere nuanceret forståelse.

### *5.1 Håbets betydning og funktion*

Første spørgsmål som kan stilles er hvordan det har vist sig at være meningsfyldt at tale om håb. På tværs af det inkluderede materiale, synes der at være en bred enighed omkring, at håb er vigtigt både for de mennesker, der lever med en psykisk lidelse, men også for de terapeuter, der møder og skal arbejde med disse mennesker.

Som nævnt, er recovery et af de paradigmer, som igennem nyere tid er begyndt at fylde i arbejdstilgangen i psykiatrien. Under beskrivelse af recovery siges, at personen ikke kan komme sig, uden selv at være aktiv i processen. Det er håbet, der bidrager til, at det er muligt for personen at være aktiv i den tunge situation, som psykisk lidelse kan medføre. I forbindelse med psykoterapi har Frank beskrevet, hvordan det fra begyndelsen handler om at hjælpe den demoraliserede patient med at få en tiltro til, at noget kan gøres. Dette fordi, at patienten sidder i situationen med fornemmelse af, at han ikke længere magter at overvinde sin egen situation. Det har vist sig, at den essentielle faktor for, at dette kan lade sig gøre er, at terapeuten med disse hjælpemidler formår at overbevise patienten om, at han kan være behjælpelig. Dette kan medføre et håb om, at der er udsigt til en bedre fremtid. Ifølge Frank er håb også positivt i den forstand, at det er handlingsfremmende (Frank, 1968, p. 383). Med begreberne fra Hope Theory som referenceramme handler det i denne forstand om, at patienten skal finde ud af, at han kan gøre noget, sammen med, at han finder ud af, hvordan det kan gøres. Med begreberne fra Hope Theory kan dette forstås at være positivt for håbet, da dette omhandler personens opfattelse af sine egne evner omkring netop denne motivation og planlægning. Med den referenceramme er det også menings-

fuldt at opfatte håbet som handlingsfremmende, da teorien som nævnt beskriver, at personer, som har meget håb, er mere effektive i sin målorienterede tænkning.

I beskrivelserne af psykoterapiens nonspecifikke faktorer er det påpeget, at patientens indsats er afgørende for stor del af terapieffekten. I forlængelse af dette kan det således være meningsfuldt at sige, at det er nødvendigt, at patienten er aktiv i forbindelse med sin egen recoveryproces. Hvis det således er rigtigt, at håb er handlingsfremmende, så understreger dette endnu mere, hvorfor det er relevant at tale om håb.

## *5.2 Patientens opfattelse af egen kompetence*

Ét af de mest gennemgående temaer i specialet omhandler, at hvis en persons håb skal forøges, så gælder det, at vedkommende kan komme til at danne en opfattelse af sig selv, som succesfuld.

Definitionen af håb, som fremstilles i Hope Theory, beskriver at håb indeholder selvhenvisende tanker, som personen har om egne evner til at opnå mål – det er tanker omkring de motiverende evner og vedholdende evne, og de strategiske/planlæggende evner. Jeg forstår dette som, at hvis personen har en opfattelse af, at hans evner i disse henseende er utilstrækkelige, så har vedkommende ligeledes lavt niveau af håb. Hope Theory bidrager også med beskrivelser om, at tidligere erfaringer i forbindelse med opsøgning af mål påvirker personen, når et mål skal opsøges næste gang. Altså, hvis det er gået godt før, så vil personen have en positiv indstilling og være håbefuld næste gang. Hermed understreges, at det er vigtigt, at det går godt.

Barndomserfaringer, hvor en persons omsorgspersoner ikke har formået at opfylde de behov som personen har haft, kan medføre, at personen muligvis udvikler en generel opfattelse af sig selv, som inkompetent eller ikke meget værd. Der viser sig at være en risiko for, at de mennesker, som vi møder i psykiatrien, kan have erfaringer af muligvis lignende slags i bagagen. En person, der oplever demoralisering, af en eller anden grund, besidder en lignende fornemmelse af, at han ikke længere vurderer sig selv til at være i stand til at magte sin situation. Ifølge Frank, oplever de fleste mennesker, der opsøger psykoterapi, et fælles problem i form af demoralisering.

Hvis dette er tilfælde, så er det meningsfuldt at tænke, at det er opfattelsen af deres egen kompetence, der skal styrkes. Håbløshed er ét af de centrale problemer, som en demoraliseret person oplever. Demoraliseringen afhjælpes således ved, at personens håb forøges sammen med oplevelsen af øget kompetence.

Det er nævnt, hvordan mennesker med stor psykisk belastning kan glemme, hvilke evner de besidder og hvad de tidligere har opnået. Dette står i overensstemmelse med Franks iagttagelser omkring demoralisering. I denne forbindelse siges, at en strategi for at modarbejde dette, kan være at minde patienten om tidligere succesfulde erfaringer.

Frank har skrevet om, at det er diverse kvaliteter ved en terapeut, der er favorable i forbindelse med psykoterapi. Han nævner, at én af disse kvaliteter, som kan være med til at forøge patientens håb, er terapeutens evne til at øge patientens selvtillid (Frank, 1968, p. 391). Denne tanke understøtter også, at forøgelse af patientens opfattelse af egne evner, kan være med til at øge vedkommendes håb. I tråd med hvad der allerede er nævnt, har han ligeledes sagt, at målet for at øge patientens selvtillid er at hjælpe patienten med benytte sig af tidligere oplevelser af succesopnåelse – dette skal give patienten et nyt og realistisk billede af egne evner.

Behov for at udrette og opnå noget kan sættes i forbindelse med selvværd (Darlington & Bland, 1999, p. 21). Snyder har ligeledes skrevet, at der er en kausal sammenhæng imellem en persons selvværd og vedkommendes opfattelse af egne målsøgende aktiviteter (som Snyder i sin essens kalder håb) (Snyder, 2001, p. 6907). En persons *selvværd* er resultatet af de forestillinger, som individet har om egne evner, færdigheder og kvaliteter (Bjerg, 2007, p. 580). Hvis en persons håb også omfatter hans forestilling af egne (målsøgende) færdigheder, så kan der ses, at der således kan være en forbindelse til personens selvværd.

Som der allerede er beskrevet har en persons tilknytningsstil stor indvirkning på en persons selvværd. Der nævnes, at hvordan andre igennem livet har modtaget en person, er også med til at få personen til at danne sit eget billede af sit eget værd – altså sit selvværd. Gentagne gange er der skrevet, at håb opstår i relationer. Ligeledes er der bl.a. påvist, at en god terapeutisk relation kan øge patientens håb. Det kan diskuteres, om det, at patienten oplever at blive positivt mødt af et andet menneske kan være med til at øge selvværdet, og dermed håbet. Flere gange er der nævnt, at patien-

ter værdsætter terapeuten, som møder dem som mennesker. Der er også skrevet, at en empatisk forståelse, som er beskrevet som en af de vigtige aspekter ved en kvalitetsfyldt terapeutisk relation, kan være med til at afhjælpe en følelse af fremmedgørelse, og muligvis derved styrke fornemmelse af sin egen værdi som person.

Der er vist, at der er forhøjet chance for, at de mennesker vi møder i psykiatrien har barndomsoplevelser af mere negativ art. Der er altså også større chance for, at det er tale om mennesker, der har et svækket selvværd i forvejen. Derfor kan der tænkes, at det dermed er endnu vigtigere at arbejde med denne selvværdsfornemmelse.

Mekanismen er, at ved, at patienten får håb, som han kan få ved oplevelsen af kompetence, så udvikler han samtidig mod til at opsøge nye mål. Den positive oplevelse, som kan komme i denne forbindelse, kan herfra give patienten endnu mere håb til at starte processen igen – det handler altså om, at en positiv spiral kan igangsættes.

### *5.3 Det realistiske håb*

I forrige afsnit er der understreget, at det er vigtigt, at patienten får en oplevelse af, at det går godt, og således også en opfattelse af sig selv, som kompetent. Næste spørgsmål leder derfor til, hvordan der bedst kan sikres, at dette kan ske. De mennesker, som vi møder i psykiatrien kan være plaget af svære lidelser, som forhindrer dem i mange af de ting, som de ønsker at opnå. Med udgangspunkt i patienternes situation, hvordan kan de hjælpes på en måde, der bedst kan hjælpe dem imod at opnå ønskværdige mål?

Igennem specialet er der en tendens der tyder på, at det handler om, at de mål der opstilles er realistiske således, at de bedre kan tillade succesoplevelsen. Ovenfor nævnes også, at patientens nye oplevelse af at være kompetent, skal give et realistisk billede af egne evner. Med udgangspunkt i dette nævnes bl.a., at en strategi ligger i, at skabe en balance imellem dét, som der håbes på, og dét, som er realistisk. Snyder har nævnt, at en persons motivation øges hvis der fokuseres på opnåelige mål, i modsætning til mål, der synes uopnåelige. Her nævnes, at en planlægningsstrategi kan være, at inddele de større mål ind i delmål. Ifølge Frank kan demoralisering afhjælpes, ved at patienten kan finde en tro på, at der findes brugbare aktiviteter, da dette kan rette patientens uklare perception af, at situationen er helt uoverkommelig.

Der er også nævnt, at patienter værdsætter terapeuter, der er ærlige omkring hvilke mål er realistiske, og at dette kan være med til at øge deres håb. Dette kan hænge sammen med det som Frank har beskrevet om den psykoterapeutiske sammenhæng, hvor bl.a. patienternes forventninger skal afstemmes i forhold til hvilken indsats kræves.

Endvidere kan dette muligvis også sættes i forbindelse med tanker om, hvad recovery kan indebære. Her er flere gange understreget, at fuld helbredelse ikke er det eneste mål, der kan ønskes. Dette indebærer også muligheden for, at patienten bare får det bedre, så livet kan opleves som godt, til trods for lidelsen. For nogen kan dette være et mere realistisk mål.

Weingarten (2010) har præsenteret en konceptualisering af håb, som hun betegner *det rimelige håb* (*reasonable hope*). Hun betegner dette, som en variant af den mere generelle forståelse af håb. Weingarten skriver, at klassiske beskrivelser af håb, bl.a. igennem en metafor om en regnbue – der bl.a. kendes fra Snyders (2002) beskrivelser – indebærer en forventning om en uopnåelig standard. På denne måde fokuseres der på noget, der er ønskværdigt, men ikke realistisk. Med udgangspunkt i dette ønsker hun med sin nye forståelse at beskrive det rimelige håb, som en modifikation, hvor fokus rettes imod noget mere fornuftigt og opnåeligt (Weingarten, 2010, p. 7). Ligeledes påpeger Weingarten, hvordan håb almindeligvis omhandler en forventning, der ligger ude i fremtiden. Med det rimelige håb rettes fokus imod en forståelse af den umiddelbare nutid, da denne kan være forberedelsen til fremtiden. Heri ligger en tanke om, at der kan gøres noget i nuet, snarere end at vente på fremtiden. Snarere end alene at fokusere på en rejse imod noget bedre, så stræber et rimeligt håb imod en forståelse af, hvad der sker i nuet. Således er der mange forskelligartede rejser, der er mulige i et rimeligt håb. I det rimelige håb ligger en mulighed for handling. Det giver både terapeut og patient en fælles måde at tænke omkring håbet på. Selv i de værste tilfælde, kan håbet derfor blive mere tilgængeligt (ibid., p.7f). Ét af principerne, som det rimelige håb bygger på er, at det handler om at finde og opsøge realistiske mål, og i den forbindelse at udvikle strategier for at opnå dem. Dette siges i forbindelse med, at håb gerne opstår, når man ved hvor man skal hen og når man ved hvordan det kan/skal gøres – dette kan igen ses som en overensstemmelse med, hvad der tidligere er sagt med afsæt i overvejelser fra Hope Theory. Der anerkendes dog,

at selvom det rimelige håb indebærer mere realistiske mål, så kan vejen dertil alligevel være svær. Ifølge Weingarten kræver det ofte flere mislykkede forsøg. Her påpeger hun dog, at det vigtigste er ikke nødvendigvis, at alt bliver gjort og opnået – det er vigtigere, at noget bliver gjort (Weingarten, 2010, p. 9f).

I flere henseende mener jeg, at Weingartens beskrivelse af det rimelige håb og arbejdet hermed, ligner de beskrivelser, der er præsenteret i specialet.

Russinova nævner, at en af strategierne er, at hjælpe patienten med at acceptere hans begrænsninger. For at kunne opstille de realistiske mål, kan det være, at dette er en nødvendighed, fx fordi, at symptomer o.lign. for nogle patienter kan vise sig at forværres, hvis de stilles overfor for meget pres. I forbindelse med disse overvejelser befinder jeg mig med samme oplevelse, som jeg havde, dengang jeg opstillede specialets problemstilling. Hvordan ved vi, hvad er realistisk for hvem?

Arnhild Lauveng (2008) har skrevet om sin egen oplevelse af sit liv med skizofreni. I mange år var hun alvorligt ramt af lidelsen, hvor hun var indlagt i flere år. I dag er Lauveng rask, uden symptomer og uden medicinering. I dag er Lauveng også uddannet psykolog. I bogen *"I morgen var jeg altid en løve"* beskriver hun bl.a. sin rejse imod sine mål om at blive psykolog, som hun allerede havde dengang hun stadig var syg.

Lauveng skriver, at alle der ønsker at håbe, skal have lov til at håbe. Uanset, om målet, som der håbes på er realistisk eller ikke. Hun skriver om, at dengang hun havde det værst, var der ikke mange, der troede på, at hun ville nå så langt, som hun gjorde. Et realistisk mål har ikke brug for håbet at støtte sig op i mod, da det har sin realisme. Hun skriver, at det er i situationen, hvor alt synes umuligt, at håbet er nødvendigt. Hun skriver dog også, at det ikke altid er nødvendigt at nå alle mål, for at kunne have det godt. Men der skal dog altid være tilladt at håbe (Lauveng, 2008, p. 145f). Dette ligner, hvad vi i dette speciale allerede kender fra Deegans beskrivelser, hvor hun også fortæller, at det var i hendes tungeste tid, hvor alt var håbløst, at hun mest havde brug for håbet.

Lauveng skriver, at de mennesker som hun mødte, som turde sigte langt efter mål, var vigtige i hendes proces. Lauveng fortæller, at hun engang mødte en ansat, der sammen med hende turde at 'sigte mod verdens ende'. Det var én, der troede på det mål, som hun havde om at blive psykolog, selv om det kunne synes usandsynligt.

Samtidig bevarede hun en realisme der gjorde, at de sammen planlagte nogle sikkerhedsstrategier (Lauveng, 2008, p. 121).

*”Planen var ambitiøs. Meget ambitiøs. For at reducere risikoen for, at jeg knækkede nakken på det, og måske også for at kunne forsvare planen, havde vi derfor nogle reserveløsninger og alternative planer. Eftersom jeg ikke havde studentereksamen, måtte jeg først skaffe mig den. Og eftersom der var fare for, at jeg aldrig ville komme så langt som til universitetet, valgte vi at kombinere studentereksamen med et grundkursus i social- og sundhedsfag. Det var smart. For det første var der her tale om fag, som interesserede og motiverede mig, og som ansprede mig til at arbejde på at nå min drøm. Desuden fungerede grundkurset som et effektivt sikkerhedsnet. Hvis jeg ikke var i stand til at studere, kunne jeg fuldføre grundkurset og for eksempel blive beskæftigelsesvejleder. Det kunne også være et godt liv. Og hvis jeg aldrig blev så rask, at jeg kunne klare et normalt job, kunne jeg måske bo i en lejlighed med tilsyn og arbejde nogle timer om ugen i et kommunalt tilrettelagt job, i et værksted på et ældrecenter eller sådan noget. Det ville også være et godt liv, i hvert fald meget bedre end det, jeg havde. Planen var således perfekt. Den var motiverende, fordi den rummede en chance for at opfylde min drøm, og den gav samtidig tryghed, fordi jeg ikke risikerede at miste alt, hvis jeg ikke nåede helt i mål. Helt genialt. Da planen var lagt, og vi endelig trak i samme retning, kunne arbejdet begynde.”* (ibid., p. 138f).

Jeg mener ikke, at det rimelige håb udelukker, at der alligevel gerne må håbes stort. Det realistiske/rimelige håb betyder ikke nødvendigvis, at de store mål, der ligger ude i fremtiden, men som muligvis ikke er realistiske i øjeblikket, skal udelukkes. På Lauvengs historie lyder det som, at det bl.a. er den gode planlægning af delmål, der er med til at muliggøre processen. Hvis ethvert mål kan deles ind i delmål, hvornår er det overordnede mål så urealistisk? Dog beskriver Weingarten, at det rimelige håb fokuserer på nuet. Dette er et af principperne ved tilgangen. I stedet for at fokusere på ønsket, ligger fokus på handlingen. Det handler ikke kun om at nå et mål, men snarere at sigte efter det. Altså er fokus på processen, snarere end målet i sig selv. Det rimelige håb bliver altså en praksis. Fokus er på her og nu, på en handling der kan samle mennesker der kan samarbejde for at nå et ønsket mål i fremtiden (Weingarten, 2010. p. 8). Derved forstår jeg det som, at det rimelige håb dog ikke udelukker et større mål i fremtiden. Det er bare ikke der, det primære fokus ligger.

Lauvengs fortælling står derfor måske ikke helt i kontrast til det rimelige håb.



Lauveng beskriver, hvordan hun igennem flere rehabiliteringsforsøg blev sat i gang med flere forskellige aktiviteter. Problemet var, at det ikke var aktiviteter, som hun gad, eller som hun fandt mening i. I disse forbindelser blev hun set som en patient, som ikke var motiveret for forandring. Hun fortæller, at problemet ikke var, at hun ikke var motiveret – hun var bare ikke motiveret for lige præcis den opgave, som blev pålagt hende. Hun ville være psykolog. Men det syntes helt urealistisk i situationen, så terapeuterne forkastede den plan, da dette urealistiske mål ikke motiverede dem (Lauveng, 2008, p. 137). – Igennem specialet er der flere gange nævnt, hvordan håbet handler om, at den der håber får hjælp til at formulere egne fremtidsmål og drømme. En tilgang som denne handler om, at personens særegne situation anerkendes (Darlington & Bland, 1999, p. 18f). Snyder har skrevet, at en person altid vil vurdere betydningen af udfaldet af en given opgave, før en opgave bliver til et mål. Dvs., at ens egne mål, snarere end de mål, som andre tillægger en, er mere attraktive (Snyder, 2002, p. 253).

Jeg forstår dette som, at betydningen af, at man møder personen, hvor vedkommende er, også er vigtig, når der tales om at formulere realistiske mål. For hvis målet ikke passer til den enkelte, så er det ikke realistisk, hvor gerne man end ønsker at tro det.

### 5.3.1 Anerkendelse af små fremskridt

Tidligere er der henvist til, hvordan Deegan har beskrevet, at recovery skal opfattes som en serie af mange små skridt imod et mål. Dette kan sættes i forbindelse med det, som Lauveng fortæller om sin egen proces. Hvor små skridt, der var lidt mere realistiske en det ultimative mål, var vejen frem.

Endvidere er der tidligere nævnt, at det at anerkende små sejre og små fremskridt, er en af de vigtigste strategier, der kan indgyde håb. Dette kan igen forstås som, at dette kan være med til at opbygge personens opfattelse af kompetence, for derigennem at finde motivation og håb.

Weingarten skriver, at terapeuter ofte kan blive overvældet af de store problemer, som patienterne har. I arbejdet med rimeligt håb handler det ikke nødvendigvis om den perfekte løsning, men også om at finde ud af, hvad kan være godt nok. Her hand-

ler det om at indse, at små handlinger ikke nødvendigvis er trivielle. Det handler ikke nødvendigvis om at løse alle problemer med det samme, og det kan være med til at aktivere et rimeligt håb. Det handler samtidig om, at acceptere, at man også kun nærmer sig det endelige mål – uden nødvendigvis at kunne gøre det på en gang (Weingarten, 2010, p. 20).

I forlængelse af dette mener jeg, at det også er relevant at vende diskussionen til den anden side. Ovenstående diskussion handler om det store håb, og hvordan en balance med det realistiske beholdes i arbejdet frem imod dette. Gabbard skriver, med arbejde med skizofreni som udgangspunkt, at terapeuten bliver nødt til at modstå fantasier om at kunne redde alle patienter fra deres lidelse. Han understreger, at denne indstilling kan være en af de værste for en terapeut. I stedet for kræves, at terapeuten kan affinde sig med og tolerere, at alle patienter muligvis ikke ønsker at komme lige langt i processen imod forbedring. Det kræves derfor, at terapeuten har en indstilling der også tillader patienter valget om at forblive i lidelsen (Gabbard, 2005, p. 195f).

Det er værd at huske, at i forbindelse med psykisk lidelse, kan der være tale om mennesker i en meget svær livssituation. Det kan være, at små fremskridt er nok for nogle af disse mennesker. Med tråd i hvad Gabbard siger, skal vi som terapeuter passe på med at lægge vores værdier over patienterne. Her er igen værd at huske, at det handler om at hjælpe patienten med at finde egne fremtidsdrømme, da ens egne mål er det, der er værdifuldt for et menneske. Her er igen tale om betydningen af at møde mennesket i sin egen situation. Dette kan forbindes med tanken omkring hvad målet med recovery er. I den forbindelse er der understreget, at målet med processen ikke nødvendigvis er fuld helbredelse for alle, men det er snarere fornemmelsen af at leve et meningsfyldt liv, på trods af lidelsen, der er det essentielle.

I ovenstående afsnit er hermed påpeget hvilke, mere eller mindre, konkrete strategier terapeuten kan benytte til at facilitere håb til en person med psykisk lidelse. De bestemte strategier omhandler specialets første fokuspunkt (jf. afsnit 1.1.3). Specialets andet fokuspunkt har rod i interessen omkring, hvordan terapeuten som person dernæst kan holde til at befinde sig i dette arbejde. Dette aspekt diskuteres i følgende afsnit.

## *5.4 Terapeutens holdning og udholdenhed i arbejdet med håb*

Ét tema, som gentagne gange er påpeget igennem specialet er, at håb er ikke alene betydningsfuldt for patienten. Arbejdet med håb kræver ligeledes, at terapeuten formår at være håbefuld i sit arbejde. Dette er især understreget i forbindelse med, at håb smitter, hvor en patient, der oplever håbløshed, kan blive påvirket af terapeutens tiltro til vedkommende, og derved kan udvikle tiltro til sig selv. Der er ligeledes nævnt, at det er nødvendigt, at terapeuten besidder kompetence til, at kunne hjælpe patienten med at finde mål og udvikle strategier til opnåelse af dette. Udvikling af strategier og motivation hertil, hænger som sagt sammen med en persons håbefuldhed. Hvis terapeuten skal kunne formå dette er det meningsfuldt at tænke, at han også er nødt til at besidde håb. Hvis det er rigtigt, at terapeuten også skal være håbefuld for at kunne facilitere håb, så er spørgsmålet omkring, hvordan han gør dette, også en central del af problemstillingen.

Weingarten skriver også om, hvordan det rimelige håb kan være en hjælp til terapeuten i sit arbejde. Hun anerkender heri, at det skulle følge patienter igennem håbløshed og smerte, er en af de største opgaver, som en terapeut har. Det rimelige håb er mere robust end håb i den bredere forstand ellers kan være. De mere realistiske håb kan forebygge at skuffelser opleves så ofte, som der muligvis ellers kunne forventes. Hun skriver, at dette kan gøre det lettere for terapeuten at holde ud, da det kan være svært at arbejde med et koncept, som kan give terapeuten selv en fornemmelse af håbløshed – jeg forstår dette som at være, hvis der arbejdes med mere urealistiske mål, som hun siger, at det store håb i nogle tilfælde kan være. Weingarten mener, at terapeuter har mere rum i sine forestillinger om en ønsket, men også mulig, fremtid, når der arbejdes med et rimeligt håb. Dette kan sættes i forbindelse med den tendens, der har vist sig igennem specialet, hvor det synes, at det i ligeså høj grad handler om, at terapeuten oplever en fornemmelse af succes, som håbet kan bygges på.

Weingarten skriver også om, hvordan terapeuten kan blive apatisk (som beskyttelsesstrategi) i arbejdet med patienter, der oplever håbløshed, og hvor det synes umuligt at udvikle håb hos patienten. – Denne oplevelse er også nævnt tidligere i specialet. Her

er der nævnt, med udgangspunkt i psykodynamisk tænkning, at dette kan være resultat af patientens overføring.– Arbejdet med det rimelige håb som udgangspunkt kan gøre det lettere for terapeuten til at holde til disse situationer. Weingarten skriver på samme måde, som der tidligere er påpeget, om betydningen af, at terapeuten har håb på patientens vegne, da der arbejdes med håb, da terapeuten herigennem skaber grundlaget for patientens håb (Weingarten, 2010, p. 10f). Det lyder her til, at Weingarten understreger terapeutens motivation i arbejdet. Dette er også understreget tidligere i specialet, da dette bl.a. er terapeutens grundlag for at kunne forme brugbare strategier sammen med patienten. Med tanke på at vi nu ved, at terapeutens håb er en nødvendighed, er det vigtigt at huske og understrege, hvordan han kan holde sig motiveret. Dette leder mig dog til at tænke på Lauvengs fortælling, hvor terapeuterne fravalgte hendes ønske, da dette ikke var motiverende for dem. Men i dette blev hendes motivation frataget, hvilket medførte, at planen ikke kunne lykkes. Der kan således stilles spørgsmål ved, hvordan man forholder sig til problemet omkring, hvis motivation er vigtigst. Hvordan kan der laves et mål, hvor begge parter er motiverede?

Et andet af teoriens principper er, at det rimelige håb er relationelt. Weingarten mener, at generelle beskrivelser af håb opfatter det som en egenskab ved den enkelte person. På den anden side blomstrer det rimelige håb snarere i relationer. Altså kan den enkelte håbe, fordi en anden også håber (ibid., p. 8). Endvidere skriver hun om, at håb skabes i samtalen, hvor det ikke direkte kan overleveres fra en person til en anden. Ved tanken om, at håb skabes sammen, bliver det mere realistisk og holdbart for terapeuten at arbejde med, end når tanken handler om, at terapeuten alene skal overlevere det til patienten (ibid., p. 10f). – Der kan nævnes, at det relationelle aspekt ved håbet er tydeligt understreget igennem dette speciale. Derfor står dette ikke helt i overensstemmelse med hvad Weingarten skriver om, at de fleste forståelser af håb er mere individuelle.

På den anden side er det ikke alene situationen i nuet, der er afgørende for terapeutens håbefuldhed i sit arbejde. Det er nævnt, hvordan ikke alene patientens tidlige barndomserfaringer og tilknytningsmønstre kan være betydningsfulde, bl.a. for den terapeutiske relation, men også for generel håbefuldhed som egenskab. Terapeutens tidlige barndomserfaringer og tilknytning er ligeledes af betydning.

Der er nævnt, at en kvalitetsfuld terapeutisk relation kan være med til at øge patientens håb. Her kan noget kræves af terapeuten, for at relationen kan være kvalitetsfyldt. Der er nævnt, at terapeuten skal kunne vække tillid i patienten. Det er sagt gentagne gange, at der kræves, at terapeuten er håbefuldt på patientens vegne – bl.a. for at det kan smitte til patienten. Dette må kræve, at terapeuten skal kunne udstråle dette, der er nævnt, for at håbet skal kunne kommunikeres til patienten. Der er nævnt, at det er kvaliteter ved terapeuten der kan gøre dette, og ligeledes, at der er nogle terapeuten der vil besidde disse kvaliteter i højere grad end andre. Hvis terapeuten skal kunne udstråle oprigtigt håb og hermed smitte patienten med dette kræves (eller det gøres i hvert fald nemmere), hvis terapeuten har en tilknytning i bagagen, der har været med til at udvikle en håbefuldhed og basal tillid til verden. – Der er tidligere nævnt, hvordan det er betydningsfuldt, at en terapeut er opmærksom på hvad han bidrager til i overføringen, da det ikke alene er patientens materiale og baggrund, der bidrager til overføringen. Indsigt i ens tilknytningsmønstre og basal tillid kan ligeledes være værdifuldt for forståelsen af, hvilke signaler om håb og autenticitet, der sendes til patienten.

## 6 Konklusion

Dette speciale har taget sit udgangspunkt i problemstillingen:

*Hvordan kan terapeuten være med til at facilitere håb til mennesker med psykisk lidelse?*

Problemstillingen er undersøgt igennem en teoretisk bearbejdning. Som jeg beskrev i indledningen, så har jeg valgt den respektive problemstilling i forsøg på at lære noget, som for mig er et nyt emne. Dette har gjort, at specialet i høj grad har båret præg af en eksplorativ fremgangsmåde.

Indledende blev der lavet en begrebsanalyse af *håb*, hvor både begrebets betydning og nogle af dets centrale sammenhænge, i forhold til problemstillingen, blev belyst. For en bred og generel forståelse blev begrebet belyst ved hjælp af Hope Theory, der definerer håb som en persons selvhenvisende opfattelse af egne evner i forbindelse med at opnå mål. I forbindelse med psykiatrisk sammenhæng omhandler håbet, i sin essens, en forventning om opnåelse af en meningsfuld forbedring i fremtiden, der har udgangspunkt i en negativ situation – i denne forbindelse; psykisk lidelse. Derudover anses håb som en flerdimensionel konstruktion.

Der er opstået en tiltagende optimisme omkring, at det er muligt for mennesker med psykisk lidelse at komme sig. Med udgangspunkt i dette er fokus på recovery også blevet tiltagende i psykiatrien. I denne forbindelse er betydningen af håb anerkendt. I denne forbindelse ses håb som handlingsfremmende. Håbet har en funktion, der gør recovery muligt. Målet med recovery er at skabe indhold i livet sådan, at patienten kan få fornemmelsen af et godt og meningsfuldt liv, på trods af, og ikke nødvendigvis uden, sin psykiske lidelse.

I forbindelse med håb, er relationer en af de essentielle faktorer. Dette kan være relationer både til familie, venner, partner m.m.. I forbindelse med specialets problemstilling blev relationen til en terapeut understreget. I dette henseende er der beskrevet, at det, at en anden person har håb på ens vegne, kan være med til, at vedkommende også udvikler håb på egne vegne. Håbet har således en smittende effekt. I denne forbindelse blev der understreget, at terapeutens håbefulde indstilling er betydningsfuld for, at dette kan lade sig gøre.

Håbet blev beskrevet som en generel holdning omkring egne evner til at opsøge mål, der er præget af tidligere erfaringer. Dette er bl.a. erfaringer, hvor personen tidligere har opsøgt mål, og afhængigt af resultatet af disse erfaringer, kan personens indstil-

ling enten være præget positivt eller negativt. I forbindelse med tanken om, at håb er produkt af erfaringer, blev det relevant at belyse, hvorledes disse erfaringer har sin oprindelse allerede i barndommen. Ved hjælp af både Eriksons psykosociale udviklingsteori og tilknytningsteorien blev der beskrevet, hvordan spædbarnets relation til en omsorgsperson kan være med til at udvikle en mere eller mindre håbefuldst egenskab i barnet. Ifølge disse teorier udvikler håbet sig allerede fra barndommen, og manifesterer sig som en generel og stabil egenskab i personen.

Franks tanker om, at alle mennesker, der opsøger psykoterapi har et fælles problem i form af demoralisering, er blevet præsenteret. Dette indebærer, at personen har en opfattelse af, at ikke kunne magte at overvinde sin egen situation, hvilket bl.a. medfører en følelse af håbløshed. I denne forbindelse beskrives, at al effektiv psykoterapi indeholder fælles faktorer, der er ansvarlige for store dele af terapieffekten. Disse afhjælper bl.a. demoralisering. Håb er her beskrevet som en af fælles faktorerne, der har vist sig at være ansvarlig for 15 % af behandlingseffekten. I korte træk styrkes håbet her med forventninger om, at behandlingen vil være nyttig. Det handler bl.a. om at bibringe patienten en oplevelse af, at noget kan gøres ved hans situation, samtidig med, at strategier til hvordan dette kan gøres, kan påpeges.

Med udgangspunkt i, at relationen til en terapeut kan være betydningsfuld for patientens håb, er der lavet en beskrivelse af den terapeutiske relation, som bl.a. omfatter den terapeutiske alliance, som fælles faktor.

Det viste sig tidligt, at ét af de centrale omdrejningspunkter ved håbet, handler om patientens opfattelse af egen kompetence. Dette tog bl.a. udgangspunkt i begrebet om demoralisering, samt Hope Theory, hvor håbet bl.a. siges at afhænge af personens opfattelse af egne evner, der bruges til opnåelse af mål. Temaer om, hvilke strategier kan indgyde håb, blev indkredset til nogle få overordnede faktorer. En af disse faktorer omhandlede betydningen af, at styrke patientens opfattelse af sig selv som kompetent. Dette kan bl.a. gøres ved at minde patienten om tidligere opnåelser og ressourcer.

En måde hvorpå patientens oplevelse af kompetence kan styrkes, er ved at fokusere på at opstille realistiske mål, som på bedste vis kan muliggøre en oplevelse af succes. Heri ligger dog et vedvarende spørgsmål om, hvordan man kan vurdere hvilke mål er realistiske. Man kan foreholde sig til de realistiske mål ved at inddele større mål i

delmål. Opnåelse af de små fremskridt kan være med til at facilitere processen imod et større mål, bl.a. ved at gøre processen mere udholdelig.

Gentagne gange er der understreget, at terapeutens håbefuldhed på patientens vegne, er betydningsfuld, da dette fungerer som grundlag for udviklingen af patientens håb. Terapeutens håbefuldhed kan i sig selv således fungere som en strategi, der kan indgyde håb. Dog er der påvist, at dette i nogle tilfælde kan være en udfordring, når der arbejdes med patienter med svære psykiske lidelser. I disse forbindelser er det vigtigt med kollegial støtte, bl.a. i form af sparring eller supervision.

Mit udgangspunkt for at opstille den specifikke problemstilling var, at jeg søgte svar på, hvordan man som terapeut på bedste vis kan handle i en situation, der er usikker. Dette tog udgangspunkt i, at der ikke er sikkerhed omkring hvornår eller for hvem, forbedring vil indtræffe. Et spørgsmål her omhandlede endvidere, hvordan vi håndterer virkeligheden om, at ikke alle vil opleve en fuldstændig forbedring. Tankerne omkring recovery, samt dele af diskussionen, bidrog med en forståelse omkring, at fuldstændig helbredelse ikke nødvendigvis er det eneste mål. Det vigtigste er, at personen kan få en oplevelse af at have det godt, på trods af sin lidelse. Jeg mener, at dette er opgaven, som vi først og fremmest skal hjælpe med. Diskussionen understregede, at det er betydningsfuldt at tage udgangspunkt i hver persons egne mål og drømme, hvad enten de er store eller små. Her skal hver persons situation anerkendes. Dette fortæller mig, som noget af det mest centrale, at der ikke kan laves specifikke strategier omkring, hvordan håb indgydes bedst, for alle patienter. Tidligt i specialet er der endvidere nævnt, at håbet er en flerdimensionel konstruktion, hvilket gør, at flere tilgange kan benyttes i arbejdet med forskellige mennesker. Specialet kan dog bidrage med nogle overordnede fingerpeg og forståelser omkring, hvordan dette alligevel kan forsøges.



## 7 Referenceliste

Adams, S. M., & Partee, D. J. (1998). Hope: the critical factor in recovery. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 36(4), pp. 29-32.

Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2), pp. 257-266.

Bachelor, A. & Horvath, A. (2006). The Therapeutic Relationship. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (Red.). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association. pp. 133- 178

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Quach, P. L., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2009). Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis—five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophrenia research*, 107(2), pp. 173-178.

Bjerg, J. (2007). *Gads Psykologi Leksikon*. (2.Ed.). Gads forlag

Bowlby, J. (1994). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Nake, B. (Transl.). Fredriksberg: DET lille FORLAG

Brinkmann, S. (2007). Could Interviews Be Epistemic? An Alternative to Qualitative Opinion Polling. *Qualitative Inquiry*, 13(8)

Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), pp. 733-742.

Darlington, Y. & Bland, R. (1999). Strategies for encouraging and maintaining hope among people living with serious mental illness. *Australian Social Work*, 52(3), pp. 17-23

Deegan, P. E. (1994). Recovery: The lived experience of rehabilitation. In Spaniol, L. & Koehler, M. (Red.), *The Experience of Recovery*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, pp. 54-59

Elliott, J. (2005). What have we done with hope? A brief history. In: Elliott, J. (Red.). *Interdisciplinary Perspectives on Hope*. New York: Nova Science Publishers Inc. pp. 3-35

Erikson, E. H. (1964). *Insight and Responsibility*. New York: W.W. Norton & Company. Inc.

Ewen, R. B. (2003). *An Introduction to Theories of Personality*. (6.Ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), pp. 22-31

Frank, J. (1968). The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5(5), pp. 383-395.

Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. (4.E.). American Psychiatric Publishing, Inc.: Arlington

Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Wateraux, C. & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a metaanalysis of the outcome literature. *Am. J. Psychiatr.* 151(10), pp. 1409–1416.

Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2006). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association.

Jacobsen, C. H. & Mortensen, K.V. (2013). *Psykoteraapeutisk praksis på psykodynamisk grundlag*. Hans Reitzels Forlag

Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernardo, A. (1995). Hope and schizophrenia: clinicians identify hope-instilling strategies. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 33(6), pp. 15-19

Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(6), pp. 651-664.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), pp. 357-361

Landeen, J., Kirkpatrick, H., Woodside, H., Byrne, C., Bernardo, A., & Pawlick, J. (1996). Factors influencing staff hopefulness in working with people with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 17(5), pp. 457-467.

Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve* (1.Ed.). København: Akademisk Forlag

Mortensen, K.V. (2011). *"Fra neuroser til relationsforstyrrelser"*, (2. Ed.). København: Gyldendal

Noh, C., Choe, K., & Yang, B. (2008). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of psychiatric nursing*, 22(2), pp. 69-77.

Parloff, M. B. (1986). Frank's "common elements" in psychotherapy: Nonspecific factors and placebos. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), pp. 521-530

Parnas, J., Sørensen, P. K. & Mors, O. (2009). Psykiatriens teoretiske fundament: Sygdomsbegreb, klassifikation og diagnostik. In O. Mors, P. K. Sørensen & J. Parnas (Eds.). *Klinisk psykiatri* (3. Udgave, 2. Oplag). København: Munksgaard. (pp. 29-77)

Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. (2011). Attachment, identity, and intimacy: Parallels between Bowlby's and Erikson's paradigms. *Journal of Family Theory & Review*, 3(1), pp. 32-46.

Russinova, Z. (1999). Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4). pp. 50-57

Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), pp. 421-433.

Snyder, C. R. (2001). Hope and Hopelessness. In: *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. pp. 6907-6909

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), pp. 249-275.

Snyder, C.R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S. (2006). Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectancies. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (Red.). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association. pp. 179-200

Thorgaard, L. (2007). *Relationsbehandling I Psykiatrien: Bind 2, Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien*. Stavanger: Hertevig

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates

Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: Construct, clinical applications, and supports. *Family process*, 49(1), pp. 5-25.