

PSYKIATRIENS PAKKEBEHANDLINGER

- Styrker og svagheder, set ud fra to patienters erfaring samt ud fra et teoretisk perspektiv.



Rapportens samlede antal tegn (med mellemrum & fodnoter): 191.963 Svarende til antal normalsider: 79,98	
Sanne Helene Bekker, Studienr. 20104159 Vejleder: Ulla Böwadt	10. Semester, Psykologi Speciale Aalborg Universitet 29. maj 2015

Abstract

The following thesis will contain a theoretical and empirical reflection and discussion of the way that Danish psychiatry treats outpatients. In 2011 “treatment packages” were implemented into ambulant psychiatry. The packages entail an advanced planned treatment that is structured in relation to a specific diagnosis.

The purpose of this thesis is to discuss these treatment packages and their quality. This discussion will be based on a theoretical basis of psychodynamic and cognitive psychotherapy respectively. The difference between the two theoretical traditions will serve to fulfill the goal of keeping an open mind-, and avoiding a narrow interpretation biased by an uncritical theoretical argumentation. The two treatment strategies will be discussed comparatively, and within this framework the package treatments will be discussed.

The empirical part of the thesis consists of two semistructured interviews with patients of the psychiatry who both have had contact with treatment packages. On the basis of these interviews an Interpretative Phenomenological Analysis will follow, and the themes that are created will be used in the discussion of the packages.

The conclusions that will be drawn in the thesis entail arguments about how the descriptive and categorical way of thinking of the packages creates a rigid psychiatry that focuses on the diagnosis instead of the whole person. Another argument, based on the interviews, is that ambulant psychiatry undermines the importance of the relationship and working alliance between patient and therapist.

In relation to the discussion between cognitive and psychodynamic psychiatry, a stated argument is to put the relation and need of the patient before the method rather of the other way around. It is augmented that both methods has its advantages and that recognizing flexibility in each method is advisable.

Indholdsfortegnelse

1.0 INDLEDNING.....	1
1.1 Problemformulering	3
1.2 Afgrænsning.....	3
1.3 Specialets opbygning.....	5
1.4 Disposition.....	6
2.0 Grundlaget for specialet.....	7
2.1 Kort om det videnskabssteoretiske grundlag og metode.....	7
2.2 Dansk psykiatri.....	8
2.2.1 Psykiatriens pakkebehandlinger.....	8
2.2.2 Psykiatriens udfordringer.....	9
2.2.3 Diagnosticering.....	11
2.2.4 Dynamisk og deskriptiv psykiatri.....	11
2.2.5 Opsummering.....	12
3.0 Kapitel 1: To teoretiske traditioner.....	14
3.1 Psykodynamisk terapi.....	14
3.2 Freuds idé om det ubevidste.....	14
3.3 Melanie Klein og bruddet med klassisk psykoanalyse.....	16
3.4 Den Kleinianske skole.....	17
3.5 Deldiskussion: Kleins teori om barnets indre fantasiverden.....	19
3.6 Gabbard: Dynamisk psykiatri i praksis.....	20
3.6.1 Om det ubeviste.....	21
3.6.2 Det relationelle fokus.....	21
3.6.3 Psykodynamisk behandling.....	22
3.7 Deldiskussion: Psykodynamisk teori og videnskabelighed.....	23
3.8 Kognitiv terapi.....	28
3.8.1 Idégrundlaget bag tilgangen.....	29
3.8.2 Konstruktivisme.....	31
3.8.3 Centrale begreber.....	31
3.8.4 Kognitiv terapi i praksis.....	33
3.8.5 Eksempel på kognitiv terapi i praksis.....	35
3.9 Deldiskussion: kognitiv vs. psykodynamisk terapi.....	36

3.9.1 Er vi drevet af tanken eller følelsen?.....	36
3.9.2 Determinants.....	40
3.10 Psykiatriens pakkebehandlinger, set ud fra de teoretiske perspektiver.....	42
3.10.1 Et kognitivt syn på pakkebehandlingerne.....	42
3.10.2 Ulempen ved for stort fokus på evidens.....	43
3.10.3 Et Psykodynamisk syn på pakkebehandlingerne.....	46
4.0 Kapitel 2: Empirisk vinkel på problemstillingen.....	50
4.1 Videnskabsteori og metode.....	50
4.1.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning.....	50
4.1.2 Fænomenologi.....	52
4.1.3 Hermeneutik.....	54
4.2 Anvendt metode.....	55
4.2.1 Interview.....	55
4.2.2 Det semistrukturerede interview.....	56
4.2.3 Interviewguide.....	56
4.2.4 Epoché.....	57
5.0 Analyse.....	58
5.1 IPA - Interpretative Phenomenological Analysis.....	58
5.2 Informanterne.....	59
5.3 Fase 1: læsning og genlæsning af temaer.....	59
5.4 Fase 2: Dannelse af temaer.....	60
5.5 Fase 3: Indskrænkning og inddeling af temaer og undertemaer.....	61
5.6 Fase 4: Endelige temaer laves.....	62
5.7 Tema 1: Uvished.....	62
5.8 Tema 2: At føle sig tryk og støttet.....	64
5.9 Tema 3: Opskriften på god terapi.....	66
5.10 Tema 4: Tidsaspektet.....	69
6.0 Analyse ud fra teori.....	72
6.1 Tema 1: Uvished.....	72
6.2 Tema 2: At føle sig tryk og støttet.....	73
6.3 Tema 3: Opskriften på god terapi.....	75
6.4 Tema 4: Tidsaspektet.....	76
6.5 Opsummering.....	77
7.0 Metode diskussion.....	77

8.0 Kapitel 3: Opsummerende diskussion og bud på forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger	82
8.1 Styrker og svagheder ved psykiatriens pakkebehandlinger.....	82
8.2 Bud på forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger.....	86
9.0 Konklusion.....	87
10.0 Referenceliste.....	91

1.0 Indledning

I 2011 indførte man i psykiatrien pakkebehandlinger, der er behandlingsforløb, skræddersyede til den enkelte diagnose. Forud for disse pakkebehandlinger går en udredningspakke, der skal til for at man kan få placeret patienten i det rette tilbud. Formålet med pakkerne er blandt andet at sikre et homogent højt kvalitetsniveau i behandlingen på tværs af regionerne (Danske regioner, 2011, p.7).

I mit frivillige arbejde på den sociale skadestue i Aalborg, der er en aften/nattetjeneste hvor folk kan ringe ind eller komme forbi til en snak, møder jeg mennesker, der ikke er tilfredse med den behandling de får i psykiatrien. Blandt disse er mennesker, der har fået en behandlingspakke. Pakkebehandlingerne er standardiserede, hvilket betyder at deres forløb og indhold er fastlagt. En hypotese kunne være, at dette går ud over kvaliteten af den behandling man får, da det bliver mere vanskeligt fleksibelt at tilpasse sig det enkelte menneskes behov.

Det er problematisk at den instans, der egentligt er til for at skulle hjælpe mennesker, i visse tilfælde ikke slår til. Resultatet bliver mennesker, der falder igennem vores ellers tilsyneladende fintmaskede velfærdsnet, uden at blive samlet op. Derfor er det interessant at undersøge og diskutere kvaliteten af psykiatriens pakkebehandlinger.

I mit praktikforløb på Universitetsklinikken på AAU har jeg haft to ti måneders klientforløb, hvor jeg har arbejdet indenfor den psykodynamiske tilgang. Jeg oplevede tilgangen som en god måde at møde klienten på og få denne til at føle sig hørt og rummet, eftersom det er en tilgang der særligt har fokus på relationen, samt hvad der fylder i rummet mellem terapeut og patient. Den psykodynamiske terapi tilbyder en dybere forståelse, hvor man går under overfladen og søger en forståelse for hvad der også ubevidst foregår.

Men den psykodynamiske tradition er ikke den eneste form for behandling, der anvendes i psykiatrien, og en behandlingstradition, der ofte nævnes i forbindelse med jobopslag og kurser indenfor psykiatrien er den kognitive. Denne behandlingstradition tilbyder et mere frit menneskesyn, hvor der ikke så meget tages højde for hvordan individet er underlagt ubevidste impulser, men mere hvordan individet i samarbejde med terapeuten aktivt kan ændre sit tankemønster, og derved

løse sine problematikker. Det kunne være interessant at se på hvor Psykiatriens pakkebehandlinger befinder sig i spændingsfeltet mellem disse to terapeutiske traditioner.

Desuden kunne det være interessant at udfordre mit eget perspektiv, da jeg på forhånd er mest tilbøjelig til at ty til den psykodynamiske tilgang, når jeg står overfor en psykologisk problemstilling, grundet mit praktikforløb. Den kognitive problemstilling inddrages altså både fordi den på så mange områder er meget anderledes end den psykodynamiske, og derfor har noget andet at byde på, men også for at udfordre mit eget teoretiske fundament, ved at undersøge hvad en anden teoretisk retning har at byde på.

Min psykodynamiske erfaring får mig til at stille spørgsmål som: Hvad hvis det ikke er muligt at sætte mennesker ind i de kasser, pakkebehandlingerne udgør? Hvad hvis mennesket er mere kompliceret end et diagnosesystem kan beskrive, og hvad hvis det giver mere mening at tage udgangspunkt i det enkelte menneske end i dettes diagnose, når man vil behandle og støtte? Jeg vil undersøge hvordan psykiatriens pakker kan opfattes fra en psykodynamisk vinkel, men ligeledes hvordan de kan opfattes ud fra en kognitiv. Hvad sker der i spændingsfeltet mellem disse to traditioner? Bliver et resultat af de forskellige tilgange til terapi, at der stilles forskellige krav til pakkebehandlingerne? Og lever psykiatriens pakker op til sine målsætninger set ud fra to forskellige terapeutiske traditioner?

Fokus for dette speciale bygger på tre kapitler: 1) en teoretisk diskussion mellem to behandlingstraditioner, 2) empiri i form af interview med to patienter og 3) en vurdering af kvaliteten af psykiatriens pakkebehandlinger. Sidstnævnte bygger på de to første. Vurderingen af psykiatriens pakker sker altså på baggrund af en teoretisk diskussion og en empirisk på grundlag af patienters erfaringer.

Der bliver altså inddraget empiri, der indsamles gennem semistrukturerede interviews, for at understøtte diskussionen. Empirien har til formål at bidrage med patienters vinkel på diskussionen, og kommer til at have en funktion af dybdegående eksempler på problematikken. Den har ikke til formål at skabe evidens, men vil understøtte den teoretiske diskussion.

Specialets første del, den teoretiske diskussion vil blive foretaget direkte efter teorien præsenteres. Derefter udforsker jeg to patienters udtalelser gennem en analyse, der varetages baseret på videnskabsteoretiske overvejelser. Til sidst går

specialet ind i den tredje og endelige fase, hvor psykiatriens pakker diskuteres ud fra både teori og analyse af patienters udtalelser.

1.1 Problemformulering:

Hvilke styrker og svagheder kan der være ved psykiatriens pakkebehandlinger

- set ud fra kognitiv og psykodynamisk behandlingstradition?

- set ud fra udtalelser fra to patienter?

- på grundlag af dette, hvilke ideer kan vi få til forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger?

1.2 Afgrænsning

Formålet med dette speciale, er at tage kritisk stilling til psykiatriens pakkebehandlinger, både ud fra teori og ud fra empiri. Det teoretiske udgangspunkt bygger på to meget forskellige teoretiske retninger, der diskuteres op imod hinanden.

Der er på ingen måde et formål med specialet at redegøre dybdegående for hver enkelt teori, men snarere at skabe en kort introduktion til *de dele af* teoriene, der benyttes, for at skabe grundlag for en diskussion.

Psykodynamisk teori er et stort og bredt felt med mange retninger og en kompliceret historie. Det er ikke et formål, at redegøre fyldestgørende for de forskellige bevægelser og deres forhold til hinanden, men snarere at forholde mig til de dele af teorien, der anvendes i dette speciale, blandt andet dele af Melanie Kleins teori.

Det er valgt at inddrage Kleins teori, eller *Den Kleinianske skole*, på trods af andre eksisterende retninger indenfor samme felt, kaldet *objektrelationsteorien* (Winnicott, Fairbairn med flere).

Grunden til at der tages udgangspunkt i Klein, på trods af at Objektrelationsteorien senere har udviklet sig i en måske mere moderne retning, er at hun er grundlæggeren for den måde at tænke på, hvor man vægter den tidlige relation højere end libidotilfredsstillelse (mere om dette lidt senere). Desuden bygger de andre teorier videre på hendes teori, og refererer til hendes definition af centrale

begreber som *splitting* og *projektion* (defineres senere), hvilket gør at Kleiniansk teori ikke er til at komme udenom, når man vil snakke objektrelationsteori.

Ved at benytte mig af Klein ønsker jeg ikke at udelukke brug af andre psykodynamiske teorier, men snarere at argumentere for brug af objektrelationsteorien ud fra dens udgangspunkt, nemlig Kleiniansk teori. Som med andre ældre teorier, er der sket en udvikling siden Klein. Der er dele af hendes teori der er kritiseret og dele der ses som forældet. Alligevel vil der blive argumenteret for at dele af hendes teori stadig er brugbar.

Det er, grundet begrænsningen på hvor meget specialet må fylde, nødvendigt at tænke disponering af plads, og på baggrund af beslutningen om at vinkle dette speciales inddragelse af teori, både psykodynamisk og kognitiv, er det ikke pladmæssigt muligt at jeg fordyber mig grundigt i teoriernes historie og udvikling.

Altså er det mål for dette speciale at skabe en diskussion på baggrund af udvalgte dele af teori, ikke at skabe en dybdegående teoretisk redegørelse for dem i deres helhed.

På samme måde tages der indenfor den kognitive teori udgangspunkt i Beck, der er grundlæggeren af denne teoretiske og behandlingsmæssige tradition. Det er et mål med specialet, for så vidt muligt at benytte primærkilder, og undersøge teorien set ud fra dennes oprindelige udgangspunkt. Det betyder ikke at det ignoreres at disse har udviklet sig siden, men at det giver mening at se på teoriens udgangspunkt for at forstå den dybere.

Psykodynamisk og kognitiv teori repræsenteres altså med nogle af de oprindelige teoretikere indenfor feltet, men samtidig skal de også være anvendelige nu, i relation til nutidens psykiatri. Derfor inddrages nyere teori også. For den kognitive teori gøres dette gennem Mørch & Rosenberg, der skriver om hvordan kognitiv behandling i dag kan anvendes i praksis. For den psykodynamiske tilgang gøres dette gennem Gabbard, der mest af alt tager udgangspunkt i, hvordan psykodynamisk teori i praksis kan anvendes på psykiatri og behandling. Gabbard fremstår mere som en pragmatiker end som en egentlig teoretiker, og han tager derfor mere udgangspunkt i andre teoretikere, end han forklarer sit eget teoretiske udgangspunkt. Alligevel er han anvendelig til at bringe teorien i relation til hvordan man i praksis kan arbejde i psykiatrien.

Der inddrages empiri i form af interviews i dette speciale. Formålet med dette, er at understøtte den teoretiske diskussion med empiri og vinkler, der ikke er mine

egne, men brugere af psykiatriens. Den empiri der indsamles, vil blive brugt til at understøtte diskussionen af psykiatriens pakker, så den ikke kun bliver teoretisk. Patienternes erfaringer med psykiatriens pakker kan anvendes til at tage kritisk stilling til disse.

Det empirien *ikke* vil blive brugt til, er at sige noget om hyppighed eller forekomst. Jeg er fx ikke interesseret i at undersøge, hvor mange der er tilfredse eller utilfredse med den behandling de modtager i psykiatrien, eller i hvor stor grad de virker. Jeg er nærmere interesseret i den fænomenologiske beskrivelse af den enkelte oplevelse og det vi kan lære fra det.

1.3 Specialets opbygning

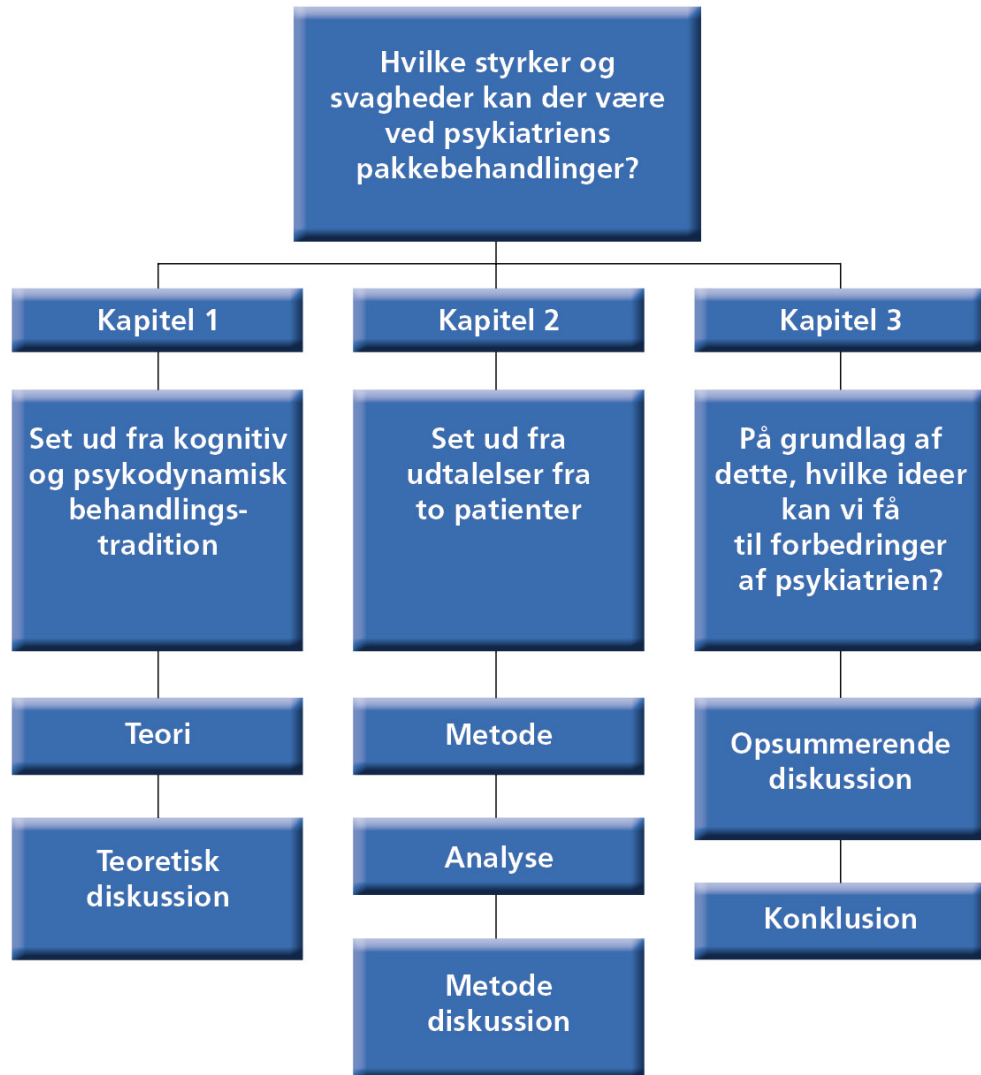
Dette speciale indeholder nogle indledende afsnit om henholdsvis dansk psykiatri og det empiriske fundament for afhandlingen. Efter dette er specialet delt op i 3 kapitler.

Kapitel 1 indeholder redegørelse for psykodynamisk og kognitiv teori. Der vil følge en teoretisk diskussion, der for det første søger at diskutere de to teorier op imod hinanden, men også senere søger at diskutere kvaliteten af psykiatriens pakker, ud fra hvert teoretisk perspektiv.

Kapitel 2 indeholder specialets empiriske del. Videnskabsteori og metode vil præsenteres, og på baggrund af dette vil to semistrukturerede interviews blive analyseret, og der vil blive taget stilling til, hvilke styrker og svagheder psykiatriens pakkebehandlinger har, ud fra informanternes oplevelser.

Kapitel 3 viderefører diskussionen af pakkebehandlingerne på grundlag af både den teoretiske og den empiriske del, og der vil afslutningsvis følge nogle bud på forbedringer af pakkehandlingerne, hvilket ender ud i en konklusion.

1.4 Disposition



2.0 Grundlaget for specialet

I det følgende vil der komme nogle indledende afsnit, der har til formål at danne et grundlag for de følgende kapitler. Det gælder både information om dansk psykiatri, der har været med til at skabe interesse for temaet, som er endt i specialets problemformulering, men også det videnskabsteoretiske grundlag, som indsamlingen og analysen af empiri sker ud fra.

2.1 Kort om det videnskabsteoretiske grundlag og metode

Dette speciales videnskabsteoretiske grundlag bygger på det fænomenologiske og det hermeneutiske paradigme. Ud fra dette udføres interview. Paradigmerne vil blive præsenteret mere uddybende senere, men det kan grundlæggende siges at fænomenologien udsprang af Husserls(1859-1938) filosofi om viden. Han mente at man, når man undersøger et fænomen videnskabeligt, kan bestræbe sig på at finde frem til dets essens, hvilket dækker over den rene oplevelse vi har af fænomenet, som det opleves for den enkelte. Man må altså, når man arbejder fænomenologisk, forstå fænomenet i relation til den, der opfatter det(Husserl,2008,p.215).

Når man undersøger et fænomen på denne måde, søger man at *gengive* eller *beskrive* det så tæt på den måde, som det oprindeligt blev oplevet af informanten. Det hermeneutiske paradigme derimod handler om fortolkning(langdridge,2007,p.41). Denne blanding mellem hermeneutik og fænomenologi muliggør altså, at informanternes oplevelser ikke blot kan beskrives så meget i deres essens som muligt, men også at de kan fortolkes. Kombinationen af hermeneutik og fænomenologi ser man blandt andet i analysemetoden IPA, som benyttes i dette projekt. Mere om dette senere.

Indsamlingen af data sker via det semistrukturerede interview, der er et interview som er fleksibelt, og hvor spørgsmålene kan justeres og omlægges løbende, afhængigt af informantens svar, dog ved hjælp af en interviewguide, der er et arbejdspapir som hjælper interviewereren til at huske at stille spørgsmål, der knytter sig til forskningsspørgsmålene. Dette præsenteres som sagt mere uddybende i kapitel 2.

2.2 Dansk ambulant psykiatri

I det følgende vil der blive givet en kort introduktion til psykiatrien som instans gennem forskelligt materiale, der er samlet omkring psykiatriens udfordringer, pakkebehandlinger og muligheder. Introduktionen har det formål at skabe et grundlag for den senere diskussion og analyse, så det bliver klart hvad der menes, når psykiatriens pakkebehandlinger nævnes.

2.2.1 Psykiatriens pakkebehandlinger

I 2011 fremlagde de danske regioner i samarbejde en strategi for at fremme kvalitet i psykiatrien. Dette skete på grundlag af erfaringer man havde gjort sig, om at der var for stor forskel i kvaliteten af behandling fra én region til en anden. Desuden fandt man, at dødeligheden blandt sindslidende var uacceptabelt stor. Faktisk levede mennesker med psykisk sygdom gennemsnitligt 20 år kortere end resten af befolkningen (Danske regioner, 2011, p.7). Dette igangsatte arbejdet hen imod at indføre de pakkebehandlinger vi i dag ser i psykiatrien.

En del af den ambulante psykiatri består i dag af pakkebehandlinger. Inden for psykiatrien har man forsøgt at måle hvor mange mennesker der får pakkeforløb. Tallene siger, at der i 2013 og 2014 var 22% der modtog pakkebehandlinger i stedet for anden behandling for samme diagnose (Monitoreringsmodel for behandlingspakkeforløb i psykiatrien, p.10, Kjeldahl, 2015, personlig kommunikation, bilag 4), hvilket virker lavt. Dog skal man tage højde for at tallene muligvis i virkeligheden er større, da der endnu ikke er indført fuld monitorering af pakkeforløbene (Kjeldahl, 2015, personlig kommunikation). Med pakkeforløbene søger man at sikre en høj kvalitet i psykiatrisk behandling, lige meget hvor i landet man modtager den. Målet med pakkeforløbene er ligeledes at sikre en ensartethed i behandlingen i form af tilgang. Der findes på tværs af regionerne, som det ser ud nu, pakkeforløb indenfor områderne 1) angst og socialfobi 2) biopolar affektiv sindslidelse 3) depression (enkeltepisode) 4) depression (periodisk tilbagevendende) 5) spiseforstyrrelser 6) personlighedsforstyrrelse (emotionel ustabil) 7)

personlighedsforstyrrelse (evasiv) 8) OCD 9) tilpasningsreaktion 10) PTSD 11) udredningspakke for voksne.

Ud over dette, er der i børne- og ungdomspsykiatrien fire pakkeforløb: 1) Anoreksi 2) depression 3) OCD 4) gennemgribende udviklingsforstyrrelser og en udredningspakke.¹

Det kan variere fra region til region hvilke pakker der forekommer. Fx har vi i region Nordjylland ikke en pakke for PTSD².

Jørgensen et al. tager stilling til de store forandringer i psykiatrien siden 2011 har gennemgået. De nævner, at inspirationen til pakkebehandlingerne kommer fra de somatiske sygehusvæsenes hjerte- og kræftpakker. Forskellen mellem det somatiske område og psykiatrien er dog, at man i psykiatrien arbejder med en meget mindre homogen patientgruppe med meget forskellige forløb (Jørgensen et al. 2012, p. 56).

Jørgensen et al. anbefaler at man, hvor der er behov for det (hvilket de mener der vil blive), nedsætter tværregionale og tværfaglige arbejdsgrupper indenfor pakkebehandlingerne (ibid. p. 57).

Jørgensen et al. nævner at kritikere af pakkeforløbene har peget på, at de enkelte patienter er forskellige, og at standardiserede pakkeforløb ikke giver mulighed for individualisering. Hertil svarer Jørgensen at det er vigtigt med udredningspakker, der sikrer at den enkelte placeres rigtigt (ibid. p. 59).

2.2.2 Psykiatriens udfordringer

I maj 2012 mødtes en psykiatrisk tænketank, som et samarbejde mellem PsykiatriFonden, Dansk Psykiatrisk Selskab og Dagens Medicin, for at undersøge hvilke barrierer der eksisterer for optimal psykiatrisk behandling af danskere, der lider af psykisk sygdom. Ud af det kom der en rapport med navnet ”Barrierer for optimal psykiatrisk behandling”. De deltagende i tænketanken var en gruppe af overlæger, psykiatere, ledere mm. fra forskellige psykiatriske instanser i hele landet (Bauer et al., 2012, p. 3f).

¹ <http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforlob+i+psykiatrien>

² <http://psykiatri.rm.dk/Undersoegelse-og-behandling/Flere-former-for-behandling/Pakkeforloeb>

I tænketanken fandt man frem til mulige 10 barrierer for optimal psykiatrisk behandling. Blandt disse var en at behandlingen i psykiatrien ikke er ensartet. Dette skriver de afspejler sig indenfor uensartet diagnostik, uensartet adgang til behandling samt forskelle i kvalitetsmål. Et eksempel på forskellighed i diagnostik er, at region hovedstaden har 30-50 pct. flere skizofrenidiagnosticerede end i de andre regioner(ibid.p.5). Noget af denne forskel kan skyldes at der, som undersøgelser viser, generelt er flere skizofrene i storbyerne, altså at det er et immigrationsfænomen, men dette kan ikke være hele forklaringen på den store forskel. Rapporten foreslår at forskellige faglige traditioner, forskellig faglig ekspertise samt forskelle i kompetencer og udredningstilbud samt adgang til behandlingstilbud indenfor ens område, også kan spille ind og påvirke hvordan der diagnosticeres(ibid.).

En anden mulig barriere de nævner, er utilstrækkeligt koordinerede patientforløb. Om dette skriver de i rapporten at patienter i psykiatrien, der modtager tværfaglig hjælp fx fra sundhedssektor, socialektor og jobsektor, ofte bliver kastebold mellem de forskellige faggrupper, når disse ikke kan snakke sammen. Den optimale behandling ville indeholde kontinuitet, som rapporten beskriver som en langvarig, ubrudt kontakt mellem én behandler og én patient. Problemet er, at dette mål ofte er meget vanskeligt at nå, især i de meget komplicerede tilfælde(ibid.p.8). Her argumenterer Eplov, der bliver præsenteret om lidt, for at man i psykiatrien arbejder for en mere helhedsorienteret indsats i form af tværfaglige teams.

En anden barriere, uhensigtsmæssig lang ventetid, tyder iflg. rapporten på at være et stort problem. I 2010 opgjorde Lægeforeningen den daværende ventetid til en praktiserende psykiater. 85 % ventede mere end 3 måneder og 45 % mere end seks måneder, hvilket er uhensigtsmæssigt set i lyset af at mange patienter på henvendelsestidspunktet allerede har været syge længe(ibid.p.16). I forhold til ventetid på behandling i psykiatrien nævner rapporten at der, fx for unge med skizofreni, på det tidspunkt rapporten er skrevet, er 160 mennesker på venteliste til behandlingstilbuddet OPUS, og at der er op til 15 måneders ventetid(ibid.p.17).

2.2.3 Diagnosticering

Jørgensen et.al skriver hvordan en problematisk ting ved psykiatrien er, at diagnoser opfattes som sandheder frem for arbejdsredskaber. Kriterier for, hvornår man er syg og hvornår man er rask, er valgt af pragmatiske hensyn (Jørgensen,et.al,2012,p.49).

De mener selv at en diagnose er en forenkling af en persons problemer, som dog er anvendelig som arbejdsplan for behandling(ibid.). Ifølge dem skal en god sygdomsklassifikation: Opfange alle de sygdomme, som patienten lider af, have velafgrænsede kategorier, sikre let anvendelighed, have høj reliabilitet og være uafhængig af teori og kultur(ibid.p.49f.).

Når det kommer til at diagnosticere, mener de at man ofte løber ind i reliabilitets- og validitetsproblemer. Validitet i forhold til diagnosticering handler om en diagnoses gyldighed (om den giver mening) i forhold til ekstern eller uafhængig variabel. Altså om forholdet mellem diagnosen og ydre sammenhænge fra konteksten. Reliabilitet handler om hvorvidt målte resultater er nøjagtige(ibid.p.50).

Det kan ikke påstås, mener de, at diagnoser altid indeholder en høj validitet, og eksempler med radikalt højere forekomst af en bestemt diagnose i en enkelt del af landet, som det allerede er nævnt er tilfældet med skizofreni, kan fx være et tegn på lav diagnostisk validitet(ibid.).

Komplicerende faktorer som fx misbrug er en ting, der går ind og påvirker den diagnostiske reliabilitet, da det vanskeliggør vurderingen af den eventuelt bagvedliggende psykisk sygdom. Jørgensen et. al. mener at misbrug bør behandles på lige fod med anden psykisk lidelse(ibid.p.53).

I den præsenterede teori vil der komme mere om to forskellige former for diagnosticering; den deskriptive og den dynamiske.

2.2.4 Dynamisk og deskriptiv psykiatri

Dynamisk psykiatri kan defineres i kontrast til det Gabbard(2000), der er psykodynamisk pragmatiker, kalder deskriptiv psykiatri. Med deskriptiv psykiatri mener han den del af psykiatrien, der har fokus på at diagnosticere ud fra symptom-checklister og inkluderende og ekskluderende faktorer, hvor patientens subjektive oplevelse af symptomerne ikke spiller ind. Desuden er en deskriptiv psykiater

nærmere interesseret i at vide, hvordan en patient ligner andre patienter, frem for hvad der gør netop denne patient anderledes end andre (Gabbard, 2000, p.5).

I kontrast hertil søger en dynamisk psykiater at undersøge hvad der gør en patient unik gennem dennes livshistorie. Symptomer og adfærd ses som udtryk for personlige og subjektive oplevelser, der har banet vejen for en sygdom, som personen var biologisk og miljømæssigt disponeret for. Desuden lægger en dynamisk psykiater stort fokus på klientens indre verden, der kommer til udtryk gennem fantasier, drømme, frygt, håb, ønsker, selvbillede, syn på andre og psykologisk reaktion på symptomer, samt hele den ubevidste del af dette, som allerede nævnt (ibid.).

For at sætte det på spidsen, sammenligner Gabbard en deskriptiv og en dynamisk psykiater gennem en analogi. En deskriptiv psykiater, der kom til en grotte med en sten foran, ville forsøge at fjerne stenen (som at fjerne symptomet) og se sig tilfreds. En dynamisk psykiater derimod ville undersøge grotten i dybden og forsøge at finde en løsning på spørgsmålet om, hvorfor stenen var der (ibid. p.6).

Denne skelnen mellem deskriptiv og dynamisk psykiatri er Gabbard ikke alene om. Den er blandt andet også nævnt af Lunn (2006), der skriver om at den deskriptive psykiatri ofte kun fokuserer på diagnosens reliabilitet (hvor nøjagtige målinger er) gennem inkluderende og ekskluderende kriterier, hvilket kan resultere i meningsløse situationer, som fx at man ikke kan diagnosticere nogen som spiseforstyrret fordi de kun kaster op 6 gange på en uge og ikke 8 (Lunn, 2006, p.149f.). Indenfor den dynamiske psykiatri vil man både fokusere på diagnosens reliabilitet og validitet, som nævnt tidligere.

2.2.5 Opsummering

Opsummerende om det, der foregående er beskrevet om psykiatrien, kan det siges, at de udfordringer eller problematikker, der eksisterer indenfor sektoren, er at sikre og ensarte kvaliteten i behandling, at opnå kortere ventetid, at kordinere patienters forløb i samarbejde med andre sektorer og at sikre diagnosens validitet og reliabilitet. I dette ligger der både, at man sikrer sig at der ikke er somatiske årsager, eller andre uovervejede faktorer, bag patientens problemer, men også at diagnosen passer til sin

kontekst (patientens situation), og ikke bare til hvilke tilbud, der hænder at være til rådighed i psykiatrien.

En diagnose kan være brugbar at arbejde ud fra, når man skal planlægge en patients behandling, men som Jørgensen et. al skriver, er det et problem når man hænger sig for meget i diagnosen, og lader den være den altoverskyggende sandhed(Jørgensen.et.a.p.49).

Desuden kan det være et problem hvis man udelukkende går deskriptivt til diagnosen, og udelukker dynamisk sygdomsopfattelse. Dette kan medføre at man ikke ser på årsagerne til diagnosen. Hvis man udelukkende fokuserer på symptomer, uden at tage højde for patientens historik, kan det gå ud over diagnosens reliabilitet.

Psykiatrien er en stor sektor, og den er let at kritisere. Især ud fra patienternes synspunkt. Det ville nok være usandsynligt at forvente, at man kunne opnå fuld tilfredshed blandt psykiatriske patienter, eftersom de jo netop har en psykisk lidelse, der på en eller anden måde påvirker deres måde at opfatte verden på. Men hvad er en reel indikator for om psykiatrien fungerer? Kortere ventetid og tilstrækkeligt koordinerede forløb kunne være nogle af indikatorerne. Dette er noget af det, der på grundlag af den indsamlede empiri vil blive diskuteret senere.

En anden indikator for en velfungerende psykiatri, er kvalitet i behandlingen. Men ud fra det, der indtil nu er skrevet om psykiatriens pakker, kunne det tyde på at vi også her møder problemer: Det er ikke alle pakker, der er tilbudt i alle regioner. Det kunne tænkes, at dette skævvrider diagnosticering af patienter, og der kan argumenteres for, at kvaliteten af behandlingen afhænger af, at man har det rette udgangspunkt for at forstå patientens problematik. Diskussionen om diagnosens validitet vil blive taget op igen senere.

Desuden vil informanternes opfattelse af hvad de mener er god psykiatrisk behandling blive taget op i diskussionen, der senere følger. Denne vil blive sammenlignet med argumenter ud fra de to teoretiske perspektiver.

3.0 Kapitel 1: To teoretiske traditioner

3.1 Psykodynamisk terapi

I det følgende vil en tilgang, der lægger stor vægt på det relationelle arbejde med patienten, blive præsenteret. Det gøres med det formål at skabe et teoretisk grundlag for en diskussion af psykiatriens pakketilbud.

De teoretikere der i det følgende vil blive præsenteret, inddrages for at give et billede af den psykodynamiske terapiform. Den psykodynamiske terapi repræsenteres, som allerede nævnt, af dele af Kleins teori, men er også repræsenteret af Gabbard, der bringer psykiatrisk praksis og psykodynamisk teori sammen, og mere er en pragmatiker. Der skal altså tages højde for, at det er hans *fortolkning* af teoretikere som Freud og Klein hans udtalelser bygger på.

Freud nævnes kort i det følgende afsnit, for at præsentere det ubevidste. Grunden til at det er Freud der benyttes, er at konceptet med det ubevidste især kom frem med ham, og det er et mål for dette speciale at beskrive teorierne ud fra deres oprindelige kilder. Selvom klassisk psykoanalyse ikke fylder meget i dette speciale, er ideen om det ubevidste stadig en af grundpillerne for den psykodynamiske tradition, og det giver derfor mening at redegøre for den.

3.2 Freuds idé om det ubevidste

Teorien om det ubevidste blev særligt udarbejdet af Freud, der talte om det som fortrængte erindringer eller følelser, som man fx kunne nå frem til gennem hypnose eller samtaleterapi (Freud, 1968, p. 19). Han mente at den *ubevidste sjæletilstand*, som han kaldte det, står i kontrast til det vi er fuldt ud bevidst om, og har erkendelse af. Selvom det er to forskellige sindstilstande, eksisterer de ikke uafhængigt af hinanden. Freud mente at det ubevidste kan påvirke den bevidste (ibid.).

Hans teori om det ubevidste byggede han på adskillige klienter han havde i terapi. Han erfarede, at der ofte ville være en *modstand* (senere kaldt forsvar) fra patienten, mod at bringe ubevidst materiale til bevidsthed. Denne modstand mente han, er patientens symptomer og et tegn på *konflikt* i patienten:

*”Vi udleder ikke den sjælelige spaltning af en medfødt mangel på evne til sjæleligt sammenhold, men forklarer den **dynamisk** ved en konflikt af kæmpende sjælelige kræfter og erkender i den resultatet af begge de sjælelige grupperingers indbyrdes strid”³*

Konflikten består af en kamp mellem ubevidste ønsker/impulser og patientens bevidste og moralske holdninger, der er tilpasset samfundets normer(ibid.p.32f.).

Gennem en case han kalder Jane, som er en kvinde, der er plaget af konflikten mellem fortrængte og bevidste moralske ønsker, argumenterer han for, at mennesket konstant befinder sig et sted i mere eller mindre balance, afhængigt af samspillet mellem disse to kræfter(ibid.p.26).

Det ubevidste kunne som sagt bringes til bevidsthed gennem terapi eller hypnose, men man kan ifølge Freud også få et glimt af det gennem talefejl som han kalder *”slips of the tounge”* eller *parapraxis*. Han mente at nogle talefejl (men ikke alle) kan være lingvistisk evidens for eksistensen af det ubevidste. Talefejl kan bestå af flydende eller vandrende tankebilleder, der ikke er bevidste, men befinder sig så tæt på bevidstheden, at de afbryder sætninger, skrev han(Freud,1973,p.48). Et eksempel på dette kan være at man bytter et ord ud med et andet, og fx siger mord i stedet for mor.

Freud argumenterede for, at talefejl eller fortællelser kan være meget brugbare i terapien, da han mente at de kan indeholde information om, hvordan andre mennesker og verden repræsenteres inde i den enkelte patient(ibid.p.64).

Selvom der er sket meget siden Freud, og flere dele af hans psykoanalyse i dag anses som forældet, er ideen om det ubevidste alligevel brugbar. Gabbard lægger vægt på betydningen af det ubevidste for dynamisk terapi. Han skriver at man, når man arbejder dynamisk, vil have en interesse i at undersøge en person i dybden, ikke kun hvad der umiddelbart viser sig på overfladen(Gabbard,p.6f.).

³ Freud,1968,p.26

3.3 Melanie Klein og bruddet med den klassiske psykoanalyse:

Det der især adskilte Klein fra resten af det engelske psykoanalytiske selskab, som hun var medlem af, var at hendes hovedfokus lå på relationen som dét, der giver barnet psykisk energi og driver det. Hun lagde vægt på barnets relation til sine objekter, hvilket vil sige de mennesker som barnet søger en relation til. Begrebet objekt betød for Freud en genstand, der for barnet kunne blive centrum for libidinøse drifter, som fx moderens bryst, en idé som Klein ikke udelukkede (ibid.p.35f,Klein,1959,p.292), men hvor Freud mente, at det der driver individet er seksuel energi, eller en søgen mod stimulering af libidoen, mente Klein at det er en søgen mod en relation. Desuden talte Klein meget om angst, som ifølge hende ikke kun opstår i forbindelse med manglende stimulering af libidoen(Klein,1975,p.125), men også fra jegets fornemmelse af sine egne destruktive og aggressive kræfter(ibid.p.126).

Herved kommer Kleins teori til at handle om aggression og angst forbundet med det relationelle samspil, på en måde som Freuds psykoanalyse ikke gør. Hvor Freud mente, at barnets primære drifter lå i libidoen, lå Kleins fokus også på kompleksiteten mellem indre og ydre relationer i barnet, mens hun stadig ikke tog afstand fra drifter som afgørende for indholdet af denne relation(Klein,1966,p.68,f.).

Klein skabte i sin egen teori så mange ændringer, at den ikke længere kunne forenes med Freuds. Der opstod, som Mortensen fremlægger det, store uenigheder mellem Klein og Anna Freud. Efter anden verdenskrig forsøgte man i det psykoanalytiske selskab at nå til enighed mellem flere forskellige psykoanalytiske fløje, der havde dannet sig. Dette lykkedes dog ikke, og i 1930'erne splittedes det engelske psykoanalytiske selskab op i tre retninger: En skole med Anna Freud og hendes tilhængere, en med Klein og hendes følge og en mere neutral skole med folk som Winnicott, Blaint og Fairbairn(Mortensen,2003.p.121).

Indenfor objektrelationsteorien udviklede der sig også flere retninger. Hvor nogle adskilte objektet helt fra driftstilfredsstillelsen og lod ønsket om at knytte sig til et andet menneske være den primære drift, forsøgte andre, som fx Klein, at kombinere driftstilfredsstillelse med objektteori(Mortensen,p.36). Mortensen skriver, at man i oprindeligt opfattede Kleins teori som objektrelationsteori, men at man nu snarere refererer til Winnicott, Blaint og Fairbairn når man taler om

objektrelationsteori. De bevægede sig altså væk fra Klein, men tog stadig udgangspunkt i hendes teori, der var den første til at lægge vægt på relationen til objektet(ibid.).

3.4 Den Kleinianske skole

Ønsker man at arbejde psykodynamisk med relationen, kommer man ikke udenom Objektrelationsteorien. Flere mere nutidige håndbøger om psykodynamisk terapi refererer til objektrelationsteorien(Gabbard,2000,p.27,Mortensen,2001,p.35, Karterud,Urnes&Pedersen,2001,p.15,Cullberg,1999,p.67). Eftersom objektrelationsteorien er en videreudvikling af Melanie Kleins teori, kommer man ikke uden om hende. Klein, der levede fra 1882-1960(Mortensen,2003,p.118), lagde stor vægt på betydningen af barnets tidlige relationer til ydre objekter, og den måde disse blev repræsenteret inde i barnet(ibid.p.35f,Klein,1959,p.292).

Et væsentligt hovedtræk ved Kleins teori er hendes fokus på barnets indre fantasier. Hun benytter på et tidspunkt sin veninde Susan Isaacs definition af fantasier:

”Phantasy is (in the first instance) the mental corollary, the psychic representative of instinct. There is no impulse, no instinctual urge or response which is not content of the urges or feelings (for example, wishes, fears, anxieties, triumphs, love or sorrow) dominating the mind at the moment.”⁴

Klein mente altså, at de af vore følelser, som er dominerende på et givent tidspunkt, altid vil påvirke vores instinktive reaktioner. Fantasier er det mentale resultat eller reaktion på, hvordan vi instinktivt oplever vores omverden.

Spædbarnets første objektrelation, mente Klein var moderens bryst, hvilket barnet splitter til et godt/tilfredsstillende og et ondt/frustrerende bryst. *Splitting* er en infantil forsvarsmekanisme, som Klein mente at barnet benytter for at håndtere oplevelsen af både gode og dårlige følelser kommende fra samme objekt, og frustrationen, når det afvænnens bryst, der er den første oplevelse barnet får af negative følelser rettet mod objektet(Klein,1959,p.294f). Det er den ubevidste

⁴ Klein, 1959, p. 294

proces, i hvilken barnet deler sine objekter, følelser og impulser op, idealiserer dele af objektet og benægter forskelle mellem indre og ydre realitet(Klein,1946,p.2).

Desuden benytter barnet sig iflg. hende af forsvarsmekanismerne *projektion* og *introjektion* til at relaterer objektet, og danne en indre verden, hvori det repræsenteres. Hun definerede projektion som at man skubber ens følelser og impulser over i en anden person(Klein,1959,p.295). Introjektion definerede hun som den proces, hvor man ubevidst tager et objekt eller en del af et objekt ind i en selv(ibid.). Desuden talte hun om *projektiv identifikation*, hvor barnet benytter sig af projektion og skubber gode eller behagelige følelser over i omsorgspersonen og så via en identifikation ser sig dem i sig selv igen. Barnet kan også introjicere delobjekter (fx moderens bryst) ind i sig selv, og derved kontrollere dem eller besidde dem(ibid.p.294).

Klein mente, at den første relation bygger på disse forsvarsmekanismer, og derfor er en kombination af splitting, projektion og introjektion(Klein,1946,p.2).

Forsvarsmekanismerne aktiveres af medfødte, aggressive fantasier. Hun mente at barnet har en medfødt fantasi om at have såret forældrene ved sin fødsel og derfor er angst for deres hævn. Iflg. hende er det de indre objekter, der føles som de mest truende for barnet, og der er ofte ringe sammenhæng mellem indre og ydre objekter(Klein,1966,p.69).

Graden af trussel som delobjektet synes at gøre for barnet, afgøres af barnets egen fantasi eller sadisme som Klein også kaldte det. Med sadisme mente Klein det medfødte ønske barnet har, om at destruere eller skade dets objekter ved fx at bide eller kradse. De sadistiske fantasier følges af en angst for forældrenes gengældelse hvilket er grunden til at de to ting afhænger af hinanden. Jo mere barnet fantasierer om at skade de ydre objekter, jo mere frygter det altså også deres hævn(ibid.). Som sagt når sadismen sit højdepunkt som følge af den frustration, afvænnning af brystet medfører(Klein,1975,p.124). Grådighed mente Klein er noget der ligger mere i nogle spædbørn end andre, men alle er født med det. Hun definerede grådighed som trangen til at tømme moderens bryst, og udnytte alle kilder til tilfredsstillelse uden at tage hensyn til nogen andre(Klein,1959,p.296)

Som et forsvar mod sadisme fra barnet selv, projicerer barnet de destruktive impulser ud i de ydre objekter for bedre at kunne håndtere dem. Derved bliver de ydre objekter truende, men det er lettere at håndtere truslen når den kommer udefra.

Jeget forsøger at forsvare sig selv, ved fantasier om at destruere de ydre objekter (Klein,1975,p.128,Klein,1966,p.69).

Formningen af overjeget, af personens objektrelationer og tilpasning til virkeligheden afhænger af forholdet mellem barnets projektion af sine egne sadistiske impulser ud i omverdenen og introjektionen af de gode objekter(Klein1975,p.148).

Nogle af de eksempler Klein havde på, at barnet forsøger at destruere det ydre objekt, er fx at barnet bider i brystet eller tisser i sengen. Klein mente at barnet har en opfattelse af, at moderen fratager det væske i form af brystmælk ved afvæning fra brystet. Det at tisse i sengen eller bleen er derfor, iflg. hende, et forsøg på at kompensere(ibid.).

Det skal nævnes at Klein ikke opfattede barnets indre fantasier som bevidste og sprogliggjorte for barnet, men som ubevidste impulser, der både for barnet er fortrængte og undertrykte, men også befinder sig på et niveau der ligger før barnets udvikling af sprog(Klein,1966,p.70). Det er derfor svært at beskrive fantasierne, uden at gøre dem mere ekstreme end de er, da udarbejdelsen af en teori kræver at de bliver sprogliggjorte.

Der vil i den følgende diskussion blive taget stilling til Kleins teori.

3.5 Deldiskussion: Kleins teori om barnets indre fantasiverden

Kleins teori kan af flere årsager være svær at godtage. En af årsagerne er hendes detaljerede beskrivelser af barnets indre fantasier, som de kommer til udtryk i fx hendes idé om barnets sadisme. Et spørgsmål, der umiddelbart kan følge læsningen af hendes teori, er hvordan barnet kan være født med viden om begivenheder, der har fundet sted under fødsel og en bevidsthed om ting, som det lille spædbarn endnu ikke forstår.

Et andet spørgsmål er, hvordan Klein empirisk kan sandsynliggøre sin teori, når størstedelen af den foregår inde i et barn, det meste af det ubevidst. Problemet med at komme med udtalelser om, hvad der foregår inde i et spædbarn, der endnu ikke har udviklet sprog, er at det ikke er muligt at spørge barnet selv hvad det tænker eller føler. Klein selv så som sagt barnets bid/krads/tis som tegn på en indre sadisme, men dette er mildt sagt en fortolkning der er søgt. Også selvom barnet bliver ældre og

udvikler sprog, kan det være en vanskelig opgave at undersøge dets fantasier, da et meget ungt barn ikke nødvendigvis er så refleksivt.

Her benyttede Klein en teknik hun kaldte legeterapi. Det var en teknik hun udviklede for at få så unge børn som muligt i terapi (under 6 år). Det var ligeledes en teknik, der gav mulighed for at få et indblik i barnets ubevidste, mente hun (Klein, 1986, p.36). For Klein og hendes mentor Karl Abraham var ideen med legeterapien at barnet kan give udtryk for sine inderste følelser, som fx angst eller aggression, og gennem terapeutens fortolkning af dem opleve lettelse (ibid.).

Fortolkninger af barnets leg blev centralt for Kleins teori, og hun så barnets reaktioner på hendes fortolkninger som enten be- eller afkræftende for deres sandhed. Klein havde rig mulighed for at udforske denne teknik, og udviklede flere cases med børn til at understøtte hendes teori i løbet af 1920'erne (ibid. p.37). Gennem observation af flere børn og deres leg fandt hun hvad hun fortolkede som tegn på deres sadisme eller aggression, enten i voldsom leg eller ødelæggelsen af legetøj.

Det kunne ligeledes komme til udtryk i barnets relatering til hende som terapeut, skrev hun. Som en indikator for hvad barnet følte, lærte hun at lytte til egne reaktioner på samspillet i rummet. Hun brugte overføringsfølelser i sig selv til at afgøre hvad der var på spil i barnet (ibid. p.41).

Selvom Klein byggede sin teori på mange cases, kan der alligevel argumenteres for, at hendes kobling mellem aggressivitet i leg og indre konflikt virker spekulativ, eftersom den aggressive leg lige så vel kunne være udtryk for andre ting, så som forbigående følelse for barnet, frem for et udtryk for en intrapsykisk konflikt.

Denne diskussion hører til hele diskussionen om psykodynamiske teoriers forhold til videnskabelighed, der blandt andet varetages af Gammelgaard et al. (2008), og vil blive taget op igen om lidt, efter der er blevet redegjort for psykodynamisk teori i praksis.

3.6 Gabbard: Dynamisk psykiatri i praksis

I det følgende præsenteres Gabbards tilgang til dynamisk psykiatri for at give en mere pragmatisk og nutidig vinkel på dynamisk terapi.

3.6.1 Om det ubevidste

Gabbard forholder sig til Freuds idé om det ubevidste, og skriver at ideen om at være kontrolleret af ubevidste impulser ofte er noget mange mennesker ikke bryder sig om. Måske fordi det fratager folk deres egen vilje og handlefrihed. Her understreger han, at det ikke er alle handlinger og symptomer, der styres af det ubevidste. Det er psykologen eller psykiaterens opgave at overveje hvor vidt fx et symptom skyldes ubevidste impulser eller andre årsager(Gabbard,p.10). Desuden mener han, at der altid er mulighed for udvikling og plads til at tage bevidste valg. Man er ikke underlagt ubevidste impulser ubehjælpeligt(ibid.), men tager man ikke højde for ubevidste processer som projektion, overføring og splitting, vil de fra et psykodynamiske synspunkt kunne blive styrende for det relationelle arbejde, mener han(ibid.).

3.6.2 Det relationelle fokus

En vej til at få et glimt af patientens ubevidste, er i relationen til terapeuten. Visse relateringsmåder og adfærdsmønstre fra barndommen internaliseres og udspiller sig i andre relationer for patienten. Derved kommer det relationelle i arbejdet mellem patient og terapeut til at betyde meget, og et fokus på relationen og hvad der udspiller sig i den, kan være gavnligt, mener Gabbard(ibid.p.7).

Her tilbyder Kleiniansk teori og objektrelationsteori mulighed for større fokus på relationen, frem for et klassisk psykoanalytisk fokus på seksualitet og libidoens drifter(ibid.p.33).

Når man arbejder med patient-terapeut relation, bliver fænomener som overføring og modoverføring noget, der kommer i spil mener Gabbard. Ved overføring oplever patienten terapeuten som en signifikant anden fra fortiden, hvor følelser ved denne signifikante anden overføres til her-og-nu situationen. Patienten genindfører ubevidst et latent relations mønster, og derved kommer relationen mellem patient og terapeut til at indeholde værdifuld information(ibid.p.13).

Eftersom både patient og terapeut er mennesker, vil der hvor der er overføring fra patienten, også vækkes modoverføring i terapeuten. Modoverføring, der er modtagerens reaktion på det der overføres, er både en reaktion på interpersonelle

forhold i patienten, men også på terapeutens egne interpersonelle forhold, mener Gabbard. Man kan sige, at patientens overføring vækker noget i terapeuten som han/hun allerede var disponeret for, i form af lignende relationelle mønstre eller følelser(ibid.). Derfor giver det mening at terapeuten også er bevidst om sig selv, og de følelsesmæssige reaktioner der sættes i gang i hende eller ham.

3.6.3 Psykodynamisk behandling

I det følgende vil det præsenteres hvad den allerede beskrevne teori betyder for psykodynamisk terapi i praksis.

Som sagt har relationen betydning, og det som terapeuten tilbyder patienten er et rum, hvor relationen kan udspille sig, og hvor en ny objektrelation kan tage form. Målet er, at patienten får en sundere måde at relatere til sig selv og andre mennesker på, og at denne opbygger nogle mere modne objektrelationer. Som objektrelationer ændrer sig, ændrer den måde man relatere sig til andre mennesker sig også(Gabbard,p.91). Det vil sige, at terapeuten midlertidigt fungerer som en erstatning for de infantile objektrelationer, og lader patienten udspille sine relationelle mønstre i den nuværende relation. Det er ikke alle fantasier og følelser, forbundet med objektrelationen, der er bevidste, hvilket betyder, at man må finde en metode hvorved ubevidste impulser kan bringes ud i rummet.

Fri association er en teknik, hvor patienten anspores til at tale frit uden hindringer. Det er ofte når fri association benyttes at forsvaret kommer til udtryk. Det er et værktøj til bedre at forstå hvordan det ubeviste kommer til udtryk, fx gennem drømme(ibid.p..93f.). Det kan også benyttes i andre situationer, hvor terapeuten stiller spørgsmål som ”hvad får det dig til at tænke på” eller ”hvad er det første du kommer i tanke om, når du siger det?”. Dette kan både gøres i forbindelse med at patienten fortæller om drømme og fantasier, men også i forbindelse med at man taler om den indbyrdes relation.

I og med at man mener, at det relationelle har så stor betydning, har man også meget fokus på *alliancen*, som Martin et. al. definerer som samarbejdsforholdet mellem patient og terapeut, der inkluderer patientens tillid til at terapeuten er på hans/hendes side og arbejder sammen for at nå bedring(Martin,et.al.2000,p.438). En meta-analyse af 79 forskellige studier af den terapeutiske alliance fandt, at kvaliteten

af alliancen har en moderat men stabil sammenhæng med det terapeutiske udfald, der ikke lod sig påvirke af andre variable så som de forskellige studiers metode. Derfor konkluderer undersøgelsen, at dette kunne være en indikator for, at alliancen har et terapeutisk formål i sig selv, og måske endda er vigtigere end hvilken type terapi man arbejder med (Martin, et al. p.466). Desuden argumenterer undersøgelsen for, at man på tværs af alle de forskellige definitioner af alliancen, finder tre temaer, der går igen: a) hvor vidt forholdet indeholder samarbejde, b) det affektive bånd mellem terapeut og patient og c) patient og terapeuts evne til at nå til enighed om mål og opgaver for behandlingen (ibid. p.438).

Det vil sige at den terapeutiske tilgang ikke nødvendigvis er så vigtig, som det er, at man har fokus på relationen, hvilket er muligt at have indenfor andre tilgange end den psykodynamiske. Dette vil blive taget op igen senere.

3.7 Deldiskussion: Psykodynamisk teori og videnskabelighed

Som det allerede fremgår i diskussionen af Klein, kan der stilles spørgsmålstegn ved muligheden for empirisk at sandsynliggøre Kleiniansk teori. Dette gør sig muligvis også gældende for andet psykodynamisk teori. På hvilket grundlag kan det siges ikke blot at være en spekulativ terapeutisk tradition?

Gammelgaard et al. præsenterer ideen om, at det ubevidste ikke kan objektiveres og derfor ikke kan underlægges den empiriske videnskabsdiskurs (ibid. p.432). På baggrund af dette lægger de vægt på værdien af erfaring frem for evidens, og understreger at psykoanalysen ikke er anti-videnskabelig, men anti-objektivistisk (ibid.). Med dette mener de, at der er dele af den menneskelige bevidsthed der har en subjektiv værdi, der ikke kan afskrives af den årsag at den ikke kan videreføres fra én kontekst til en anden, eller én person til en anden.

Vægter man kontekstafhængig viden og praktisk erfaring lige så højt som empirisk evidens, får terapeuten eller forskerens subjektive vurderinger mere værdi, fordi den nu kan godtages som reel viden uden at afskrives fordi den indeholder subjektivitet.

Når man arbejder videnskabeligt i selve den terapeutiske relation, argumenterer Gammelgaard et al. for en tilgang, hvor den analytiske relation er udgangspunktet for forskningen. De argumenterer for at forskeren befinder sig i en tilstand af delvis

opløsning af den vågne tilstands rationelle måde at tænke på, men i stedet giver plads til fri association og at man lytter intenst men ufokuseret (Gammelgaard, et. al. p.434). Denne tilstand muliggør iflg. dem, at forskeren/terapeuten kan opfange hvad der ligger bag det der bliver sagt af ubevidste fantasier og opfange ubevidst materiale (ibid.). Altså ligesom Klein i legeterapi lytter til overføringsfølelsen som en indikator for hvad der foregår *indeni* barnet.

Gammelgaard. Et. al. argumenterer for at den subjekt-subjekt relation der eksisterer mellem terapeut og patient skaber noget fælles tredje og henviser til Ogden (2004), der selv skriver:

“I consider the dialectical movement of individual subjectivity (of the analyst and analysand as separate individuals, each with his or her own unconscious life) and intersubjectivity (the jointly created unconscious life of the analytic pair) to be a central clinical phenomenon of psychoanalysis, one that virtually all clinical analytic thinking attempts to describe in ever more precise and generative terms.”⁵

Han taler altså om en intersubjektivitet, der skaber et fælles ubevidste, som både terapeut og patient bidrager til. I dette ligger der tre implikationer: For det første at der eksisterer noget i selve den terapeutiske situation, der ikke kan overføres til en anden situation eller en anden relation, for det andet at subjektivitet netop ikke kan undervurderes når man arbejder på denne måde, men må benyttes som et værktøj, og for det tredje at psykologen bidrager lige så meget til den ubevidste intersubjektivitet som patienten gør. Det vil sige, at det er nødvendigt for psykologen at arbejde med sig selv, lære at blive bevidst om egne følelser, og tage højde for deres indvirkning på hans/hendes fortolkning af situationen.

Et argument kan være at disse ubevidste processer vil finde sted, om terapeuten tager højde for dem eller ej. Det kan derfor muligvis være en fordel at arbejde med dem i stedet for at lade dem styre terapien og det relationelle samspil. Insisterer man på kun at tage højde for den indre verden, for så vidt den viser sig udadtil, kan man altså overse denne intersubjektivitet og miste et nyttigt værktøj til arbejdet med

⁵ Ogden, 2004, p.168

patienten.

Gammelgaard et. al. skelner mellem den forskning, der fokuserer på at beskrive menneskets indre verden ud fra hvad der udadtil kan observeres, og forskning der søger at beskrive det intersubjektive indefra. Tilknytningsteorien er en af de forgreninger af psykodynamisk teori, der har forsøgt at forholde sig mere til videnskabelighed. Gennem observationsstudier, har man indenfor denne tilgang forsøgt at beskrive menneskets indre verden (så som arbejdsmodeller eller tilnytningsmønstre) ud fra observerbar adfærd(Gammelgaard,et.al.,p.432).

Hvor tilknytningsteoretikere i videnskabelighedens navn muligvis ville mene at man indenfor psykoanalytisk og Kleiniansk teori udtaler sig for meget om, hvad der foregår inde i barnet, frem for hvad man ud ad til kan observere, mener Gammelgaard et. al. at tilknytningsteorien flytter fokus fra den indre scene til det ydre, observerbare(Gammelgaard et. al.p.439), og herved at vi mister noget ved at fjerne fokus fra den indre scene, eftersom den indre oplevelse af vores omverden ikke nødvendigvis er det samme som vores ydre realitet.

Dette er et tegn på en forskel i opfattelsen af hvordan barnets indre repræsentation af dets ydre verden tager form. Gammelgaard et. al. definerer indre repræsentationer som:

“Ordet repræsentation er et kernebegreb i al psykoanalytisk teori, der viser hen til det indre livs forestillingsverden. Det er imidlertid afgørende, om vi forstår repræsentation som en formidling til det indre af erfaringer gjort i den ydre verdens relationelle liv, eller om vi forstår psykisk repræsentation som driftens repræsentation i det psykiske.”⁶

De skelner altså mellem to opfattelser af barnets indre virkelighed. Ved den første opfattelse af barnets indre repræsentationer, der især er kendt ved tilknytningsteorien og objektrelationsteorien (ikke Kleiniansk teori, men den videre udvikling med bla. Winnicott), ses barnets indre repræsentationer som lig med den faktiske virkelighed (ibid.p.439).

Ved den anden opfattelse af barnets indre verden ses repræsentationerne som påvirket af barnets fantasier, og ubevidste ønske om at kompensere for noget der

⁶ Gammelgaard,et.al.p.437

ikke er der (fx manglen på bryst ved sult)(ibid.p.439). Den indre repræsentation stemmer altså ikke over ens med den ydre verden. Kleiniansk teori indgår denne måde at opfatte barnets indre virkelighed på(ibid.p.441).

Gammelgaard et. al. argumenterer for at vi har brug for den indre, subjektive vurdering af omverdenen påvirket eller fordrejet af drifterne. Hvis vi forlader denne opfattelse skriver de, bliver barnet blot en kopi af den ydre realitet. Desuden forsvinder moderens subjektivitet, der er en vigtig del af den proces hvor hun fører barnets følelser tilbage til barnet selv. Gammelgaard et. al. mener at denne subjektivitet hos moderen tilføjer den del, der gør det der projiceres tilbage til barnet til noget nyt. I modsat tilfælde bliver moderen som et spejl, der sender barnets følelser direkte tilbage uden forarbejdning(ibid.p.441).

Dette argument kan muligvis overføres til den terapeutiske relation: Hvis vi antager at patientens indre opfattelse af omverdenen er ækvivalent med den ydre realitet, går vi muligvis glip af vigtig information, og bliver ikke opmærksomme på hvad vi som terapeuter sender tilbage til patienten af overføringsfølelser.

Denne måde at arbejde på kræver forskerens subjektive vurderinger af hvad der er på spil, og at terapeuten bruger overføringsfølelser som indikator.

Brinkmann og Tanggaard skriver om forskning indenfor det fænomenologisk paradigme, hvor subjektivitet også spiller ind, at vi må antage at vi kan nå frem til beskrivelser af erkendelse der har intersubjektiv validitet (Brinkmann&Tanggaard,2010.p.190), altså stole på forskerens evne til at gøre sig subjektive vurderinger af kvalitet. Dette er et argument, der kan overføres til både psykodynamisk forskning og terapi.

Det at bruge overføringsfølelsen som en indikator for hvad der sker inde i barnet eller patienten er en særlig metode, og der kan argumenteres for, at der også er mulige ulemper ved denne metode, på trods af dens muligheder. Et argument kunne være at det er en risiko ved at gøre brug af subjektive vurderinger at terapeuten projicerer egne oplevelser og følelser over i patienten og lader dette farve interventioner. For at sikre sig at dette ikke sker, kommer en terapeut ikke med en fortolkning eller intervention uden at afstemme med patienten. Dette er hvad Klein gør, når hun kommenterer på barnets leg og observerer dets reaktion. Alligevel udelukker det ikke muligheden for, at Klein gik for vidt i de mere spekulative dele af hendes teori, eftersom de patienter hun afstemte med var børn. Det kan tænkes at

børn vil have en tendens til at reagere bekræftende uden at have forstået hendes fortolkning.

Supervision og egenterapi er nyttige værktøjer til at undgå fejlfortolkninger, eller at man projicerer egne følelser og fantasier over i patienten. At arbejde med sig selv, når man arbejder psykodynamisk kan altså være essentielt.

Klein argumenterede for hendes observationers gyldighed, ved at sige at fortolkning af barnets fantasier rent faktisk *hjalp* barnet. Hun observerede at barnet lettere kunne bære sine følelser, og at legen blev mindre hæmmet (ibid.p.38). Spørgsmålet er så, om dette skyldes hendes fortolkninger, eller at der opstår en alliance, der som nævnt tidligere muligvis er den vigtigste komponent for at patienten får noget ud af behandlingen. Omvendt kan der argumenteres for, at en tilgang, hvor man fokuserer så meget på det relationelle, og en indre repræsentation af relationen, der ikke er lig med den ydre virkelighed, også muliggør en bedre alliance.

En undersøgelse, varetaget af Choi et.al. (2009) fokuserer blandt andet på hvordan den terapeutiske relation og overføringsfølelser indbyrdes påvirker hinanden. I undersøgelsen deltog 31 terapeut-patient dyader, hvor både terapeut og patient udfyldte skalaer om deres relation (Choi, et.al., 2009, p.340f.). Terapeuten udfyldte ligeledes skalaer om graden af overføringsfølelser. Et af de fund, som Mallery & Choi gjorde sig, der er relevant i forhold til dette, var at jo større rapportering af negative overføringsfølelser, jo svagere var relationen (ibid.p.347).

Dette kan være et argument for, at det giver mening at arbejde på den måde Klein gjorde, med at være opmærksom på overføring for at gavne relationen.

Kleins teori giver mulighed for at have for øje hvilken form patientens indre objektrelationer tager. Bærer de præg af splittede delobjekter, der medfører en sort/hvid tænkning i forhold til andre mennesker? Kan patienten rumme andre mennesker i deres helhed, både med negative og positive træk? Hvordan påvirker patientens internaliserede objektrelationer dennes måde at relaterer til andre mennesker på, og hvordan viser det sig i den terapeutiske relation?

Denne måde at arbejde på er ikke kun særlig for Kleiniansk teori. Nyere teoretikere indenfor objektrelationsteorien og psykodynamisk terapi generelt arbejder også med patientens tidlige relationer, og hvordan de spiller ind i nutidige relationsmønstre. Hvorfor er Klein så stadig relevant?

For det første fordi objektrelationsteorien udspringer fra Kleins teori, der har dannet grundlag for, hvordan der kan arbejdes terapeutisk med et større fokus på det relationelle, hvilket gør at hendes teori ikke kan ignoreres. Hun har defineret begreber som splitting og projektion, som andre teoretikere arbejder ud fra. For det andet kan hendes teori fungere som en påmindelse om, ikke helt at fjerne fokus fra indre repræsentationer af den ydre virkelighed. Objektrelationsteorien ligger mindre vægt på indre fantasier, hvilket muligvis gør den mere anvendelig i dag. Der argumenteres altså ikke for en ren Kleiniansk tilgang til terapi, men for en objektrelationsteoretisk tilgang, hvor man ikke helt mister fokus fra intersubjektiviteten, men holder muligheden for indre repræsentationer, der ikke er lig med den ydre verden åben.

Kleins teori er altså muligvis forældet, men har to enkle budskaber, der kan videreføres til nyere teori: For det første, at mennesket drives af en følelsesmæssig relatering til et andet menneske. For det andet, at det kan være en fejl at antage at barnets indre repræsentation af omverdenen er lig den faktiske ydre realitet.

Hvis man antager at ubevidste relations mønstre og indre, subjektive repræsentationer af den ydre virkelighed kan udspille sig i enhver patient-terapeut relation, kan det være u hensigtsmæssigt og til tider direkte uansvarligt slet ikke at tage stilling til relationen, og den ubevidste overføring den indeholder. U hensigtsmæssigt fordi man i så fald går glip af en dybere forståelse for hvad der foregår, uansvarligt fordi man i så fald ikke hjælper patienten i dennes grundlæggende problemer, men snarere finder overfladiske løsninger, på et dybere problem.

3.8 Kognitiv terapi

I det følgende vil der komme en kort introduktion til kognitiv terapi. Dette sker både gennem en redegørelse for det oprindelige teoretiske grundlag, gennem Alford og Beck (1997), men også gennem en mere pragmatisk introduktion til hvordan teorien kan anvendes, varetaget af Mørch og Rosenberg (2005).

3.8.1 Idégrundlaget bag tilgangen

Kognitiv terapi er en hovedretning indenfor psykoterapi, der handler om at afhjælpe psykisk lidelse gennem fokus på adfærdsformer og tænkning. Den søger at ændre adfærdsmønstre, der kan fungere som en hindring for at man kan leve livet optimalt(Mørch&Rosenberg,2005,p.17).

Aron T. Beck, grundlæggeren af kognitiv terapi, skriver at hovedfokus for kognitiv terapi er tænkning, men at teorien komplimenterer og gør plads til, psykoanalytisk terapi og behavioristisk adfærds terapi (Alford&Beck,1997,p.11). Hermed sætter han tilgangen i relation til de to andre terapiformer, der dominerede sidst i 50'erne da han udbyggede sin teori. Kognitiv terapi kan dateres tilbage til 1957, hvor Beck søgte en brugbar tilgang til depression. Han oplevede ofte at depressive viste negative tankemønstre, der disponerede dem for at forvente negative oplevelser(ibid.p.13) Beck og hans kollegaer oplevede at de kom til kort, når de prøvede at gå psykoanalytisk til depression(ibid.p.14).

Desuden tog Alford og Beck stilling til videnskabelighed og understregede i deres artikel vigtigheden af, at få skabt en videnskabelig teori, der kan bygge på viden af kendsgerninger, som der kan skabes evidens for(ibid.p.14f.). Grunden til at Beck anså evidens som vigtigt, var at han i arbejdet med psykoanalytisk terapi følte at den ikke slog til i arbejdet med depression, men også at den videnskabelige evidens der var for at den virkede til behandling af depression var mangelfuld(Clak&Beck,199,p.39). Beck begyndte at opfatte negativ kognition, snarere end emotioner som det der lå til grund for depression. Han observerede at det i forhold til at skabe evidens for psykodynamisk terapi, kan være vanskeligt at operationalisere og definere de indre emotionelle bevægelser, der i teorien beskrives, på en måde, så den på tilfredsstillende vis kan undersøges empirisk. Han mente derfor at man manglede undersøgelser, der muliggjorde at man kunne opstille modeller for psykoanalytisk teori(ibid.). Da er det lettere at operationalisere menneskets tanker der er bevidste.

Alford & Beck mente at nøglen til at forstå mangel på menneskelig trivsel er gennem hvordan vi bearbejder information(Alford&Beck,p.13), altså hvordan vi opfatter vores omverden og fortolker den. Generelt for den kognitive bølge kan det siges, at den var inspireret af metaforen om, hvordan vi bearbejder information på

samme måde som en maskine. Der var fokus på begreber som struktur, skema og proces(Mørch&Rosenberg,2005,p.19).

Iflg. Alford & Beck er der tre niveauer for kognition, nemlig det automatiske niveau, der er før bevidst (ligger før bevidst tænkning, men ikke så dybt begravet som ubevidst materiale) og ikke er intentionel, det bevidste niveau og det metakognitive niveau, der indeholder realistiske, logiske og rationelle reaktioner(ibid.p.17).

De mente at vejen til at fungere psykisk går gennem meningsdannende strukturer, også kaldet skemaer. ”Mening” betyder for dem en persons fortolkning af en kontekst og dennes relation til en selv(ibid.p.15).

Meningsdannende processer har den funktion at kontrollere psykologiske processer som adfærd, emotioner, opmærksomhed og hukommelse og fremme adaptation. Altså menneskets tilpasning til sine omgivelser. Alford & Beck mente at der er interaktive påvirkningsforhold mellem kognitive processer og andre systemer. Hver kategori af mening oversættes til et kognitivt mønster, der har et specifikt mønster til emotioner, opmærksomhed, hukommelse og adfærd, mente de(ibid.p.15ff).

Alford & Beck mente ikke, at mening er en objektiv konstant, men at den kreeres af mennesket, snarere end at befinde sig ude i virkeligheden som en afventende sandhed. Alligevel skal den fortolkning som individet gør sig passe til konteksten eller det mål han har. De mente at personens fortolkning af omverdenen kan være forvrænget, hvilket de kaldte *bias*. Fejlen kan både bestå af det kognitive indhold eller den kognitive bearbejdning af indholdet(ibid.).

De mente at denne form for kognitive forvrængninger kan være en indikator for psykopatologi og beskrev hvordan nogle individer har særlige *kognitive svagheder*, hvilket vil sige at de vil have en tendens til at have særlige fejlagtige kognitive konstruktioner, hvilket disponerer dem for psykisk sygdom. Til dette brugte de begrebet *den kognitive triade*, hvilket betegner en kombination af mal adaptive meninger vedrørende en selv, samfundet og fremtiden. De mente ikke at et kognitivt system er adaptivt eller maladaptivt i sig selv, men i relation til konteksten(ibid.).

3.8.2 Konstruktivisme

Iflg. Alford & Beck, er den kognitive tilgang mere konstruktivistisk end den psykoanalytiske. De bruger Meichenbaum og Neimeyers definitioner på konstruktivisme:

”Meichenbaum (1993) has defined the constructivist perspective as ”the idea that humans actively construct their personal realities and create their own representational models of the world” (p.203). Similarly Neimeyers (1993) states that the core of constructivist theory is ”a view of human beings as active agents who, individually and collectively, construct the meaning of their experiential world” (p.222)”⁷

Det konstruktivistiske perspektiv er ideen om, at mennesket selv aktivt er med til at forstå verden og give den mening. Kognition, skriver de, er en aktiv proces og indeholder både undersøgende og indad søgende komponenter. Den måde en person opfatter verden på, har betydning for hvad den person vil føle og hvordan denne vil opføre sig. A&B mente ikke at der er en virkelighed, men flere, og at individet både er en, der aktivt konstruerer, men også en der bliver konstrueret af den virkelighed det befinder sig i (Alford&Beck, p.22f.).

Når man siger at den kognitive tilgang, grundet sin konstruktivisme, er kendt for at være mindre deterministisk end den psykoanalytiske, menes der, at der er mindre fokus på hvordan mennesket styres af tidlige oplevelser og mere fokus på hvordan mennesket aktivt i nuet er med til at konstruere sin virkelighed gennem perception og fortolkning (Mørch&Rosenberg, p.19).

3.8.3 Centrale begreber

Et centralt begreb i kognitiv terapi er *skemata* eller *skema*. Det dækker over de generelle strukturer i tænkning der følger bestemte situationer eller omstændigheder, og som lægger en forståelsesramme ned over den måde individet opfatter og bearbejder information på. Skemaer har altså en vis determinerende funktion for hvordan personen opfatter sin omverden (ibid. p.24).

⁷ Alford&Beck, p.22

Der findes, iflg. Mørch & Rosenberg, kognitive, affektive, motivationelle, fysiologiske og adfærdsmæssige skemaer. Den sidste kan deles op i instrumentelle (udførende) og kontrollerende (hæmmende) skemaer. Skemaer kan anses som simple, hvis de drejer sig om rutine opgaver, eller som kerneskemaer, hvis de omhandler personen selv, hvem denne er og de mest betydningsfulde andre(ibid.).

Graden af fleksibilitet i menneskers skemaer varierer, men det er typisk for psykisk lidelse at der ligger for rigide skemaer til grundlag(ibid.).

Et andet begreb, som Mørch & Rosenberg redegør for, er *basale antagelser*. De skriver at Beck ikke brugte andre begreber end Skema, men søger selv at skelne mellem de to ting. Forskellen på skemaer og basale antagelser er, iflg. dem, at et skema er ubetingede og er knyttet til personens livshistorie og på et tidspunkt har været brugbart, fx i en relationel situation. Basale antagelser er betingede og derved både påvirkede af kontekst og skema, samt forhold i personen selv. Det kan være allerede etablerede skemaer i relation til situationen. Deres betingelse gør dem mindre rigide end skemaer(ibid.p.25). Mørch & Rosenberg skriver om basale antagelser:

”de kan ofte udtrykkes som toleddede udsagn: Da... så...; hvis... så...; jeg skulle eller burde... ellers... Bag en dysfunktionel antagelse anes det grundlæggende skema”⁸

Det kan fx være at en person har udviklet skemaet *”Jeg er mærkelig”* og dertil i en situation i hvor han kører i bus udvikler den basale antagelse *”da jeg er mærkelig (skema), ser alle andre på mig”*.

Dysfunktionelle basale antagelser fører direkte til handlinger (også kaldet strategier), der ligeledes bliver dysfunktionelle(ibid.p.25f.).

Negative automatiske tanker, er negative tanker, der er forbundet til en konkret situation. De opstår uvilkårligt og personen kan eksplicit sætte ord på dem. De negative automatiske tanker sættes i gang af et aktiveret skema, fx i køen i netto, hvis en person med angst føler at alle tænker at han er grim eller ser mærkelig ud, kan skemaet der er aktivt være: ”jeg er mindre værd en alle andre” eller ”alle andre vil mig ondt”. Den negative automatiske tænkning er dysfunktionel i situationen. De

⁸ (ibid.)

øger ubehagelige følelser. Er forudindtagede og hindrer konstruktiv adfærd(ibid.p.28f.).

Forvrængning er hvad der muliggør negative automatiske tanker. Det er en forvrængning af hvordan virkeligheden opfattes, som fører til en dysfunktionel mening om tingene, der ikke har hold i virkeligheden. Jo mere forudindtaget en opfattelse er, jo større forekomst af forvrængning. Det kan ske ved selektiv abstraktion (at personen opfatter noget, men ikke noget andet), overgeneralisering (overfører noget fra en situation til alle situationer), personalisering (overfører alt der sker til at omhandle en selv) dikotom tænkning (sort/hvid tænkning, enten/eller), arbitrær slutning (man drager konklusioner om årsagssammenhænge, der egentligt er tilfældige), katastrofetænkning og forstørrelse og formindskelse af elementer fra ens omverden(ibid.p.30).

3.8.4 Kognitiv terapi i praksis

For Alford & Beck var det vigtigt at involvere patienten i det terapeutiske arbejde, også i rationalet bag hvordan det fungerer(Alford&Beck.p.12). En del af det terapeutiske arbejde består altså i, at få patienten til at se rationalet i at tænke og handle anderledes, så denne også selv kan varetage sine egne forandringer. To grundelementer i den kognitive terapi er, iflg. Mørch & Rosenberg psykoedukation og social færdighedstræning. Psykoedukation er undervisning af patienten (og muligvis dennes pårørende) i den pågældende lidelse, som patienten har. Social færdighedstræning handler om at gøre patienten stærkere i social interaktion. Det indebærer at tale med patienten om handlemuligheder og tilgangsvinkler (Mørch&Rosenberg.p.20).

Kognitiv teori består af modeller. Det vil sige noget, der består af elementer, der har sammenhæng og som forklarer forhold til andre elementer. De kognitive modeller forklarer og giver en forståelse af psyken med vægt på tænkningens placering i forhold til relationer og andre psykiske fænomener. Desuden giver en model bud på metoder i forhold til terapeutisk intervention(ibid.p.21). Som regel indeholder disse modeller en optegning af sårbarhed eller udløsende faktorer der fører til automatiske tanker, som medfører bestemte følelser og reaktioner(ibid.p.23).

Det kan fx i praksis være at patienten får til opgave at skrive sine tanker ned i en model, hvad der går forud for osv.

Når man indgår i kognitiv terapi benytter man sig, iflg. Mørch & Rosenberg, af strategier, metoder og teknikker. Strategier er en overordnet plan eller fremgangsmåde til forandring. Metoder er mere specifikke fremgangsmåder og teknikker er hjælpeforanstaltninger, man kan gøre brug af for at opnå sine mål(ibid.p.30).

Strategier kan deles op i tre kategorier: indsigtsgivende strategier, der medfører øget kendskab for patienten til egen tænkning og hvordan denne påvirker symptomer. Pædagogisk strategi har til formål at øge patientens viden om egen psykisk lidelse, men også at lære hende eller ham om rationalet bag den metode der benyttes i behandlingen, så patienten selv kan blive i stand til at anvende disse. Problemløsning- eller mestringsstrategier er til for at hjælpe patienten med at opnå bedre metoder og teknikker til at nå sine mål(ibid.).

Mørch & Rosenberg skriver, at kognitiv terapi ligeledes kan deles op i to faser: Først analyseres problemsituationen for at adskille patientens følelser og tanker omkring den fra de rent objektive kendsgerninger. Herefter søger man at omstrukturere den uhensigtsmæssige tænkning ved at nå frem til alternative tanker.

Alford & Beck beskrev ligeledes kognitiv terapi i to stadier, dog med en lidt anden ordlyd: 1) empatisk at forstå patientens konstruktion af verden og 2) en tilpasning til en mere realistisk fortolkning af verden(Alford&Beck,p.24). Forskellen på de to beskrivelser er for det første at Mørch & Rosenbergs første stadie går under Alford & Becks andet stadie. For det andet at Alford & Beck i deres opdeling har et helt stadie hvor man ”bare” lytter og forstår, uden at forsøge at ændre på noget. Man søger altså empatisk indsigt, før man forsøger at tilpasse patientens virkelighed til omverdenen.

Et princip som Mørch & Rosenberg mener er gennemgående for kognitiv terapi er *vejledt opdagelse*. Begrebet beskriver den stil, der er karakteristisk for kognitiv terapi, hvor man sammen undersøger, men med en vis direction fra terapeuten. Man går ud fra, at patienten kan vejledes eller undervises gennem spørgsmål (også kaldet sokratiske dialog) og man udfører adfærdseksperimenter og giver hjemmeopgaver(ibid.p.34). Man undersøger patientens verden og forståelse deraf, og udfordrer derefter denne forståelse. Man bruger spørgsmål til at vise patienten nye vinkler og fortolkninger, der lå udenfor hans eller hendes synsfelt(ibid.).

De spørgsmål man stiller, kan deles op i udforskende spørgsmål og forandrende spørgsmål. De udforskende spørgsmål bruger man til at undersøge hvornår, hvordan og hvorfor bestemte tanker opstår, hvilke følelser de vækker og hvilken følelse der er dominerende. Ved forandrende spørgsmål udfordrer man patienten i hvilke beviser de har for bestemte antagelser og om disse har hold i virkelige hændelser. Man undersøger fordele og ulemper ved at tænke sådan og spørger til sidst direkte patienten hvad denne ønsker skal være anderledes, og kommer sammen frem til en plan for hvordan det kan opnås(ibid.p.36).

3.8.5 Eksempel på kognitiv terapi i praksis

For at de begreber og det teori, der i det forrige er præsenteret om kognitiv terapi, kan forstås i praksis, komme der et lille eksempel på, hvordan den anvendes overfor skizofreni. Der er ingen specifik grund til at det netop er skizofreni, det beskrives ud fra, andet end at det giver et godt eksempel.

Et centralt begreb i kognitiv terapi når det kommer til behandling af skizofreni er mestring. Træning i mestring medfører en bevidsthed om, og træning i relevante handlemuligheder (Mørch&Rosenberg,p.270)

I det terapeutiske samarbejde er terapeuten støttende og ikke konfronterende, men klart meget aktiv og styrende (ibid.p.274). Man arbejder også med normalisering, dvs. at gøre patienten opmærksom på, at strategier og problemer (i form af hallucinationer) langt hen ad vejen er naturlige og helt normale reaktioner på voldsomme oplevelser (p.175). Patienten får forklaret, at hallucinationen er forankret i situationen (ibid.p.276)

Der findes tre metoder til mestringen af symptomer: 1)Distrahering: At omdirigere patientens opmærksomhed fra plagsomme hallucinationer. (ibid.p.277,f). 2) Fokusering: fx ved at forsøge at tænde og slukke for stemmerne/skrue op og ned for dem. 3) Reduktion af angst og anspændthed: Retter sig mod de kropslige reaktioner på symptomerne (ibid.p.283f.).

Derudover tilbydes patienten alternative tanker. Fx at patienten har mere magt end stemmerne har, at stemmerne ikke kan skabe fysiske konsekvenser, fordi de er hallucinationer osv.(ibid.p.281)

En af ideerne bag den kognitive tilgang er også at vise, at tankerne er det medierende led mellem situationen og konsekvenserne i form af følelser og adfærd (ibid.p.287). Kognitiv behandling af skizofreni indeholder altså Psykoedukation, tilbagefaldsforebyggelse, social færdighedstræning, involvering af pårørende, samt revurdering af antagelser, betinget af sygdommen (ibid.p.291)

3.9 Deldiskussion: Kognitiv vs. dynamisk terapi

3.9.1 Er vi drevet af tanken eller følelsen?

Bag de to metoder ligger der en hel grundlæggende forskel i deres opfattelse af hvordan mennesket rent psykisk fungerer: Den kognitive tilgang opfatter tanken som det, der ligger til grund for alt; følelser, handlinger og forståelse. Den psykodynamiske tilgang derimod anser snarere følelsen som den første impuls, der kan føre til tanker og handlinger. Denne diskussion er afgørende for argumentationen for henholdsvis kognitiv eller psykodynamisk terapi. Hvis man anser tanken som det grundlæggende, kan det være et argument for at det at arbejde kognitivt med skemaer og basale antagelser er nok. Hvis man antager at følelsen er det grundlæggende, kan det være et argument for at man må arbejde psykodynamisk med patientens følelser, for at forholde sig til årsagen bag patientens problematikker. Derfor tages denne diskussion op her.

Diskussionen om forholdet mellem kognition og emotion er der skrevet meget om. En af de teoretikere, der bidrager til diskussionen er Zajonc (1984), der argumenterer for at emotion *kan* fungere uafhængigt af kognition, ikke at det altid gør. Han mener ikke at de to processer absolut har noget med hinanden at gøre (Zajonc, 1984, p.119), og nævner blandt andet undersøgelser, hvor man har målt at emotionel reaktion ofte er synlig i den højre hjernehalvdel, mens kognitive reaktioner kan ses i den venstre, til at understøtte hans argument om at de to processer ren neurologisk er adskilte (ibid.).

Lazerus (1982) mener ikke at man kan skille de to processer ad, men at kognitiv aktivitet altid går forud for emotion. Han skriver blandt andet at kognitiv aktivitet er nødvendigt for at emotion kan finde sted(Lazerus,1982,p.1019).

Han forholder sig til Zajonc, og erkærer sig grundlæggende uenig i at emotion går forud for kognition, og at man kan se kognition og emotion som to uafhængige subsystemer. Han skriver at styrken og typen af den emotionelle respons på en stimuli, sker ved en kognitiv vurdering af et events betydning for ens velbefindende. Med kognitiv vurdering mener han hvordan man opfatter sig selv situeret i begivenheden(ibid, p.1019f.).

Han mener, at det er en generel misforståelse at al kognitiv aktivitet er bevidst, rationel og sker med fuldt overlæg(ibid.), og skriver at hovedproblemet i Zajoncs teori er hvordan han opfatter kognition. Han mener at information sagtens kan indeholde en emotionel værdi, der ligger i den før den er blevet perciperet, men at man ikke kan adskille den kognitive proces, der ligger i at opfatte det, fra den emotionelle værdi det har (ibid.p.1021).

Et problem, skriver Lazerus, er at man ofte forveksler kognition med rationalitet. Men kognition behøver ikke være intentionel og rationel. De kognitive mekanismer, der påvirker hvordan man reagerer emotionelt på en stimuli, kan lige så vel forvrænge som vise virkeligheden. Desuden mener han at kognitive processer kan være ubevidste og instinktive(ibid.p.1022).

Zajonc er ikke enig med Lazerus' definition af kognition. Han definerer det således:

"Pure" sensory input, untransformed according to a more or less fixed code, is not cognition. It is just "pure" sensation. Cognition need not be deliberate, rational, or conscious, but it must involve some minimum "mental work." This "mental work" may consist of operations on sensory input that transform that input into a form that may become subjectively available, or it may consist of the activation of items from memory."⁹

Han mener altså, at der skal en eller anden form for bearbejdning, ikke kun perception, til for at man kan kalde det kognition. Zajonc skriver, at et problem ved Lazerus definition af kognition er, at den indeholder den idé at kognitive processer

⁹ Zajonc, 1984, p. 118

ikke altid kan måles eller observeres, hvilket gør det umuligt at falsificere hans teori, og modbevis hans argument om at kognition altid går forud for affekt(Zajonc,p.117).

Problemet mellem Lazarus og Zajonc består i, at de ikke definerer kognition på samme måde. Zajonc mener at emotion er umiddelbar og kan ske som en direkte reaktion på stimuli. Han mener ikke at en langvarig, kognitiv bearbejdning går forud. Det mener Lazarus i princippet heller ikke. Han mener dog, at det at reagerer emotionelt på en stimuli kræver at vi *perciperer* den og som et minimum kommer med en primitiv vurdering af den.

Storbeck & Clore (2007) argumenterer for at affekt og kognition ikke er to uafhængige processer, men at de påvirker hinanden indbyrdes, særligt at emotioner påvirker kognition(Storbeck&Clore,2007,p.1212). De mener ligeledes at kognition er vigtig for at vi kan opleve noget emotionelt, og at man derfor ikke kan studere den ene uden den anden(ibid.p.1213).

De skelner mellem emotion og affekt, og ser det sådan at emotioner opstår ved en kombination af affektive og kognitive processer. Deres argument er at affekt regulerer og styrer kognition(ibid.)

En måde som man, iflg. dem, kan undersøge om affektive processer er uafhængige af kognitive på, er ved at hindre en bestemt sans, og se om der er en emotionel reaktion på en stimuli, selvom den kognitive perceptuelle bearbejdning af den er hindret. Det har man fx gjort ved at hindre syns sansen, fx på aber, der i så tilfælde brugte andre sanser (fx smags sansen) til at vurdere et objekt (ibid.p.1215). Det er altså vanskeligt at isolere variabelen ”emotion” fra variabelen ”kognition”.

Storbeck & Clore tilbyder den forklaring at emotionel vurdering af et objekt sker indenfor det kognitive system(ibid.). Fx nævner de en undersøgelse hvor deltagerne lyttede til henholdsvis glad eller sørgelig musik, mens de stod for foden af en bakke. Dem der lyttede til sørgelig musik vurderede bakken som højere og mere stejl. Et eksempel på hvordan de to processer måske kan være del af samme system (ibid.p.1227).

Det er altså muligt at man, når man arbejder udelukkende med tanken (som man gør i kognitiv terapi), eller følelsen (som man gør i psykodynamisk terapi), arbejder med et system, der også vil påvirke det andet. Gennem Lazarus er der argument for, at man ved at arbejde kognitivt også kan påvirke patientens følelsesliv. Gennem Storbeck & Clore er der argument for, at det at arbejde med følelsen også har effekt på vores kognition.

Hvad kan der så udledes af disse argumenter? Hvis man antager at Storbeck & Clore har ret i deres argumentation for at kognition og affekt ikke kan skilles ad, er dette muligvis et argument der kan videreføres til terapeutisk praksis. I så tilfælde, kan det muligvis være et problem at man insisterer på udelukkende af fokusere på enten tanken eller følelsen grundet dedikation til en enkelt metode. Det kan være indenfor psykodynamisk terapi, hvis patienten fortæller om stress-faktorer i hverdagen, der muligvis bedst kan løses ved på støttende vis at hjælpe patienten med alternative kognitive strategier, men terapeuten insistere på at arbejde indenfor psykodynamiske rammer, og griber det an ved at snakke med patienten om hvilke følelser der *ligger bagved* patientens problemer.

Det kan også være at en kognitiv terapeut insisterer på kun at arbejde med tanker, i en situation hvor patienten egentligt har brug for at arbejde med følelsesmæssige problematikker.

Et muligt problem kan være hvis man som terapeut grundet metode fasthed udelukkende fokuserer på enten tanken eller følelsen, og nægter at arbejde med det andet komponent. Dette er igen argumentet med ikke at lade metoden gå før den enkelte patients behov.

Arbejder man udelukkende med tanker kan man risikere at komme til at symptombehandle, uden at tage højde for dybere følelsesmæssige problemstilling. På den anden side, giver det måske også i visse tilfælde mening at symptombehandle som en del af terapien, for at lette problematikken for patienten, og muliggøre dybere arbejde med problemstillingen. Det kunne fx være at hjælpe en deprimeret patient med at vende de negative tanker, eller forsøge at hjælpe en skizofren patient med at håndtere sine symptomer, for at lette hverdagen og muliggøre overskud til at arbejde videre på mere psykodynamisk vis.

Det er altså muligt at man skal gå mere helhedsorienteret til behandling af patienten. I så tilfælde vil det være at foretrække at terapeuten er bredt teoretisk funderet, og har en evne til at aflæse patientens behov, og tilpasse metode der ud fra.

Som allerede nævnt skriver Alford & Beck, at de to terapeutiske metoder måske ikke nødvendigvis behøver at udelukke hinanden. Her giver det mening at nævne meta-studiet, der fandt at alliancen er det vigtigste element for et godt udbytte af terapi (Martin, et. al. p.466). Selvom den psykodynamiske tilgang er den, der har fokus på det relationelle, er det ikke en hindring for alliancen at arbejde kognitivt. Faktisk har den kognitive tilgang komponenter som muliggør en god alliance, fx idéen med

at inddrage patienten ved at gøre det klart for denne hvad ideen er med det man arbejder med og den måde man gør det på.

Det, man kan lære af denne diskussion er altså at et enten/eller perspektiv på kognition og emotion ikke nødvendigvis giver mening. Det er muligvis en fordel, terapeutisk set, at være åben overfor muligheden for *både* at arbejde med tanken og følelsen.

3.9.2 Determinants?

En mulig kritik af psykodynamisk terapi er, at den er meget deterministisk. At mennesket, set med psykodynamiske briller, er styret af fortiden og ubevidste impulser, uden mulighed for frit at agere. Diskussionen om determinants her i dette tilfælde relevant, for det første i forhold til diskussionen mellem kognitiv og psykodynamisk terapi, for det andet i forhold til hvordan man forstår psykisk lidelses opståen. Dette har blandt andet relevans i forhold til hvordan man i psykiatrien ser på sygdoms ætiologi, og derved også hvordan sygdom skal diagnosticeres og behandles.

Til argumentet med at psykodynamisk terapi har et mere deterministisk menneskesyn kan det for det første nævnes at der gennem Gabbard, allerede er argumenteret for at der for mennesket altid er mulighed for valg, på trods af påvirkning fra ubevidste impulser

For det andet kan man stille spørgsmålet, om hvor vidt den kognitive tilgang kan påstå at være helt frigjort fra deterministisk tankegang. Det er som allerede nævnt en konstruktivistisk teori, der mener at mennesket selv aktivt kan strukturere sin perception af verden, hvilket i sig selv er et mere frigjort menneskesyn end den psykodynamiske tilgang præsenterer. Men struktureringen af disse skemaer skal også passe til konteksten, og det omgivende samfund spiller også ind på hvordan de tager form. Desuden kan skemaer, som tidligere nævnt blive rigide og svære at ændre, hvilket gør dem determinerende.

Det er en mulighed, at man ikke skal se på mennesket som determineret/ikke determineret, men som mere eller mindre determineret.

Der er flere måder at se på sygdomsætiologi på. *Diatese-stress* modellen forklarer patologis opståen ud fra en kombination af biologisk disponering og

miljøpåvirkninger. Diatese betyder sygdomsanlæg, og omhandler de medfødte genetiske sårbarheder og forudsætninger man kan være født med, som afgør risikoen for at udvikle patologi i mødet med stress fra miljøet, som fx misbrug eller omsorgssigt (Simonsen & Møhl, 2010, p. 42f.). Denne model blev først udviklet af Meehl (1990), der brugte den til at forklare udviklingen af skizofreni, og er senere blevet videreudviklet. Fx forstår flere det i dag som at diatesen dækker over både biologiske og miljø faktorer. Det kan fx være at man udvikler et kognitivt skema, der senere i livet gør en sårbar overfor udviklingen af depression (ibid. p. 44).

Simonsen og Møhl argumenterer for, at man også kan benytte modellen til at forklare andre psykiske lidelser, dog med modifikationer. De anbefaler det de kalder *Diatese-personligheds-stress* modellen, hvor man inddrager endnu et komponent i forklaringen : Individets personlighed. Med personlighed mener de træk ved personen, der præger dennes adfærd, og til en vis grad gør handlinger forudsigelige. Personligheden indebærer følelser, sansninger, kognitiv stil, interpersonel adfærd og selvopfattelse. Den skabes i et samspil mellem medfødte disponeringer, som fx temperament, og samspil med omsorgspersoner, mener de (ibid.). Den tredje komponent kan både indeholde yderligere sårbarhedsfaktorer, men kan også indeholde resiliens, der betyder modstandskraft og betegner de faktorer ved personen der kan gøre dem mere robuste eller bedre disponerede til at håndtere stress (ibid.).

Pointen med dette er, at når man taler om at et individ er determineret af fortiden, fx ved omsorgssvigt eller andet traume, er det ikke kun det, der spiller ind overfor udviklingen af patologi. Sygdomsætiologi kan altså ikke forklares ud fra en enkelt kilde, men skal ses i et dynamisk samspil af både biologiske, miljømæssige, resiliens- og sårbarhedsfaktorer.

Et argument kan altså være at man, når man siger at menneskesynet i kognitiv teori er mere frigjort end det er i psykodynamisk, at denne måde at se det på er for ensporet. Mennesket er, set ud fra diatese-personlighed-stress modellen ikke udelukkende determineret af kognitive skemaer eller ubevidste relations mønstre etableret i barndommen, men af en kombination af disse og biologiske- miljø- og resiliensfaktorer. Ser man på det på denne måde ville det være en fejl udelukkende at diagnosticere på grundlag af én faktor, og det ville ligeledes være uhensigtsmæssigt at behandle ud fra udelukkende et perspektiv.

Dette åbner for en forståelse af individet som er mere eller mindre determineret, hvor man ser nuanceret på både determinerende faktorer og resiliensfaktorer.

3.10 Psykiatriens pakkebehandlinger, set ud fra to teoretiske perspektiver

I det følgende vil psykiatriens pakkebehandlinger blive diskuteret ud fra henholdsvis kognitiv og psykodynamisk teori.

3.10.1 Et kognitivt syn på pakkebehandlingerne

Psykiatriens pakkebehandlinger er opbygget således, at patienten kommer til en række forsamtaler, bliver udredt og får en diagnose. Efter diagnosen er givet, kan patienten tilbydes behandling, der er skræddersyet til denne. Dette kræver at man på forhånd har besluttet hvilken terapeutisk metode man vil benytte til hvilken diagnose.

Der er flere grunde til at kognitiv terapi kan fungere godt indenfor disse rammer. En af grundene er kravet om en diagnose. Kognitivt set kan diagnosen også være en kilde til viden. En af grundpillerne i kognitiv teori er, som nævnt tidligere psykoedukation. Dette indebærer at man informerer om den lidelse eller forstyrrelse som patienten har fået diagnosticeret. Både med det formål at lære patienten mere om sig selv, men også inddrage dem i forståelsen af hvorfor man behandler som man gør. Bag dette ligger der den idé at man, trods alt, kan sige noget generelt om de forskellige diagnoser, at normalisering er en vigtig del af behandlingen. Altså at man med fordel kan arbejde for at lade patienten vide at denne ikke er alene om sine problemer, men det er en almindelig ting, der følger netop den diagnose, som han eller hun lider af. Det kan tænkes, at det har den effekt at skabe optimisme ved patienten, da man samtidig fortæller hvad der kan gøres ved problemerne.

En anden grund til at kognitiv terapi kan fungere godt indenfor psykiatriens pakkebehandlinger er tidsaspektet, eller nærmere specifikt tidsbegrænsningen, der er på en pakkebehandling. Eftersom et forløbs varighed er bestemt på forhånd, og der derved er tidsbegrænsning på, kunne det tænkes at det giver mening først og fremmest at behandle symptomer, for at patienten derved får sin dagligdag til at fungere. Ved behandling af symptomer kan det tænkes at man umiddelbart ser en hurtigere effekt, og det kan desuden være en fordel at patienten selv får strategier til at håndtere symptomer, som han eller hun kan benytte sig af efter endt terapi.

Desuden indeholder kognitiv terapi social færdighedstræning, som har til formål at lære patienten at agere i den sociale verden. De håndgribelige værktøjer og mestringsstrategier som kognitiv terapi kan tilbyde, kan hjælpe patienten til at agere på egen hånd efter endt terapi. Det at forstå rationalet bag en bestemt måde at håndtere en situation på, gør det muligvis også nemmere for patienten på egen hånd at benytte sig af lærte mestringsstrategier. I modsætning hertil skal patienten i psykodynamisk terapi over længere tid selv lære at tænke og handle på en bestemt måde, som resultat af en længere proces, hvor denne har internaliseret samspilmønstre med terapeuten. Denne proces er langt mere implicit, og derved ikke nødvendigvis bevidst. Det kan desuden argumenteres for at patienten ikke på eksempelvis 14 eller 16 terapigange kan nå at internalisere alternative relations mønstre, og at dynamisk terapi derved ikke kan leve op til sit formål indenfor tidsrammen.

Dette kan altså være argumentation for at kognitiv terapi *kan fungere* indenfor de rammer, som behandlingspakkerne stiller. Det er dog ikke ensbetydende med at kognitiv teori foreskriver at man arbejder på denne måde.

Sidst men ikke mindst kan det være en fordel, når man arbejder ud fra ideen om at kvalitet sikre behandlingen ved at tilskrive bestemte terapeutiske metoder til specifikke diagnoser, at man kan undersøge effekten af disse metoder. For det første for at afgøre hvilke metoder der virker, og derved hvilke man skal arbejde med, for det andet for at man derved kan stille krav til den enkelte psykolog om dennes måde at arbejde på og derved højne kvaliteten af behandlingen indenfor alle behandlingspakker. I det følgende vil der blive taget stilling til kravet om evidens indenfor psykiatrien.

3.10.2 Ulemper ved for stort fokus på evidens

Bag den måde man har opbygget psykiatrisk udredning og behandlingen på, ligger der implicit en idé om at én type behandling, passer bedst til én type diagnose. Denne måde at arbejde på danner grundlag for efterspørgslen for evidensbaseret terapi, og kognitiv terapi har efterhånden fået et ry som værende en af de evidensbaserede terapiformer.

Et eksempel på et studie, der undersøger effekten af kognitiv terapi er et studie af Paykel et. al. (2001), der ved at måle hvordan terapiformen forebygger tilbagefald for patienter, der har modtaget terapi. Dette gør de ved at dele en gruppe af 158 mennesker med svær depression op i tre: en gruppe, der modtog kognitiv behandling, en gruppe, der udelukkende fik psykofarmaka og en gruppe der fik begge dele(Paykel.et.al.p.348). Uden at bruge for meget plads på at beskrive dette studies metode, kan det kort siges at de sammenlignede gruppernes udfyldning af en række dimensionale skalaer, der skulle måle deres depression, og fulgte op på dem i en periode efter terapiens slutning. Herefter sammenlignede de gruppen, der havde modtaget psykofarmaka med gruppen der havde modtaget terapi, og fandt i gruppen der havde modtaget terapi signifikant ($P=0.02$) større mængde uden tilbagefald. Kognitiv terapi reducerede risikoen for tilbagefald med 40 % i forhold til kontrolgruppen(ibib.p.350).

Dette er et eksempel på et studie, hvor man finder evidens for en bestemt terapiform, ved at måle dets effekt. Herved kan der argumenteres for, at kognitiv terapi er en evidensbaseret terapiform til behandling af depression, hvilket gør det ideelt at gøre kognitiv terapi til en del af den ambulante pakkebehandling for lidelsen. Denne måde at arbejde på, hvor man tager udgangspunkt i metoden der passer til diagnosen, og gør det til et krav at der arbejdes evidensbaseret, gør at kognitiv terapi og psykiatriens pakkebehandlinger passer godt sammen, eftersom det har vist sig at være en terapiform, der er mulig at undersøge.

Men der er flere problemer ved kravet om evidens og denne måde at undersøge terapies effekt på.

Jensen(2008) skriver, at når Kognitiv terapi siges at være evidensbaseret, menes der at man har haft succes i at bevise, at den forskel den gør, ikke er tilfældig. Altså at man med stor sandsynlighed kan dokumenterer at den gør en forskel(Jensen,2008,p.152). Fonagy & Roth skriver, at studier af terapies effekt skal leve op til krav om høj intern validitet. De definerer den interne validitet i forhold til, om der eksisterer et indbyrdes påvirkningsforhold mellem variable(Fonagy&Roth,2005,p.16). Det kunne fx være, om det er terapien der har direkte indvirkning på at patienten får det bedre. Fx isolerede Paykel et. al følgende variable, de mente kunne have en effekt på udbyttet af den kognitive terapi:

1)ASQ (attributions stil – tillægger man positive eller negative ting, en selv eller ydre omgivelser) 2) behovet for social bekræftelse, 3) forudset mangel på mulighed

for at kontrollere depression 4) kategorisk selvbejdelse for depression 5) evne til at tænke metakognitiv og se på negative tanker som noget der er et resultat af depressiv tankegang og ikke realitet(Paykel,et.al,p.348).

Men Jensen mener ikke nødvendigvis at det, at man af en terapiform kan udlede definerbare og målbare variable, er det samme som at det er den bedste mulige terapiform(Jensen.p.155). Han mener at det er uvidenskabeligt eller usagligt når psykiatrifonden fx udråber kognitiv adfærdsterapi som den bedste terapiform for angst, på grundlag af evidens, da han mener at dette kun betyder at den er velundersøgt og har veldefinerede variable, der er overskuelige at måle(Jensen,p.135). Fordelen ved kognitiv terapi er, at den beskæftiger sig med tanker der viser sig i adfærd. Begge dele er bevidste, klare processer der er mulige at gøre til veldefinerede variable. Derved kan behandlingsformen undersøges, og leve op til psykiatriens krav, der er baserede på et udgangspunkt i diagnosen og metoden til denne.

Det bliver altså et problem ved kravet om evidensbaseret terapi i psykiatrien, at man kommer til at ligestille det at en tilgang er velundersøgt med det at det er en overlegen terapiform. Ved det risikerer man, at man i psykiatrien ender med kun at ville arbejde med de terapiformer, der kan undersøges, fordi de har klare, definerbare variable, som fx kognitiv terapi.

En anden risiko ved kravet om evidensbaseret terapi kan, iflg. Jensen være, at det skaber en behandling der er så symptomfikseret, at der ikke er plads til åbenhed overfor klinisk relevant erfaring, hvilket går ud over kvaliteten af den behandling, patienten får(Jensen,p.152). Han definerer evidens, som den sikkerhed man har for at den viden man bygger praksis på er sand. Problemet er, at det for ham ikke udelukkende giver mening at fokusere på sandhedsgrad når man skal vælge interventionsform. Man må i lige så høj grad fokusere på hvor vidt det leverer en forklaring og er relevant, mener han(ibid.p.153). Dette argument skaber spørgsmål om evidensforskningens relevans for praktiserende psykologer. Det kan muligvis være en af farerne ved at psykologifaget er så opdelt som det er, at forskningen ingen relevans har i praksis.

I forhold til den måde man arbejder på i psykiatrien, kan dette betyde at det er sværere at blive anerkendt for viden man bygger på faglige erfaring, end det er at blive anerkendt for det noget, man kategoriserer som videnskabelig evidens.

Hvad har dette så at sige i forhold til psykiatriens pakkebehandlinger? Muligvis at man, i ønsket om at sikre kvalitet i den psykiatriske behandling, har fået vendt det hele på hovedet. Man tager udgangspunkt i metoden frem for den enkelte patient.

Psykiatriens opdeling af den ambulante behandling i pakker er stadig ny. Derfor vil der muligvis være et krav om at skulle måle hvor vidt de virker, hvilket for sin vis er at efterstræbe, set i lyset af, at formålet med psykiatrien må være at have patienternes bedste for øje. Problemet er hvis begrebet evidens ender med at spænde ben for sund fornuft og psykologernes egen viden, som de har fra faglig erfaring.

3.10.3 Et Psykodynamisk syn på pakkebehandlingerne

Et af de grundlæggende argumenter, der fra et psykodynamisk synspunkt kan siges at være mod den måde pakkebehandlingerne er opbygget på, er at de bygger på et grundlag af deskriptiv psykiatri.

Frem for at tage udgangspunkt i det enkelte menneske, bygger de på en kategorial opfattelse af diagnoserne. Psykodynamisk set ville det give mere mening at se på patientens subjektive oplevelse af sin problematik, også i forsamtalerne. Desuden ser man indenfor psykodynamisk teori, som nævnt tidligere, forsamtalerne som *en del af* behandlingen, hvilket betyder at det ville være hensigtsmæssigt at der var en glidende overgang fra forsamtaler til terapi, og at der, hvis ikke det kan være samme behandler, i det mindste er en sammenhæng i overgangen fra en relation til en anden. Som det vil fremgå om lidt, i analysen, kan der være lang tid mellem forsamtale og terapi, og der kan være op til flere behandlere gennem et forløb med forsamtaler. Dette modstrider direkte psykodynamisk teoris idé om vigtigheden af relationen. Man kan argumentere for, at det er vanskeligt at arbejde relationelt når patienten har kontakt til flere forskellige behandlere.

En af fordelene ved at arbejde relationelt kan være, at man får en opmærksomhed på relationelle dynamikker (inklusive de ubevidste), hvilket muliggør et arbejde hvor man for det første kan få meget nyttig information om patientens andre relationelle mønstre, bevidste som ubevidste. Desuden giver det patienten mulighed for at ”øve sig” og danne nye objektrelationelle mønstre i relationen til terapeuten.

Tidsaspektet er en ulempe når man arbejder psykodynamisk. Ofte kan psykodynamisk terapi tage længere tid, end fx kognitiv, da arbejdet med at udforske ubevidste processer og danne nye mønstre i objektrelationer er noget der sker over tid.

Kravet om evidens indenfor psykiatrien klinger ikke godt med psykodynamisk teori. Fx skriver Fonagy & Roth om forskning af terapies effekt, at der er nogle ting ved forskningen der gavner nogle terapiformer frem for andre. Det kan være når man beslutter sig for længden på undersøgelsen. Fonagy & Roth skriver at det er normalt man beslutter sig for omkring 16 uger, for at det ikke bliver for omkostningsrigt. Problemet er, at hvor dette er en passende mængde tid for nogle terapiformer (fx kognitiv) er det for andre terapier (fx psykodynamiske) ikke en tidshorisont der passer, eftersom denne form for terapi ikke er skabt til at skulle levere resultater efter så kort tid(Roth&Fonagy,p.21).

En del af at undersøge effekten af terapi kan ligeledes være, at lave opfølgende undersøgelser på, hvordan det går deltagerne efter en periode af tid. Når man har arbejdet med terapiformer, der ud over at have til formål at fjerne symptomet, også har til formål at forhindre patienten i senere tilbagefald, kan det være svært at måle fremskridt. Det er ikke før patienten udsættes for nye forandringer eller udfordringer i sit liv at det viser sig. Problemet er, at det ofte når det sker ikke længere er tydeligt at måle hvad der er terapi og hvad der er andre faktorer fra patientens liv der spiller ind, fx yderligere terapi denne har gennemgået eller forandringer i deres liv(Roth&Fonagy,p.30). Dette er et eksempel på at det kan være vanskeligt at sikre intern validitet, fordi der spiller mange variable ind, hvor det ikke er til at afgøre deres indbyrdes påvirkningsforhold.

På samme måde kan det siges, at der i den psykodynamiske terapi, eftersom man arbejder med ubevidste processer, er flere variable i spil end man kan isolere. Det kan muligvis være vanskeligt at afgøre påvirkningsforhold mellem variable, også fordi det ikke altid nødvendigvis går én vej.

Jensen skelner mellem saglighed og videnskabelighed. Han mener at vi bør tænke begrebet saglighed ind i tanken om videnskabelighed, da dette muliggør at man sikrer relevans i det man undersøger(Jensen,p.155).

Han mener at psykologien er præget af en splittelse mellem det han kalder det scientistiske (også kaldet det naturalistiske) og det humanistiske paradigme. Det scientistiske paradigme bygger på især lægevidenskabelig metodologi. Indenfor

dette paradigme er udredning en proces isoleret for behandling. Efter udredning er overstået, har man en diagnose, og der vil være nogle foreskrevne retningslinjer for hvordan behandlingen for denne diagnose skal gribes an(Jensen.p.156). Dette er det princip psykiatriens pakker er bygget op om. Ved denne form for videnskab orienterer behandleren sig før terapiens begyndelse sig i forskning på området og lader dette være en guide(ibid.).

Ved det humanistiske paradigme (som Jensen bruger det, ikke videnskabsteoretisk) tager psykologen i stedet *løbende* stilling til videnskabelighed, der her indebærer at han eller hun søger at udvikle sin menneskelige saglighed, i den relation der forgår her og nu mellem patient og terapeut, med hvilket han mener at terapeut og patient løbende i samarbejde tager stilling til udvikling og handling. Dette sker ikke kun ved at terapeuten konstant er opmærksom på klienten og dennes reaktioner, ønsker og behov, men også ved at terapeuten ser indad og er opmærksom på egne reaktioner(ibid.p.156).

For til stadighed at være opmærksom på at ”gøre sit bedste for klientens(/patientens) bedste”, som Jensen udtrykker det, mener han at man må være åben for at modtage al den information, som man kan udlede både fra patienten selv, og fra en selv som psykolog(ibid.p.157). Dette kan i psykodynamisk optik forstås som at være opmærksom på ubevidste processer, frem for at forkaste dem i videnskabens navn.

Jensen mener at det bliver et problem, når man behandler videnskabelig evidens som en opskrift, og man prioriterer dét, at handle ud fra opskriften, over dét at handle ud fra patientens reaktioner. I så tilfælde mener han, at man underminerer sin menneskelighed, eller sin evne til at forstå og orienterer sig i situationen. Man afskærer sig derved fra mængder af information og handlemuligheder der kunne gavne patienten(ibid.p.158) Jensen kalder dette *menneskelig primitivisering* og siger at dette forvrænger den spejling af klienten, der konstant finder sted.(ibid.p.158).

Der kan altså argumenteres for, at psykiatriens pakkebehandlinger afspejler en deskriptiv psykiatri, der glemmer det enkelte menneske. Desuden underminerer kravet om evidens på visse punkter praktisk erfaring.

Men hvad er fordelene ved evidens? En af dem kan være, at de kan være med til at underbygge faglighed frem for at hæmme den. Haugaard(2008) argumenterer for følgende måde at definere evidens på:

“Betegnelsen »evidensbaseret medicin« blev første gang anvendt af forskere ved McMaster Universitet i Canada i 1992 om et »nyt paradigme, der afsvækker betydningen af intuition, usystematiske kliniske erfaringer og patofysiologisk rationale som tilstrækkelige grunde til klinisk beslutningstagen og vægter undersøgelse af dokumentation fra klinisk forskning.« (Guyat et al., 1992). Teori og kliniske erfaringer nedprioriteres i denne definition. Den nu etablerede definition, som også blev foreslået af forskere ved McMaster Universitet, lyder imidlertid således: Evidensbaseret medicin består i »integrationen af den bedste forskning med klinisk erfaring og patientens værdier « (Sackett et al., 1996; 2001, p. 1).”¹⁰

Ved den nyere definition han argumenterer for fornægtes klinisk erfaring ikke. Det bliver snarere en mulighed at kombinere den med forskning. Denne integration er dog kun mulig såfremt forskningen har en relevans for praksis, og at den ikke kun eksisterer for at varetage et videnskabeligt krav om evidens.

En fordel ved at implementerer evidens og forskning i praksis kan være, at man derved får fokus på at udvikle viden. Sværger man til gamle metoder, uden at udfordre dem, risikere man en stilstand, der ikke er gavnlig for psykologiens fag.

Et andet argument ved at se på den psykologiske profession i sin helhed, og fungere som både forsker og behandler, kan være at man derved implementerer videnskabelig tænkning og rationale i praksis, og benytter sig af en tankegang, der er kritisk reflektiv, hvor man til stadighed må udfordre egne formodninger og vurderinger.

¹⁰ Haugaard, 2008, p. 100

4.0 Kapitel 2: Empirisk vinkel på problemstillingen

4.1 Videnskabsteori og metode

I det følgende vil den metode, der benyttes til at indsamle specialets empiri præsenteres. Det gælder både det videnskabsteoretiske paradigme og den anvendte metode. Først og fremmest forklares det, hvorfor dette speciale er skrevet på et kvalitativt grundlag.

4.1.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Kvalitative metoder beskæftiger sig med detaljerede beskrivelser eller fortolkninger af fænomener, fremstillet så tæt på informantens egen oplevelse af dem som muligt. Kvantitative metoder derimod, handler ofte om at måle hyppighed og forekomst af et fænomen, altså nogets kvantitet, andre gange om at se på generelle bevægelser snarere end oplevelsen af disse, som ved fx diskursanalyse (Langdridge, 2007, p. 2).

Kvalitative metoder handler iflg. Brinkmann & Tanggaard om at forstå kvaliteterne af menneskelig erfaring, mens kvantitativ forskning er optaget af objektive metoder, der beskriver lovmæssigheder (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p. 17f.).

Problemformuleringen for dette speciale handler om, at undersøge *oplevelsen* af psykiatriens pakker. Det handler altså ikke om at finde frem til generelle lovmæssigheder, men om at *beskrive* mulige oplevelser af dette fænomen.

Gullberg (1999) taler om forskellene på human- og naturvidenskab. Han mener at naturvidenskab søger at opnå objektiv viden, mens humanvidenskab forsøger at forstå et subjekt, frem for at forklare et objekt. Det vil sige at fokus for humanvidenskab er på en ikke konstant størrelse (mennesket), og beskriver subjektivt oplevede fænomener (følelser, intentioner mm.) (Gullberg, p. 29).

Et af midlerne i dette speciale, til at forstå psykiatriens pakkebehandlinger, er et subjekt, nemlig mennesket. En del af udfordringen i at tage kritisk stilling til

psykiatriens pakker, er at psykiatrien er en instans, der har kontakt til mange forskellige mennesker, med vidt forskellige oplevelser af denne kontakt. Derfor kan de teoretiske overvejelser udelukkende blive bud på hvordan behandlingspakkerne *kan* opfattes, da de kvalitative metoder åbner for, at der ikke kun findes én endelig sandhed.

Langdridge beskriver hvordan videnskaben indeholder forskellige *paradigmer*, der er de grundlæggende principper, der ligger til grund for en videnskabelig tradition. Et paradigme er *positivismen*. Tilhængere af positivismen arbejder under den overbevisning, at der er en endelig sandhed, eller virkelig verden, som vi kan indsamle viden om (Langdridge, p.3). I den klassiske positivisme nærede man udelukkende tillid til det, der kunne sanses (ses, røres, høres, smages, lugtes), og derfor kan man fra dette synspunkt udelukkende opnå erkendelse gennem sanserne (Christensen, 2011, p.36) For positivistiske handlede videnskab om at systematisere sanseindtryk, og derved finde lovmæssigheder for hvordan de kommer til udtryk. Det handler altså ikke om den verden, der ligger bag sanseindtrykkene (Holm, 2011 p.76). Desuden anså man det indenfor positivismen som nødvendigt af forskeren ikke lod sig styre af teori (ibid. p.75).

Senere udviklede positivismen sig til *logisk positivisme*, og man har forsøgt at nytænke den ved at arbejde med ideen om at udsagn, der kan føres tilbage til rene sanseindtryk, har værdi. Det har ført til den behavioristiske tilgang, hvor man arbejder med udelukkende at observere adfærd (ibid., p.76).

Forskellige paradigmer fører til forskellige epistemologiske positioner, det vil sige filosofien om hvad der er viden og hvordan den indsamles. Forskerens epistemologiske positionering afgør dennes metodologi, hvilket vil sige den generelle måde at undersøge et fænomen. Desuden afgør det dennes metode, hvilket vil sige de specifikke teknikker, der tages i brug. Altså de teoretiske overvejelser man gør sig om at gå til et område, og hvilke værktøjer man helt specifikt har tænkt sig at tage i brug (Langdridge, p.4).

Flyvbjerg mener at den opdeling vi i dag ser mellem kvalitativ og kvantitativ metode er falsk, og et uheldigt resultat af magtfordeling og specialiseringer ved universiteterne. Han mener at vi får de bedste resultater ved at påtage os et ”både og” perspektiv, hvor vi kombinerer metoder, og ikke lader den ene udelukke den anden (Flyvbjerg, 2010, p.486). Havde tidshorisonten for dette speciale været længere, kunne det have været interessant at implementeret både den kvalitative og

kvantitative vinkel på problemstillingen, og derved få besvaret spørgsmål som hvornår og hvor ofte ud over hvorfor og hvordan.

4.1.2 Fænomenologi

Fænomenologien er grundlagt af Edmund Husserl, der kalder paradigmet *den universelle videnskab om ren bevidsthed* (Husserl, 2008, p. 215). Han skriver om fænomenologien:

”It has the task of analyzing pure phenomena, insofar as this is in general within reach, of setting up the categories of their elements and of the forms of their relations and the accompanying laws of essence”. (ibid. p. 215)

Han taler altså om at undersøge fænomenet og dets essens, den rene oplevelse vi har af det, det udtryk det har for den enkelte i det omfang at vi kan kategorisere fænomenet eller forstå det, i relation til dets egentlige betydning for den der opfatter det. Husserl er kendt for sætningen ”tilbagevenden til tingene selv”, altså til tingenes form som de opleves af den enkelte (Langdrige, p. 4).

Da dette speciales empiri tager form af interviews, der har til formål at undersøge den enkelte informants oplevelse af fænomenet psykiatrien, giver det mening at arbejde ud fra det fænomenologiske paradigme. Det stiller det krav til den måde dataene fremlægges og analyseres på, at man som forsker er så tro mod informantens fremstilling om muligt.

Husserl mente at fænomenologien handler om hvordan objektet eller fænomenet subjektivt opleves:

”Phenomenology, though, deals with purely immanent givens that are individually particular phenomena in phenomenological perception and are over with it. A second perception may have a like phenomenon, but not one to be claimed as being identical”¹¹

¹¹ ibid. p. 220

Altså mente han at fænomenologien handler om, hvad der gør oplevelsen af et fænomen til det det er. To oplevelser af samme fænomen er ikke nødvendigvis ens.

Denne pointe er vigtig at huske i dette speciale. Det accepteres, at informanternes subjektive oplevelse af et fænomen har værdi, men deres beskrivelser og oplevelser dækker ikke nødvendigvis over hvordan andre oplever psykiatrien. Det at der er to informanter muliggør at interviewene kan sammenlignes, og at der kan findes fællestræk på trods af to forskellige oplevelser.

Husserl mente at vi har en tendens til at skelne mellem en rigtigt og forkert måde at tænke på: logisk/ulogisk, intelligent/uintelligent, moralsk/amoralsk(ibid.p.213f.), men han argumenterede for at vi ikke behøver validere viden ud fra en logisk synsvinkel, som naturvidenskaben præsenterer. Vi kan se på viden direkte ud fra et fænomenologisk paradigme(ibid.p.215). Om objektivitet skrev Husserl at et fænomen ikke opfattes af individet i den objektive tid (den tid vi måler med solens gang over himmelen), men som noget flygtigt der er, og så er noget andet. Det ændrer sig, der forbliver for en tid, det ændrer form i skiftende tempo. Alt er flygtigt og intet varer ved. Når vi siger at *noget er* kan dette *noget* være noget andet et øjeblik senere. Derfor er den objektivitet det indeholder også flygtig. Man kan ikke sige der eksisterer en endegyldig, evig objektivitet til et fænomen, fordi dette fænomen ikke eksisterer evigt i samme form(ibid.p.217):

"Therefore, the proposition "this is" is something just as fleeting as the objectivity that it posits. In seeing, its intention is determined at the time, but nothing of this definiteness is stamped on the communicable, repeatable meaning content"(ibid.p.217)

Indenfor det fænomenologiske paradigme gør man oprør med positivismens *subjekt-objekt dualisme*, hvilket vil sige en separation af verden som den virkelig er fra personens oplevelse af den. En fænomenolog ville iflg. Langdridge argumenterer for at det ikke giver mening at skille objektet fra individets forståelse af det. Vores viden om og opfattelse af objektet varierer ud fra kontekst, humør osv., så der eksisterer ud fra denne opfattelse ikke én, sand oplevelse af det(Langdridge,p.4f.).

Indenfor fænomenologien anerkender man forskerens medkonstruerende rolle i indsamlingen af viden. Man mener altså ikke at forskeren kan trække sig ud af det det undersøges, og være en fuldstændigt objektiv observatør, der ingen påvirkning

har på situationen, hvor der skabes viden. Derfor vil kulturelle, historiske og personlige forhold for både forsker og informant spille ind(ibid.p.9).

I forhold til dette speciale betyder det, at jeg som interviewer ikke kan ignorere den effekt jeg har på interview situationen. Den viden og information, der kreeres gennem interviewene, skabes altså i det relationelle samspil mellem informant og interviewer.

4.1.3 Hermeneutik

Hvor det fænomenologiske paradigme muliggør detaljerede *beskrivelser*, kan det også blive nødvendigt at fortolke. Her kommer det hermeneutiske paradigme ind i billedet(Langdridge,p.41). Ordet stammer fra det græske *hermeneuein*, der har tre betydninger: at udtrykke, udlægge og at oversætte. Det handler altså om at forstå og tolke, men iflg. Gadamer(1960-1975) også om menneskets væren-i-verden. Mennesket er konstant i gang med at forstå noget. Når vi forstår, gør vi det på baggrund af noget vi allerede har forstået. Vi kan aldrig gøre os fri af vores forforståelse, derfor vil det vi ser altid være farvet(Brinkmann&Tanggaard,2007p.205). Forskellige mennesker vil muligvis også komme til forskellige resultater når de tolker det samme, fx en tekst(ibid.p.208). Oprindeligt handlede hermeneutik om tekstanalyse, men anvendes også i psykologien til at undersøge individets umiddelbare erfaring i relation til deres erindringer. Brug af hermeneutisk metode, forudsætter at man, som i dette speciale, har empiri der tager form af fortællinger i tekst (i dette tilfælde transskriberinger af interviews) hvor man kan forholde sig til tekstens enkelte dele i relation til dens sammenhæng(Christensen,p.144).

Den fænomenologiske og den hermeneutiske tilgang har meget til fælles, og man mener da også indenfor fænomenologien at den mest videnskabelige tilgang muligvis er at medregne subjektets (forskerens) medkonstituerende rolle i den videnskabelige proces frem for at negligere den i objektivitetens navn. Brinkmann og Tanggaard skriver at vi må antage at vi kan nå frem til beskrivelser af erkendelse der har intersubjektiv validitet(Brinkmann&Tanggaard,2010.p.190), altså stole på forskerens evne til at gøre sig subjektive vurderinger af kvalitet.

4.2 Anvendt metode

4.2.1 Interview

Indenfor kvalitativ forskning drejer interviewet sig om at forstå menneskets oplevelse ud fra deres forståelseshorisont (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 44).

Det fænomenologiske interview er deskriptivt. Dvs. at det søger at indhente data om personens livsverden, der er åben og nuanceret. Derudover har det specifitet, dvs. det handler om konkrete personer og situationer, ikke om generelle (ibid. p. 46).

Der er iflg. Kvale & Brinkmann to måder at se på interviewet epistemologisk, hvilket betyder den filosofiske diskussion af hvad der er viden og hvordan den opnås. Den ene er, at det er en indsamling af viden. Den anden er at det er en konstruktion af viden. Ser man på interviewet som en indsamling af viden, afspejler det den holdning, at viden er noget uforanderligt, upåvirkeligt og objektivt, der kan indsamles. Herved bliver viden noget, der kan overføres fra en kontekst til en anden, uden at ændre form. Ud fra viden som denne, kan der udledes objektive kendsgerninger (ibid. p. 66).

Ser man viden som noget der konstrueres, fremstiller Kvale og Brinkmann det mere som en rejse, hvor forskeren ikke ved hvor hun eller han vil ende. Her slår hun/han følgeskab med sine informanter, og den viden der produceres gennem dette samspil, er det forskeren fortolker. Den viden som forskeren opnår, kan også ændre hende eller ham, og hun kan gennem den proces, det er at indsamle viden, udvikle nye hypoteser (ibid.).

Interviewet som social situation har en ujævn magtbalance. Forskeren har mulighed for at sætte rammerne for samtalen og styre den. Det er desuden en envejsdialog, hvor forskeren retter spørgsmålene og informanten responderer. Der ud over har forskeren monopol på at fortolke det, der bliver sagt (ibid. p. 51).

Dette er nødvendigt at tage højde for i dette speciale, eftersom jeg i forvejen har en relation til de to informanter. Naturen af vores relation, kan påvirke hvordan interviewet forløber. Desuden kan informanterne komme til at føle sig pressede til at deltage, for at gøre mig tilfreds. For at undgå dette, har jeg i min kontakt til dem understreget at det er frivilligt om de vil deltage, og at det i tilfældet af at de sagde nej, ikke ville påvirke vores indbyrdes relation i gruppen. Jeg understregede at mit

arbejde ikke afhæng af dem, og at jeg havde mulighed for at finde andre informanter. Derudover har de skrevet under på et informeret samtykke, hvor jeg klargjorde for dem at de til hver en tid kan trække deres udtalelser tilbage. Ved interviewet start opfordrede jeg dem til at tale så frit som muligt, uden at tage for meget hensyn til mig.

4.2.2 Det semistrukturerede interview

Interviewformen, der bliver anvendt til at indsamle dette speciales empiri, er et *semistruktureret interview*. Et semistruktureret interview, har en form der er tættere på en hverdags samtale, end et lukket skema, men ikke er nogen af disse. Det er ikke fuldstændigt fast, men kan rumme forslag til spørgsmål og ændring af hypoteser undervejs. Formålet er at meningsanalysere det materiale, der kommer ud af det (Kvale & Brinkmann, p. 45f.).

Interviewet foregår således, at forskeren udarbejder en interviewguide på grundlag af sine hypoteser og forskningsspørgsmål, mens der samtidig sørges for at spørgsmålene ikke bliver for ledende, eller at det bliver for tydeligt hvad det bagvedliggende forskningsspørgsmål er. Målet er at skabe åbne spørgsmål, der giver mulighed for at tilpasse sig interviewets forløb og stille opfølgende spørgsmål undervejs, hvis det bliver nødvendigt. Fordelen ved at benytte sig af det semistrukturerede interview, er at det giver mulighed for at informanten kan bidrage med så detaljerede perspektiver på det undersøgte felt som muligt (Langdridge, p. 110).

4.2.3 Interviewguide

En interviewguide giver forskeren mulighed for at holde et overblik og en vis struktur på samtalen, holde styr på hvilke emner der allerede er blevet berørt, samt hvilke der mangler. Interviewguiden, der blev anvendt kan ses i bilag 3.

Det var et formål med interviewet at stille så åbne spørgsmål som muligt, så jeg fx ikke fik påvirket informanterne til at tale udelukkende negativt om psykiatrien. Derudover var det en prioritet at få deres *oplevelse* af den kontakt de har haft med psykiatrien med, samt deres refleksioner herover. Desuden ville jeg sikre mig at jeg

fik spurgt ind til *hele* deres kontakt med psykiatrien: udredning, diagnosticering, behandling og evt. afslutning.

4.2.4 Epoché

Epoché er et græsk ord, sat i forbindelse med fænomenologien af Husserl, for at beskrive den proces i hvilken forskeren forsøger at sætte sin viden i parentes, eller abstrahere for de ideer/meninger hun/han har om det der undersøges.

Ideen er at forskeren skal forsøge at opleve det fænomen der undersøges, så meget med informantens øjne som mulig. Hvis ikke tage afstand fra sin viden, så i hvert fald være kritisk bevidst om den (Langdrige, p.17).

Hermeneutisk set er det ikke muligt at sætte sin viden i parentes. Vi kan ikke frigøre os fra vores livsverden, men må medregne dens medkonstruerende rolle ved at gøre sine holdninger og forud indtagelser tydelige for sig selv, så man ikke blindt lader dem påvirke fortolkningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2009, p.233).

Der er altså indenfor det fænomenologiske og det hermeneutiske paradigme forskelle i opfattelsen, af hvor vidt vi kan lægge vores livsverden fra os som fortolkere. Når det er sagt, understøtter dette bare hvor uhensigtsmæssigt det ville være at tolke uden at få gjort sine egne forud indtagelser til det undersøgte tema eksplicitte. Derfor vil jeg i det følgende forholde mig til, hvad min egen forudsætning er for at relatere til emnet.

Som det nok også er blevet tydeligt i indledningen, foregår mit møde med psykiatrien ofte gennem mit frivillige arbejde. Her møder jeg mennesker, der er frustrerede over psykiatrien, og bliver derved påvirket af deres holdninger og oplevelser. Men jeg får kun deres side af historien, hvilket vil sige at oplevelserne kan blive genfortalt på en fordrejet måde, påvirket af vrede og skuffelse.

En anden faktor, der kan spille ind på både hvordan interviewene forløber, men også på hvordan jeg tolker, er min relation til informanterne, hvilket der også er blevet taget stilling til tidligere. I kraft af vores relation, er emnet ”psykiatri” ikke nyt. Jeg har allerede hørt dem tale om deres erfaringer og frustrationer, hvilket også er grunden til jeg bad netop dem deltage, men det har muligvis en anden effekt at de ved jeg har hørt om noget af det, de i interviewet skal tale om før. Derfor vil jeg have

fokus på at undgå indforståede kommentarer, og bede dem uddybe, hvis der er noget, der ikke bliver klart.

Desuden er jeg klar over at jeg rent teoretisk er disponeret for at tænke mere psykodynamisk. Derfor har jeg løbende i specialet forsøgt at sætte mig ind i den kognitive tilgang, med henblik på at bevare en åbenhed, der gør det muligt at lære noget nyt.

5.0 Analyse

5.1 IPA – Interpretative Phenomenological Analysis

IPA er en kvalitativ tilgang til forskning, der er skabt af Jonathan Smith. I 1996 udgav han en artikel, der var begyndelsen på metoden (Smith et. al., 2009, p.4).

Det er ikke én fastlagt metode, men et grundlag der kan bruges på mange forskellige måder. Smith et. al. skriver hvordan det teoretiske grundlag for metoden er fænomenologisk og hermeneutisk. De nævner både hvordan metodens formål er at beskrive eller undersøge informantens oplevelse *på oplevelsens eget grundlag*, hvilket er det fænomenologiske bidrag, men også hvordan den giver mulighed for fortolkning, hvilket er det hermeneutiske bidrag (ibid. p.12,21,28). Smith et. al. argumenterer for, at metoden kan kaldes dobbelthermeneutisk eftersom den data man indsamler er påvirket af informantens fortolkning af det, i et forsøg på at få egne livsoplevelser til at give mening, mens den senere bygger på forskerens fortolkning af det informanten siger (ibid. p.3).

Formålet med IPA er at udføre en dybdegående undersøgelse af en informants oplevelse af/holdninger til et bestemt emne (Langdridge, p.107). IPA som analysemetode knytter sig ofte til det semistrukturerede interview, da det, som sagt indeholder rig mulighed for at informanten kan bidrage med så detaljerede perspektiver på det undersøgt felt som muligt (ibid. p.110).

Når man arbejder med IPA, benytter man sig af meningskodning. I dette tilfælde er interviewene optagede og transskriberede. Analysen vil foregå således, at teksten i form af transskriptioner deles ind i overordnede temaer (ibid).

5.2 Informanterne

To informanter, der har erfaring med psykiatrien er blevet interviewet. Den ene er en kvinde midt i 20'erne som vi kalder Mathilde. Den anden er en mand i starten af 30'erne, som vi kalder Odin¹². Mathilde har været i kontakt med psykiatrien som barn, i forbindelse med noget hun selv beskriver som angst og depression, og er nu i kontakt med psykiatrien igen, hvor hun sidder på venteliste til en behandlingspakke på ambulatorium for personlighedspsykiatri. Hun har fået diagnosen ængstelig/evasiv personlighedsforstyrrelse, og har siddet på venteliste i et år.

Odin har været i kontakt med psykiatrien tre gange i sit voksne liv. I 2006 med angst, og hvad han selv vurderede som OCD, en diagnose som man i psykiateren ikke var enig i, i 2012 med social angst, hvor han modtog en behandlingspakke på ambulatorium for angst med gruppeterapi og nu, hvor han er i gang med et individuelt terapiforløb, også i form af en behandlingspakke på ambulatorium for angst.

Hvor Odin har erfaring med flere hele pakkeforløb, har Mathilde kun erfaring med selve henvisningen og forsamtalerne. Alligevel kan hun bidrage med meget, da netop denne del af processen for hende har medført mange refleksioner.

5.3 Fase 1: Læsning og genlæsning af transskriptionerne

Først læses materialet og der kommenteres på indhold og sprog (ibid.p.79). Jeg har gjort det på den måde, at jeg løbende skrev kommentarer, observationer, overskrifter, opsummeringer mm. ude i siden, mens jeg læste. Her er et eksempel fra interviewet med Mathilde:

¹² Jeg gav informanterne lov til selv at vælge deres dæknavn. Havde jeg skullet gøre det igen, ville jeg ikke have ladet dem vælge selv, da det, som jeg indser nu, kan modarbejde formålet med at anonymisere. Hvis informanten vælger et dæknavn, som han eller hun bruger i andre sammenhænge, eller fx afslører tilknytning til et bestemt miljø, kan det være med til at afsløre informantens identitet. Det er fx en mulighed at en informant, der i perioder lider af psykoser ville bruge et navn som han eller hun også brugte om sig selv under psykose. Desuden er der muligheden for at valget af dæknavn kan indeholde dele af projektion, set ud fra psykodynamisk teori. Det kunne afspejle ubevidste ønsker/impulser eller fantasier.

Transskription:	Note:
<p>S – okay. Ja... Og hvor lang tid sagde du at du har stået i venteliste?</p> <p>M – øh siden maj.</p> <p>S – okay</p> <p>M – og det sidste jeg har hørt det er at jeg er nummer fem på venteliste, og at... de kan ikke sige hvornår jeg kommer ind, men de plejer at sige et år fra man er henvist. Så maj..</p> <p>S – ja. Hvordan har du oplevet den her ventetid?</p> <p>M – øhm. Forfærdelig. Og frustrerende.</p> <p>Øhm... ja det er jo meget lang tid at vente når man har et problem som fylder hele ens hverdag.</p> <p>S –mmm</p> <p>M – ja og jeg tænker tit på hvis at jeg bare havde fået hjælpen da jeg havde brug for den. Hvor jeg så havde været nu. Det kunne have sparet mig for meget.¹³</p>	<p>Lang ventetid (1 år).</p> <p>”Det sidste jeg har hørt” – hendes sprogbrug tyder ikke på at det er meget information der gives, eller at hun stoler så meget på den information hun får.</p> <p><i>Forfærdelig og frustrerende. Stærke ord.</i></p> <p>Problemer fylder hele hendes hverdag.</p> <p>Et ønske om at have fået hjælp noget før.</p> <p>En følelse af at have mistet noget i ventetiden.</p>

5.4 Fase 2 : Dannelse af temaer.

Transskriptionen genlæses, nu med blik for hvilke overordnede temaer der viser sig(ibid.p.79.91). Jeg skrev temaer ned i den anden side af transskriptionen.

Transskription:	Note:	Tema:

¹³ Bilag 1, linje 58-72

<p>S – sådan at det var.. at man kun havde kontakt med én.</p> <p>M – ja.</p> <p>S – hvad ville være godt ved det, kan man sige.</p> <p>M – altså det ville være en mere tryk oplevelse, i stedet for at man flere gange skulle komme hvor det var et menneske, man ikke havde mødt før, som man skulle... tale om ret personlige ting med. ¹⁴</p>	<p>Mødet med mange forskellige mennesker giver mangel på tryghed</p> <p>Svær at vise tillid til fremmet menneske</p>	<p>For mange behandlere til én patient.</p> <p>Mangel på tryghed</p>
---	--	--

5.5 Fase 3: Indskrænkning og inddeling af temaer og undertemaer

Smith et. al. skriver, at det at arbejde med IPA handler om at bevæge sig fra enkeltdelene til helheden og tilbage til enkeltdelene. Helheden giver ingen mening uden de enkelte dele, men de enkelte dele giver heller ikke mening uden helheden. Dette er eksempel på den dynamiske cirkulære tankegang, som man kalder den *hermeneutiske cirkel*(ibid.p.28). Temaerne skriver jeg ned på papir for sig selv, og læser interviewet igennem igen. Det sker ikke så lineært som det forklares. Mens jeg skriver temaerne ned, må jeg fx tilbage og læse transskriptionerne hvorefter jeg i visse tilfælde omdøber dem. Temaerne understøttes af citat, og jeg skriver i siden kommentarer.

På baggrund af disse temaer, og kommentarerne jeg har skrevet til i siden, kan temaerne relateres til hinanden. Enkelte kan gå under samme kategori, hvis der skabes et overtema.

Temaerne læses igen, og relateres den originale transskription. Dette stadie af analysen er stadig hovedsageligt fænomenologisk. Selvom der reflekteres over materialet, er det stadig på en deskriptiv måde, og jeg forsøger at holde det frit for teori. Før jeg går videre til at danne de endelige overtemaer, giver det på dette

¹⁴ Bilag 1, linje 166-177

tidspunkt mening at gøre det samme med Odins interview, som der lige er gjort med Mathildes. Først, helt tro mod transskriptionen, og senere dannes de endelige temaer ved at sammenligne de to interviews temaer med hinanden, og se hvad der går igen.

5.6 Fase 4: Endelige temaer laves

Nu bliver det muligt at danne nogle endelige temaer. Det gøres ved at sammenligne de temaer, der er dannet i de to cases. Først herefter tager analysen en mere fortolkende eller hermeneutisk drejning, og teori drages ind i forståelsen af temaerne.

På dette stadie giver det mening at huske på problemformuleringen. Da temaerne er skabt på baggrund af et fænomenologisk paradigme, har det jo ikke nødvendigvis fulgt problemformuleringens retning. Men nu kan den bruges til at forstå de temaer, der er skabt.

Hvilke styrker og svagheder kan der være ved psykiatriens pakkebehandlinger

- set ud fra kognitiv og psykodynamisk behandlingstradition?

- set ud fra udtalelser fra to patienter?

- på grundlag af dette, hvilke ideer kan vi få til forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger?

5.7 Tema 1: Uvished

Både Odin og Mathilde giver udtryk for, at manglende information fra psykiatrien og manglende viden om hvad der skal ske i fremtiden giver en uvished, der er ubehagelig. Om tiden, mens hun står på venteliste siger Mathilde *"jeg tænker også at det kunne... altså det kunne være rart hvis man ikke var så meget overladt til sig selv mens man står på venteliste. Altså... jeg kunne fx godt tænke mig at vide... hvor lang tid der er til at jeg skal til. Det ved jeg også godt at det er svært for dem at sige noget om, men... det kunne være rart hvis der var en eller anden... kontakt mens man stod på ventelisten."*¹⁵

Mathilde siger, om det at få en diagnose, uden at få at vide hvad den betyder: *"øh altså første gang han nævnte det, der blev jeg egentligt ret ked af det, fordi det lød ret skræmmende og... jeg vidste heller ikke hvad det var, men jeg syntes bare det*

¹⁵ Bilag 1 linje 173-172

lød som noget der var... meget mere gennemgribende, end hvis det bare var depression og angst.”¹⁶

Om at blive videresendt til et andet ambulatorium siger hun: *”altså først og fremmest var det den lange ventetid jeg vidste jeg skulle have. Men så var det også det med at jeg troede jeg vidste hvad jeg fejlede, jeg troede at nu var det der jeg skulle have behandling. Så syntes jeg det var svært at få en helt anden diagnose, som jeg ikke vidste noget om og.. ja det havde jeg svært ved at forholde mig til.”¹⁷*

For Odin virker uvisheden til at være noget der fylder meget for ham. Om tiden under forsamtalerne siger han: *”(...) jeg viste ikke rigtigt hvad psykologen han tænkte når man sad der og snakkede. Jeg viste ikke rigtigt hvad der kom til at ske, hvor jeg havnede, og hvornår at jeg... kom videre i forløbet. Men det er igen det med psykiatrien at.. der er ikke rigtigt nogen information til patienten, sådan med hvad sker der nu og hvornår sker det og hvornår kommer du videre og sådan noget. Så man er hele tiden i det uvisse og går venter på et eller andet brev og sådan noget.”¹⁸*

Begge informanter har altså erfaret at stå i situationer, hvor de ikke bliver informeret om den proces, der ligger foran dem, eller hvad det betyder for dem at få en bestemt diagnose. Ser man på dette, i lyset af at det som beskrevet i afsnittet om psykiatrien, er et formål med psykiatriens pakker at sikre høj kvalitet i behandlingen, ved at skabe en ensartet tilgang til denne, kan det være overraskende at de to patienter ikke har oplevet at blive bedre informeret. Hvis man på forhånd har fastlagt den behandling de vil modtage, hvorfor så ikke informere om hvordan det kommer til at foregå såfremt de bliver tilbudt en pakke? Det skal siges at pakkebehandlingerne stadig er nye, og det kan have noget at sige i forhold til hvor rutineret forsamtaler og kontakt til patienten udføres. Men det giver mening at spørge sig selv: Hvad er formålet med at vi gør det på den måde vi gør? I denne situation er formålet allerede beskrevet for os: At sikre at kvalitet i behandlingen. Men hvad er behandling af god kvalitet værd, hvis patienten ikke inddrages og holdes informeret løbende?

¹⁶ *ibid.* linje 111-114

¹⁷ *ibid.* linje 103-106

¹⁸ *ibid.* linje 169-175

Før det første kan en hypotese være, at følelsen af usikkerhed hos patienten kan være med til at hindre udbyttet af terapien. For det andet at det kan gå ud over den eller de behandlingsalliancer der skal opbygges.

Mathilde fortæller, at hendes forsamtaler lå med meget lange mellemrum (en til to måneder)(bilag 1,1.86-88), og de blev varetaget af forskellige mennesker, frem for den samme person. Det virker til at være en risiko at de mister deres terapeutiske funktion.

Den grundige udredning skal til for at få patienten placeret i den rette pakke, og sikre bedst mulig behandling. Problemet er, at begge informanter giver udtryk for ikke at være blevet støttet og holdt informeret mens forsamtalerne stod på. Så i stedet for at blive et nyttigt værktøj til bedst mulig behandling, oplever begge informanter dem som en langsom proces fuld af forvirring og usikkerhed. Dette problem kunne ifølge begge informanter løses ved mere kontakt i ventetiden, og mere information.

5.8 Tema 2: At føle sig tryk og støttet

Der viser sig et tema omkring manglen på tryghed, og hvordan begge informanter ønsker at blive løftet og støttet. Noget de ikke føler de bliver i psykiatrien. Mathilde siger om det at have kontakt med så mange forskellige mennesker:

M – *”(...)Så tænker jeg lidt at de forsamtaler jeg har været til, at det kunne være rart hvis.. hvis det havde været én person, der havde haft dem... øhm..”*

S – *”sådan at det var.. at man kun havde kontakt med én.”*

M – *”ja.”*

S – *”hvad ville være godt ved det, kan man sige.”*

M – *”altså det ville være en mere tryk oplevelse, i stedet for at man flere gange skulle komme hvor det var et menneske, man ikke havde mødt før, som man skulle... tale om ret personlige ting med.”¹⁹*

Hun mener altså at hendes oplevelse af kontakten med psykiatrien ikke har været tryk, fordi hun ikke har haft sammenhængende kontakt med én person.

Desuden giver hun udtryk for at de mennesker hun så har haft kontakt med, ikke har støttet hende i det omfang hun kunne ønske. Fx da psykiateren giver hende diagnosen:

¹⁹ ibid. linje 164-171

”øhm... plus at han kunne ikke sådan... altså det var lidt bare, at så fik jeg den diagnose og så måtte jeg selv finde ud af hvordan jeg ville.. tackle det. Altså det var ikke sådan at han ligesom... prøvede at fortælle mig om hvad det var, eller...”²⁰

Desuden siger hun til spørgsmålet om hvad hun ønsker af en terapeut, når hun har det værst: *”(...)Også bare følelsen af at man ikke står alene med det. Med problemerne. (...) og måske også bare følelsen af at... ja det er lidt det samme, men at der er en der tager hånd om en. Og hjælper en med at komme gennem ens problemer.”²¹*

Hun beskriver den terapi hun har gennemgået ved privatpraktiserende psykologer som noget der giver tryghed, og at det at stoppe giver en følelse af tomhed:

M – *”men generelt er det sådan en lidt tom følelse når man... afslutter sådan noget behandling synes jeg.”*

S – *”mmm. Hvad gør det tungt? Eller sagde du tomt?”*

M – *”tomt. Øhm... det her med at det har været sådan en eller anden tryghed man har haft i sit liv, som så lige pludselig er væk... og... også tankerne om hvordan det nu skal komme til at gå... fremover. Om det kan gå godt nok.”²²*

For Odin fylder det, at han ikke ved om behandleren kan give ham nok hjælp, og skaber en mistillid i ham:

O- *”(...)Det er 14 gange, så får man en ny pakke og 14 gange, og ny pakke og 14 gange.. og sådan fortsætter det. Så det er ikke sådan at man/ indtil man er rask.”*

S – *”hvad synes du om det?”*

O- *”jamen jeg synes det er frustrerende det der med at man ikke rigtigt øh.. at man ikke rigtigt ved om de kan give nok hjælp.”²³*

En tryghed eller vished om at han ville få hjælp så længe han har brug for det, ville gøre det lettere for ham at udnytte terapien bedre, mener han: *”(...)fordi jeg tænkte at hvis nu man fik det man følte man havde behov for, så kunne man rykke sig meget hurtigere”²⁴.*

²⁰ ibid. linje 117-115

²¹ ibid. linje 195-200

²² ibid. linje 284-289

²³ bilag 2, linje 107-122

²⁴ ibid. linje 122

Der mangler altså for begge informanter en grundlæggende tryghed, der kunne følge følelsen af at være sikker på at få hjælp og støtte. Det virker som et problem at det skal være denne følelse begge informanter forbinder med deres kontakt med psykiatrien.

Der tegner sig et mønster: Også i sidste tema, *uvished*, er den usammenhængende kontakt til forskellige mennesker en faktor. Det kan altså muligvis løses ved, at én enkelt person i ventetiden har kontakt til patienten og fungerer som en der støtter og holder patienten informeret. Under selve terapien må denne ene person nødvendigvis være terapeuten, men det virker til, at patienten kan drage fordel af at have en sammenhængende kontakt med en person ved siden af terapien på tværs af de forskellige stadier af behandlingen, inklusive afslutningen.

5.9 Tema 3: Opskriften på god terapi

Spørgsmålet er så hvad de to informanter selv mener er god terapi? Dette er særligt interessant i forhold til diskussionen mellem kognitiv og psykodynamisk terapi.

Odin siger til spørgsmålet om, hvad der gør at han godt kan lide sin nuværende psykolog:

O – ”ja. Øhm.. hun er vildt sød (griner) og øh... hvad er godt?”

S – ”måske at du finder hende en flink person, at det er noget der kan være godt ved det?”

O – ”ja, det synes jeg. Og jeg synes hun er mere forstående end de var i gruppeterapi.”²⁵

Desuden siger han om hende: ”(...)hun virker ikke som sådan en der tænker på hvornår er klokken f... fem og så kan jeg komme hjem. Hun virker sådan oprigtigt interesseret i hvad man har og tænke på... ja i løbet af den sidste uge, og hun spørger ind sådan uddybende hvis der er et eller andet, og... hun øh... det... (sukker) hvad kan jeg sige? Altså hun har sådan en entusiasme omkring det hele ... ja... hun virker bare smilende og empatisk, og... (...)”²⁶

Han kan altså samarbejde med sin nuværende psykolog, fordi de har en god relation. Desuden understreger han, at det betyder meget for ham at han føler at psykologen relaterer til ham på et personligt plan, ikke kun professionelt:

²⁵ ibid. linje 222-224

²⁶ ibid. linje 449 - 457

S – ”så du kan godt lide at få at vide hvad psykologen tænker?”

O – ”ja. Det kan jeg godt lide. Øhm... og så tror jeg også hun er god til at give hendes personlige mening, hvilket også er rart, for så får jeg en professionel og en personlig mening.”²⁷

Det er altså Odins oplevelse at hun relaterer til ham på et personligt plan. Spørgsmålet er om psykologen gør dette, eller om hun rent faktisk bare er god til at udstråle empatisk indlevelse. En terapeutisk relation er professionel, ikke personlig, og Odins ønske om, at denne relation skal indeholde mere kunne være en del af hans grundlæggende problematik. Men det, at relationen er professionel udelukker jo ikke at den betyder noget for en som terapeut, hvilket man kan udtrykke med ærlighed og engagement.

Odin taler om hvad han ønsker at få ud af terapi, og sætter det i forhold til gruppebehandlingen han modtog for sin angst:

O – ”ja, og så også det der med at jeg følte en frustration da jeg var derude, hvad kan man sige jeg havde de her.. problemer.. mmm.. grunden til man havde angst, og de dårlige beslutninger i livet, ting man synes er pinligt, og ting man er dårlig til... det snakkede man ikke om. Det er sådan noget vi snakker om med min psykolog her. Men igen, man fik sådan en blanding med at... at man følte at man nåede at tage hul på begge dele. Både så man kunne tage bussen, men også at man kunne se at nu har du arbejdet med de ting der fylder. Der er... der er grund til det går galt. For det andet der er jo egentligt bare sådan symptom behandling²⁸. Det svarer egentligt bare til at tage en panodil, og så... ja det kan du gøre når du har hovedpine, uden at vide hvorfor jeg får det, om det er på grund af nakkespændinger eller et eller andet (jeg har ikke så meget mere at sige)”.

S – ”ja. Så en blanding af symptom behandling, og så at gå dybere ned og se på hvorfor?”

O – ”ja, det synes jeg ville være perfekt.”²⁹

²⁷ ibid. linje 239-251

²⁸ Odin benytter sig selv af vendingen ”symptom behandling” hvilket overrasker mig. Det er altså ikke et ord jeg har præsenteret for ham. Dette kunne tyde på at hans erfaring med psykiatrien har gjort ham bekendt med de forskellige terapeutiske retninger og termer.

²⁹ ibid. linje 383-394

I Odins gruppeterapi fik de fik værktøjer til at håndtere angsten, og udfyldte skemaer. Han mener altså at han er glad for at få værktøjer, men at der skal mere til også. Han vil dybere ned og undersøge hvad der ligger til grund for problematikken.

Han siger også at han ville ønske at de fik gjort de enkelte værktøjer mere konkrete og afprøvet dem ude i den virkelige verden. Han følte ofte at de fik lidt for mange værktøjer smidt i hovedet uden at afprøve dem i praksis: *"så fik vi sådan en masse smidt i hovedet, nogle værktøjer. 'Så kan i stå og gøre sådan hver gang' og sådan noget... øhm.. de andre de klagede meget over det, at der var for mange ting, og sådan noget. Der var ikke rigtigt noget man kunne holde sig op på(...) I princippet var det måske okay, men det... det var... det var lidt overvældende på en eller anden plan"*³⁰

Desuden siger han: *"Det var ikke sådan noget.. hvad kan man kalde det. Hvor man virkelig arbejder konkret med angsten, altså i gruppe sammen, men det gjorde man ikke, vi sidder bare og snakker, og så kan i gøre det og det, og så går man hjem og så prøver man i Føtex, og så prøver det lidt af og sådan, hvordan det fungerer. Men det der med at man sådan kunne sparre med en, det troede jeg det ville være sådan noget i den stil."*³¹

Mathilde taler også om terapi, selvom hendes erfaring med det er i forbindelse med privatpraktiserende psykologer. For hende er det vigtigt at føle sig forstået: *"ja. øhm... jamen det er jo meget det med at.... At de lytter til mig og.. også sådan at jeg har følelsen af at de forstår hvad jeg taler om. Og tager det seriøst. Og ligesom sætter sig ind i at det er et kæmpe problem for mig." (...)"* og egentligt også det med at man nogle gange kan vende tingene og se det i et lidt andet lys end man lige selv havde... havde gjort først. *Det tænker jeg også er meget hjælp."*³²

Hun uddyber det med at se tingene i et andet lys, når hun akut har brug for hjælp: *"altså sådan helt akut tænker jeg at det er.. ja.. det med at der er en der lytter og nogle gange se tingene i et lidt andet lys, og hjælpe mig med også at gøre det. Fordi jeg tror tit at jeg sådan kan komme til at se... kun negativt på tingene. Og nogle gange kan jeg måske godt blive hjulpet til at se mere positivt på tingene. Øhm, ja på*

³⁰ ibid. linje 193-199

³¹ Bilag 1 linje 207-212

³² ibid. linje 248-255

længere sigt ved jeg godt at der skal noget mere til, men altså. Jeg skal på en eller anden måde ændre den måde jeg tænker på.”³³

Hun siger altså at hun har brug for hjælp til at ændre sin måde at *tænke* på, hvilket tyder på at hun reagerer bedst på kognitiv terapi i situationer hvor hun har fået en meget negativ tankegang. Men hun siger også at der ”skal mere til”. Denne lille sætning tyder på at hun mener at det ikke er nok kun at arbejde med tanker. Hun ved bare ikke hvad dette *mere* er:

”(…)Jeg synes det har været... det har været meget det der med at de har lyttet til mig og så har vi snakket lidt om de ting jeg har fortalt, men jeg tænker nu at jeg ligesom mangler mere end det. Altså der skal ligesom noget andet til, som jeg ikke ved helt hvad er.”³⁴

Det er svært at gætte på hvad det er Mathilde mener når hun siger at hun mangler noget fra terapi. Mest af alt fordi jeg ikke på forhånd ved hvilke typer terapi hun har modtaget. Alligel får man en oplevelse af at dette *noget* kunne være en mere dybdegående forståelse af hendes problemer, som man arbejder for gennem psykodynamisk terapi. Hvis det er tilfældet kan man altså udlede af Mathildes argumenter at hun kunne drage nytte af både kognitiv og psykodynamisk terapi i kombination. Mere om dette lidt senere.

5.10 Tema 4: Tidsaspektet

Som det allerede er nævnt oplever Mathilde med hendes egne ord ventetiden som *forfærdelig* og *frustrerende*. Det at problemet fylder hele Mathildes hverdag vidner om, at hun ikke har kunnet leve et liv som hun plejer, det år hun har stået på venteliste. Hendes liv har altså på en måde stået stille. Desuden tyder det på at hun føler at hun i ventetiden har *mistet noget*, da hun beskriver at hun tænker tilbage på det hun kunne have undgået hvis hun havde fået hjælp med det samme.

Hun giver desuden udtryk for en følelse af *uretfærdighed*:

M – ”og så kan jeg heller ikke lade være med at tænke på at... hvis det var et eller andet fysisk jeg havde fejlet, så ville jeg aldrig blive bedt om at stå på venteliste i et helt år. Så det... ja. Det synes jeg bare er.. uretfærdigt.”

S – ”så du sidestiller det lidt med en fysisk sygdom”

³³ *ibid.* linje 186-190

³⁴ *ibid.* linje 236-238

M – ”ja. Det er i hvert fald noget som... fylder lige så meget.”³⁵

Ventetiden kan altså være svær at bære, især når hun er ivrig efter at komme i gang, og selv er motiveret for bedring. Da hendes udredning startede forfra ved at hun pådrog sig anden diagnose var det svært: ”og så var det lidt som at blive slået i hovedet da han siger at jeg skal henvises videre.. og at der er meget lang ventetid der. Så er det lidt ligesom og.. starte forfra.”³⁶

Ventetiden, eller mindskning heraf er et politisk spørgsmål, der handler om ressourcer, men det udelukker ikke at man rent psykologisk kan overveje hvad man kan gøre for at mindske det pres, og de negative oplevelser ventetiden medfører. Mere om dette lidt senere.

For Odin er det ikke kun ventetiden, men også tidsbegrænsning på behandlingen, der er et problem: ”(...)Altså psykiatrien der er bare ventetid, ventetid, ventetid, og så når man endelig er der så synes man at man øh/at der er også lidt tid og sådan noget. Første gang jeg fik pakken, fik jeg 14 timer. Der syntes jeg det var sådan helt opgivende og man havde ikke en gang sådan/ ja, det føltes på en måde meningsløst at komme der”³⁷

Han føler altså at pakkernes tidsbegrænsning presser ham og hindrer ham i at udnytte terapien i en sådan grad at han bliver opgivende på forhånd. Ligesom Mathilde giver han her udtryk for en uretfærdighed:

S – ”tiden bliver en faktor på den måde?”

O – ”ja. Jeg føler sådan lidt presset. Det var lidt ligesom hvis man havde en brækket arm, og man fik at vide du har 14 uger til det skal hele, du ved 14 gange, ja. Og så vi siger, man... man kan jo ikke sådan skynde på det, eller et eller andet.”³⁸

Måske er det et af de grundlæggende problemer ved de færdigsyede behandlingspakker: De er på forhånd planlagte, og tager ikke hensyn til hvornår den enkelte patient er færdigbehandlet. Som et tidligere citat fra Odin siger det, så stopper pakkerne når der er gået 14 gange, ikke når patienten er færdigbehandlet. Dette går for det første imod målet om kvalitet i behandlingen, der ligger bag pakkerne. For det andet er der en mulighed at det kan være u hensigtsmæssigt eller

³⁵ ibid. linje 44-48

³⁶ ibid. linje 95-100

³⁷ Bilag 2, linje 120-124

³⁸ ibid. linje 142-144

uøkonomisk for psykiatrien at slippe patienterne før behandlingen er færdig. Det underminerer den terapi som patienten lige har gennemført, samt øger risikoen for at selv samme patient henvender sig igen.

Om dette siger Odin "(...)og så man lige giver lidt ekstra. Ekstra støtte, før man kommer ud. Hvor det måske føles som om at man er.. når man er sådan 20 % eller 10 % fra målet, så siger de okay nu prøver vi at se hvordan det går, for det kan jo være at du ikke vender tilbage. Eller at du så kan selv opsøge noget hjælp bagefter eller et eller andet. Hvor jeg synes at det andet, det ville måske være bedre for både psykiatrien, fordi man ikke vender tilbage, men især for patienterne og øhm, ja... det øh.. ja. Mange flere ressourcer (griner)".³⁹

Det er altså en risiko, at pakkerne kommer til at modarbejde sig selv med deres tidsbegrænsning. Begge informanter kommer med referencen til fysisk sygdom, som man ikke sætter tidsbegrænsning på. Man kan stille spørgsmålet: Hvornår begynder man at tage psykisk sygdom lige så alvorligt som man tager fysisk? Indtil videre har man indført udredningsgaranti i psykiatrien i det omfang, at man kan sikres udredning indenfor 60 dage. Det angives ligeledes på Danske Regioners hjemmeside at der er "differentieret ret til behandling", uden at de uddyber hvad det betyder.⁴⁰

En forklaring på hvad der ligger i ordet differentieret kan man dog finde på OCD-foreningens hjemmeside. Det indebærer, at man prioriterer patienter med sværest psykisk lidelse først.⁴¹ Dette kan måske være en forklaring på hvorfor Mathilde har ventet et helt år fra hun var færdigudredt uden at få behandling. De har muligvis vurderet, at andre patienter har mere akut brug for hjælp, og ladet dem komme foran hende i køen.

I region Midtjylland skulle forholdene, at dømme ud fra hvad de skriver på deres hjemmeside være bedre. Der trådte der fra 1. september 2014 regler i kraft om behandlingsgaranti indenfor 60 dage. Det vil sige, at hvis man ikke har påbegyndt behandling indenfor 60 dage fra man er færdigudredt, har man ret til at søge lignende

³⁹ ibid. linje 319-325

⁴⁰

<http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2014/august/regionerne+klar+til+hurtig+udredning+i+psykiatrien>

⁴¹ <http://www.ocd-foreningen.dk/om-ocd>

behandling ved privat behandlingstilbud, givet at der på disse er kortere ventetid end der er i det offentlige tilbud.⁴² Det samme gælder for region Sjælland.⁴³

Det giver mening at de patienter, der har akut brug for hjælp kommer til med det samme. Men hvis man, uden tidsbegrænsning, løbende kan skubbe andre patienter bag i køen, kan man forestille sig at de psykiske problemer blot bliver værre som et resultat heraf.

6.0 Analyse ud fra teori

6.1 Tema 1:Uvished

Det giver, set med både fra kognitiv og psykodynamisk teori, mening at medinkludere patienten, og holde denne orienteret. For Alford & Beck var det vigtigt i kognitiv terapi at involvere patienten i det terapeutiske arbejde, også i rationalet bag hvordan det fungerer. De mente, som allerede nævnt, at en del af det terapeutiske arbejde består altså i at få patienten til at se rationalet i at tænke og handle anderledes, så denne også selv kan varetage sine egne forandringer(Alford&Beck.p.12). Ideen med dette er, at hvis patienten forstår rationalet bag en vis mestringsstrategi eller øvelse, vil denne også selv kunne bruge dem udenfor den terapeutiske ramme. Hvordan skal dette lykkes hvis ikke patienten forklares hvad formålet med pakkerne er, eller hvad det næste skridt i henholdsvis ventetid og behandling er?

Indenfor den psykodynamiske tilgang har relationen og den terapeutiske alliance stor betydning. Denne relation bygger på tryghed og tillid, hvilket er svær at opnå, når patienten konstant er optaget af uvished omkring hvor meget hjælp han eller hun kan få. Desuden må man arbejde for at opbygge alliancen, der både er vigtig i kognitiv terapi og psykodynamisk, hvilket man netop gør gennem ærlighed og ved at forklare hvorfor man gør som man gør.

Som det tidligere er nævnt, har forsamtalerne indenfor dynamisk terapi også en terapeutisk funktion. Når de ligger med så lang tid imellem som de for begge

⁴² <http://www.psykiatrien.rm.dk/patient/rettigheder/behandlingsgaranti-og-behandlingsret/>

⁴³ <http://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Ny-udredningsret-og-behandlingsgaranti-for-psykiatrien-er-traadt-i-kraft.aspx>

informanter har gjort, og det er forskellige mennesker, der varetager dem, kan man argumentere for at de mister deres terapeutiske funktion.

Det er desuden nævnt tidligere, at alliancen muligvis er en af de vigtigste variable i terapien, for at patienten kan udnytte denne bedst muligt. Når patientens første måneder i mødet med psykiatrien er præget af usammenhængende kontakt med forskellige mennesker, kan det være vanskeligt at opbygge en alliance eller vigtig relation.

Der kan altså argumenteres for, at psykiatrien herved ikke lever op til det oprindelige formål med pakkebehandlingerne med at skabe behandling af høj kvalitet, så længe at det ikke lykkes dem at skabe en sammenhængende, tryk og velinformeret oplevelse for patienten, med en god stabil relation.

6.2 Tema 2: At føle sig tryk og støttet

Under dette tema bliver argumentet om relationen endnu stærkere, eftersom begge informanter på hver deres måde udtrykker behov for en støttende relation.

Mathilde taler særligt om et ønske om at blive støttet og hjulpet. Psykodynamisk kan det forklares Kleiniansk eller objektkonceptteoretisk ved at det kunne være et udtryk for ønsket om et godt objekt, hun kan internalisere og bære med sig, hvilket kan skabe tryk. En ting, der kan være bekræftende overfor at behandleren kan fungere som det gode objekt, er at Mathilde udtrykker en følelse af tomhed hver gang hun har sluttet et terapeutisk forløb. Dette kunne være en indikator for en følelse af objekttab, der medfører sorg, utryk og i stærkere tilfælde angst.

Klein skriver at hvis barnet udsættes for stærke psykiske farer i form af en overvægt af negative oplevelser kan det udvikle psykisk konfusion. Fragmentering sammen med projektiv identifikation kan skabe denne krisetilstand, hvilket kan føre til en manglende evne til at finde det rette objekt at elske og identificere sig med. Både objektet og egoet desintegreres. Dette vil sige at barnet ikke udvikler et sammenhængende ego, med gode integrerede objekter. I stedet for at rette fjendtlige følelser mod objektet, retter barnet dem mod sig selv, og får et ønske om selvødelæggelse (Klein, 1975, p. 143f.)

Dette vil sige at det er afgørende for at barnet ikke skal udvikle en patologi, at det introjicerer nogle gode objekter. Det er da også en af Kleins hovedpointer: at introjektionen af det gode bryst er afgørende for opbyggelsen af et kerneego – for

hende er kerneegoet medfødt, men svagt og afhænger af gode objektrelationer til at styrke det(ibid.p.135).

Selvom det er voksne patienter der her er fokus på, kan der stadig argumenteres for behovet for et godt objekt, der kan introjiceres. Ud fra Kleins optik, kan manglen på et godt objekt i værste tilfælde medføre at patienten vender fjendtlige følelser indad. Hvad kan dette betyde i praksis? Muligvis at patienten udvikler en selvkritisk tankegang eller i værste tilfælde bliver selvskadende.

Med kognitive ord kan det siges at man muligvis risikerer at patienten udvikler negative kerneskemaer og en negativ attributions stil. Med kognitiv optik ville dette naturligvis ikke skyldes manglen på et godt objekt, men snarer manglen på en behandlingsalliance, hvori patienten kan udfordre kognitive mønstre.

Odin udtrykker en følelse af aldrig at få *nok* behandling, og at begrænsningen på 14 terapigange, som pakkerne giver fylder meget for ham. Under interviewet med ham fik jeg en klar følelse af umættelighed (her arbejder jeg altså ud fra en overføringsfølelse), der gik igen hos ham. Klein nævner i sin teori grådighed, der kan være et udtryk for sadistiske fantasier, der følger frustration. Hvis vi skal prøve at undgå at gå for meget ind i selve de sadistiske fantasier, som der allerede er argumenteret imod, kan det måske siges mere mildt: Det er en mulighed at en årelang frustration i forbindelse med Odins kontakt med psykiatrien, som følge af at han ikke føler han får nok hjælp, har medført en umættelighed hos ham.

Han udtaler selv at han ville kunne få langt mere ud af psykiatrien hvis han vidste han kunne få nok hjælp. Ordet *nok* er her det centrale. Det er en mulighed, at patienter med samme personlighedsorganisering som Odin altid vil blive fokuserede på tidsbegrænsningen på 14 gange, som pakkebehandlingerne indeholder. Det kan muligvis være hindrende, når man arbejder med denne type patient, at tiden på forhånd er givet. Her ville det eventuelt give mening at man i stedet løbende evaluerer, og at psykologen vurderer hvornår det er tid til at slutte behandlingen. Er begrænsningen på 14 gange et spørgsmål om besparelser, må psykologen have med i sine overvejelser, at arbejde mere kortsigtet.

6.3 Tema 3: Opskriften på god terapi

Til spørgsmålene, der vedrører hvad der er god terapi, og hvad der udgør en god behandler, har Mathilde og Odins svar indhold der peger mod både kognitiv og psykodynamisk terapi.

Odin fortæller om hans gruppeterapi i psykiatrien, der ud fra ord som ”opgaver” og ”papirarbejde” og hans fortællinger om mestringsstrategier de fik til fx at kunne handle ind, lyder kognitiv. Han siger både at disse strategier kan være behjælpelige (hvis de bliver gjort håndgribelige, og der er nok tid til at få dem indlært bedre), men også at han har behov for noget mere end symptombehandling. Han vil tale om dybere følelser så som skam (ting, der er pinlige for ham) og han vil også gerne tale om årsagerne til sine problemer.

Psykodynamisk terapi kunne, i kombination med kognitiv, imødekomme disse ønsker, eftersom man her både fokuserer på ubevidste ønsker, fantasier, følelser med videre, men også eftersom man ser på hvor relations mønstre stammer fra og hvordan de gentager sig.

Mathilde understøtter vigtigheden af at blive forstået, hvilket flere terapeutiske tilgange kan opnå. For den kognitive tilgang ville Becks første stadie af terapien, empatisk at forstå patientens konstruktion af verden(Alford&Beck,p.24), kunne udfylde dette behov. For psykodynamisk terapi er et vigtigt element af terapien at terapeuten skal kunne rumme patientens følelser. Ideen med, at terapeuten fungerer som en modtager af patientens projicerede følelser, og sender dem tilbage i en anden form er en del af ideen om at kunne rumme, men også at patienten føler sig set og spejlet.

Desuden ønsker Mathilde hjælp, til at se mere positivt på tingene. Dette klinger kognitivt. Hun siger at hun har en tendens til at komme til at se negativt på alting, og at hun ønsker hjælp til at vende hendes *måde at tænke på*. Eftersom det direkte er tanken hun slår ned på, kunne kognitiv terapi under alle omstændigheder være ideel.

Mathilde udtrykker dog også et ønske om ”noget mere”, hun ved bare ikke hvad det er. Dette kan både være et udtryk for, at hun aldrig har følt sig færdigbehandlet, men det kan også være et udtryk for at hendes behandling ikke har været dybdegående nok. Hun siger det i en kontekst, hvor hun taler om tanker, og at der skal mere til end blot at arbejde med dem. Derfor kan vi antage at det ”mere” hun

taler om er et mere emotionelt fokus. Der er flere former for terapi, der tilbyder dette fokus, men en af dem er den psykodynamiske.

Begge informanter giver altså udtryk for at det umiddelbart hjælper at arbejde med tanker, men at der skal mere til på længere sigt.

Odin udtrykker om den (muligvis) kognitive behandling han har modtaget indtil videre, at han til tider har følt at han fik ”værktøjer smidt i hovedet” uden at kunne overskue dem. I kognitiv optik giver det ingen mening at arbejde terapeutisk uden at inddrage patienten. Der kan argumenteres for, at den kognitive terapi han har modtaget indtil nu, har følt mangelfuld for ham, fordi den ikke lever op til kognitiv terapies egne retningslinjer om, at det er et samarbejde mellem patient og terapeut på lige fod.

Begge patienter har altså behov for hjælp til at håndtere symptomer, men også for mere dybdegående terapi, der ser på årsagerne til disse symptomer. Desuden kan det udledes at begge patienter har brug for at blive hørt og respekteret ved at blive behandlet ligeværdigt.

6.4 Tema 4: tidsaspektet

Eftersom Odin udtaler at han på forhånd bliver opgivende overfor terapien, når han ved at der er tidsbegrænsning på, kan et argument være at tidsaspektet bliver en hindring for opbygningen af en god behandlingsalliance, hvilket går ud over udbyttet af terapien.

At Odin føler at hans behandlingsforløb afsluttes før han er færdigbehandlet, er hverken ideelt set ud fra kognitiv eller psykodynamisk teori. Fra et kognitivt synspunkt betyder det, at han ikke får nok tid til at etablere alternative kognitive mønstre på en måde, så de bliver naturlige for ham. Fra en psykodynamisk synspunkt betyder det, at der ikke er nok tid til omorganisere de eksisterende objektrelationer, fordi der ikke er tid nok til at arbejde relationelt.

For Mathilde er den del af tidsaspektet der fylder ventetiden. Der er allerede argumenteret for tidligere at denne ventetid, og manglen på et godt objekt, muligvis kan resultere i, at hun rent faktisk får det dårligere. Et kognitivt argument kan være at de maldaptive skemaer hun allerede har, bare bliver mere faste i ventetiden, og derved bliver vanskeligere at omstrukturere når hun så kommer i behandling.

6.5 Opsummering:

Det kan rent opsummerende siges at informanterne i dette speciale ikke er tilfredse med det møde de har haft med psykiatriens behandlingspakker.

Tidsbegrænsning, lang ventetid, mangel på information, der skaber uvished og manglen på en tryk relation er alle faktorer der har været med til at hindre bedring i deres kontakt med psykiatrien. Eftersom Mathilde endnu ikke har modtaget behandling fra psykiatrien, kan hendes udtalelser ikke bruges som en kritik til selve behandlingsaspektet. Det de kan benyttes til er en kritik af den måde forsamtaler og ventetid er opbygget på, hvilket for hende har skabt utryghed og muligvis gjort at hun har fået det endnu værre.

Gennem det Odin giver udtryk for kan det udledes at han i den seneste behandling har en god alliance med sin terapeut. Men tidsaspektet er stadig en hindrende faktor.

En opsummerende kommentar kunne være, at man i et forsøg på at effektivisere psykiatrien og højne kvaliteten af behandlingen, netop har opnået det modsatte. For at bruge Odins ord:

”så ser man den som slow og inaktiv, hvad hedder det insufficient... og man kan få sådan en grundlæggende behandling, men det er ikke den bedste behandling”⁴⁴

Kombinationen af et deskriptivt fokus, hvor patienterne pakkes ned i kasser, uden at de forklares hvorfor der gøres som der gøres, med at de ikke ved om de kan få nok hjælp er med til at skabe en psykiatri, hvor der muligvis er større risiko for at patienterne kommer igen, og hvor kvaliteten af den behandling patienterne forringes af dårlige behandlingsalliancer.

7.0 Metode diskussion

I dette afsnit vil der blive taget kritisk stilling til den metode, der er blevet anvendt til at undersøge problemfeltet, samt det videnskabsteoretiske grundlag, der er arbejdet ud fra.

⁴⁴ Bilag 2 linje 293-296

Når man vurderer sit studies kvalitet giver det, som tidligere nævnt mening at tage højde for den interne validitet. Giver den måde jeg har undersøgt genstandsfeltet psykiatriens pakker på mening i forhold til det jeg ønskede at undersøge?

Gullberg taler, som tidligere nævnt om at man indenfor humanvidenskaben undersøger et subjekt-subjekt forhold, og derved ikke adskiller et fænomen fra individets oplevelse af det, men også at man derved arbejder ud fra den overbevisning, at det genstandsfelt man undersøger ikke er en konstant størrelse(Gullbjerg,p.29). Det er altså subjektet eller individets *oplevelse*, der er af interesse. Ud fra dette synspunkt giver det mening at undersøge det på en måde, der muliggør at subjektets oplevelse af genstandsfeltet kan blive beskrevet på dybdegående vis. En måde at gøre dette på er ved interview. Det var også en mulighed at gøre det gennem fx cases. Interview metoden valgte først og fremmest på grund af tilgængelighed. Jeg havde kontakt med mennesker, der har faring med psykiatrien. Det var med i mine overvejelser at lave cases af deres historie, men der var flere årsager til at jeg vurderede interviewet som mere ideelt. Disse handlede om hvad interviewet tilbyder overfor hvad casen tilbyder.

Når man arbejder med case har man mulighed for at få en dybdegående og historisk fremstilling af en person og dennes problematikker. Men interessen for dette speciale lå på det specifikke felt psykiatriens pakkebehandlinger og informanternes oplevelse af disse, og ikke på hele informanternes livserfaring. Interviewet tilbyder et indblik i informanternes holdninger til/vurdering af/følelser knyttet til et bestemt fænomen på et givent tidspunkt. Det muliggør altså at man sammen med informanten fordyber sig i et bestemt emne.

En ulempe ved at man får et indblik i informantens oplevelse af et fænomen *på et givent tidspunkt* er at det er flygtigt. Husserl mente, at et objekt ikke har en endelig form, men er flygtigt og at erkendelsen af det ændrer sig fra et øjeblik til et andet. Derfor er objektivitet også flygtig, mente han(jf. afsnittet om fænomenologi).

Når man arbejder ud fra dette synspunkt, ser man altså ikke objektivitet som noget man kan bestræbe sig på, men ser værdien i den beskrivelse af fænomenet, der er tro mod informantens på et givent tidspunkt. Man må dog tage højde for, at informanternes oplevelse af psykiatriens pakker kan ændre sig med tiden, og at den måde de fremlagde dem på den givne dag, hvor interviewet fandt sted, kan have været være påvirket af flygtige faktorer som humør, ting der var sket umiddelbart forud for interviewet mm.

Interviewet giver altså mulighed for at komme tæt på informanternes oplevelse af et bestemt fænomen, men på et givent tidspunkt, og der må tages højde for at denne oplevelse kan ændre sig.

For at komme så tæt som muligt på informanternes oplevelse af deres kontakt med psykiatriens pakker, er det semistrukturerede interview anvendt. Fordelene ved det semistrukturerede interview er allerede nævnt, men der er nogle eventuelle fejlkilder, som det også giver mening at tage højde for.

Kvale og Brinkmann beskriver hvordan interviewet kan ses som en situation med en ujævn magtbalance (Kvale & Brinkmann, p.51). Jeg sidder som interviewer med spørgsmålene, og kan derved styre samtalen. Men spørgsmålet er, om den ujævne magtfordeling også kan vippe og fordele sig den anden vej. Informanten kan fx nægte at svare, eller bevæge sig ud i større fortællinger der har mindre, eller ingen relevans. Det semistrukturerede interview gør det i sådanne situationer sværere at kontrollere hvor interviewet bevæger sig hen.

Desuden giver det, ud fra argumentet om at samspillet mellem interviewer og informant har betydning for den viden man kreerer, mening at tage højde for mit forhold til informanterne. Det er en mulig fejlkilde i dette speciale at jeg på forhånd kender informanterne. Det er både en mulighed at det påvirker informanternes svar negativt, ved at der er ting de udelader at komme ind på, eller ved at de taler om bestemte emner, fordi det er mig der sidder overfor dem. Men det er også muligt at det påvirker interviewet positivt, fordi informanterne stoler på mig, og derfor åbner sig mere. Det kan ikke undgås at samspillet mellem informant og interviewer er en variabel, men det at jeg kender dem kan eventuelt gøre det til en variabel med for stort påvirkning på udfaldet af interviewet, om det så er positivt eller negativt. Det ideelle scenarie ville være at vores indbyrdes relation ikke var en variabel, men det kan man som tideligere nævnt ikke undgå. Skulle undersøgelsen gennemføres igen, kunne jeg muligvis have fået en medstuderende til at gennemføre interviewet for mig.

En anden mulig fejlkilde kan være min teoretiske positionering. Som det allerede er nævnt i indledningen, er det muligt at min erfaring med psykodynamisk terapi gør mig tilbøjelig til at tænke mere psykodynamisk end kognitivt. Selvom det er en positionering, jeg løbende har forsøgt at tage afstand fra, er det muligt at den kan have påvirket de spørgsmål, jeg har stillet og derved også informanternes svar.

Min teoretiske positionering kan ikke kun påvirke interviewet, men også hvordan transskriptionerne fortolkes. Her har jeg løbende forsøgt at være opmærksom på at fortolke både fra en psykodynamisk og kognitivt synspunkt.

Men det er ikke kun mine fortolkninger, der kan påvirke hvordan informanternes oplevelser udlægges. Set ud fra Smiths idé om dobbelthermeneutik(Smith.et.al.p.3), har informanterne på forhånd forsøgt at få deres oplevelser til at give mening, hvilket også påvirker den måde, de fremstiller dem på.

Man må altså tage højde for, at det ikke er muligt at få en beskrivelse af den rene oplevelse, fri af fortolkning. I dette speciale har jeg forsøgt at adskille fortolkning og beskrivelse, ved at gøre det klart hvornår jeg udelukkende arbejder fænomenologisk og hvornår jeg arbejder hermeneutisk.

En overvejelse jeg efter interviewene har gjort mig, om den måde jeg stiller spørgsmålene på, er at jeg ofte formulerer dem med ”psykiatrien” og ikke ”psykiatriens pakker”. Skulle jeg gøre det igen, ville jeg gøre spørgsmålene mere specifikke, så det blev klart at de handlede om psykiatriens pakkebehandlinger.

En anden overvejelse jeg senere har gjort mig er, at det måske ville have givet bedre mening at begge informanter havde erfaringer med hele pakkeforløb, da det er alle dele af pakkeforløbene, ikke kun forsamtaler og udredning, der har interesse. Jeg var før interviewene startede ikke klar over, at Mathilde endnu ikke har gennemført et pakkeforløb. Dette viser, at det er en god ide på forhånd at definere klare kriterier for de informanter man inddrager i undersøgelsen.

Det blev desuden tydeligt for mig gennem interviewet med Odin at han er en meget erfaren patient i psykiatrien, hvilket fremgik af at han benyttede sig af ord som ”symptombehandling”. For det første kan det betyde at han reagerer meget rationelt på mine spørgsmål, og måske på forhånd har en idé om hvad jeg vil spørge om, og hvad der ligger bag mine spørgsmål. Det kan gøre at noget af spontaniteten i svarene forsvinder, og at de derved bliver planlagte fortællinger, frem for umiddelbare reaktioner på mine spørgsmål. Dette fjerner fortællingen fra den oprindelige oplevelse, og lader den blive farvet af rationalisering. Odin kan have udviklet en så kritisk holdning til psykiatrien, at han ikke tror på den behandling han modtager, hvilket kan påvirke hans fremstilling af den.

Dette åbner for en anden overvejelse omkring min tilgang til at undersøge psykiatriens pakkebehandlinger. Den teoretiske vinkling har til formål at bidrage med en vinkel der er forankret i terapeutisk metode. Den empiriske vinkling har til

formål at beskrive psykiatrien ud fra et perspektiv af nogen, der rent faktisk har haft kontakt med pakkerne. Her er der dog en vigtig ting at tage højde for: Det er udelukkende fra patienternes synsvinkel. Oprindeligt var det med i mine overvejelser også at inddrage et behandler perspektiv, og jeg havde da også taget kontakt til psykiatrien, og var i korrespondance med en psykolog. Grunden til at jeg valgte at skære det fra, var en vurdering af at jeg, grundet pladsmangel, måtte indskrænke mit fokus. Det er en mulighed at disse speciales argumenter havde bevæget sig i en anden retning i tilfælde af inddragelse af informanter i behandlerrollen. Det kunne være interessant at undersøge yderligere, givet mere tid og plads.

Ud over at tage højde for faktorer, der kan have påvirket den interne validitet, giver det mening på samme måde at tage højde for den eksterne validitet og stille spørgsmålet: Har denne undersøgelses fund nogen validitet for en større population? Siger det noget om hvordan psykiatriens pakkebehandlinger generelt opfattes af patienter?

Svaret er ja og nej. Det siger noget om hvordan pakkerne *kan* opfattes. Der er på fænomenologisk vis taget udgangspunkt i den enkelte patients oplevelse af hans og hendes kontakt med psykiatrien. Det begrænser hvor vidt de temaer, der blev fundet kan generaliseres til at gøre sig gældende for alle patienter, der har kontakt med psykiatrien. Man skal dog ikke undervurdere værdien af at der er to informanter frem for en: Det blev muligt at finde fælles temaer, der gik igen på tværs af de to interviews, på trods af forskelligheder ved informanterne. Dette åbner for muligheden, for at det samme ville gøre sig gældende ved en større population. Der er ikke fundet frem til den endelige sandhed man søger indenfor det positivistiske paradigme, men det blev muligt på dybdegående vis at undersøge fænomenet ”psykiatriens pakker” i sin helhed, set ud fra to patienters perspektiv. Der er skabt mulighed for at diskutere problemstillingen, og komme med *bud* på problematikker ved den måde pakkebehandlingerne er opbygget på.

8.0 Kapitel 3:

Opsummerende diskussion og bud på forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger

Diskussionerne i dette speciale har haft flere funktioner. Først og fremmest at tage kritisk stilling til den teori, der er anvendt, dernæst at diskutere teorien op imod hinanden, og så endelig at tage stilling til problemstillingen. Der vil nu komme en opsummering af diskussionspunkterne, samt en sammenfatning af den teoretiske diskussion og analysen, med det formål at svare på begge komponenter af problemstillingen:

Hvilke styrker og svagheder kan der være ved psykiatriens pakkebehandlinger

- *set ud fra kognitiv og psykodynamisk behandlingstradition?*
- *set ud fra udtalelser fra to patienter?*

Efterfølgende vil der komme en endelig del, der indeholder bud på hvad den foregående diskussion giver af muligheder for forslag til forbedring i pakkebehandlingerne, for at svare på sidste del af problemstillingen:

- på grundlag af dette, hvilke ideer kan vi få til forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger?

8.1 Styrker og svagheder ved psykiatriens pakkebehandlinger

Der er blevet set på psykiatriens pakkebehandlinger ud fra en kognitiv og en psykodynamisk vinkel. Nogle af hovedpointerne, der gentagne gange er blevet vendt tilbage til, er at den måde psykiatriens pakkebehandlinger er opbygget på, kan skabe en deskriptiv tankegang, der sætter metode før individ og evidens før sund fornuft. Kravet om evidens kan være med til at skabe en tilgang til viden, hvor man vægter faglig erfaring lavere end det, man kan kategorisere som videnskabelig evidens.

I det foregående har en diskussion om evidenskravet fundet sted. Et af argumenterne, der blev draget var at evidensbaseret terapi opfylder kravet om at være velundersøgt, hvilket muliggøres af definerbare variable. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med at det er en overlegen terapiform, men at den er velundersøgt. Det bliver foreslået at man lader evidens bidrage til faglig erfaring, men også argumenteret for at det stiller krav til et samarbejde mellem forskning og behandlingsdelen af psykologifaget, så der kan skabes viden der også har en relevans i praksis. En videnskabelig tilgang til psykologi som fag har fordelene at man forholder sig kritisk og sagligt til hvad der er viden, samt at faget udvikler sig. Et argument er dog, at det er relevant at stille spørgsmål til hvad der forskes i og hvorfor. Hvilke påvirkningsforhold er det egentligt man undersøger, og hvad har det af relevans for psykologien i praksis?

Et andet argument, der gennem specialet går igen, er at den måde pakkebehandlingerne er opbygget på ikke tager højde for værdien i at arbejde relationelt. Først og fremmest fordi forsamtalerne varetages af forskellige mennesker, og fordi at der i visse tilfælde går lang tid mellem dem. Der ud over fordi der i hænder at gå lang tid fra de er afsluttede og terapien begynder. Derved mister patienten muligheden for at opbygge en tryk relation til en enkelt behandler, og forsamtalerne mister deres terapeutiske funktion.

Fra et psykodynamisk synspunkt er det uhensigtsmæssigt ikke at tage højde for relationen, både grundet dens terapeutiske funktion, men også fordi man så ikke medregner de ubevidste relationelle processer der forgår mellem terapeut og patient.

Fra et kognitivt synspunkt modvirker det formålet med kognitiv terapi i sig selv, ikke at medinddrage patienten i terapien, og ideen bag de ting, man gør. I så tilfælde lærer patienten ikke at tænke på denne måde selv, og inkorporere alternative måder at tænke på.

Begge informanter giver udtryk for et ønske om en god relation til en behandler, og begge giver udtryk for at den kan mangle, særligt i udredningsprocessen. Desuden udtrykker de begge at de ikke føler sig medinddragede og informerede omkring hvad der kommer til at ske i deres forløb, hvilket er med til at skabe større utryghed.

Dette afspejler at mødet med den ambulante psykiatri, i hvert fald for dette speciales informanter, kan være en utryk og usammenhængende oplevelse. En oplevelse, der for Odins vedkommende delvis forsvinder i hans møde med en

behandler, han er glad for, dog med den hindring at han føler at der er tid på deres relation.

Et andet argument mod at diagnosticere deskriptivt, er at man således mister diagnosens validitet. Giver den mening for patienten og dennes vanskeligheder? Eksempler på dette er at Mathilde gav udtryk for ikke at vide hvad hende diagnose betød(Bilag 1, linje 103-113) og Odin fortalte om at han selv var overbevist om at have OCD, men psykologen insisterede på at det ikke var hans problem(Bilag 2, linje 19-24).

Faren ved at tænke kassetænkning i forhold til diagnose, kan muligvis være at man glemmer respekten for det enkelte menneske og dennes oplevelse. En respekt, der kan tænkes at være en vigtig del af den terapeutiske alliance.

Noget, der taler for at pakkebehandlingerne skaber mulighed for at højne kvaliteten i den ambulante behandling, er at det at pakkerne på forhånd er standardiserede, gør at man stiller krav til den enkelte psykolog om at arbejde på en måde, man mener virker. Det er ikke nødvendigvis en fordel helt at fraskrive sig en videnskabelig tilgang til psykologifaget, som det også er argumenteret for i afsnit 3.10.3. Men for at undersøge hvilke tilgange, der virker, må man finde metoder, der kan rumme at måle alle former for terapi, ikke kun nogle. Desuden kan man stille sig selv spørgsmålet: Virker for hvem? Patienterne i psykiatrien er ikke en homogen gruppe, og hvor nogle har brug for kognitive værktøjer, kan andre have brug for at arbejde med følelsesmæssige problemstillinger. Kvalitet i behandlingen kan altså være en ting for en patient, og noget helt andet for en anden.

I indledningen blev der spurgt hvordan psykiatriens pakker befinder sig i spændingsfeltet mellem de to terapeutiske traditioner. Stiller de to former for terapi forskellige krav til pakkebehandlingerne? I et forsøg på at besvare dette, er både den kognitive og den psykodynamiske behandlingstilgang blevet fremstillet, og diskuteret. Dette blev gjort ved at diskutere determinants, om kognition eller emotion er det grundlæggende, og hvordan man skal forstå sygdomsætiologi. Et grundlæggende argument, der kan drages ud af disse diskussioner, var at man ikke kan dele mennesket op i enkeltdele, men må se dimensionalt på det i sin helhed.

Man kan ikke, ud fra argumenterne der i dette speciale blev fremført, kalde mennesket determineret/ikke determineret, men må tale om mere eller mindre grad af determinants. På samme måde kan man ikke tale om én faktor (miljø, biologi el. noget tredje) der lægger til grund for udviklingen af patologi, men må forstå dette

som et dynamisk samspil mellem flere faktorer. I diskussionen mellem kognition og emotion, kan man ikke adskille de to processer, men må se på begge, og samspillet mellem dem, når man vil forstå mennesket.

Derfor kan man argumentere for at man heller ikke kan koge mennesket ned til en deskriptiv diagnose, hvilket man muligvis gør, når man lader diagnosen være udgangspunktet for den behandlingsplan man ligger for patienten. Der bliver gennem specialet argumenteret for at man med fordel kan tage udgangspunkt i det enkelte og hele menneske, og dennes subjektive oplevelse af sine problemer, når man vil behandle.

Hvad betyder dette i forhold til spørgsmålet om hvorvidt de to terapeutiske traditioner stiller forskellige krav til psykiatriens pakkebehandlinger? Først og fremmest kan det siges at det gør de muligvis. Ud fra et kognitivt synspunkt ville man sige at en patient er færdigbehandlet når han eller hun er symptomfri. Desuden ville man jf. Becks holdninger til at psykologien skal forholde sig til videnskabelighed, stille krav om empirisk evidens for den måde man arbejder på. Både behandlingsmål og evidenskrav klinger godt med pakkebehandlingerne. Behandlingsmål gør det fordi det, set ud fra tidsbegrænsningen, giver mening at arbejde med en tilgang, der virker hurtigt, og det kan det tænkes at Kognitiv terapi gør, når man ser patienten som færdigbehandlet, når denne er symptomfri.

Ud fra et psykodynamisk synspunkt ville man se patienten som færdigbehandlet, når denne har internaliseret alternative objektrelaitoner, som han eller hun kan overføre til andre sociale sammenhænge. Dette kan muligvis tage længere tid.

Men ud fra argumentationen om at begge terapeutiske tilgange har noget at byde på, og at man skal tilpasse metoden til patientens behov og ikke omvendt, kan man sige at kravene til psykiatriens pakkebehandlinger ikke altid behøver være de samme. Det afhænger af den enkelte patient, og hvad denne har brug for fra pakkebehandlingerne.

Ser man på det på denne måde, giver kravet om et homogent kvalitetsniveau i behandlingen ikke mening. Hvorfor søger man at ensarte, når den patientgruppe man arbejder med er så heterogen, som den er? En risiko ved dette bliver at de færdigsyede pakkebehandlinger medfører en kassetænkning, der snarer sikrer kvantitet end kvalitet.

8.2 Bud på forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger

I 2011 skrev Lene Falgaard Eplov, overlæge og Ph.d en besvarelse af Helsefondens prisopgave, der lød således: ”Den optimale helhedsorienterede indsats for mennesker med sindslidelse, der er i kontakt med både social – og behandlingspsykiatri: hvem gør hvad, hvornår, og hvordan iværksættes det i praksis”(Eplov,2011,p.0).

Eplov skriver at det giver mening at undersøge mulighederne for en helhedsorienteret psykiatri(eplov,2011,p.1). Hun foreslår at løsningen er at udvikle samarbejdsmetoder mellem de forskellige dele af psykiatrien, der sikrer at patienten mødes med en sammenhængende behandling på trods af at indsatsen kommer fra forskellige instanser(ibid.).

Eplov argumenterer blandt andet for individualiserede indsatser (rehabilitering skal ikke gennemføres som standardiserede pakkeløsninger, da der er mange faktorer, der spiller ind på processen, der skal tages højde for) og helhedssyn (de enkelte dele i processen skal integreres som en helhed under opfattelsen af helheden er mere end summen af dens dele, og at en enkelt del ikke kan gennemføre rehabilitering alene, men kun er en del af indsatsen).

Desuden argumenterer hun for en model, hvor patienten har stabilitet i de støttende figurer der er der for dem gennem deres forløb. Hun præsenterer noget hun kalder ”broker” modellen, hvor en koordinator er til rådighed for den sindslidende gennem dennes udredning og behandling. Denne koordinator følger patienten og hjælper med at udarbejde en plan, opfylde behov og guide i servicetilbud, samt opretholder kontakt. Dette skaber en kontinuitet for patienten med en stabil kontakt, som denne har tillid til(ibid.p.9-10).

Hun slår endvidere et slag for tværfaglighed og præsenterer ideen om teamdannelse hvor teams på tværs af faglighed samarbejder om en patients forløb. En model hun nævner er ACT (Assertive Community Treatment) der på dansk er kendt under navnet Opsøgende psykose team eller Opsøgende psykiatriske team. (ibid.p.11-12). Vi har allerede team som disse i psykiatrien. Et eksempel på dette er

OPUS, der her i Aalborg har sin egen afdeling hvori man arbejder helhedsorienteret mod en samlet løsning for den unge med skizofreni⁴⁵.

Hvis psykiatriens pakkeløsninger skulle forbedres, kunne en mulighed være for det første at udvikle et samarbejde mellem de forskellige ambulatorier, der gør det muligt at overførslen fra et ambulatorium til et andet bliver mere glidende.

En anden mulighed kunne være, at implementere Eplovs Broker-model i en mildere form. Dette kunne gøres ved fx at holde et minimum af kontakt med patienten mellem forsamtaler, i ventetiden til behandling og muligvis opfølgende efter endt behandling. Dette kunne ske pr. mail, eller ved telefonopringninger, hvor patienten får information om venteliste (også selvom det ikke har ændret sig). En effekt det kunne have for patienten, er at denne muligvis ville føle sig mindre overladt til sig selv, og mere taget hånd om.

9.0 Konklusion

Løbende i dette speciale, er der blevet forsøgt at svare på spørgsmålet om hvilke styrker og svagheder, der kan være ved psykiatriens pakkebehandlinger, både ud fra teori og empiri.

Der blev argumenteret for at den måde psykiatriens pakkebehandlinger er opbygget på er for deskriptiv, set ud fra psykodynamisk teori. Et argument er at man gennem deskriptiv diagnostik ikke tager højde for patientens egen oplevelse af sine symptomer, og at et fokus, der udelukkende ligger på diagnose kan ende i at man glemmer mennesket bag, og derved dettes behov.

Kravet om evidens, tidsbegrænsningen på behandlingen og psykoedukation er alle sammen elementer ved pakkerne, der er forenelig med kognitiv teori. Det vil sige at denne terapiform kan fungere indenfor pakkebehandlingernes rammer. Vender man det om, foreskriver kognitiv teori ikke at man arbejder på denne måde. Gennem diskussionen af evidens, er der desuden blevet argumenteret for at

⁴⁵ <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Brandevej/Ambulatorium-for-Unge-med-Skizofreni---OPUS.aspx>

evidensbaseret terapi er lig med velundersøgt terapi, ikke nødvendigvis med den bedste terapeutiske metode.

Arbejdet med dette speciale, har medført en læringsproces for mig. Mit teoretiske fundament er blevet udfordret. Det overraskede mig at høre informanternes udtalelser om hvad de havde brug for fra terapi. Min erfaring med den psykodynamiske terapi gjorde at jeg forventede de ville sige at de foretrak at arbejde mere dybdegående med følelser, så deres udtalelser om hvor meget kognitive værktøjer (eller det der kan fortolkes som kognitive værktøjer ud fra det de siger) kan hjælpe dem, når de har det værst, overraskede mig.

Empirien gav dette speciale en vinkel på hvordan det *kan opleves* at være patient, der er i kontakt med psykiatriens pakketilbud. Her var et budskab, på tværs af de to informanter klart: De føler sig begge overladt til sig selv, og derved utrygge. Det blev særligt tydeligt at udredningsfasen, men også at afslutningen medførte en følelse utryghed og af ikke at få hjælp nok. På baggrund af dette, og på baggrund af det teori, der lægger vægt på betydningen af relationen i behandling, er der i den sidste diskussion af dette speciale kommet forslag til forbedringer af psykiatriens pakkebehandlinger. Den omfattende version ville være at opbygge den ambulante behandling helt anderledes, hvor man følger Eplovs forslag og skaber helhedsorienteret behandling, der går på tværs af både behandlings- og socialpsykiatri og tager udgangspunkt i det enkelte menneskes behov. Den mindre opfattende version, som nok også er langt mere sandsynlig, er at man forsøger at skabe en følelse af tryghed for patienten, ved som minimum at give denne en kontaktperson (det kunne være sygeplejerske, socialrådgiver eller anden fagperson), der følger op på patienten ved en telefonopringning eller e-mail, både i ventetiden og efter afslutning.

Formålet med dette speciale var at diskutere *styrker og svagheder* ved psykiatriens pakkebehandlinger. Rent retrospektivt kan det siges, at fokus nærmere kom på svagheder end styrker. Om dette skyldes at der ikke er så mange styrker ved pakkebehandlingerne, eller om det skyldes min fokusering er så spørgsmålet. Her skal der nok tages højde for, at jeg i mit frivillige arbejde møder mennesker, der ikke er tilfredse med psykiatrien, og at specialet udelukkende fokuserer på psykiatrien fra patienternes synspunkt. Patienter, der muligvis har en særligt kritisk holdning til psykiatrien. Gennem det teoretiske fundament, har jeg forsøgt at holde en mere åben og undersøgende tilgang.

Der blev argumenteret for at man ikke kan definere kvalitet i pakkebehandlingerne som en fastlagt ting, men at man, ud fra argumentet om at det giver mening at tage højde for den enkelte patients behov, må finde ud af hvad kvalitet betyder for den enkelte patient. Dette indebærer at arbejde fleksibilitet i forhold til terapeutisk metode. Ud fra det argument, virker den måde pakkebehandlingerne er opbygget på uhensigtsmæssig, da behandlingen på forhånd planlægges.

Psykiatriens pakkebehandling er skabt for at forbedre psykiatrien på tværs af de danske regioner. Men problemet er, at den deskriptive kassetænkning, som denne opbygning medfører, nærmere har fokus på homogen kvalitet, frem for kvalitet defineret i forhold til den enkelte patient. Det er altså muligt at man, i forsøget på at forbedre ambulant psykiatrisk behandling, rent faktisk fokuserer på kvantitet frem for kvalitet.

10.0 Referenceliste

Alford, B.A. & Beck A.T., 1997, *"The Integrative Power of Cognitive Therapy"*, New York, USA, The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.

Bauer, J., Børner, H., Jeppesen, H., Johannesen, K.H., Lindhardt, A., Nordentoft, M., Videbech, P., 2012 *"Barrierer for optimal psykiatrisk behandling"*, Dages medicin

Brinkmann, S. & Kvale, S., 2009 *"Interview – En introduktion til et håndværk"*, Hans Rietzels Forlag, København

Brinkmann & Tanggaard (2010) *"Kvalitative metoder. En grundbog"*, 1. Udgave, København, Rietzels forlag, København

Brinkmann, S. (2007). *"Forskning af profession som to slags praksis"* In: Brinkmann, S.; Tanggaard, L. (red.) (2007). *"Psykologi: Forskning og profession."* Hans Reitzels Forlag, København.

Beck, A., Clark, A., Alford, B., 1954 *"Cognitive theory of and Therapy of Depression"*, Copyright 1999, John Wiley & Sons, Inc. Canada

Christensen, G. (2011) *"Psykologiens videnskabsteori – en introduktion"*, 1. Udgave, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag

Chori, D., Mallery, C., Marmarosh, C., Markin, R. Gelso, C., Majors, R., 2009, *"The Real Relationship in Psychotherapy: Relationships to Adult Attachments, Working Alliance, Transference and Therapy Outcome"*, *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 56, No. 3, 337-350, American Psychology Association

Cullberg, J., 1999 *"Psykodynamisk psykiatri"*, Hans Rietzels Forlag, København 5 ed.

Eplov, L.F., 2011, *"Et liv i bevægelse"* En besvarelse af Helsefondens prisopgave

Flyvbjerg, B., 2010, "*Fem misforståelser om casestudiet*". In: Brinkmann, S. og Tanggaard, L. eds. "*Kvalitative metoder*", Hans Reitzels Forlag, København

Freud, 1973, "*Slips of the Tongue*" in: Victoria A. Fromkin, "*Speech Errors as Linguistic Evidence*", Mouton & Co. N.V., Publishers, The Hague, Holland

Freud, 1968, "*Om psykoanalysen. Om drømmen*", Hans Rietzel, København

Gabbard, G.O., 2000, "*Psychodynamic Psychiatry –in Clinical Practice*", American Psychiatric Publishing, Inc, 3. Ed., Arlington, USA

Gullberg, J., 1999, "*Dynamisk psykiatri –i teori og praksis*" Hans Rietzlers Forlag, København, 5. Ed.

Hinshelwood, R.D., 1999, "*Psychodynamic Formulation in Assessment for Psychotherapy*", British Journal of Psychotherapy,

Holm, A. B. 2011, "*Videnskab i virkeligheden – En grundbog i videnskabsteori*", 1. Ed., Samfundslitteratur, Frederiksberg

Husserl, E. 2012, "*General Introduction to Pure Phenomenology*", 2012, Routledge New York

Husserl, 2008 "*Introduction to Logic and Theory of Knowledge – Lectures 1906/07*", Springer, Holland

Jørgensen, P., Bredkjær, S.R., & Nordentoft, M. 2012, "*Psykiatriens udfordringer -20 spørgsmål og 100 svar*", Munksgaard

Karterud, S., Urnes, Ø., Pedersen, G., 2001, "*Personlighets forstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*", Valdres Trykkeri, Norge

Klein, M. 1975. "*The Psychoanalysis of children*", The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, no. 22.

Klein, M. 1966. "*Psychoanalysis and male sexuality*", College and University Press Services, Inc.

Klein, M. 1959. "*Our Adult World and its Roots in Infancy*", Sage publications on behalf of The Tavistock Institute

Klein, M. 1986 in: "*The Selected Melanie Klein*", Juliet Mitchell, the Hogarth Press, The Institute of Psycho-Analysis and the Melanie Klein Trust, New York

Langdrige, D. 2007 "*Phenomenological psychology. Theory, Research and Method*", Pearson Prentice Hall, England

Lazerus, R. S., 1982 "*Thoughts on the Relations Between Emotion and Cognition*", American Psychologist, vol. 37, no. 9

Martin, D.J., John, P.G, Davis, K.M. 2000, "*Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review*" Journal of Consulting and Clinical Psychology, American Psychological Association, Inc.

Mortensen, K. V. 2003. "*Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*", Gyldendal, 1. udgave.

Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (Red.) 2005, "*Kognitiv terapi -Modeller og metoder*" Hans Reitzel (s. 17-45 + 271-295)

Ogden, T. H. 2004 "*The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique*", Psychoanalytic Quarterly, LXXIII

Polkinghorne, D. (2007) "*Forskning og praktikers beslutningsprocesser*". In: Brinkmann, S.; Tanggaard, L. (red.) "*Psykologi: Forskning og profession*", Hans Reitzels Forlag

Storbeck & Clore "*Cognition and emotion*", 2007, Psychology Press, Taylor & Francis Group, USA

Zajonc, R. B. "*On the primacy of affect*", *American Psychologist*, Vol 39(2), Feb 1984

Hjemmesider:

<http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien>

<http://psykiatri.rm.dk/Undersoegelse-og-behandling/Flere-former-for-behandling/Pakkeforloeb>

<http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2014/august/regionerne+klar+til+hurtig+udredning+i+psykiatrien>

<http://www.ocd-foreningen.dk/om-ocd>

<http://www.psykiatrien.rm.dk/patient/rettigheder/behandlingsgaranti-og-behandlingsret/>

<http://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Ny-udredningsret-og-behandlingsgaranti-for-psykiatrien-er-traadt-i-kraft.aspx>

<http://psykiatri.rm.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Brandevj/Ambulatorium-for-Unge-med-Skizofreni---OPUS.aspx>

Bilag: (på CD)

- 1: Interview med Mathilde
- 2: Interview med Odin
- 3: Interviewguide
- 4: Psykiatriens opgørelse over antal af patienter, der får pakke-behandlinger