

Summation	Transscript	Themes
<p>Laurids has been a psychologist since 1984, and had his first job in 1987.</p> <p>Laurids has an eclectic or integrative theoretical foundation. He is inspired by psychodynamic theory, existential theory and a biological model.</p> <p>Laurids is an atheist, but he considers Buddhism to be the most appealing “religious” school of thought.</p>	<p>Introduktionen er ikke transskriberet</p> <p><b>I: Interviewer (Jakob Emiliussen)</b>  <b>L: Interviewperson (Laurids - pseudonym)</b></p> <p>I: Hvor længe har du været psykolog?</p> <p>L: Jeg blev færdiguddannet i 1984, og havde så mit første rigtige arbejde i 1987, hvor jeg så blev ansat på psykiatrisk hospital i (BYNAVN). Så har jeg egentlig været i psykiatrien, bortset fra nogen kortere perioder hvor jeg har været på (BYNAVN) Universitet, lige siden først i (BYNAVN) og så i (LANDSDEL).</p> <p>I: Okay. Ehm. Hvis du prøver og skulle beskrive dit teoretiske standpunkt som psykolog, hvordan ville det så...?</p> <p>L: Ja, så vil jeg sige at det, det er nok det integrativt eller eklektisk men eh, jeg er jo meget inspireret blandt andet af den, af den kognitive terapi ikke, men, henter jo også inspiration ved den psykodynamiske tænkning og eksistentiel tænkning og, jeg tror, har og, altså har også tillid til at, at nogen af de psykofarmaka, så sådan en mere biologiske model den tror jeg egentlig også på, så det, det er sådan eh, man kunne kalde det eklektisk/integrativt, det er nok mit standpunkt.</p> <p>I: Okay.</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Er du af nogen særlig religiøs overbevisning?</p> <p>L: Eh, om jeg selv har det?</p> <p>I: Mmmhmm</p> <p>L: Nej, jeg vil sige, jeg er t, jeg' ateist, altså men hvis jeg skulle være, tilhøre en religion så tror jeg at jeg ville melde mig til buddhismen eller sådan noget altså, det, det er nok den filosofi der står mig nærmest, selvom jeg er medlem af folkekirken (smågriner), men det er mere bekvemmelighedsmedlem jo. Ja.</p> <p>I: Øhm, hvad forstår du ved mål i terapien?</p>	<p>Not adhering to a single theoretical stance.</p> <p>Atheism but directed towards Buddhism.</p>

<p>Goals are something you work towards. The goal could both be that the patient gets relief from his symptoms, but also that he gets more insight into himself.</p>	<p>L: Øh, ved mål. Det vil være.... Noget man arbejder hen imod for det første og eh. Målet vil altid være at, at patienten får det bedre, får en lettelse i sine symptomer, eller får lettere ved at klare dagligdagen for eksempel i forhold til arbejde eller, eller familie, eller andre mennesker. Det er ligesom for mig at se målet og eh... Sommetider er der jo så nogen der, der på vej til målet måske skal, eh, hvad hedder det, de får det måske ikke sådan, objektivt set, bedre, men så får de til gengæld en større selverkendelse og måske en større bevidsthed om deres begrænsninger, og det kan så hen ad vejen gøre at de så igen klarer tilværelsen bedre fordi måske ikke i samme grad lever på nogen forestillinger som ikke eh stemmer overens med virkeligheden. Så det er sådan mål ikke, menh, det ville jo være praktisk, det kan man også gøre ik'eh ob, objektiviserer sådan nogle mål for eksempel, man kan jo give dem nogle skalaer for eksempel spørgeskemaer og sådan noget, det er jo, det er noget vi gør utroligt sjældent ikke. Men det er klart hvis det re en depression jamen så er målet jo i hvert fald at de kommer af med depressionen, hvis det er skizofreni så er målet jo at der sker en reduktion i deres symptomer, det kunne være stemmer, eller hallucinationer eller negative symptomer, det er sådan generelt målene. Og hvis de ikke kan passe et arbejde så ville, for nogen, for eksempel her i (AFDELINGEN) så ville det jo være et langsigtet mål at de måske kan, ka' tage en uddannelse eller passe et arbejde.</p>	<p>Goals have multiple meanings.</p>
<p>Goals can be objectified by questionnaires and the like, but this is not used very much.</p>	<p>I: Okay</p> <p>L: Ja.</p> <p>I: Øh, hvad er dine overordnede erfaringer med målsætninger i terapien?</p>	<p>Objectification of goals and not using this objectification.</p>
<p>Goals are often very implicit in the treatment. They are often only talked about in the first sessions. But implicitly Laurids feels that the psychologist and the patient follows the same course.</p>	<p>L: Ja, man kan sige at, eh, tit og ofte synes jeg at de, de ligger mere implicit i behandlingen det kan godt være man snakker om dem sådan i de første samtaler, men sådan tit synes jeg egentlig personligt at så... så glemmer man egentlig lidt og snakke om dem og hvo, hvor tæt vi er på målene og så videre. Men, men implicit så, så har jeg dog en fornemmelse af at at patienterne og psykologen som regel et eller andet sted følger den samme kurs ikke så, så at man ligesom forsøger at bevæge sig hen imod målet.</p>	<p>The implicit goals and the ability to follow them intuitively.</p>

<p>Goals emerge while the therapy is ongoing.</p> <p>Sometimes you have to revise the goals. Either because the patient can't do what you expected, or because he can do more. Some goals are unattainable.</p>	<p>I: Ja, så det er noget der opstår sådan... imens det sker.</p> <p>L: Ja, det opstår imens det sker vil jeg sige. Sommetider må man jo også reviderer målene, og det er så en anden side af sagen, ikke også, at en patient kan mere, magter mere end man måske tror ikke også, eller en omvendt en patient magter mindre en man måske troede da man måske troede da man gik i gang. Såhh. Og det gælder, selvfølgelig, man selv har måske nogle mål og patienten har måske nogle mål, det viser sig så at de kan ikke indfris. Som for eksempel der er en der har et mål om og tage en, ja, hvad skal vi sige en folkeskolelæreruddannelse ikke også, og det er jo et mål man til enhver tid må sige er positivt mål ikke, men så simpelthen ikke mager det, måske ikke magter det faglige eller måske ikke magter det psykosocialt det der med, med og passe seminaret så må, så må man reviderer sine mål ikke. Ja.</p> <p>I: Ja, øhm. Du snakkede om det lige før faktisk, men hvad er din grundtanke når du selv, eller når du får fastsat et mål, hva, hvad er den? Øhm, du snakkede om før at det var sådan, at patienten skulle have det bedre, og klarer hverdagen bedre, men ellers, kan du uddybe det lidt?</p>	<p>Revision of unattainable or too attainable goals.</p>
<p>The basic thought when establishing goals is that the patient gets relief from the symptoms that are a burden, stressful or limiting in the patient's life or happiness.</p> <p>A lot of the patients in the ward have problems with anxiety and most of them have problems with their self-esteem.</p> <p>The goal in these cases is to reduce the symptoms. Laurids states that progress in these cases can be measured easily by making the patient use a scale, to express how</p>	<p>L: Ja. Ja. Altså, grundtanken med og få det bedre, jamen det er simpelthen at man bliver befriet for nogle symptomer der på en eller anden måde virker øhh, hvad hedder det, stressende eller belastende eller hæmmende for ens livsudfoldelse og livsglæde ikke, dem vi ser mest i (AFDELINGEN) de, de har jo tit depressive symptomer, nedtrykt sindsstemning ikke, mange af dem går rundt med nogen angstproblematikker nogen har OCD ikke og næsten alle, jeg tror ikke der er en herinde, som jeg har i hvert fald, som ikke har problemer også med sin selvtillid og selv-værdsfølelse, ogeh det det, det drejer sig så om at tænke, hvis man nu kan få nogen af de symptomer ned ikke, og angst og nedtrykthed og OCD få dem til at gå ned og samtidig få selv-værdsfølelsen til at vokse ikke, så så, ville det nok være sådan nogle mål ikke, som man jo så også relativt præcist kan, kan få afdækket, altså man, man kan jo spørge for eksempel, som man jo tit gør sådan i kognitiv terapi: "På en skala fra nul til ti, hvor deprimeret har du så været i den sidste uge" ikke, hvis, hvis de der talværdier de</p>	<p>The basic thought of relief for the patient.</p> <p>Reduction of symptoms and the ease of using scales to measure progress.</p>

<p>depressed he feels. If the numbers decrease over time, then that is a sign of progress.</p> <p>Laurids describes how “deeper” goals can be a wish for a rich life, self-independence - always with a focus on happiness or harmony. But psychologists cannot give the patients the good life, but they can help to remove any obstacles.</p> <p>Some would claim that the neurosis is something you choose to avoid existential choices that scare you.</p> <p>All psychologists should get better at revising the goals of therapy once in a while in cooperation with the patient.</p>	<p>bliver mindre og mindre, jamen så, så er de jo et indicium på at de er mindre deprimerede. Så på den måde så ville det være målet, men men, men det er sådan, det hvis du kigger på det sådan snævert, symptomæssigt ikke, så har man jo også nogen jamen, man kunne kalde det værdiorienterede mål eller, eller, eller ud fra et eller anden sådan teori eller filosofisk betragtning om at folk vil gerne være glade, de vil gerne være tilfredse, de vil gerne have et righoldigt liv og ikke nødvendigvis et liv fri for bekymringer, men de vil, og de kan klarer sig selv, de er selvstændige - autonome, både med hensyn til at være selvforsørgende så de ikke kommer ud i offentlig forsørgelse men også, med henblik på og skaffe sig en eller anden form for glæde eller lykke, eller harmoni i deres tilværelse. Det kunne være at blive gift eller det kunne være og tage en uddannelse, eller det kunne være og finde en hobby for eksempel ikke, eller få venner eller et eller andet det, det vil sådan være et mere dybt mål, men men, men der kan man jo sige, og det mener jeg egentlig allerede sådan nogen som Freud også var inde på at, det vil jo kan gøre, vi kan jo ikke give dem det lykke lige eller det indholdsrige liv men vi kan måske fjerne de forhindringer der står i vejen for at de, om man så kan sige, kan realiserer sig selv. I højere grad, kan blive selvstændige, man kunne kalde det suveræne individer der, der også kan træffe nogle valg, også selvom de kan være sværer eller gør ondt ikke, det, det vil man jo ofte sige eller nogen, nogen vil sige teoretikere vil jo sige at, at neuroser eller sådan noget i virkeligheden, eh, man vælger en neurose øh, fordi så slipper man fro at træffe nogle eksistentielle valg som skræmmer én, ikke, man flygter ind i neurosen, det er jo sådan et godt gammelt udtryk ikke.</p> <p>I: Nu når du snakker terapi, så spekulerer jeg på den måde dueh, du snakeh, at du fastsætter mål på, nu siger du godtnok at de sådan opstår imens terapien ligesom forløber, men, men er der, at accepterer at det er sådan det foregår er det på grund af dit teoretiske standpunkt eller, eller hvad ligger til grund for...?</p> <p>L: Ja, jeg tror nok det, det, det handler nok meget om teoretisk standpunkt og så handler det måske også om det, det, det vil jeg gerne indrømme, måske en hvis øh... altså det er sådan noget, hvis man sådan skulle holde det ved lige så skulle man</p>	<p>The wishes of the clients and the capabilities of the therapist.</p> <p>Getting better at revising the goals in cooperation with the patient.</p>
---	--	--

<p>But it's not done because you get into a relation, and the goals get more implicit.</p> <p>But "goals" as a concept is also a result of a principle of effectiveness – which has almost become an ideology.</p> <p>It is not always possible to measure goals against "effectiveness" as some patients require therapy not to get worse, or to maintain a certain state of functioning.</p> <p>The wishes of the patient are taken care of, by sensing/feeling what he needs.</p> <p>The patients often have a complicated life, and this</p>	<p>måske... vi skulle måske alle sammen blive bedre til, som psykologer, ligesom jævnligt, måske én gang om måneden og så ligesom sige: "Du startede her, og det var dit mål. Hvor langt synes du at du har bevæget dig fra startpunktet, te til, hen imod dit mål?", det burde vi nok gøre, det, det er måske, måske er det en fejl ikke, men, men det er også sådan, så kommer man ind i en relation ikke og, målene bliver tit implicitte men, men man kunne jo godt, altså jeg mener virkeligt at det kunne man jo godt gøre, at man, man spurgte dem med jævne mellemrum så måske er det en form for, jeg ved ikke hvad... skødesløshed eller, eh, måske også fordi at den der måltænkning er, er jo meget eh... meget også bundet op på sådan et effektivitetsprincip ikke, det er næsten, altså det at tænke i mål er i sig selv næsten en ideologisk tanke at vi skal nå et mål, som om at fremdrift det, det er det der tæller ikke også, men, men der tænker jeg jo også at, at det, at en patient kan komme her og snakke med psykolog og, have en og være fortrolig overfor og så videre, det kan også være et mål i sig selv altså det og opbygge en relation. Navnlig ved måske de skizofrene som har, hvor mange af dem har meget få menneskelige kontakter, så det og komme en gang om uge eller en gang hver 14. dag og så sidde og snakke med en som man kan snakke med selvfølgelig om psykiske problemer men også om mere dagligdags ting ikke, kan måske hjælpe dem og målet vil så i virkeligheden være at, eh, vedligeholdelsesbehandling eller forhindre at de får det endnu ringere, så mer er, man kunne kalde det, kan, agerer som livline til den sociale verden og hvis ikke de havde den jamen så ville de bare, så ville de bare, bare blive endnu mere tilbagetrukkede og ensomme og måske endda gå i hundene ikke.</p> <p>I: Ja. Men, hvordan tager du, hvordan tager du hensyn til, eh, patientens ønsker? Når det bare er noget der sådan opstår?</p> <p>L: Ja, jamen der, det er et godt spørgsmål, altså jeg tror man eh, jeg vil sige man... Jeg føler mig jo meget frem ikke og, og jeg tænker med nogen af dem der er det jo også sådan meget ad hoc ikke, så sker der pludseligt noget i deres liv ikke, noget som ikke var forudset, det kan være gode ting det kan også være dårlige ting ikke, og så tager man den ligesom derfra ikke, så det, det, det er jo nok en hel del af de patienter der kommer også her de, deeh, deres liv er</p>	<p>Not revising goals because of the implicit nature of the relationship.</p> <p>The concept of goals, and the ideology of effectiveness.</p> <p>The concept of goals, and the ideology of effectiveness.</p> <p>The subjective approach to taking care of the patients needs.</p>
--	--	--

<p>means that you have to have an ad hoc approach to goals, because current events might make the therapy deviate from the overall goal.</p> <p>Current events can be exemplary of the life the patient leads.</p> <p>Taking up current events in therapy might prepare the patient for the next time he encounters something like it. And this may in turn strengthen the overall goals of the therapy in the long run.</p> <p>Goals are not necessarily attained in a linear fashion. It could be describes as a spiral staircase instead. Sometimes it goes up, sometimes down. But, no matter where you are, you have a specific view of the problem based on where you are placed on the stair.</p> <p>A goal could also be learning to live with something, instead of making it disappear.</p>	<p>kompliceret ikke mange af dem har også en rigtig dårlig økonomi og sådan og, for nogen af dem sker der sådan akutte ting, så er der en datter der har sendt en masse grimme sms'er til sin mor ikke og, og så skal man snakke med moren om det ikke, altså hvis det er moderen der er patienten ikke, selvom man egentligt oprindeligt havde en plan og gå et helt andet sted hen, så må man sådan tage det op ad hoc ikke, som man kan så sige at sådan nogle ting de, de afleder fra målet men, men omvendt vil jeg også sige at sådan nogle episoder, hvis man kan bruge det udtryk, de kan være, måske også være eksemplari-ske for generelle livsførelse, hvis du forstår, man går fra noget specifikt altså interpersonelt, en bestemt interpersonel konflikt en mor der er i konflikt med sin datter, ikke, og så kan man ligesom brede det ud som en vifte til relationen til andre mennesker den der, man kunne kalde det sådan en konfliktfyldt livsverden som man, man lever i, måske delvis fordi men selv er med til at producerer den, men også fordi selvfølgelig omgivelserne trækker én ind i den så man kan, bruge det sådan til yderligere refleksion, så på den måde kunne man også forestille sig ved at tage nogle bestemte problematikker op så styrker man patientens evne til næste gang noget lignende sker og bruge den viden de har, så uden at man egentlig har snakket om at "mit mål er nu, at du får ophævet din konflikt med din datter", så bare ved at snakke om det, så kan det være de hen ad vejen er, er, er bedre til at håndterer konflikter for eksempel, hvis du forstår hvad jeg mener. Så der er målet, jeg ved ikke hvad man kan kalde det, lidt, måske skulle man mere sss, man tænker jo tit mål som en liniær proces ikke. Vi starter hér og så ender vi dér ikke, men målet kunne jo også være en spiral, som går op og somme tider går ned, og hvor man vender tilbage til det samme tema igen og igen, men fra, fra, altså ligesom med en vindeltrappe ikke, du ser det fra, det er godt nok det samme, hvaska, den samme væg og det samme vindue du ser, men du ser det fra forskel-lige steder på vindeltrappen, at der så ligesom sker en højere grad af bevidsthedsrefleksion omkring det, og så så til sidst, så, så bliver man ligesom bedre til og, klarer dagligdagens problemer og gøre noget ved dem, eller også for så vidt til at lærer at leve med dem. Det er måske også, måske kan det også siges at være et mål, det er ikke altid man opfatter det som et mål, men også og lærer og leve med modgang rent faktisk.</p>	<p>The fluidity of goals be-cause of the complex hu-man being.</p> <p>Strengthening the attain-ment of goals by dealing with current events.</p> <p>Goals and the way they are attained – linear and non-linear approaches.</p> <p>The goals are not always defined in positives, but also in negatives.</p>
---	--	--

<p>If the patient and the therapist has different opinions on what should be the goal, Laurids think that it is the patient who has the final word.</p> <p>If the therapist wants to decide on the goals, it might not be very productive for the therapy.</p> <p>If the patient wants to talk about something else than the therapist, it would be tactically unwise to insist on talking about something else.</p> <p>It's important to think about where the patient has his focus.</p> <p>A question of manipulation arises (in connection to the tactical thoughts of Laurids). The tactical "game" is preferable instead of ending the therapy – here you have to consider what is best for the patient.</p>	<p>I: Men hvis der så er uoverenstemmelse mellem patientens ønsker og dine ideer om hvad er det vis kal opnå i, i terapi, hvem hvem hvem bestemmer så?</p> <p>L: Ja, så vil jeg sige så bestemmer patienten som regel, det vil jeg sige. Fordi, hvis ehm, man nu vil forsøge og trække nogle målsætninger ned over patientens hoved som patienten ikke er indforstået med så tror jeg ikke det, det er særligt befordrende for terapien, man vil så måske prøve og se om man kan finde nogle kompromiser ikke, eller sådan, ehmm, altså, så arbejder vi på det der er dit mål jeg synes nu også det er et problem for eksempel at du drikker for meget i din fritid eksempelvis patienten synes ikke det er et problem, men jeg synes det er et problem, eh, så ville det nok være taktisk uklogt og så fastholde at vi skal snakke om alkohol når patienten selv gerne vil snakke om depression eller angst ikke, så kan man jo så håbe hen af vejen at vedkommende måske kan se at, at der er en forbindelse. Jeg ved også at man i nogle tilfælde ku jo så, kunne man jo selvfølgelig komme så langt så at man måtte sige at så længe du drikker så meget, så kan jeg så kan jeg ikke hjælpe dig det ville jo også være det samme som egentlig at sige at den her terapi den kan ikke fortsætte, eller også at man sætter patienten stolen for døren, det er nu meget meget sjældent at jeg har oplevet det og der er heller ikke så mange misbrugsproblemer her hvor jeg arbejder nu. Så, så hvis der er en diskrepans mellem psykologens og patientens mål, jamen så tænker jeg så så, så vil jeg om ikke andet så af ren taktiske hensyn, også forsøge at imødekomme patientens mål fordi det er jo der hvor de har motivationen, det er der hvor de har problembevidstheden og så kan det jo så være hen af vejen at, at man, eh, af bagdøren om man så kan sige, kan komme til at snakke for eksempel om nogen af de andre problemer som man selv som psykolog måske har opfattet som et alvorligt problem. Og det næste spørgsmål rejser sig så, manipulerer man så med patienten eller et eller andet, altså spiller man taktisk spil og så videre, det, det kan man selvfølgelig måske sige at man gør, meneh, men altså eh, det, det det jo så en måde og bevare relationen på i det alternativet, også fra patientens synspunkt var værre hvis den blev afbrudt. Så det er sådan nogle overvejelser man må gøre men altså hele tiden prøve og se og være, være lidt til eh, om-</p>	<p>The patient has the final word in any case.</p> <p>The contra therapeutic effect of the therapist making the decisions.</p> <p>The tactics of the therapeutic interaction – what the client wants and what the therapist thinks is best.</p> <p>The focus of the patient vs. the focus of the therapist.</p> <p>Manipulation, tactical game and ending therapy – what is best for the patient?</p>
--	--	---

<p>As a therapist you can be conflicted when you see a patient heading for the abyss by alcohol or drugs. Then it is the responsibility of the therapist to make the patient aware of the problem, and not just focus on what the patient wants to focus on. Laurids has never experienced this though, but thinks it's a plausible situation.</p> <p>It is the psychologist and the physician of the ward who has the responsibility for goals being reached.</p> <p>It's the responsibility of the physicians to overlook the work of the psychologists. But the psychologists have some very loose reigns. It would be nice if somebody took a responsibility as a leader.</p> <p>The psychologists are subjected to the laws of the psychology union, and therefore the responsibility is individual.</p>	<p>trent sådan på side med patienten omkring ønsker motivation og mål det det det tror jeg man man får mest ud af.</p> <p>I: Mmhm.</p> <p>L: Det, det er klart også at, vil jeg lige sige, også at man jo også kan komme i konflikt med sig selv som terapeut hvis man kan se at en person, lad os sige, styrer mod afgrunden, for eksempel med et alkohol- eller stofmisbrug, så, så ville det jo også sådan set være ens pligt at gøre opmærksom på det, og ikke bare lukke øjnene og så sige jamen han vil hellere snakke om sin, sin dårlige barndom imens han ellers kører lige mod afgrunden ikke altså. Der kommer man i sådan nogle dilemmaer hvor man så ligesom må skynde sig frem og, altså jeg har ikke været ude for det med der kunne det da godt være man så ligesom blev nødt til at sige "ved du hvad, nu skal vi altså gøre noget ved det der, for ellers ender det altså galt" ikke.</p> <p>I: Øhh, hvem har ansvaret for at mål de bliver nået?</p> <p>L: Arh det det, det er vel den, den, den behandlende part eller den som behandlingen er uddelegeret til og det vil, i hvert fald i vores tilfælde, sige det er altid psykologen der har ansvaret, men, det ff, man kan kalde det ren juridisk, så er det den behandlingsansvarlige overlæge og det er jo (NAVN) og (NAVN) som du ved her på vores gang ikke så, så det er egentlig dem som, som i en vis forstand skal eh, skal overvåge kan man kalde det, sådan at vores behandlinger at de foregår på den rigtige måde og at, at det ikke, hvad skal vi kalde det at, at terapierne måske ikke bliver endeløse og, og sådan noget men, men der synes jeg vi har det jo, utroligt frit ikke altså vi har meget høj grad af selvbestemmelse, der er ikke rigtig nogen der blander sig og det er jo godt nok kan man sige, omvendt kan man jo selvfølgelig også sige at, at eh, det måske sommetider ville være en hjælp hvis, hvis der var nogen der tog et ledelsesmæssigt ansvar også, men altså det er os der har ansvaret og sådan, det er det. Vi er jo underkastet psykologforeningens og psykologlovens regler og etik ikke, så det må være en selv. Der ligesom har og gøre med det.</p> <p>I: Ville din teoretiske baggrund sige det samme? Nu,</p>	<p>The disregard for the goals that has been agreed on, to work with current problems of the patient and securing his/her well-being.</p> <p>The therapist has the responsibility for the goals being reached.</p> <p>The therapeutic responsibility of the therapist, and the organizational responsibility of the leaders.</p> <p>The responsibility towards the psychologists union.</p>
---	--	---



<p>Laurids theoretical standpoint also states that reaching goals is the responsibility of the psychologist.</p> <p>But, the basic thought (as in cognitive therapy) is help to help one self. This means that a patient who does not make his “homework” also has a responsibility for not reaching his goals. But a failure like this, might be ascribed to the psychologist as well, as he might have chosen the wrong method.</p> <p>If a patient is very unsatisfied, they can complain to “patientklagenævnet”. But it not certain that they’ll get anything from it, if the psychologist can document his reasoning.</p> <p>Laurids has experienced that some patient’s goals</p>	<p>det var så</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Nærmest de sådan, mere strukturelle øh, bestemmelser omkring hvad det vil sige hvem der er ansvarlig for målene. Den teori du sådan ligesom, selvom den er eklektisk men, hva hva, siger den så ligesom om...</p> <p>L: Omkring og være ansvarlig for målene?</p> <p>I: Hvem har ansvaret...</p> <p>L: Arhmen, der vil jeg også sige det, det er terapeuten der har ansvaret i første række, og så har patienten selvfølgelig også selv et ansvar, det, det må man sige, men, altså, igen kan man tage udgangspunkt i den kognitive ikke altså så, de har jo lige, som grundholdning at kognitiv terapi, hjælp til selvhjælp, det er de fleste terapier jo sådan set ikke og hvis man så gir' en patient lad og sige hjemmearbejde med et skema, som de forslås og udfylde ikke, og hvis de så ikke, igen og igen forsømmer og udfylde det, så kan man jo nok sige at de også selv er ansvarlige for ikke og nå målene, men øh, så ville man jo tit sige jamen så har man ikke været god nok til at motivere dem eller man har brugt den forkerte metode øh, at at at, altså hvis det er en der er ordblind, så kan jeg selvfølgelig godt forstå at de måske kan have svært ved at udfylde et skema og så videre ikke. Så, så et eller andet sted ligger ansvaret ved psykologen, men patienten har selvfølgelig også et ansvar, men det ligger jo lidt implicit, og de har også, hvis de er virkelig meget utilfredse, jamen så kan de jo klage over behandlingen til patientklagenævnet, det jo ikke, det er jo ikke sikkert de får medhold idet vel altså, hvis psykologen kan nogenlunde dokumentere de har gjort deres bedste og de i hvert fald ikke har lavet grove overtrædelser af hverken etik eller faglig kvalificeret behandling så, så regner jeg ikke med at patienten får medhold, men der har de jo så også en klagemulighed. Må man sige.</p> <p>I: Mmm. Har du nogensinde oplevet en situation hvor, du følte at klientens mål var i konflikt med terapiens mål?</p> <p>L: Mmm, ja det ér sket. Ehm. Altså da jeg arbejdede</p>	<p>Being in accord with ones theoretical background.</p> <p>The responsibility of the patient to reach goals and the responsibility if the therapist to make good (effective) therapy.</p>
--	---	--

<p>was in conflict with the goals of the therapy.</p> <p>Laurids has had a patient who wanted to be an air force pilot, but that was not realistic at all.</p> <p>Often, it is the daily life that is in focus anyhow. Then the therapist can use the goal (wanting to be a pilot) as a scaffolding or motivation for the patient. For example, if a patient wants to be a bank manager, you might be able to motivate him to get control of his economy by pointing out that this is a prerequisite for becoming a bank manager – even if it is impossible for the patient ever to become a bankmanager.</p> <p>Laurids measures progress by listening to what a patient says about how he feels.</p> <p>For example some young guys who he has had in therapy, has now made it through an education whereas they've dropped out earlier.</p>	<p>indenfor, primært med de psykotiske. Det var dengang jeg var i (BYNAVN) blandt andet, der husker jeg da somme tider der var nogen af dem med skizofreni, de havde nogle mål som, som var, var hovedløse ikke. Altså, set udfra hvad de kunne. Jeg kan huske engang der var en hun ville absolut være pilot ved, ved luftvåbnet ikke, og det havde, jeg havde faktisk også en hér ikke og det, det kunne bare ikke lade sig gøre vel, altså men, de fastholdt stædigt at, at det var deres erhvervsdrøm, og hvis ikke de kunne blive det, jamen så var der egentlig ikke noget som helst erhverv eller uddannelse der var noget for dem. Og jeg kendte dem jo altså, det, det ville enhver kunne se at, at de ville aldrig nogensinde ku, ku, ku' blive altså pilot i luftværnet ik altså, det ville de simpelt hen ikke kunne, altså de ville jo ikke engang kunne komme ind jo, og aftjene værnepligt formegentligt, de ville jo blive fritaget for militærtjeneste ikke, men det var deres mål, at der er det jo så et dilemma der. Men, der må man jo så igen prøve og se om man kan..... eh, snakke om sådan det daglige og det vil også ofte, det vil være, være det daglige der er i fokus i virkeligheden. Så det kan godt være de siger "jeg vil være pilot" ikke også, men det man så snakker om det, det er et skænderi med deres mor eller det er at, nu har de ikke penge til huslejen eller et eller andet ikke, så det bliver noget meget jordnært ikke. Og så kan må jo så, til nød, sige til dem hvis du gerne vil være pilot eller bankdirektør så er det meget vigtig at du lærer og styre din økonomi for eksempel og, kan så motiverer dem, i så fald kan man jo så bruge det mål der, lidt urealistisk måske, som en løftestang til og til at motivere dem til at lave nogle ændringer i det daglige.</p> <p>I: Øhm..... Hvordan ved du at en patient gør fremskridt i forhold til de mål?</p> <p>L: Mmm. Det det, det gør jeg hvis de siger for eksempel at nu har de haft det godt i, i en ugen eller nu har de haft det godt i en hel måned, eller nu, nu har de for eksempel klaret og være i gang med ungdomsuddannelse uden at de er droppet ud. Der er nogle meget unge fyre er det, de er ikke mere end en atte-tyve år, ikke og, begge to har, jeg tror, været i gang med en eller to ungdomsuddannelser hvor de er droppet ud i utide. Nu er det faktisk lykkedes dem, jeg tror i al fald jeg har en del af æren (smågriner), det håber jeg, det siger min forfængelighed at</p>	<p>The goals of therapy and the conflicting goals of the patient.</p> <p>Using wishes of the client for scaffolding, even though the wishes are unattainable.</p> <p>Measuring progress by listening and sensing.</p>
--	--	---

<p>For him it is a criteria for success, that these boys finally has made it through, and maybe even gets some friends, and don't get in a row with the teacher.</p> <p>Another way to measure progress is if the patient says that he can do something, that he couldn't do before.</p> <p>Goals can be changed.</p> <p>If the patient finishes an education, which had been the goal, you might now want to change the goal to something more – further education maybe.</p> <p>But goals can be revised in a negative way as well. Maybe a patient has to give up an education, because he cannot manage it.</p> <p>Goals are good because it gives something to navigate after.</p>	<p>jeg har ikke også, og ligesom at, nu har de faktisk gennemført mere end et semester og så vidt jeg kan se bliver det første studieår færdig her til sommer for, jeg kan ikke se at der er noget, og somme tider har de hængt i med neglene eller har været til fraværssamtaler, men det er for mig et succeskriterium altså at de kan, kan holde ved og de laver deres lektier og de møder op til undervisningen de erh, skaffer sig måske endda nogle venner eller kammerater på skolen, og rager ikke uklar med læreren, det er faktisk også for mig et succeskriterium, ikke. Og så selvfølgelig hvis de siger jamen "nu kan jeg køre i bus, det kunne jeg ikke før" eller "nu, nu er jeg blevet forsonet med den og den" eller "nu har jeg fundet en ny kæreste" eller et eller andet altså. Ehm, så kunne det i hvert fald være et tegn på at, at de har, har vidst overskud og sådan noget.</p> <p>I: Men er målet så, er det en fast størrelse eller kan de ændre sig eller?</p> <p>L: Nej, de kan godt ændre sig. Mål kan godt revideres i forhold til om, om folk de, de kommer længere frem altså hvis, hvis nu det viser sig at de, deeh, hvis vi nu siger det der med ungdomsuddannelsen igen ikke, jamen lad os sige at man har først forsøgt sig med en håndværksmæssig uddannelse, droppet ud eller dumpet, og så prøvet sig med en mere boglig ungdomsuddannelse - HF eller sådan noget, droppet ud ik også, og så viser det sig så at så kan man gennemfører lad os sige HG, handelsgymnasiet eller HTX eller hvad ved jeg og det, det går godt ikke også, jamen så kan det jo lige være, lige pludselig være at man kan løfte barren til at man måske lige pludselig kunne tage en mellemlang videregående uddannelse. Fordi de havde nogle ressourcer som, de, af en eller anden grund ikke havde kunne realiserer mens de havde psykiske problemer, så kan man godt revidere målet. Så det ville være at revidere målet opad ikke også. Men det kan selvfølgelig også være det modsatte at nogen de vil gerne være, ja, lad os sige, pædagog ikke også, men de har så mange forsømmelser på seminaret, eller det er så svært for dem med børn og forældre og kolleger at de simpelthen ikke magter det, og så må man jo bare, på et eller andet tidspunkt, hvis ikke selv, skolen selv ligesom øh, beder dem om at forlade skolen, snakke med dem om, om det nu også er det rigtige. Så revidere man det men, men det, på den måde er målene jo</p>	<p>Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.</p> <p>The fluidity of goals because of the complex human being.</p> <p>Changing goals because they have been fulfilled.</p> <p>Changing goals because they cannot be fulfilled.</p> <p>Goals and their ability to direct the therapy.</p>
---	--	---

<p>If a patient starts to act more freely, being funny or smiles, it could be a sign that they are feeling better.</p> <p>Is it enough to just look at a patient and see that he feels better or know that he has now finished an education?</p> <p>Principally, you could continue with all patients from now on and at least 10 years in the future, because there is always something that could get better.</p> <p>The easiest way to access progress is if a symptom has decreased or disappeared. Or if the patient can now control the symptom.</p> <p>Then the patient would be cured, but not forever. It could come back. But if the patient learns to cope, then he has reached the goal. And then you can end the treatment. But this is harder if it is more diffusely defined goals – like “higher self esteem”.</p>	<p>også godt, fordi så har man et eller andet og navigere efter ikke. Det er jo så meget konkrete mål jo selvfølgelig ikke. Så kan man jo også, man kan også somme tider observere på folk ik, hvis der nu er nogen de er altid nedtrykt og kede af det og langsomme, og meget uspontane, og hvis de så lige pludselig sådan smiler eller er lidt vittige og så er det jo også et tegn på at okay, nu er det ved at blive lidt og, og de bevæger sig lidt mere rank og lidt mere hurtigt, så kan det også sådan et mere, man kunne kalde det rent... altså, mm, i deres kropssprog kan man så se at de har det bedre.</p> <p>I: Øhm, så. Så, hvordan evaluerer du så om et mål er nået? Fordi jeg kan, du si, du snakker om at øhm, hvis de for eksempel klarer en uddannelse eller du siger selv hvis de går, er pludselig har har, noget vittigheder de kan fyre af eller et eller andet, at så har de fået det bedre, men, men øhm, er det nok eller?</p> <p>L: Ja, det er et rigtig godt spørgsmål. Fordi, målet ikke kan man sige, der, i princippet kunne man bliver ved med en patient fra nu af og ti år frem i tiden fordi, selv dem der får det bedre ville jo så altid kunne sige, jamen, så er der måske noget jeg kunne få det endnu bedre med ikke og, der må man jo nok ligesom når man synes at nu, nu er, altså det er lettest at sige hvis der er et symptom at det er væk ikke også, jeg har en som jeg har haft gående i halvandet år med OCD, primært tvangstanker ikke også, det sidste halve år der har han sagt, jamen der har han ikke haft særligt mange tvangstanker, og når de er dukket op så har han ligesom bare kunnet kvæle dem i fødslen, så engang imellem så blusser de op og så bliver de rigtig slemme ikke også, og så siger han, så har han brug for at snakke med en psykolog ikke også, øhh, og så, så kan man igen mane dem i jorden men, men på et eller andet tidspunkt vil jeg sige at det mål er nået at han næsten er kureret for sin OCD, men nok ikke for tid og evighed, altså det kan blusse op igen, men hvis han kan lære nogle strategier til og holde det nede eller ved kognitivt sådan ligesom mentalt og udfylde et kolonneskema ikke, jamen så han jo egentlig i mål, men så kan man sige målet er nået, og så kan man slutte behandlingen. Hvis det sådan mere er noget med selvværdsfølelse og den slags ting så er det lidt mere diffust, for hvad vil det sige og have selvværdsfølelse ikke, der kunne</p>	<p>Measuring progress by listening and sensing.</p> <p>The never-ending therapy.</p> <p>Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.</p> <p>The impossible cure and the almost inevitable relapse.</p> <p>Diffuse goals and the hardship of estimating if they've been reached.</p>
--	---	--

<p>Evaluation of success is based on if the symptom is gone or if the patient can manage to complete an education.</p> <p>It is necessary to make very concrete goals, but “we” (psychologists) are often inclined to make it vaguer.</p> <p>It might be a “business related injury” to be vague. Not because you are afraid to get criticized. But because people are complex beings, and you should not force any norms on patients. Even if their goals are not normative.</p> <p>It is the responsibility of the psychologist to decide when the end is reached. But sometimes the patients want to quit because they feel they’ve reached the goal.</p> <p>If the patient starts to go to therapy at a lower frequency than earlier, it might be a sign that he is</p>	<p>man blive ved og ved, men du spurgte om hvo, hvem, hvordan man evaluering om hvordan målet er nået eller?</p> <p>I: Ja.</p> <p>L: Ja, jo men. Men så ville man sige, jamen hvis symptomet er væk, eller, så ville man sige så, så er målet sådan set nået, det der. Hvis de kan gennemfører en uddannelse, så kan man sige at det måle er nået, og gennemfører en uddannelse. Og så, så så det vil jo selvfølgelig indebære at man så opstiller nogle meget specifikke terapeutiske målsætninger hvilket desværre er de, er vi nok ofte tilbøjelige til at gøre dem mere diffuse ikke. Altså vi vil ikke, måske er det også lidt en erhvervssygdom, man vil ikke sådan bindes op på noget, ikke så bange, ikke fordi man sådan er bange for og få kritik eller sådan noget, men fordi mennesker er jo... sammensatte væsner ikke, og vi selv har jo vores opfattelse af hvad der er et godt liv eller et ja, et godt, et lykkeligt liv hvis man kan bruge det udtryk og, og en solid borgerlig tilværelse ikke og, der skal vi jo også altid passe på at vi ikke trækker de normer ned over hovedet på patienterne som kan have andre mål. Der er for eksempel nogen de siger i hvert fald deres mål der er og være, være fri for at have for mange mennesker omkring sig og ikke, selvom nogen vil synes det er en skizoid eller nærmest autistisk tankegang, jamen, hvis det er det, skulle man så ikke hjælpe dem med det, så man holder spillet lidt åbent vil jeg sige.</p> <p>I: Hmm. Men hvaa. Hvem, hvem tager så den endelige beslutning og siger, nu er målet nået, nu er terapien slut?</p> <p>L: Arh, det, det så terapeuten der, der, der man kan sige, har det ansvar ligesom og sige, nu er vi ved vejs ende, men det sker jo også somme tider, ja det sker faktisk jævnligt at patienter siger at nu, nu tror de godt at de vil stoppe behandlingen. Fordi de synes de har nået det de, de gerne vil nå, og så er det jo, så er det jo meget nemt ikke også, så siger man, jamen så aftaler vi to afslutningssamtaler og så stopper vi ikke og, og så siger vi hvor de kan henvende sig hvis de skulle få det dårligt igen. Og tit vil der jo være sådan, et sammenfald der, måske at hvis klienten ligesom siger at jeg har det godt nok, nogen kan man også indirekte se det at så kommer de måske en</p>	<p>Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.</p> <p>The necessity of concrete goals, and the psychologists’ inclination to make vague goals.</p> <p>The vagueness of psychologists as a result of the complex human being.</p> <p>The responsibility of the therapist to end therapy and the possibility of the client ending therapy.</p> <p>The implicit measuring of a goal being reached/the client feeling better.</p>
---	--	---

<p>getting better.</p> <p>If you hold on to a patient for too long, the risk is that you make them dependent on the psychologist.</p> <p>I've often experienced that goals are not reached.</p> <p>If a goal is not reached, you estimate whether or not the patient has a need for talking to a psychologist anyhow.</p> <p>If it is more robust patients, you would say that "unfortunately I can't help you", and then possibly refer them to a colleague who might be an expert.</p> <p>It most common that you only partly reach the goals. A third does not get better, a third gets better, and the last third get really well. That's mainly the picture you see in the psychiatric institutions.</p>	<p>gang om ugen og så siger de, jamen, næste gang så vil jeg godt vente to uger med og komme ikke også. Det må jo være et tegn på at de synes at de har ikke så hårdt brug for, for psykologen som, som den gang eh, de havde det værst ikke. Så det er sådan også et indicium. Hvis det så begynder at sige nå men, nej men, nu vil jeg gerne vente en måned ikke også så, så ved man også, dé ved det formegentlig inderst inde, og som psykolog ved man også jamen nu, nu er vi ved at nå ved vejs ende ikke også, og så kan det jo være man kan begynde og snakke om en afviklings-samtale. Det vil man ofte gøre. Fordi man skal jo heller ikke holde dem her længere end det er nødvendigt altså riskoen er jo også at man gør dem afhængige af en psykolog, og så vil man jo have hjulpet dem meget dårligt. Det livet jo skal leves dérude og ikke herinde.</p> <p>I: Har du så nogensinde oplevet at et mål ikke blev nået?</p> <p>L: Ja, det har jeg oplevet mange gange.</p> <p>I: Ja, og hvad gør man så.</p> <p>L: Jaaah. Så konstaterer man at, at målet ikke blev nået og så, så vurderer man har de mennesker alligevel et behov for at snakke med en psykolog. Måske fordi de faktisk har det så skidt at de ikke engang kan realisere de mål de gerne vil og så fortsætter man med dem alligevel. Eller også kan man selvfølgelig sige på et eller andet tidspunkt, hvis det er mere robuste individer vil jeg sige, eller mere solidt funderede individer, så vil man sige, ja, desværre, jeg kunne altså desværre ikke hjælpe dig med det der problem der, såeh, så spørgsmålet er om vi skal blive ved ikke også, og så kunne man jo, hvis man kender nogen der kan noget andet, så kan man jo foreslå at de, de henvender sig til en eller anden som måske var ekspert i det som de, de fejlede. Ikke. Fordi. Ja, det sker rigtig tit at man ikke når målene synes jeg. Det gør det altså. Jeg vil næsten sige at det mest almindelige det er at man når målene delvis, ikke, det, det, det er nok det mest almindelige. Altså, en tredjedel de får det ikke bedre, en tredjedel de får det bedre og en tredjedel de får det rigtig godt ikke også. Sådan, det tror jeg egentlig, sådan i store træk, er, er det billede man ser indenfor psykiatrien i hvert fald.</p>	<p>Holding on to the patient and the problem of dependence.</p> <p>Often, goals are not reached.</p> <p>Not reaching goals and estimating if the patient needs therapy.</p> <p>The possibility of turning a patient down and referring them to another psychologist.</p> <p>Often, goals are not reached.</p>
---	---	---

<p>Laurids has experienced that he thought that the goal was reached, but the patient didn't.</p> <p>It happens that the patient wants more, but that is rare, which is why Laurids can't think of any examples.</p> <p>This dilemma however, would almost only arise when the treatment is free (paid by the state).</p> <p>Everybody would like to see a psychologist sometimes. But in the psychiatric ward, there is a limit to what they are supposed to do. If a patient wants more after he has been "cured" of his mental illness, you should cut him off. Where Laurids works, they only treat "sickness", and do not bother with psychological lifestyle problems.</p> <p>Our job is not to create a richer and happier life – that lies beyond the job of the psychiatric ward. Such problems should be taken up with a for example psychologist with</p>	<p>I: Har du så nogensinde oplevet at, du havde en opfattelse af at målet var nået men det havde patienten ikke?</p> <p>L: Ja, det det det det, det tror jeg faktisk godt jeg har oplevet, hvor man ligesom tænker,</p> <p>I: Eller det omvendte</p> <p>L: Jamen det, det tror jeg såmænd godt hvor man ligesom tænker, jamen nu har vi jo nået det, men så, så vil patienten gerne have mere ikke, øhh, det, det hænder, men det er godt nok hændt meget meget sjældent, det må jeg så dæ til gengæld sige, det er nok også derfor jeg har lidt svært ved egentlig og finde nogle eksempler frem og, men, men den situation kunne godt forekomme ikke, og der, der er de jo.... det dilemma ville jo også opstå, kun opstå næsten indenfor det offentlige hvor behandlingen er gratis eller skattefinansieret er den jo. Øh fordi, det er jo rart at snakke med en psykolog for for rigtig mange mennesker ville det være rart at snakke med en psykolog og... som vi alle sammen ved så vil livet hele tiden give os nye, hvad hedder det, modgang og problemer og irritationsmomenter og udfordringer selvfølgelig også hvor det er rart at have en psykolog at snakke med ikke, men, men, men man kan jo så sig i hvert tilfælde der er jo så, så bør man jo nok også være konsekvent og så sige jamen det her det er, om man så kan sige, psykologiske livsstilsproblemer, det er egentlig ikke noget der hører hjemme indenfor, man kan kalde det sygdomsbehandling for et hospital er jo pr. definition behandling af sygdom, ikke, nu mener jeg selvfølgelig ikke at man kan kalde panikangst for en sygdom sådan i medicinsk forstand men, det er en lidelse i hvert fald, men den, og som har en diagnose ikke også, og så vores primære opgave er vel, altså i den forstand, hvis man er meget firkantet, sige, og fjerne lidelse og smerte ikke. Psykisk lidelse og smerte, for patienten selv, det er selvfølgelig primært men somme tider også (----- uhørligt -----) for omgivelserne. Du kan bare forestille dig dem der snakker med behandlingsdømte patienter ovre i retspsykiatrien, det kan selvfølgelig godt være at de gerne vil fjerne patientens lidelse, men de vil jo også undgå at patienten går ud og laver kriminalitet, som påfører andre mennesker lidelser, ikke så, så her er målet og fjerne lidelse, og det er vores primære</p>	<p>Differences in perceptions about goals being reached.</p> <p>The never-ending therapy.</p> <p>Wanting more and the cost of therapy.</p> <p>The obligations of the organization towards the patient and the ending of therapy.</p> <p>The obligations of the organization towards the patient and the ending of therapy.</p>
--	---	--

<p>a private practice.</p> <p>I end therapy when the goal I reached, or there is no more headway to be gained.</p> <p>A lot of patients end therapy informally by just not showing up.</p> <p>This means that the therapist is forced to end therapy, because it is a waste of time and money.</p> <p>Laurids believes that the patients staying away, is the method of ending therapy that is often used at his workplace.</p> <p>In a good therapy, often the patient and the therapist come to the conclusion that termination is needed, simultaneously.</p>	<p>re opgave, og os, vores opgave er egentlig ikke og skabe righoldige eller lykkelige liv, det ligger egentlig hinsides øh, i hvert fald det offentlige behandlingsvæsen. Så skulle man gå til en privatpraktiserende psykolog eller til sådan nogle kurser ikke også, hvor, hvor overskriften hedder selvrealisering eller noget i den retning. Ja.</p> <p>I: På hvilken grundlag afslutter du terapi?</p> <p>L: Mmmm. Det at, man kunne sige hvis målet er nået eller hvis omvendt man, man synes simpelthen ikke man kommer videre, eller hvis patienten ikke ønsker og kommer mere. Nu er der mange patienter de afslutter jo sådan set terapien helt uformelt, altså, her i dag der, er der for eksempel en som for en fjorten dages tid siden fik tilsendt sådan et såkaldt to-ugers brev. Det er en der, der plæderede for behandling og så videre, han har, han har fået fire samtaletilbud, og de tre er han udeblevet fra, ikke. Såeh, kan man jo sige, han har jo egentlig selv afsluttet terapien, han har bare ikke gjort det formelt vel. Og så, så må jeg så afslutte fordi. Det der med og give patienterne tider, og så kommer de ikke, det er altså spildt arbejde. Eller rettere sagt, der jo ikke er noget arbejde, det er, det er ligesom hvis man var privatpraktiserende så ville man på bankerot hvis man havde en masse der ikke kom og betalte og så er vi simpelthen nødt til ligesom og trække en streg i sandet og så hvis han får det skidt må han jo henvende sig igen, så det tror jeg i virkeligheden tit er den måde (smågriner) her, at at terapier bliver afsluttet på, det er ved at patienten bare bliver væk. Øhm. Så altså enten afslutter man selv fordi man synes målet er nået, patienten vil gerne stoppe fordi de synes nu er de tilfredse eller hvis de synes de er meget utilfredse, så vil de også gerne stoppe ikke også, eller at de bliver væk. Det kan sådan være et kriterium. Men tit og ofte altså i de terapier jeg vil kalde sådan, jeg ved ikke hvad man kan kalde det, vellykkede her tænker jeg ikke kun ud fra en, hvor vidt man har nået målet, men hvor man synes man har en god alliance, jamen så vil der ofte, så vil det næsten være parallelt at man når frem til den tanke at, at nu, nu er det nok ved at være ehh, tid til og afvikle det her.</p> <p>I: Oplever du nogensinde at en terapi kan afsluttes til den tid som ligesom er fastsat på forhånd?</p>	<p>Ending therapy when the goal has been reached.</p> <p>Informal ending of therapy.</p> <p>Informal ending of therapy.</p> <p>Informal ending of therapy.</p> <p>The synergetic effects of therapy – simultaneous ideas of ending therapy in both patient and therapist.</p>
--	--	---



<p>Therapy can be ended at previously established dates. But, this often happens with mental disorders that are very simple to treat – phobia.</p> <p>The disorders that they treat on Laurids workplace are more complicated than phobias.</p> <p>Patients often has multiple diagnosis and psychological problems when they come to Laurids psychiatric ward.</p> <p>Some of the diagnosis that the patients have should be treatable within a set amount of time. But, the complexity of their ailment and general life situation means that, that is not possible.</p> <p>A lot of the patients are poor and out of a job, and not able to get an education.</p> <p>Some patients have friends and family that is</p>	<p>L: Mmm</p> <p>I: Hvis der er blevet fastsat...</p> <p>L: Ja. Ja, det kan de i nogle tilfælde men det er ved meget sådan, meget simple psykiske lidelser som er, er det man kalder monosymptomatiske, ikke, ehm, jeg underviste faktisk ude på (BYNAVN) universitet her i sidste ude ikke og, der viser det sig jo at kognitiv adfærdsterapi kan helbrede 70-80% med enkeltfobier for eksempel.</p> <p>I: Ja, det er den med slangen...</p> <p>L: Slangen og sådan noget ikke, i løbet af højst en to-tre samtaler, altså der kan man sådan set kurere det ikke. Så. Så, der, der kan man jo forholdsvis nemt sige til tiden ikke. Men, så er de lidelser vi har her, de er, de er sværere, fordi de kommer jo inde fra det offentlige, man kan sige, kommer du først indenfor psykiatrien så, har du som regel allerede prøvet privat, altså praktiserende læge i hvert fald, under alle omstændigheder, måske privatpraktiserende psykolog ikke, og, og de, de har så skønnet at lidelsen var af en sådan sværhedsgrad at det skulle klares indenfor psykiatrien. Ikke. Og det betyder så at, at det tit er mere komplekst, og jeg synes jo mange af dem vi har her de, har, har sådan et, et kompleks af psykiske lidelser, de har måske en personlighedsforstyrrelse, altså ikke en af de larmende som psykopati eller borderline vel, men det man kalder evasive eller tvangsprægede personligheder eller dependent personlighed og så har de måske oveni det noget depression eller noget angst eller noget social fobi eller noget OCD ikke også. Hvis man så kigger på den der statistik fra kognitiv, så er der i hvert fald nogen af de lidelser, dem skulle man jo kunne behandle i løv, i løbet af en ti-tyve samtaler, men det kan du bare ikke fordi, det er sådan en sammensat problematik. Tit har der været nogen en vanskelig barndom, nogen af dem de kører hele tiden på randen af den økonomiske eksistens, fordi de er på kontanthjælp eller sygedagpenge og nogen af dem jeg har haft lige inden jul, de fik jo lukket for strømmen og vandet og varmen ikke og så fattige var de, og og, uanset hvad så slår det terapien ud af kurs fordi selvom man kan sige, jamen, det er ikke mit bord, det er kommunens ikke også, tanken om at så kan man ikke engang holde jul, eller give sine børn nogen</p>	<p>Ending therapy on schedule.</p> <p>The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.</p> <p>The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.</p> <p>The multiple sufferings of the patients.</p> <p>The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.</p> <p>The economic and intellectual capabilities of the patient.</p>
---	--	---

<p>not very nice to them. And that is not a supporting environment.</p>	<p>gaver, fordi man er så fattig ikke, og så bliver det lige pludseligt et tema. Så det vil sige, det er mere komplekst eh, jaa, fordi folk som regel er udenfor arbejdsmarkedet, ej, eller, ikke som regel, men en stor part af dem har ikke et arbejde eller er ikke i gang med nogen uddannelse, og magter ikke pt og passe det og som følge deraf også så økonomisk set er de tit trængte, dem der måske er gift eller sådan noget, det har jo så måske en partner som tjener penge, men ikke desto mindre er familiens samlede økonomi jo belastet ikke, så at at, der har de de ting og kæmpe med og så er der den der lidt mangfoldige symptomatik. Så er der jo også nogen der har nogen venner og familie som ikke altid sådan umiddelbart sådan virker særligt søde ved dem, altså, det, det er så en anden ting også som folk de har og kæmpe med ikke, altså. Jeg har en gående som siger hver gang hun snakker med sin veninde om at der er noget der er gået godt, så så så det som om veninden bliver misundelig og, og så enten kritiserer det eller prøver på og overgå hende i nogen bedrifter ikke og, det er jo ikke sådan et særligt støttende miljø.</p>	<p>The lack of support in the immediate environment of the patient.</p>
<p>What can make you end therapy from a psychologist's standpoint?</p>	<p>I: Mhmmhmm... øhm... når du så afslutter ehm terapi, øhh, for tidligt eller for sent. Så er det, blandt andet fordi at, hvis patienten ikke kan overskue og komme, men hvad sådan teoretisk eller psykologfagligt kan få dig til og slutte en terapi for tidligt eller for sent?</p>	
<p>Ending the therapy too late, is a result of Laurids wish to give the patient the most help he can. He wants to give them a little extra, so he is sure that they a feeling well. This might mean that he holds on to them for too long.</p>	<p>L: Mmm, ja... Øh, for sent, øh, det, det kan jeg let forklarer fordi det er sådan noget med altså psykologfagligt, det kan også være et personligt træk, ved mig, ikke, og, jeg vil gerne have at behandlingen er god og grundig. Det er måske lidt ligesom når jeg skal have skrevet noget, et manuskript eller sådan noget, så, så læser jeg korrektur på det tre gange for nu at være sikker på at der ikke er fejl i det. Så tænker jeg, at jeg vil ligesom give dem lidt ekstra sådan til, jeg ved ikke hvad, vedligeholdelse, til at afstive dem med. Attså, jeg vil være sikker på at de har det godt og det, det kan så medfører at, at jeg måske holder på dem for længe. Når jeg afslutter for tidligt, hvilket jeg egentlig aldrig har gjort, aldrig nej det er forkert og sige at jeg aldrig har gjort det men, men det er i hvert fald ekstremt sjældent det sker, ehm, fordiiii eh, fordi så prøver jeg jo alligevel på, på og blive ved ikke, eh, så vidt det er muligt, det er jo så hvis patienten siger jeg vil ikke, eller hvis man kan</p>	<p>Ending therapy late – the wish to give the patient a little extra and holding on for too long.</p>
<p>Ending too early has rarely happened to Laurids. He tries to hold on to the patient, even if he wants to stop. Because, then it is a question if it really IS too early. But if the therapy is really going nowhere, then the question is if ending can ever come too early.</p>	<p>L: Mmm, ja... Øh, for sent, øh, det, det kan jeg let forklarer fordi det er sådan noget med altså psykologfagligt, det kan også være et personligt træk, ved mig, ikke, og, jeg vil gerne have at behandlingen er god og grundig. Det er måske lidt ligesom når jeg skal have skrevet noget, et manuskript eller sådan noget, så, så læser jeg korrektur på det tre gange for nu at være sikker på at der ikke er fejl i det. Så tænker jeg, at jeg vil ligesom give dem lidt ekstra sådan til, jeg ved ikke hvad, vedligeholdelse, til at afstive dem med. Attså, jeg vil være sikker på at de har det godt og det, det kan så medfører at, at jeg måske holder på dem for længe. Når jeg afslutter for tidligt, hvilket jeg egentlig aldrig har gjort, aldrig nej det er forkert og sige at jeg aldrig har gjort det men, men det er i hvert fald ekstremt sjældent det sker, ehm, fordiiii eh, fordi så prøver jeg jo alligevel på, på og blive ved ikke, eh, så vidt det er muligt, det er jo så hvis patienten siger jeg vil ikke, eller hvis man kan</p>	<p>Ending too early and holding on to a patient.</p> <p>The therapeutic reasons to</p>

<p>A situation where ending might come too early (therapeutically and ethically speaking) is if the therapist gets annoyed by the patient (counter-transference).</p> <p>It would be easy if the patient is unsatisfied and he annoys the therapist, to just cut him off. But that would, in reality, let the patient down.</p> <p>But if the patient wants to stop, then you'll have to accept that. However, you should talk to him about what the consequences is.</p> <p>It is really rare that Laurids ends therapy, because he always tries to work through the annoyance. When he wants to end the most, he tries to give it another chance.</p> <p>Sometimes you would really like to end, but that would let down ones duty and ethical responsibility.</p>	<p>sige at det fører ingen vegne hen, men så er spørgsmålet også om det er for tidligt ikke, fordi eh, hvis du forstår. Når man nu ser, at det fører ingen vegne, så, så kan det næsten ikke være for tidligt, men, men jeg kan se en variant hvor man ku' komme til og afslutte for tidligt og det er jo hvis man bliver for frustreret over patienten, man bliver måske irriteret over at, at de kun kommer hver anden gang, eller man bliver irriteret over at de altid klager og at, eller, brokker sig over hvor skidt de har det og de ikke selv gør en aufs, eh, en indsats og så videre, og eh, måske de også kommer og kritiserer en at det ikke er godt nok, så, vil man jo, altså, så vil man føle en vis impuls til at sige, så kan du også rende og hoppe, ikke også, men men, men dertil, eller rettere sagt, selvfølgelig den følelse føler jeg da sommetider ikke også. Det får mig jo så ikke til og, om man så kan sige, agere på den. Så prøver jeg bare igen, prøver og være tålmodig og, og, og ligesom tænke nåhja de har det jo skidt ikke også fordi, al, altså, hvis man afslutter for tidligt, og hvor det, man kan sige, ud fra en faglig begrundelse og en etisk begrundelse det er for tidligt, så vil jeg næsten altid sige at, at så er det måske det man kalder modoverføring ikke. At, at man simpelthen er frustreret eller sur, eller føler sig kritiseret af patienten. Og så tænker man, nå, ud med vedkommende ikke også. Altså det ville jo være let og sige hvis der en der brokker sig over at der ikke sker fremskridt i behandlingen og så sige, jamen ved du hvad, så synes jeg da bare vi stopper ikke også, eh, det kunne man jo let sige, men det ville jo være lidt og svingte patienten. Såehm, hvis patienten selvfølgelig selv siger, jamen nu vil jeg gerne stoppe, så, så må man jo bare accepterer det, og så må man snakke om det, om de har tænkt at konsekvenserne hvis de stoppede og hvad så hvis de fik det dårligt igen ikke, så jeg tror det, det, det egentlig, arhmen det er utroligt sjældent jeg har afsluttet en terapi for tidligt fordi jeg prøver altid ligesom på og besinde mig, når jeg... man kan næsten sige, når jeg allermost har lyst til at slu, slut med en patient, så er det ligesom jeg siger nej nej, gi' det nu en chance mere ikke også, prøv og vær' tålmodig, det kan da være fristende altså, der er da nogen. Ja, du, du husker jo ham der, du var inde med ikke også. Det er nu et år siden ikke også og nøjagtig de samme ting, det er bare blevet værre, ikke, og det er sådan en hvor man godt kunne tænke sig at det godt nok ville være rart at slippe af med vedkommende. Såeh, det ved jeg</p>	<p>end therapy early.</p> <p>Ending therapy and counter transference.</p> <p>Ending therapy and counter transference.</p> <p>The patient has the final word in any case.</p> <p>Accepting the wishes of the client.</p> <p>Ending too early and holding on to a patient.</p> <p>Ending therapy and counter transference.</p>
--	--	--

<p>Moreover, where should the guy go?</p> <p>Hoping for a miracle.</p> <p>He must be getting something out of it, because he comes back every time.</p> <p>Have you ever considered any ethical problems with setting goals?</p> <p>A problem could be that you establish a set of circumstances that the patient is supposed to fulfill – sort of an exam.</p> <p>The goal orientation is also a problem. This is an orientation that comes from society and has an effect on therapy.</p> <p>Sometimes the only thing the patient needs is someone to talk to, not to get measured.</p>	<p>ikke om det skal tages til referat ikke også, men, men det ville være og svigte sin pligt sin etiske ansvar. (EN TELEFON SIGER BIP)</p> <p>I: Det var min, undskyld.</p> <p>L: Nå, ville være og svigte sit etiske ansvar for patienten plus, at hvor skulle han så gå hen? Ikke Og så håber jeg jo lidt på et mirakel eller et eller andet ikke og et eller andet sted må han jo også få noget ud af det, for han kommer jo trofast hver gang ikke, det er jo ikke sådan at... og han brokker sig jo heller ikke om terapien som sådan, han brokker sig over at han har det skidt ikke også, det kan man så sige, det er så en indirekte brok over at vi gør det ikke godt nok at. Men altså det, deet, så så så jeg bliver ved ikke også også fordi, hvor skulle manden gå hen ellers? Det er så sjældent et syndrom ikke, at, at eh ja.</p> <p>I: Har du nogensinde, ehm, nu går vi ligesom, nu skifter vi sådan lidt spor, eller jeg gør i hvert fald så håber jeg du kommer med (smågriner)</p> <p>L: Ja, nu må vi se (smågriner)</p> <p>I: Øhh, har du nogensinde overvejet sådan nogle etiske problemer med at opstille mål for terapien?</p> <p>L: Ja, det, det kan da godt være. Jo, jeg har jeg har somme tider overvejet etiske problemer ved det. Altså det ene det er jo at man, at ehm, at man allerede lægger nogle rammer for at patienten ligesom skal at, ligesom skal bestå en eller anden eksamen, sådan i overført betydning, det kan ligge et pres på dem. Også en etisk pro, problemstilling måske at man lægger ned over terapien sådan noget der jo er meget typisk i vores kultur, nemlig den der mål-orientering man skal nå et mål ikke, altså det er det samme der gør sig gældende i PISA undersøgelser og alt mulig i folkeskolen ikke. Altså, det er ikke længere nok i skolen bare og have sjovt eller interessant i undervisningen, knapt nok nødvendigt bare at lære noget, næh det skal kunne dokumenteres ikke, og det tænker jeg jo også at der kan der være også i terapi, en form for tyranni som kan lægge et pres på patienten ovenpå terapeuten ikke. Og hvor man måske i virkeligheden rammer ved siden af, det som patienten i virkeligheden har brug for, nemlig og have en og snakke med. Sådan i ordets aller brede-</p>	<p>Self reassurance and the client that is seemingly getting nowhere.</p> <p>Being too demanding of the patient – setting up exam-like goals.</p> <p>The wishes of society and their effect on therapy.</p> <p>The needs of the patient and the needs of society.</p>
---	---	---

<p>It is unethical because you place the patient in a frame that is decided by society, and not by the individual patient.</p> <p>If you have goals that the patient cannot identify with, then that could be potentially damaging for the therapy.</p> <p>It could also be unethical not to establish goals. Because you see that the patient has a problem, and you choose to do nothing.</p> <p>Laurids uses both some theoretical knowledge and some private moral code to ascertain if a certain goal is ethical.</p>	<p>ste og dybeste forstand, have en og snakke med om sine problemer, hvor målet sådan set kan spænde ben for den mere, man kunne kalde det den interpersonelle relation. Og det ville jo så også være lidt uetisk fordi så møder man jo igen ikke patienten der hvor, hvor han eller hun er, men så lægger man så at sige, en eller anden skabelon nedover patienten at det her mål her, det er det vi skal nå eller arbejde hen imod. Det kunne være uetisk. Og så selvfølgelig uetisk ville det også blive, eller uetisk, det er jo ikke sådan at man, man bevidst er ude på at skade patienten under nogen omstændigheder, men det er klart hvis man, hvis man har nogle mål som patienten ikke identificerer sig med, så vil man jo snakke forbi hinanden, det ville også være skadeligt for terapien.</p> <p>I: Øh, hvis du skal vurderer om et mål er etisk forsvareligt...</p> <p>L: Ja, men jeg vil bare lige, må jeg lige komme med en tilføjelse</p> <p>I: Ja</p> <p>L: Eh, jeg vil også sige. Man kunne også havne i den situation vil jeg sige at det kunne være etisk, eventuelt et problem, at man netop ikke arb, stiller nogen mål op eller arbejder hen imod. For det kunne også i en anden, det kunne være sådan en, man kunne kalde det en undladelsessynd ikke. Man ser patienten har det skidt, men man gør ikke ligesom noget for at hjælpe dem med at hanke op i sig selv for at nå et mål så de altså går rundt i ring hele tiden ikke, og det er sikkert rart for patienten og det somme tider også nemt for terapeuten ikke, men hvor de faktisk var, var bedre tjent med at man sagde, ved du hvad nu synes jeg, ikke, altså, nu har vi hørt så mange gange at du ryger 40 cigaretter om dagen, hva, hvad med og prøve og gå ned på 30 for eksempel. Det er så mere personlighedsområdet, men det, det kunne jo være så mange andre ting, ja. Ja.</p> <p>I: Hvis du skal vurderer om, om et mål er etisk forsvareligt, bruger du så hovedsageligt den her teoretiske baggrund du kommer fra, eller bruger du sådan et eller andet personligt moralsk/etisk ehh?</p> <p>L: Det var et godt spørgsmål. Jeg tror jeg bruger, jeg bruger dels noget teoretisk, og så bruger man også</p>	<p>The needs of the patient and the needs of society.</p> <p>The unethical societal pressure.</p> <p>Goals that the patient can identify with and the possible damage to therapy.</p> <p>The unethical dimension of not setting goals.</p> <p>How to evaluate goals and if they are ethical.</p>
--	---	--

<p>Relatives are often more clear-cut as to what they want the patient to achieve in therapy than both the patient and the therapist.</p> <p>The good life is defined by how much you can adapt to the mainstream.</p> <p>But would it be ethical to make someone who is comfortable with their illness adapt to a mainstream idea of the good life?</p> <p>A person that is well does not weigh on society as much as an unhealthy person.</p> <p>If you supported patients in something that seemed politically incorrect, you would get in trouble with politicians, journalists and your superiors.</p>	<p>sådan lidt, personligt moralsk, og så bruger jeg nok også meget af det der ligger ligesom i samfundets ideologi ikke. Ehm. Hvis man nu spurgte nogle pårørende til, til sindslidende mennesker hvad de synes at deres søn eller datter, hvis nu tager unge mennesker, de skulle nå, så er de som regel eh, meget mere klar i mæglet end både psykologen og problemhaveren, altså patienten selv er ikke også, altså så, så ville de let kunne sige, jamen, vi vil da gerne have at, at Christian for eksempel kunne få sig en uddannelse og så ville det være dejligt hvis han fandt sig en sød pige og så ville det være godt hvis han fik et lille hus og sådan ikke og hvis han kunne klarer sig selv. Ikke. Ogeh, og det er jo nok de ideologier der lidt, mere eller mindre ubevidst, men som sådan en slags social konstruktion vi har i vores, er nok i den, de fleste lande i virkeligheden ikke, har at, at det er ligesom dét der er det gode liv, altså psykisk sundhed eller normalitet bliver defineret ved hvor meget man kan tilpasse sig mainstream i virkeligheden. Ogehm. Der kunne man jo igen sige hvis der er en der er en kunstnertype og, og i øvrigt ikke lider alt for meget under sit kunstneriske talent, altså selvfølgelig har han psykiske lidelse samtidig med, ville det så være etisk og tilpasse dem til mainstram? Hvis, hvis deres talent og måske deres interesser og måske deres væsen eller natur, vil bevæge dem i en helt anden retning, skal man så nødvendigvis tilpasse dem. Og det er jo også et økonomisk rationale i det altså en rask person belaster ikke sundhedsvæsnet og dermed ikke skatteyderne, en rask person kan være selvforsørgende - passe et arbejde og så selv blive skatteyder, og være selvforsørgende og... Og det jo også sådan noget der et, et eller andet sted implicit også er med ikke også idet, det er jo ikke noget man sidder og tænker over, så nu skal vi have ham der ud så han ikke skal have kontanthjælp, så han kan få et arbejde og blive skatteyder, men et eller andet sted er det jo med, altså man vil hurtigt, tror jeg, få bøvl med pårørende og, og med, lad og sige systemet, det vil sige for eksempel psykiatriledelse, politikere, journalister hvis man for eksempel sagde til folk jamen, ved du hvad, jeg synes du skal til Christiania, tag over til Christiania og ryg en masse fed ikke også, det er lige noget for dig, ikke også, hvis man virkelig støttede dem i det mål der så, så ville man hurtigt få problemer i hvert fald.</p>	<p>Private and theoretical moral codes.</p> <p>Relatives and their wishes for the client.</p> <p>Defining the good life.</p> <p>When to force people to adapt to societal norms and ideas of the good life.</p> <p>The burden of the sick on the society.</p> <p>Helping the patient with something politically incorrect and the problems it would make.</p>
---	---	---

<p>There is a societal part to ethical considerations.</p> <p>There is a surrounding world – the immediate relatives and then there is the patient.</p> <p>Laurids always considers the patient as then one he is mainly meant to help.</p> <p>The patient is the focal point because it is them who have the problem.</p> <p>If the patient, the parents and the society is happy, then Laurids is happy. Often there is a synergetic effect in this – when one is happy, the others get happy as well.</p>	<p>I: Så deet jeg sådan ligesom kan høre det er at, etiske overvejelser det bevæger sig, bevæger sig sådan på flere planer</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Ja. Der er sådan en samfundsdimension,</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Så er der sådan en en omverdens, altså nære omverden forældre eller et eller andet</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Og så patienten selv.</p> <p>L: Ja</p> <p>I: Hva' og, og hvad så med dig? Eller, terapeuten?</p> <p>L: Ja, jeg vil sige at, at jeg tror jo at et så personligt så betragter jeg altid patienten som, som den jeg skal hjælpe primært fordi det er patienten i centrum, så at sige, det er sådan lidt en floskel, men patienten i centrum, det er jo dem der kommer her og, og så skal jeg forsøge at varetage vedkommendes interesser og ønsker og behov, for, hvad kan vi kalde det, og helbredelse eller psykisk bedring, mest muligt ikke. Eh, det andre ting, faktorer de ligger sådan ligesom anden og tredje prioritet så det er mest patientens behov jeg tænker med og på. Og hvor jeg så selv står idet, jamen, det vil jeg sige ehh, der vil jeg jo gerne have at alle tre faktorer bliver opfyldt altså, (----- uhørlig -----) patienten er glad, og forældre eller familien er glade, og samfundet er glad ikke, så er jeg også glad ikke, altså det, det, det, det, sådan, sådan vil jeg sige. Ehm. Fordi, så så, så tænker jeg jeg at at så, tit og ofte går de jo også i harmoni, men det vigtigste er at patienten har det godt. Det vil jeg nu nok sige, det, det, det vil altid være, være det vigtigste. Fordi, ja, det er jo ikke familien jeg har i terapi, og det er jo heller ikke borgmesteren i (BY-NAVN) kommune jeg har til terapi, så selvom han sikkert synes det ser godt ud på budgettet hvis der er nogen færrer kontanthjælpsmodtagere. Ikke.</p> <p>I: Hvis en klient ikke har lyst til og fortsætte terapien fordi han mener at det gør for ondt, men at psykolo-</p>	<p>Who's side is the therapist on?</p> <p>Patient satisfaction equals therapist satisfaction.</p>
--	--	---

<p>The first thing to do if the patient wants to discontinue, is to psycho educate on the difficulties and hardships in therapy.</p> <p>A solution could be to change gear – to slow down the process, and be more careful. And then hope that the patient gets ready along the way.</p> <p>If the problem is very fundamental, you can almost be certain that it'll surface again in one way or another.</p> <p>The basic idea is to hold on to the patient.</p> <p>Laurids won't hold on to the patient, if there is a mistake of some sort.</p> <p>Almost everybody is suited for psychotherapy – contrary to general belief. It is a question of choosing the right type of therapy.</p>	<p>gen mener at det eneste rigtige det er at fortsætte, hvad gør man så som psykolog?</p> <p>L: Mmm. Så tror jeg først jeg ville, give sådan en næsten psykoedukativ øh belæring om at det jo kan være svært og røre ved noget som gør ondt, og det kan være ubehageligt men, det kan være nødvendigt for at få det bedre. Det ville i hvert fald være, være, være forklaring nummer et og så vil jeg nok også, hvis jeg virkelig mente at patienten havde brug for hjælp og det var min pligt og hjælpe ved simpelthen at skifte gear, altså gå ned i et lavere gear, gøre det mere lempeligt, mere forsigtigt, mere fokuserer på, måske på, på adfærd mere sådan dagligdags ting, og så, måske, hen af vejen regne med at vedkommende bliver mere åben eller mere, har en højere, man kunne kalde det, lidelses eller frustrationstolerance, stresstolerance, så man der kan komme ind på dem. Hvis det er noget der er meget fundamentalt kan man som regel altid være, være ret sikker på at det dukker op før eller senere igen, øh, i en eller anden forklædning ikke. Og så kan det jo være at man så kan, kan få hul igennem også patienten er motiveret til at snakke om det.</p> <p>I: Så din grundlæggende ide det er at man fastholder?</p> <p>L: Ja, altså...</p> <p>I: Selvom patienten har ønske om at stoppe?</p> <p>L: Ja, så så prøver jeg og fastholde ja.</p> <p>I: Ja.</p> <p>L: Ja, det vil jeg sige. Med mindre selvfølgelig det er nogen der er åbenlyst fejlhenvist det synes jeg nu heller ikke jeg ser at, at, det synes jeg ikke, øh, somme tider nogen, de får ligesom prædikatet "ikke egnet til psykoterapi" det, det, det kan jeg ikke altid forstå for, for jeg synes jo næsten at alle personer er egnet til en eller anden form for psykoterapi. Det er mere hvilken psykoterapitype det skal være, og det er da klart nok at hvis det skal være dybdegående psykisk behandling, ja så er det ganske givet, så er der nogen de kan ikke profiterer særlig meget af det, de kan ikke bruge det til noget, men hvis det er det man sådan kalder jeg-støttende psykoterapi eller</p>	<p>Psycho education as the means to keep the patient in therapy.</p> <p>Speed of the therapeutic process as a tool to keep a patient in therapy.</p> <p>The inevitability of the themes in the life of the patient.</p> <p>The basic idea is to hold on to the patient.</p> <p>When not to hold on to the patient – because of mistakes in referrals.</p> <p>Everyone can participate in some form of therapy.</p>
--	--	--



<p>The patient almost always has some advantage of any type of therapy.</p> <p>Laurids does not think that he'll go through with therapy, if the patients goals collide with his moral code.</p> <p>Theoretically you might be able to use alcohol or drugs for strengthening the patients self esteem, but Laurids won't condone this. Neither would he encourage stealing, violence, cheating or adultery, even if it would help a patients self esteem if he did so.</p> <p>Laurids won't help a patient to do anything that</p>	<p>kognitiv adfærdsterapi så synes jeg faktisk ikke jeg har mødt en som ikke, potentielt kunne have haft gavn af det vil ellers bare de vil samarbejde ikke, ehh, og så så er der også mange mennesker som måske ikke terapeutisk der er det store potentiale i ikke, som så alligevel har glæde af snakke om ting, altså det er det man egentlig kalder støttende psykoterapi har de haft en konflikt eller har de haft en skuffelse eller et eller andet ikke, så så så har de gavn af og snakke med én.</p> <p>I: Mmm. Øhmmm. Hvad gør du hvis det som egentlig kan hjælpe en patient, eh eh, ligesom støder imod din moralske overbevisning?</p> <p>L: Mmm. Det som kan hjælpe en patient støder imod min moralske overbevisning..... Aaah, så tror jeg ikke at jeg vil være med til det simpelthen, eh. Jeg kan ikke lige se hvad det skulle være, men eh, men altså man kunne selvfølgelig godt forestille sig at, at en der havde lav selvtillid. Hvis nu de tog en bane koka-in ikke også, så er jeg ret sikker på de ville strutte af selvtillid, i hvert fald sådan i en halv times tid eller sådan noget, og så kunne man jo endog forestille sig at det kunne så ligesom, ligesom bryde isen og så se at jamen jeg kan jo godt snakke med folk og jeg bliver ikke afvist altså teoretisk set kunne man godt bruge sådan noget alkohol eller sådan noget, men men, det vil jeg jo ikke gå med til vel, eller nogen af de fattige, jeg kunne sige de kunne prøve og stjæle eller sådan noget, så vill problemet jo også være løst for en kort tid menehm, det kunne jeg ikke få mig selv til og opfordre folk til og stjæle eller hvis de har problemer med nogen nærtstående personer altså (smågriner) altså det lyder helt grotesk ikke også, jeg er spændt på hvordan det ser ud på skrift ikke altså, jamen det kunne jo være det ville hjælpe og give dem et par på kassen ikke også, men, det ville jeg aldrig kunne, kunne få mig selv til at sige fordi jeg jo er imod vold ikke, og jeg tror nu heller ikke det ville hjælpe særligt meget så, så der står jeg af alligevel. Eller snyde folk også, det kunne jo også bare være og snyde folk altså, medmindre folk selv lige har stor trang til det eller ønske om det altså, sådan noget som utroskab, jeg tror heller ikke jeg ville kunne få mig selv til og opfordre folk til at være utro, selvom det, det måske kunne et eller andet sted hjælpe dem på deres selvtillid eller et eller andet eller få dem, hjælpe dem til at komme ud af et håbløst forhold, så</p>	<p>The inevitability of the positive effect of the right form of therapy.</p> <p>The problem of helping a patient with an immoral goal.</p> <p>The appeal of using certain psychedelic drugs in therapy and the moral issues in actually doing this.</p>
---	---	--

<p>is defined by society as wrong. But what he would do is talking with them about it and the consequences it would have.</p> <p>If a patient will not set any goals, Laurids would focus on this in therapy. Asking: "what is the purpose of you coming here then?"</p> <p>Then he would ask what the patient problem was, because in the problem is the implicit goal of the therapy.</p> <p>And if the patient does not report any problems, then Laurids would state that the patient might not need therapy anyway or ask if the patient might like something other than therapy – sports, school, clubs etc.</p>	<p>ligefrem opfordre til noget som, som i vores kultur i hvert fald rent moralsk bliver defineret som, som forkert, eller uanstændigt, det ville jeg heller ikke ku, ku gøre men hvis folk de har trangen eller ønsket eller overvejelserne så kan jeg godt snakke med dem om det og konsekvenser for og imod eller hvad de sådan, hvad de får ud af det på lang sigt og så videre og så videre, så der, der tror jeg nok jeg sætter en grænse, der er sikkert andre de er mindre, hvad hedder sådan noget, pertentlige med det, men det, det vil jeg ikke kunne få mig selv til.</p> <p>I: Hvad gør man hvis en patient ikke har noget ønske om at sætte mål. Eller ikke vil være med til at sætte mål?</p> <p>L: Ja, deet, så ville man jo. Ja, så tror jeg igen jeg ville tage en snak med dem om hvorfor de så egentlig ville komme her ikke. Øhh. Så, så ligesom spørge hva hva, ja, så kommer man jo igen til at bruge mål, jamen, hvad er så formålet med at kommer her? Hvis de så siger "en og snakke med", så kunne man jo så spørge "jamen, hvad skal du så have ud af det", "jamen det er fordi det er så hyggeligt", altså så ville jeg jo nok sige, jamen altså et eller andet sted, så, så vil førs, jeg vil altid spørge, spørge jo egentlig altid sådan hvad er dit problem ikke også, fordi i problemet ligger jo ofte nærmest implicit mål ikke altså hvis man er angst for eksempel så må målet være og være fri for angst, hvis man er deprimeret så må målet være og blive glad eller i hvert fald neutral af stemning ikke altså, så det ligger ofte implicit. Men så vil jeg jo så spørge, jamen hvad er dit problem, eller hvad har du problemer med, og hvis de så heller ikke har nogle problemer, så tror jeg, jeg vil sige "jaaa, men ved du hvad så tror jeg egentlig ikke du slet ikke, så tror jeg slet ikke du har brug for at snakke med en psykolog", eller så kunne man sige "jamen, det kunne være at du var bedre tjent med og, og melde dig ind i et fitnessstudie gå på noget aftensskole eller et eller andet, blive medlem af en klub ikke, det tror jeg at jeg ville sige".</p> <p>I: Og, øh, er der, er der nogensinde nogen mål som man ikke kan fortælle patienten om?</p> <p>L: Mmmm. Ja, det ka, man kunne godt forestille sig situationen.</p>	<p>The problem of treating a patient with goals that is anti-societal.</p> <p>Discussing consequences instead of actively helping with something amoral.</p> <p>Setting "not setting goals" as a goal.</p> <p>Identifying problems with the patient who has none.</p> <p>Other suggestions than therapy, if there is no real psychological problems.</p>
--	---	--

<p>The goal has sometimes been to persuade the patient to something that he really didn't want to do in the beginning, but the therapist knew would be very beneficial to the patient. Further, the patient's wishes in the example was unreachable by Laurids experience.</p> <p>It is an ethical debate if it's wrong to do so, but you can tell the patient what you think is best, and then hope that he'll eventually see things the same way. But sometimes you have to let things run its course. However, this usually results in the patient returning to the ward. But then he might be ready to accept the therapists' suggestion.</p> <p>The problem is that you, as a therapist, work in accordance to a goal that is not secret as such, but you hold on to the patient and hope that he'll see things the same way eventually.</p> <p>But, in the end you can't force the patient to do anything. He has to sign, and the authorities won't pay if the patient does not agree. Then it is doomed to fail.</p> <p>End.</p>	<p>I: Jeg tænker på om det sådan kan være kontra-terapeutisk eller sådan....</p> <p>L: Ja, ja, ja det nu, nu, ja, ehm. Jeg husker fra min tid da jeg var på det der langtidsafsnit i (BYNAVN), der var der jo mange meget svært skizofrene unge mennesker, og der havde vi ofte, og man kan igen sige etik og etik ikke også, men målet var somme tider og få dem overtalt til at komme på en boform altså psykiatrisk plejehjem, for det var det bedste for dem, men der var jo nogen de fastholdt jo, nej men, de ville ud og arbejde og de ville bo i egen lejlighed og man vidste jo, altså ja, det kunne man forudse at det ville køre af sporet for dem i, i, i, de kunne risikere og blive tvangsindlagt igen ikke også, og der, der, og det er selvfølgelig etisk u, altså etisk diskutabelt ikke, men nu må man igen sige "jamen, vi mener det er bedst for at, for dig at komme i, i en boform" og så siger de "nej, det vil jeg ikke" men så kan man jo alligevel lige så stille håbe, altså, faktisk for patientens egen skyld at de så ligesom når frem til den samme erkendelse og der, har vi da selvfølgelig også somme tider måttet lade dem løbe linen ud altså, det, det fordi, man kan ikke andet så flytter de i egen lejlighed og så er de der, hvis de så har været der en måned, og så har man endda været heldig ikke også, så ligner det jo ragnarok ik, og de har ingen penge og de har det ad helvede til ikke, de glemmer og tage deres medicin og, så bliver de tvangsindlagt så de somme tider, om man så kan sige, bliver møre til og, og sige ja til en boform ikke. Så der kan man godt sige der har man kan sige man arbejder med en, et, et en måltanke, som behandler som man egentlig ikke direkte holder hemmelig men som man fastholder trods det at patienten siger, jeg har et helt andet mål ikke, og så håber man på et eller andet tidspunkt der opstår en konvergens mellem de to mål. Men det er ikke sådan man, man, det kan man heller ikke fordi patienten skal skrive under så det kun når man bliver umyndiggjort, og det det det, det kan man altså, det skal du jo (----- uhørligt -----) der skal utroligt meget til at man kan umyndiggøre folk ikke så, man kan slet ikke placerer dem i en boform hvis ikke vil, og kommunen vil heller ikke betale for det hvis de siger "jeg vil ikke", så det er dømt til at mislykkes.</p>	<p>Persuading the patient to do something he really does not want to, because you know (by experience and theory) it is the best.</p> <p>Letting things run its course and hoping that the patient sees things "the right way" before things gets too much out of hand.</p> <p>Letting the patient do what he wants, even if you know that he'll end up right back where he started.</p> <p>Holding on to the patient in accordance with a goal the therapist has set.</p> <p>The patient has the final word in any case.</p>
--	--	---

	Afslutning ikke transskriberet.	
--	---------------------------------	--

### **Initial list of themes**

Not adhering to a single theoretical stance.

Atheism but directed towards Buddhism.

Goals have multiple meanings.

Objectification of goals and not using this objectification.

The implicit goals and the ability to follow them intuitively.

Revision of unattainable or too attainable goals.

The basic thought of relief for the patient.

Reduction of symptoms and the ease of using scales to measure progress.

The wishes of the clients and the capabilities of the therapist.

Getting better at revising the goals in cooperation with the patient.

Not revising goals because of the implicit nature of the relationship.

The concept of goals, and the ideology of effectiveness.

The concept of goals, and the ideology of effectiveness.

The subjective approach to taking care of the patients needs.

The fluidity of goals because of the complex human being.

Strengthening the attainment of goals by dealing with current events.

Goals and the way they are attained – linear and nonlinear approaches.

The goals are not always defined in positives, but also in negatives.

The patient has the final word in any case.

The contra therapeutic effect of the therapist making the decisions.

The tactics of the therapeutic interaction – what the client wants and what the therapist thinks is best

## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

The focus of the patient vs. the focus of the therapist.

Manipulation, tactical game and ending therapy – what is best for the patient?

The disregard for the goals that has been agreed on, to work with current problems of the patient and securing his/her well-being.

The therapist has the responsibility for the goals being reached.

The therapeutic responsibility of the therapist, and the organizational responsibility of the leaders.

The responsibility towards the psychologists union.

Being in accord with ones theoretical background.

The responsibility of the patient to reach goals and the responsibility if the therapist to make good (effective) therapy.

The goals of therapy and the conflicting goals of the patient.

Using wishes of the client for scaffolding, even though the wishes are unattainable.

Measuring progress by listening and sensing.

Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.

The fluidity of goals because of the complex human being.

Changing goals because they have been fulfilled.

Changing goals because they cannot be fulfilled.

Goals and their ability to direct the therapy.

Measuring progress by listening and sensing.

The never-ending therapy.

Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.

The impossible cure and the almost inevitable relapse.

Diffuse goals and the hardship of estimating if they've been reached.

Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.

The necessity of concrete goals, and the psychologists' inclination to make vague goals.

The vagueness of psychologists as a result of the complex human being.

The responsibility of the therapist to end therapy and the possibility of the client ending therapy.

### APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

The implicit measuring of a goal being reached/the client feeling better.

Holding on to the patient and the problem of dependence.

Often, goals are not reached.

Not reaching goals and estimating if the patient needs therapy.

The possibility of turning a patient down and referring them to another psychologist.

Often, goals are not reached.

Differences in perceptions about goals being reached.

The never-ending therapy.

Wanting more and the cost of therapy.

The obligations of the organization towards the patient and the ending of therapy.

The obligations of the organization towards the patient and the ending of therapy.

Ending therapy when the goal has been reached.

Informal ending of therapy.

Informal ending of therapy.

Informal ending of therapy.

The synergetic effects of therapy – simultaneous ideas of ending therapy in both patient and therapist.

Ending therapy on schedule.

The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.

The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.

The multiple sufferings of the patients.

The difference between simple and complex disorders, and the time needed for treatment.

The economic and intellectual capabilities of the patient.

The lack of support in the immediate environment of the patient.

Ending therapy late – the wish to give the patient a little extra and holding on for too long.

Ending too early and holding on to a patient.

The therapeutic reasons to end therapy early.

## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

Ending therapy and counter transference

Ending therapy and counter transference.

The patient has the final word in any case.

Accepting the wishes of the client.

Ending too early and holding on to a patient.

Ending therapy and counter transference.

Self reassurance and the client that is seemingly getting nowhere.

Being too demanding of the patient – setting up exam-like goals.

The wishes of society and their effect on therapy.

The needs of the patient and the needs of society.

The needs of the patient and the needs of society.

The unethical societal pressure.

Goals that the patient can identify with and the possible damage to therapy.

The unethical dimension of not setting goals.

How to evaluate goals and if they are ethical.

Private and theoretical moral codes.

Relatives and their wishes for the client.

Defining the good life.

When to force people to adapt to societal norms and ideas of the good life.

The burden of the sick on the society.

Helping the patient with something politically incorrect and the problems it would make.

Who's side is the therapist on?

Patient satisfaction equals therapist satisfaction.

Psycho education as the means to keep the patient in therapy

Speed of the therapeutic process as a tool to keep a patient in therapy

The inevitability of the themes in the life of the patient.

The basic idea is to hold on to the patient.

When not to hold on to the patient – because of mistakes in referrals.

Everyone can participate in some form of therapy.

The inevitability of the positive effect of the right form of therapy.

The problem of helping a patient with an immoral goal.

The appeal of using certain psychedelic drugs in therapy and the moral issues in actually doing this.

The problem of treating a patient with goals that is anti-societal.

Discussing consequences instead of actively helping with something amoral.

Setting “not setting goals” as a goal.

Identifying problems with the patient who has none.

Other suggestions that therapy, if there is no real psychological problems.

Persuading the patient to do something he really does not want to, because you know (by experience and theory) it is the best.

Letting things run its course and hoping that the patient sees things “the right way” before things gets too much out of hand

Letting the patient do what he wants, even if you know that he’ll end up right back where he started.

Holding on to the patient in accordance with a goal the therapist has.

The patient has the final word in any case.

## **Clustering and sorting of themes**

### What is goals?

Goals have multiple meanings.

The basic thought of relief for the patient.

Goals and their ability to direct the therapy.

The goals are not always defined in positives, but also in negatives.

### Revision of goals



## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

Getting better at revising the goals in cooperation with the patient.

Not revising goals because of the implicit nature of the relationship.

Revision of unattainable or too attainable goals.

The fluidity of goals because of the complex human being.

Goals and the way they are attained – linear and nonlinear approaches.

Changing goals because they have been fulfilled.

Setting “not setting goals” as a goal.

### The will of the patient

The patient has the final word in any case.

The focus of the patient vs. the focus of the therapist.

Letting things run its course and hoping that the patient sees things “the right way” before things gets too much out of hand

Letting the patient do what he wants, even if you know that he’ll end up right back where he started.

The wishes of the clients and the capabilities of the therapist.

Accepting the wishes of the client.

### What is best for the patient?

The tactics of the therapeutic interaction – what the client wants and what the therapist thinks is best

Manipulation, tactical game and ending therapy – what is best for the patient?

Using wishes of the client for scaffolding, even though the wishes are unattainable.

Persuading the patient to do something he really does not want to, because you know (by experience and theory) it is the best.

Strengthening the attainment of goals by dealing with current events.

The disregard for the goals that has been agreed on, to work with current problems of the patient and securing his/her well-being.

### The responsibility of the therapist

## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

The therapist has the responsibility for the goals being reached.

The therapeutic responsibility of the therapist, and the organizational responsibility of the leaders.

The responsibility towards the psychologists union.

Being in accord with ones theoretical background.

The responsibility of the therapist to end therapy and the possibility of the client ending therapy.

The goals of therapy and the conflicting goals of the patient.

The contra therapeutic effect of the therapist making the decisions.

### The responsibilities of the patient

The responsibility of the patient to reach goals and the responsibility if the therapist to make good (effective) therapy.

### Ending therapy

The never-ending therapy.

Wanting more and the cost of therapy.

Ending therapy when the goal has been reached.

Informal ending of therapy.

Ending therapy on schedule.

Ending therapy late – the wish to give the patient a little extra and holding on for too long.

Ending too early and holding on to a patient.

Ending therapy and counter transference.

Ending too early and holding on to a patient.

The therapeutic reasons to end therapy early.

The never-ending therapy.

The obligations of the organization towards the patient and the ending of therapy.

Accepting the wishes of the client.

The synergetic effects of therapy – simultaneous ideas of ending therapy in both patient and therapist.

## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

Differences in perceptions about goals being reached.

Identifying problems with the patient who has none.

### Evaluation of progress

Measuring progress by listening and sensing.

Measuring progress by objectively assessing if the patients abilities/skills has increased in some fashion.

The implicit measuring of a goal being reached/the client feeling better.

Objectification of goals and not using this objectification.

Reduction of symptoms and the ease of using scales to measure progress.

How to evaluate goals and if they are ethical.

### The clarity of goals

Diffuse goals and the hardship of estimating if they've been reached.

The vagueness of psychologists as a result of the complex human being.

The necessity of concrete goals, and the psychologists' inclination to make vague goals.

The implicit goals and the ability to follow them intuitively.

### Not reaching goals

Often, goals are not reached.

Not reaching goals and estimating if the patient needs therapy.

The impossible cure and the almost inevitable relapse.

The possibility of turning a patient down and referring them to another psychologist.

### The patient

The multiple sufferings of the patients.

The economic and intellectual capabilities of the patient.

## APPENDIX 3 – Raw Analysis Material for Laurids

The lack of support in the immediate environment of the patient.

### Societal norms and the patient

The wishes of society and their effect on therapy.

The needs of the patient and the needs of society.

The unethical societal pressure.

Relatives and their wishes for the client.

Defining the good life.

The burden of the sick on the society.

When to force people to adapt to societal norms and ideas of the good life.

Who's side is the therapist on?

The concept of goals, and the ideology of effectiveness.

The problem of treating a patient with goals that is anti-societal.

### Holding on to a patient.

Holding on to the patient in accordance with a goal the therapist has set.

When not to hold on to the patient – because of mistakes in referrals.

Holding on to the patient and the problem of dependence.

The basic idea is to hold on to the patient.

Psycho education as the means to keep the patient in therapy

Speed of the therapeutic process as a tool to keep a patient in therapy

### The therapist

Self reassurance and the client that is seemingly getting nowhere.

Being too demanding of the patient – setting up exam-like goals.

Not adhering to a single theoretical stance.

Private and theoretical moral codes.

Unethical goals

Goals that the patient can identify with and the possible damage to therapy.

The unethical dimension of not setting goals.

The problem of helping a patient with an immoral goal.

The appeal of using certain psychedelic drugs in therapy and the moral issues in actually doing this.

Helping the patient with something politically incorrect and the problems it would make.

Discussing consequences instead of actively helping with something amoral.