

Summation	Transscript	Themes
<p>Tyra has been a psychologist for a little over five and a half years.</p> <p>Tyra has a psychodynamic standpoint with certain elements from mindfulness.</p> <p>Tyra is of no particular religious belief.</p> <p>There is a difference between what the patient and the therapist sees as goals. Clients are often focused on reduction of symptoms etc. The therapist is focused on bettering the feeling of identity etc.</p> <p>Having goals are generally positive. But they</p>	<p>I: Interviewer (Jakob Emiliussen) T: Interviewperson (Tyra - pseudonym)</p> <p>I: Hvor længe har du været psykolog?</p> <p>T: Øhm, fem et halvt år. Lige lidt over.</p> <p>I: Øhh, hvis du kort skulle beskrive dit teoretiske standpunkt, hvordan ville det så være?</p> <p>T: Ahmen, det ville nok være sådan meget med base i det psykodynamiske, men, men også sådan med mindfulness baseret kognitive teknikker ind over.</p> <p>I: Hm</p> <p>T: Ja</p> <p>I: Okay. Øhm, er du af nogen særlig religiøs overbevisning?</p> <p>T: Nej.</p> <p>I: Nej. Godt nok. Hvad forstår du ved mål i terapien?</p> <p>T: Hmm... Det var et godt spørgsmål. Mhmm. Er det ud fra patientens eller mit synspunkt?</p> <p>I: Det du helst vil sige.</p> <p>T: Det jeg helst vil sige. Jamen, jeg tænker, jeg tænker der kan være forskel, jeg tænker at patienten kan have nogle mål i terapien, der sådan meget er symptomreducerende, ellers, noget de synes de har mistet, som de gerne vil genfinde og for mig er den jo tit lidt anderledes altså at, det kan være, øhm, bedre identitetsfølelse, blive bedre til at regulere følelseslivet, den slags, at jeg sætter som mål hvis man tænker i behandlingsplaner og, og meget af sådan noget jeg kigger på hvor gode de bliver til hen af vejen. Men, men det er tit formuleret lidt anderledes for patienternes side.</p> <p>I: Øhm, hvad er din overordnede erfaringer med og have mål i terapien?</p> <p>T: At det er, altså, det er positivt, men, de skal ikke fylde det hele. Altså det må ikke være den rettesnor</p>	<p>1,4 Adhering to a concise theoretical standpoint.</p> <p>4, 12 Goals have multiple meanings.</p> <p>4,12 The client focuses on symptom reduction.</p> <p>4,14 Goals are good, but not everything.</p>

<p>should not take over everything.</p> <p>The goals are often hypothetical, and leave a possibility for adjustments.</p> <p>Sometimes you start one place, but find out that you need to focus on something else.</p> <p>Goals give a direction for therapy.</p> <p>Goals ensure that you don't get too absorbed in a focus that is too wide.</p> <p>If you get too zeroed in on the goals, you lose the ability to feel what is really there, and to work with it.</p> <p>Often you discover at the end of a course that you end up with the original goal even though you think you've deviated quite a lot.</p> <p>The process should be allowed to develop freely.</p>	<p>man kun går efter, der skal ku', ku' få sit eget liv i terapien, og at at de mål man sætter jo kan, ka, altså, må være lidt på hypoteseplan måske altså i forhold til at man også må kunne justerer på det at eh, realistisk når man begynder og kende patienten bedre at man faktisk kan få dem hen til de mål, må man justere lidt ned. Nogen gange må noget man starter med som noget man troede skulle være en indsigtsgivende terapi, jo blive til en mere støttende terapi, øh, der kan ske mange ting i deres liv undervejs, der gør at man må justerer, så, mål er for så vidt fint, det må bare ikke være det styrende, øh, alene, man kan godt have det som en ide at det er der vi prøver og arbejde os henaf, så der kommer noget retning i terapien.</p> <p>I: Mmm. Så fordelene er at der kommer noget retning...</p> <p>T: Jamen, det er jo at man ikke fortaber sig i eh, i eh et alt for bredt fokus, ehm, det kan være godt for nogen patienter, men der er rigtig mange patienter der er, der har gavn af at man også sådan prøver og, og hele tiden få få noget af det brede, vende tilbage til det lidt mere snævre, at eh, nåh, men, det siger jo også noget om det her vi har aftalt og arbejde med, eh, sådan at de får en forståelse af sig selv og deres problematik den vej, men, men, men jeg er jo nok sådan lidt typisk psykologagtig (griner) "på den ene side, på den anden side", fordi jeg synes alt for for firkantede eh, retningslinjer for tingene gør at man mister sin, sin evne til og så mærke hvad der er til stede her og også prøve at arbejde med det. Og gøre, og blive klogere hen ad vejen, men hele tiden være åben for at blive klogere på det, at ehm, og så kan man, nogen gange synes man at har bevæget sig i en helt anden retning, men at man faktisk ser, når man så kigger på hele forløbet at man er vendt tilbage til det oprindelige mål ikke, selvom man synes man har været ude i noget andet noget (-----uhørligt-----), men at man, at, så på den måde så kan det jo, være, altså have sin egen udvikling, som jeg i hvert fald synes det skal have lov at have. Ellers så bliver det for manualiseret og eh..... man får ikke rigtig måske får, ehh, sådan, underliggende personlighedsdynamikker med, hvis at så, så bliver vi måske for symptom- orienteret tænker jeg, hvis, hvis vi bliver for fikseret på mål. Giver det mening?</p>	<p>2,1 The goals are hypothetical and leaves room for revision.</p> <p>2,1 Revising goals because of finding another, more relevant, focus.</p> <p>2,1 Goals direct therapy.</p> <p>2,3 Goals direct therapy</p> <p>2,3 Focusing too narrowly, makes you lose the overview.</p> <p>2,3 The inevitability of the original goals.</p> <p>2,3 The process must develop freely.</p>
---	---	---

<p>The disadvantages of goals are that you get too zeroed in on something specific.</p>	<p>I: Ja, ja.</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Øhm, så, så, bare for at summere det op, så ulem- pen er at det bliver for, for snævret sammen altså det bliver for snævret det man kommer til at fokuse- rer på.</p> <p>T: Det kan det jo blive.</p> <p>I: Mm, mm.</p>	<p>3,3 Focusing too narrowly, makes you lose the over- view.</p>
<p>The goals has a purpose, but you should not stick to the too rigidly.</p>	<p>T: Jeg ka' je', man kan sige, jeg kan se deres formål ved det her mål, altså, jeg kan godt se hvad det kan bruges til, men jeg synes ikke man skal, det skal ikke være sådan man bliver for rigid i og bare have fat i det hele tiden.</p> <p>I: Mmm, mm. Hvad er din, sådan, øhm grundtanke når du er med til at sætte mål i terapien.</p>	<p>3,6 Goals are good, but not everything.</p>
<p>I try to take my cue from what the client finds hurtful. But I put that together with some of what I hear.</p>	<p>T: Jamen, jeg lytter meget til eh, hvad det er folk finder vanskeligt, smerteligt, og prøver at tage ud- gangspunkt i det. Og så eh, så sørger jeg altid for at sætte det sammen, med noget af det jeg høre, øhh, mønstermæssigt øh, hvordan er det blevet skabt hvad kommer det af, hvordan vi kan sætte det sammen til en måde og arbejde med det på, sådan at der både bliver taget udgangspunkt i det de umiddelbart kommer med, men også at jeg som professionel har en vurdering med indover. Men jeg, men jeg prøver altid at få det til at hænge sammen, sådan at det giver mening for folk, og kommer her, fordi hvis jeg ikke havde det med, så tror jeg at, ja jeg tror ikke folk ville føle sig mødte hvis jeg bare turede igennem men mine, med mine ideer om tin- gene.</p>	<p>3,8 Goals should be based on the wishes of the client.</p>
<p>I always try to make the professional assessment and the clients ideas come together, because this is the most motivating for the client.</p>	<p>I: Øhm. Du har snakket lidt om det allerede, men eh.... Er der nogen mål man ikke kan afklare med klienten? Nogen man ikke kan indvie dem i?</p>	<p>3,8 Goals are most motiva- tional when they are based on the clients wishes, but should be injected with the ideas of the professional.</p>
<p>If a client is very vulnera- ble, then there is some things you would wait to tell them.</p>	<p>T: (sukker), ja det er der vel. Jeg tænker der kan være nogle ting der, kan være meget sårbare som man, man afventer med og, og drage ind, indtil man har en bedre alliance måske med patienten eller noget andet. Altså, det er igen lidt individuelt synes jeg, og egentlig en meget intuitiv fornemmelse</p>	<p>3,10 The goals you can't reveal.</p>

<p>It is a very intuitive process.</p> <p>You should be careful not to make projects on behalf of the patient.</p> <p>If I can't manage to make my goal, the goal of the client, there is an unbalance.</p> <p>Therapy must remain a exploratory process for the client – it should not only be an intellectual experience (the therapist giving all the answers)</p> <p>It could be counter therapeutic to tell the client about certain goals, because the client should form his/her own experiences.</p>	<p>for hvad der foregår..... Altså og, og så synes jeg jo også at der er det i det at, at , mmhm, man skal passe på med at mål ikke bliver til at jeg får projekter på vedkommendes vejene. Ehm, som hele tiden er sådan en fin balancegang og gå. Og jeg kan jo godt have en iii', en ide om at en sfh, for eksempel sådan en selvmordstruet patient seelv, skal blive vevev ved livet ikke, men men, og det kan være mit mål i sig selv, det kan jeg godt være åben og ærlig med, men men.... hvis jeg ikke formår at gøre det til deres mål, så så, så skrider det jo lidt ikke, altså, og der kan jeg jo godt nogen gange have nogle intentioner med noget, me me, med nogle emner jeg tager op, hvor jeg, hvor det netop er mit projekt (smågriner) på en eller anden vis, fordi jeg selvfølgelig det er også en del af min opgave at holde dem ved livet, men, men hvor jeg ikke altid kan, altså, kan indvie i alt hvad jeg lavrr, hvad jeg har gang i. For også at holde fast i at det, det skal være en lidt opdagende proces for dem, så jeg ikke serverer det hele for dem, så det kun bliver en intellektuel oplevelse, men også at man får deres, sådan, får en erfaringsdannelse i gang ikke. Altså det synes jeg, og jeg ved ikke om jeg er helt klar nok på hvad det er jeg mener med det, men, men jeg synes der er der nogen ting hvor, hvor ehm, hvor man nogen gange må eh, altså, hvor man i hvert fald ikke fortæller hvor, hvor teoretisk funderet det er det man måske har gang i. Kan du?</p> <p>I: Ja, sagtens, jeg kan godt.</p> <p>T: Ja. Det bliver ikke så, men det, deet, det sådan jeg tænker.</p> <p>I: Mmm, ja det er fordi, er det rigtig forstået at det er sådan, det kan gå hen og blive sådan nærmest kontraterapeutisk, hvis du in, involverer dem i, i alle dine tankeprocesser, omkring det der foregår?</p> <p>T: Ja, ja, altså så..... Og der tænker jeg vi snakker, snakker vi om et overordnet mål eller snakker vi om alle de små delmål der er på vejen hen imod det overordnede mål ikke, altså, og der tænker jeg ikke at det altid er gavnligt og involverer dem i alt, fordi de selv skal, erfaringsdanne undervejs. For at det ikke bider fast i dem.</p> <p>I: Så det er en måde og forsøge at bevare den her erfaringsdannelse på.</p>	<p>4,1 The intuitive process of setting goals.</p> <p>4,1 The projects of the therapist vs. the projects of the patient.</p> <p>4,1 The unbalance between the goals of the therapist and the goals of the patient.</p> <p>4,1 Therapy should remain exploratory, but can easily become intellectual.</p> <p>4,5 The counter therapeutic effect of telling a client about the therapists goals.</p>
--	---	--

<p>Especially if the clients have a hard time linking feelings and thoughts.</p>	<p>T: Ja. Og, især hvis det er sådan nogen der har lidt problemer med og sammenkoble følelsesliv og tanke- liv (rømmer sig), der bliver det jo vigtigt og opleve hvordan tingene hænger sammen, og at de selv skal have en opdagelses proces i det.</p> <p>I: Mm.</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Ehm, hvor da sætter du mål te, for terapien? Du har snakket lidt om det...</p>	
<p>The goals that are set for therapy, is based on concrete verbal information from the client, the theoretical standpoint of the therapist and on the intuition if the therapist.</p>	<p>T: Jamen, ehm.... Det er nok, altså det er dels på konkret verbal information fra dem, eh, så er det ud fra eh teoretiske perspektiver, men så er det også intuitionsbaseret, hvad jeg fornemmer. Altså, hvad jeg får sådan en fornemmelse af kunne være en god retning ag gå i med dem.</p> <p>I: Nu nævner du selv teori, er den måde at gøre det på, er det funderet i dit teoretiske standpunkt?</p>	<p>5,5 Goals are based on concrete verbal information and the theoretical standpoint of the therapist.</p>
<p>This way of doing it, is probably not based on any theoretical outlook.</p>	<p>T: Nej, på den måde synes jeg ikke jeg har læst noget om det, men jeg tænker, jeg er nok også lidt sådan ehm..... Altså jeg vælger nok lidt i, eh, teoretiske perspektiver også ud fra det, jeg tænker meget om teorier indenfor psykologi som, de syv blinde mænd der skal forsøge og regne elefantens essens ud, hvis du kender den historie.</p> <p>I: Ja</p>	<p>5,7 Not adhering to any specific theory.</p>
<p>All theories have got something right, so, I pick and choose in relation to the current client.</p> <p>This could even be considered eclectic.</p> <p>It almost like Bions idea of gaining a lot of knowledge, letting go and then rely on that the</p>	<p>T: At de jo hver især har fat i noget helt essentielt og rigtigt i menneskets psyke men jo ikke nødvendigvis hele menneskets, altså det er jo ikke en forståelses- model af hele mennesket (----- uhørligt -----), så jeg vælger jo lidt de forskellige teorier nogen gange, ehm, og prøver at arbejde ud fra det og, og sætte noget sammen til det enkelte individ der sidder overfor mig. Det må jeg indrømme at jeg nok gør, lidt, lidt eklektisk måske endda. Og det tænker jeg jo ikke, det er ikke i en specifik teori at jeg har læst at man skulle gøre sådan, det, det er nok lidt intuition- baseret kunne man tro. Sådan lidt, lidt Bion'sk, vil jeg næsten sige at man tilegner sig en masse viden, og så giver man slip og stoler på at det relevante dukker op når det skal bruges, ikke.</p>	<p>5,9 Being eclectic – picking and choosing in differing theories.</p> <p>5,9 Relying on intuition ones a theory has been learned.</p>

<p>relevant things shows up when you need it.</p> <p>If the client and the therapist disagree on the goals, it is left to a negotiation. I don't like to sneak anything in the backdoor.</p> <p>If the patient does not recognize the things I say at all, I would let them be, and maybe come back to them later on.</p> <p>I wouldn't try to convince them, or insist on something specific. But I would tell them why I think what I think.</p> <p>Both have a responsibility for the goal being reached, if it has been agreed upon.</p> <p>The goal is always a hypothesis – there is always room for adjustment.</p> <p>The therapist has the professional, theoretical and technical responsibility. The client has the responsibility to provide material for us to work with..</p>	<p>I: Mmm. Okay. Hvad så hvis der er uenighed om hvad et mål sal være, mellem dig og patienten.</p> <p>T: Patienten...</p> <p>I: Hvem, hvem bestemmer så hvad der skal være et mål?</p> <p>T: Ja, det var jo interessant..... Jeg tror det er en forhandling. I, iieh mine terapier. Jeg bryder mig ikke om at snige det ind af bagdøren og så bare sidde med sådan en, en skjult målsætning. Jeg er nok meget ærlig i virkeligheden i mine terapier med, hvad det er jeg tænker om tingene, øhm, for at få dem til at tage ansvaret på sig og så videre. men øh, men hvis deeh, hvis de sådan er et sted hvor, hvor de slet ikke synes at den ide jeg kan have om noget, at den slet ikke bider fast i dem, så vivil jeg nok tit lade det ligge, og så måske tage det op på et senere tidspunkt hvis jeg er meget overbevist om at der er sku noget om snakken. Og at det her er en god ide, men jeg vil ikke prøve sådan og overtale dem eller insisterer på at, at det skulle være sådan som, som jeg lige tænkte den retning vil skulle gå i. Men jeg ville selvfølgelig måske oplyse om, hvorfor jeg fortæller det, så må de jo tage den eller lade være. Alt så på den måde så har patienten jo også en hel del og skulle have sagt i hvad der arbejdes med ikke...</p> <p>I: Mmm. Mmm. Hvem har så ansvaret for at målet det er nået?</p> <p>T: Ja..... Se, det har vi jo begge hvis vi har aftalt et mål.</p> <p>I: Mmhmm</p> <p>T: Og så tænker jeg at, igen jeg tænker at, det er en hypotese det der mål, fordi der er i mine forståelse af tingene altid er plads til en justering. Eh, så ehm, så målet kan jo justeres hen af vejen, og jeg tænker efg har et fagligteh, teoretisk ansvar, eteh professionelt ansvar for, at der bliver arbejdet ordentligt med nogle ting, og patienten har et ansvar for at komme med materialet så vi kan arbejde med det, og i det der deler vi hvor langt vi når mod det mål vi har sat. Eller om målet skal nedjusteres undervejs fordi vi bliver klogere på et eller andet.</p>	<p>6,4 Negotiating goals instead of sneaking them in the backdoor.</p> <p>6,4 Coming back to a goal, that was not at first accepted.</p> <p>6,4 Not insisting on goals, but clarifying why you suggest a certain goal.</p> <p>6,6 Reaching a goal is the responsibility of both the patient and the therapist.</p> <p>6,8 Goals are hypothetical and can be adjusted accordingly.</p> <p>6,8 The therapist has the professional, technical and the theoretical responsibility for goals.</p> <p>6,8 The client is responsible for providing material for</p>
---	--	--

<p>Some patients has a hard time talking about their feelings, and wants to let them stay buried, which is counterproductive to the process of therapy.</p> <p>But the decision is theirs – should we go into it or not. Most of them are willing to open up if they sense that you are gentle and have an understanding for their background.</p>	<p>I: Mmm. Ehmm, har du nogensinde oplevet en situation hvor du følte at klientens mål var i konflikt med terapiens mål?</p> <p>T: Ja... Det har jeg. Det der sådan lige, der har sikkert været flere, men det der lige falder mig ind det er, ehm (rømme sig), sådan nogle lidt krænkbare patienttyper der kan eh have svært ved og alene det og lave for eksempel en, en, et udredningsinterview, fordi de skal jo fortælle om jo, selvfølgelig nogen meget svære eh, oplevelser de har haft i deres opvækst, som de forsøger at gå til på et fakta-plan, men, de kan ikke rigtig rumme at de får nogle kraftige følelsesmæssige reaktioner ved overhovedet og fortælle om det. Og, og det er ikke fordi jeg sidder med, med prikkende spørgsmål ind i det, men jeg kan bare bede dem om "prøv og fortælle mig hvordan din opvækst var" eller "hvordan det var hjemme hos din mor og far" eller noget, og så begynder de og fortælle og tror de kan holde det på et faktaplan, men bliver meget emotionelle i forhold til det, mehem.... Og det kan man jo så sige det er meget udredningsfasen lige der, men der kan man jo sige jeg kan ikke rigtig få indhentet de informationer hvis de trækker sig fra at ville tale om det, for eksempel, at de har en intention om at det skal blive, altså følelserne skal være begravet, eller vi skal ikke have med dem og gøre eller hvad det kan være. Og det kan følge en i terapien at der er en tendens til og ville væk fra det følelsesmæssige. Men langt de fleste, der kan man jo drøfte vigtigheden af og fåeh... fåeh.. behandlet og få et forhold til sin følelsesmæssige reaktioner. Hvor at de kan ligge underneden symptomlidelser men så at, det bliver status quo hvis de ikke gør noget ved det, og så kan de tage beslutning om, om de vil gå ind i det. Eller ej. Og de fleste vil gerne, så længe man, de fornemmer man er blid og har forståelse for deres udgangspunkt og at de bliver pisse forskrækket og bange og, nåreh de kommer i kontakt med det, men der er nogen hvor de vil ikke, og de trækker sig fra terapien og begynder udeblive og så videre, og selvom man forsøger at snakke med dem.</p> <p>I: Mmm..... Øhm... Hva så, hvad er de optimale mål for terapi?</p> <p>T: Ja..... Altså nogen vil jo sige symptomreduk-</p>	<p>therapy.</p> <p>7,2 The closedness of the patient and the effect on therapy.</p> <p>7,2 Accepting the wishes of the client.</p> <p>7,2 The openness of a client who feels accommodated.</p>
--	--	--

<p>The optimal goals are to learn to endure the tough things in life, and to learn to appreciate the good things in life. I'm not here to give them illusions about never having a hard time again.</p> <p>The goal is both that they get better, but also that they can maybe keep abreast some things, before they hit rock bottom.</p> <p>Patients might be very focused on reduction of symptoms.</p>	<p>tion, jeg, jeg tænker at for (smågriner) mig er de optimale mål og lære at udholde det der er svært her i livet, og lære og øh, og lægge mærke til og, og sætte pris på når der er det gode. Det tror jeg er nogle af de vigtigste ting jeg prøver at give folk med. Ik, ikke aaa, altså ikke at, jeg tænker at, ja, jeg sidder her ikke for at give dem illusioner om at, du får det aldrig svært igen eller nu når du har været i terapi så, så er alt let. Altså, jeg tænker meget det handler om, om behandling, både i og bedre dem selvfølgelig, men også i at de skal lære at accepterer nogle ting sådan at de kan være bedre på forkant og, og have bedre med sig selv og gøre når det bliver svært. Sådan det ikke behøver og komme helt ned og skrabe bunden før de for eksempel eh, får søgt hjælp eller får eh, for forholdt sig til det de skal have forhold sig til i deres liv nogen gang ikke.</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: Det tror jeg er nogen af de vigtigste mål for mig.</p> <p>I: Nu startede du med at sige at nogen vil sige symptombehandling, eller symptomreduktion...</p> <p>T: Symptomreduktion, ja.</p> <p>I: Hvem er de nogen?</p> <p>T: Det tror jeg for eksempel mange patienter vil sige. "Jeg vil af meeed angsten", "Jeg vil af med... depressionen", "Jeg vil, af med alle de her svære følelser", eller hvad det kan være ikke.</p> <p>I: Mmmhm, øhmm, og dit sådan teoretiske standpunkt, hvad vil de så opfatte som de optimale mål for, for terapi?</p> <p>T: Jaaa, undskyld, den skal jeg lige have igen.</p> <p>I: At, det teoretiske standpunkt du har,</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Hvis du, udfra dd, det punkt skulle se, hvad er så de optimale mål for terapi? Altså det kan jo godt være de falder sammen med det du, lige har sagt.</p> <p>T: Jamen jeg tænker jo at, hvis man tænker på det</p>	<p>8,1 Optimal goals are to be able to endure hardships of life.</p> <p>8,1 The therapist should not give the patient any illusions.</p> <p>8,1 Optimal goals are to be able to keep hard times abreast.</p> <p>8,7 Patients focus on reduction of symptoms.</p>
---	---	--

<p>In the mindfulness perspective, the optimal goal is an acceptance of things as they are which the goal in the psychodynamic school is also.</p> <p>That is the most important goal, if people are to feel good.</p> <p>The ability to take care of one is also very important.</p> <p>There is a lot of focus on the economy in Tyra's organization. This is ironic because there is not much focus on cure.</p> <p>The most important thing is to get the patients to show up, because this triggers a subsidy.</p> <p>Besides that, the goals of the organization are that the client feels well treated, and that everything is being done to help them.</p> <p>In daily life, it is the focus on the economy that is prevalent.</p>	<p>mindfulnessbaserede, så er, er, er det meget eh, in der, den her accept af tingene, men det tænker jeg også det er i det psykodynamiske. Altså, jeg tror at de fleste terapiretninger som jeg lige kender til, jo meget går ud på at vi skal lære at have med os selv at gøre på en konstruktiv facon. Ehm. Og det er vel, vel er, det aller vigtigste. I virkeligheden. For at folk de kaa, kan have det godt egentlig vil jeg sige. Det, jeg tænker ikke, jeg tænker egentlig det er øh, det er ikke sikkert de har formuleret det på den måde, men min forståelse af det er at, jamen, vi skal lære at have med os selv at gøre forstå os selv, og måske have overbærenhed med os selv og, og ku', hvis vi havde svært ved noget altså, så, så skal vi også tilegne os noget evne til for eksempel til og regulerer følelser med eller være, have egenomsorg når der er behov for det og, og den slags. Ja.</p> <p>I: Hmm.... Nu er du del af en organisation her, øhm, og.... deres syn på hvad de optimale mål for en terapi er. Hvordan øh, kan du sige noget om dem?</p> <p>T: (Griner), nu griner jeg lidt fordi der er jo meget fokus på økonomi i sådan nogle organisationer i dag, meget mere end der var førhen, så eh, ehh det er jo lidt ironisk at der, der er jo sådan, ikke som sådan, ikke særligt meget fokus på, på helbredelse eller bedring eller hvad vi skal kalde det. Men, men mere på og få folk til at møde op.</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: For så kan man få penge for det. Ehmm, men, men hvis man kigger på eh, (rømmer sig), vores visioner og værdier som selvfølgelig skal være nedfældet i sådan en organisation så, så er der selvfølgelig noget der handler om, om og, at patienten, patienterne skal, skal, altså, opleve sig værdig behandlet ogeh, de skal eh, man skal gøre hvad man kan for at de kan komme i bedring. Og så videre ikke. Altså, men, men, i daglig tale kommer der jo til, meget let i sådan en organisation, og være fokus på økonomiperspektivet ikke. Man kan jo selvfølgelig også sige at det og få folk til at møde op til behandling er jo, skulle gerne være en del af at de så får et ordentligt behandlingsforløb. Men, faktum er at mange af de mennesker vi ser i psykiatrien, jo netop har kontaktforstyrrelser og at deres afbus og udeblivelse jo er en del af det de skal blive klogere på og at det måske også nogen</p>	<p>9,1 Using theory to establish overall goals.</p> <p>9,1 The client should be able to take care of themselves.</p> <p>9,3 The irony of the organizations focus on economy and not on cure.</p> <p>9,5 Subsidies being the main goal of the organization.</p> <p>9,5 The prevalence of the economic focus.</p>
--	---	---

<p>There is a very close link between the goals that are set in therapy and what the therapy is really about.</p>	<p>gange kan bruges terapeutisk ikke. Altså..... Og at, de nogen gange ikke kan gøre andet end at blive væk hvis de er for skamfulde eller noget andet. Er for triste, deprimerede, for angste, altså. Det er ikke nødvendigvis sådan at de sidder derhjemme og beslutter sig for "nu vil jeg, nu vil jeg lige sørge for og blive væk i dag uden at melde afbud" eller noget.</p> <p>I: Mhh.</p> <p>T: Altså, det er alt sammen en del af billedet på patienten, som vi kan bruge til og forstå, ja.</p> <p>I: Ehhmmm.... Øhrrrr. Føler du der er en sammenhæng mellem mål og så den praksis, me me, de mål, mellem de mål der fastsættes og den praksis der bliver bedrevet?</p> <p>T: Fra organisationens side eller min?</p> <p>I: Nej, fah, når du laver terapi. Er der så en sammenhæng mellem de mål der bliver sat og så det i laver i terapien?</p> <p>T: Jarh, det synes jeg bestemt. Altså.... Ævæbe, der bliver sat mål hver gang vi går i gang, der bliver lavet rammer, der bliver snakket om hvor, hvordan og hvorledes kommer det til og foregå. Og så bliver der arbejdet fleksibelt indenfor de rammer. Også de med de fleksible mål ikke, som sagt at der er plads til nye hypotesedannelse og så videre. Efterhånden som man bliver klogere på tingene.</p> <p>I: Mhmm, så mål er aldrig en fast størrelse?</p>	<p>10,7 The close relation between the goals in therapy and the actual practice.</p>
<p>Goals are not a fixed position, unless you take the overall goal of cure/healing/treatment. Some clients does not get better, and then you have to help them accept this.</p>	<p>T: Altså hvis man tænker i bedring, som et mål, så er det jo, det er jo det vi arbejder hen imod. Ehm, men bedring kan jo opnås på mange måder. Som sagt, også via accept af nogen ting. Altså. Vi har patienter hvor man må sige at de bliver ikke bedre, og så handler det om og hjælpe dem til at accepterer den tilstand de er i og få det bedst mulige ud af det. Det er jo også et mål i sig selv, ikke. Og kan skabe, om ikke andet så en mere værdig eh, altså, mere værdig liv, mere livsindhold, ehm, livskvalitet. Og det er jo så også en bedring.</p> <p>I: Mhmm. Hvordan evaluerer man om et mål det er opnået?</p>	<p>10,9 The overall goal ("cure") is fixed.</p> <p>10,9 Clients that does not get better and helping them accept this.</p>

<p>Evaluation if a goal is reached is based on talking with the patient, and what they think.</p> <p>You check with the patient to see if you agree on where you are in relation to the goals.</p> <p>Patients have difficulty identifying if they have gotten any better.</p> <p>Some clients experience that their goals has been reached, but wants more after that.</p> <p>There is nothing in the theory that identifies how to evaluate if goals have been reached.</p> <p>The final decision about the goals being reached lies with the therapist.</p>	<p>T: (Sukker).... Jamen altså man, man taler jo lidt med patienterne undervejs, hvor de synes de er henne.... Og der, der er bedring jo nok det helt overordnede mål man går efter, og så er der også nogle undermål der lige sådan ligger, og så snakker man lidt om hvor man synes de er henne, hvis det er for eksempel nogle mennesker med en angstlidelse, hvor er de så henne, er den der stadig, er der den stadig men overhovedet ikke i samme grad som før, nå men okay, er det til at leve med og ehm... Er det sådan vi skal sige, der må da, altså, det er så langt som vi når ikke. Altså så laver man sådan en au, hvad skal man sige en au, hvad hedder det, nå... en ehm, sådan en, man checker ind med patienten, altså, er vi enige om hvor vi er henne. Patienterne kan også være sådan, de kan have svært ved at huske hvordan det var da de startede for eksempel, og så selvom jeg kan se de har fået det noget bilder, bedre objektivt, så kan deres subjektive oplevelse godt være at den angst den er der stadig og nu vil de bare helt af med den, selvom målet måske til og starte med var atøh, bare angsten kunne blive reduceret 50 %, så er det fint. Men, men de bliver lidt sultne efter at komme helt af med den, også når de mærke at det kan blive anderledes, ikke, og så fylder det meget at der stadig er noget angst for eksempel, så snakker man jo om, selvom målet i virkeligheden er nået måske, så, så snakker man jo om nå men okay, så må vi jo arbejde lidt videre med det og se hvor vi så kommer hen.</p> <p>I: Mmm. Er der noget i dit ehm, teoretiske udgangspunkt der siger noget om hvordan man evaluerer, om et mål er opnået?</p> <p>T: Nej, det synes jeg ikke jeg har læst. Det kan godt være jeg har læst noget om, men det er ikke noget jeg har bidt mig fast i. Jeg tager den meget øh... Sådan, jeg tager den meget med patienterne egentlig og så, selvfølgelig også min egen vurdering af hvor vi er henne.</p> <p>I: Hvem tager så den endelige beslutning om at, nu er det her mål, det er nået?</p> <p>T: ... Altså..... Det er jo, altså den endelige-endelige beslutning ligger ved, er jo hos mig, men patienten kan jo også undervejs sige, nu synes jeg,</p>	<p>11,1 Measuring progress by listening and sensing.</p> <p>11,1 Checking with the patient to see if they agree on your evaluation.</p> <p>11,1 Patients can't see the progress.</p> <p>11,1 Reaching a goal and the patient wanting more.</p> <p>11,3 Not having theory to back up the method of evaluation.</p> <p>11,5 The therapist has the final say on a goal being reached.</p>
--	--	--

<p>But the patient can end therapy as well, if he/she feels well.</p> <p>The therapist can insist that there is a last goal that should be reached – a proper ending.</p> <p>Clients could get to a point where they rely too much on therapy. Then, it is the responsibility of the therapist to end the therapy.</p> <p>Often, you have to revise the original goals you set because clients often put the bar to high, because they want to be “good patients”.</p> <p>It might result in that the therapy has to become more supportive than exploratory.</p>	<p>jeg har det fint nok, nu synes jeg ehh, det er nok, jamen okay, det er sås, så snakker vi lidt om det. Det kan være jeg synes de i hvert fald lige skal have en fire fem gange til et afsluttende forløb eller noget ikke, øhm, selvom de synes målet er nået og jeg synes godt vi kan slutte næste gang.... Så kan jeg jo godt insisterer på at der lige et lille, et sidste mål vi skal have, og det er afslutning. Vi skal have sagt ordentligt farvel til hinanden, du skal finde ud af hvordan du har det med det. Eh, men hvis vi forestiller os den anden vej rundt at det er en patient der bare vil blive ved og blive ved og blive ved fordi de bliver meget ehm, nogen af dem bliver ehm, meget glade skråstreg afhængige næsten, af terapien nogen gange selvom terapien jo i sig selv burde gøre dem mere og mere i stand til og klarer sig selv, men de får simpelthen, eh, de bruger det som et fast holdepunkt ikke. Så må man jo måske begynde og, og sige så, nu har vi så og så lang tid tilbage, hvor selvom de får alle de her opblussende symptomer i afslutningsforløbet, så er det det man arbejder med og så er det mig der endeligt beslutter at nu, nu er vores mål nået. Og ja, du vil opleve en genopblussen, det tager vi så og arbejder med.</p> <p>I: Mmm</p> <p>T: Og forklarer dem selvfølgelig lidt om hvad det går ud på, ja.</p> <p>I: Øhm, har du nogensinde været ude for at, og, at man ikke nåede i mål?</p> <p>T: ... Ja... Det har jeg. Altså jeg har været udsat for flere gange at når folk starter så må vi, så sætter vi nogle mål fordi de også gerne v, vil være gode patienter lige når vi starter, de vil gerne lyde som om det kan vi jo nok godt nå (smågriner) og så når man, arbejder videre med dem så viser det sig, at, personlighedsstrukturelt er det, står det måske værre til end man lige så i udgangspunktet eller noget andet, sådan igen at det får en mere støttende karakter end, end indsigtsgivende for eksempel, og så må man ændre målet og så er målet jo ikke nået det udgangspunkt man havde, ikke nået, men, så når man nok noget andet ikk. Så hvis man tænker mål som fleksible så, så, så tænker jeg jo vi når målene der er også nogen vi ikke når, men, hvis man tænker på det som en statisk en fra start af så eh, så er der</p>	<p>12,1 Patients can end therapy.</p> <p>12,1 The therapist final goal of proper ending.</p> <p>12,1 Dependence on the therapist.</p> <p>12,1 The responsibility of the therapist to end “unhealthy” therapy.</p> <p>12,5 Revising goals that is unattainable.</p>
---	--	--

<p>But if you think of goals as static from the beginning, then it is often that goals are not reached.</p> <p>So, if a goal can't be reach, you redefine it?</p> <p>Yes, because, reaching for a goal that the client cannot reach, will make therapy a bad experience. And the therapist might be viewed as a bad therapist, if he/she cannot help the client reach his/her goals. And that's a lose-lose situation.</p> <p>Here, it is important to help the patients take the steps they actually can take.</p> <p>The therapist might think that the patient has gotten better, but the client does not think so. But then, Tyra mentions the ways in which the client has gotten better, and they often see things in another way.</p> <p>Often the patients have a very bad sense of themselves.</p>	<p>sikkert tit vi ikke når de mål vi lige umiddelbart tror vi kan.</p> <p>I: Sååhh, det man gør hvis man ikke umiddelbart kan opnå et mål, det er og få omdefineret hvad målet så skal være.</p> <p>T: Ja. Altsåehm.... Hvis jeg holdt krampagtigt fast i et mål der er sat fra starten som viser sig mere og mere, at det er ikke muligt for patienten og nå det, så bliver det jo en fiaskoplevelse for patienten når man kommer til at reflektere tilbage på, nå men du kunne ikke nå længere hen, og jeg bliver også, måske kigget på som en terapeut der ikke kunne nå og, altså ikke formåede og få dem længere hen. Og, og det er der jo ikke nogen der får ret meget positivt ud af, ehm, der tror jeg meget på den her lidt nærmeste udviklingszone-tankegang, at, at det er altså vigtigere og få folk til og, til så tage de skridt de kan indenfor rammerne, altså for de, deres formålet, og så er det det vi kigger på og så snakker vi jo selvfølgelig om at, at det er jo så her vi må sige at barren den er. Standarten ligger her om man så må sige.</p> <p>I: Mm, ehm. Har du nogensinde oplevet situationer hvor at døøh, din opfattelse af om mmm, mål var nået ikke stemte overens med patientens eller klientens opfattelse af om et mål er nået?</p> <p>T: Ja i det små, ikke sådan ret voldsomt, men i det små. Altså jeg kan godt synes de er objektivt har fået det bedre, og så siger hun "det har jeg overhovedet ikke", ehh. Og så kan jeg jo nævne, jamen du kan jo huske da du startede, der kunne du ikke det og det, nu kan du rent faktisk eh, gå ned og handle, altså komme udenfor en dør for eksempel ikke. Og eh, du formår endda og gå igennem supermarkedet uden at få en masse gamle varer med hjem fordi du bare (griner) bare drøner igennem i angstens koldsved, og ikke kigger på hvad dato tingene har, og, altså for eksempel ikke. Og så, "nååh, ja okay", så begynder de godt og, og kunne se der er en forskel. men, der kan jeg jo godt tænke vi er faktisk nået ret, na, nogen, nogen af delmålene er vi nået ret langt med, men hvor de føler at det bare er det samme stadigvæk. Også fordi de ikke altid har en sårlig god fornemmelse af sig selv, så så, at, det er meget rart for dem at få opremset nogle helt objektive fund som de kan se på adfærdsplan måske, fordi, "Nå, nå okay,</p>	<p>13,1 If goals are considered static, they are not reached.</p> <p>13,3 Redefining goals to ensure that therapy is a good experience and ensuring that the can do his/her work.</p> <p>13,3 Help the client taking the steps, they can actually take.</p> <p>13,5 Making the patient see progress by concrete examples.</p> <p>13,5 Patients can't see the progress.</p>
---	---	--

<p>A lot of patients can't assess the process objectively when they are in the middle of it, and might resort to reporting that no progress has been made at all. Then Tyra tries to concretize the things that have been achieved in therapy, and this often helps.</p> <p>Sometimes clients might think that Tyra is too positive.</p> <p>Tyra is most comfortable ending therapy when the clients feel that they are able to handle themselves.</p> <p>If the clients stop showing up to therapy, and does not give proper notice of absence, then Tyra will eventually have</p>	<p>ja, det er da også rigtig jeg kunne ikke det der førhen".</p> <p>I: Så det du gør det er at du forsøger sådan og objektificerer eller tingsliggøre deres bedring så de kan forstå det eller hvad skal man sige...</p> <p>T: Jeg vil nærmere sige konkretiserer. Altså. Gøre det, gør det klart hvor det er jeg ser det henne. Når de så står i processen, men mindre de er meget langt og kan kigge tilbage på en start og de har en god sådan fornemmelse af både hvor de er nu og, og hvor de var i starten, så kan de selvfølgelig sagtens se hvor de er nået hen, men der er rigtig mange af dem hvor man må ligesom stoppe op undervejs og sige jamen altså, ja, hvor er det nu du er henne, jamen det føles som det samme og det, tre skridt tilbage og alt det her, mange af dem siger lige så snart der er noget besværligt i livet ikke, så siger jeg, jamen, sidste gang du stod i den her situation hvordan var det så du håndterede den, og hvordan er det du lige har håndteret den, og kunne man tænke at du så havde lært noget i mellemtiden, eller noget ikke, altså, man må ligesom hjælpe dem til og, og, og blive bevidst om den erfaringsdannelse der trods alt er i gang for dem. Men de ikke altid bevidste, det er ikke, de er ikke så bevidste om altid hvor, hvor det er henne, der er det meget godt og hjælpe dem til at se det, men, men på den måde kan der være uenighed om målet, og så kan det godt være de synes jeg ser det alt for positivt nogle gange ikke. Og så må jeg sige nå okay, men fair nok, det er dig der ved hvordan du har det med det ikke. Ehm. Og så. Arbejde videre derfra.</p> <p>I: Øhm, på hvilket grundlag afslutter du terapi?</p> <p>T: Jeg kan jo bedst lide når de er ved at have det så godt at de synes de kan selv, men ehh, jeg afslutter også terapier ud fra den der accept af tilstandens, altså tankegang ikke altså, og det er, der er folk som skal leve med nogle ting resten af deres liv og som, eh, hvor det må handle om det, og så afslutter jeg terapi hvis folk bliver for ustabile altså at de ikke møder op til deres behandlinger, vi har, igen der er økonomitænkning i vores system, det, vi kan ikke tillade at folk bliver væk fem gange for eksempel, uden afbus og sådan noget. Så, det afslutter vis også terapi på. Og så må vi prøve og formulere</p>	<p>14,3 Patients can't see the progress.</p> <p>14,3 The therapist being too positive.</p> <p>14,5 Ending therapy when the therapist is sure that the client can manage.</p> <p>14,5 Informal ending of therapy.</p>
---	--	--

<p>to end the therapy.</p> <p>Tyra has worked with short term therapy.</p> <p>For some patients a fixed ending for therapy is a great help. For the patients that Tyra has in the ward where she works now, the problems are more complex than what can be solved in for example 10 sessions.</p> <p>Sometimes the goal in the beginning is to create an understanding of the problem, before you can even start therapy.</p>	<p>for dem at det handler om hvorvidt de er motiverede i øjeblikket og at hvis deres egen læge synes at de på et senere tidspunkt kunne have nytte af behandlingen heroppe ved at det er her de hører til, så kan man jo henvise igen ikke. Men altså, det er også en måde og afslutte terapi desværre. Nogen gange. Men, men, men vi kan ikke, vi kan ikke andet. Det er et vilkår.</p> <p>I: Oplever du nogensinde at man kan afslutte terapien til en fastsat tid, eller sådan til en eller anden fastsat punkt eller sådan noget. Ikke nødvendigvis tidsmæssigt punkt, men det kan også være noget andet man har fastsat...</p> <p>T: Jamen altså, øh, det har jeg, jeg har før arbejdet med korttids terapeutisk kognitiv eh, hvor vi havde ehm 10 gange, og det sagde vi fra starten til folk, det er det vi har, det var i selvmordsforebyggelse, og ehm, for nogle mennesker er, altså som ikke er, der hvor jeg sidder nu, der er det tungere psykiatri vi har med at gøre ikke, ehm, men fordi, de mennesker der var derovre, der var der altså nogen af dem hvor det var faktisk rigtig effektivt for. De vidste de havde ti gange og det satte også gang i hvad de gerne ville nå på de ti gange. Men, men de hænger også en lille smule bedre sammen i personligheden, end dem jeg sidder med nu. (----- uhørligt-----) og så kan man også bedre sige, jamen okay, så kan vi blive mere målrettet ikke, hvor, hvor dem jeg sidder med nu, der er der jo rigtig meget hvor man må indlede med overhovedet og få alliance og, få dem til og, og overhovedet og mærket hvad problemet også nogen gange reelt er, for de kommer med de her symptomlidelser og tror det bare er sådan et eller andet hjerneagtigt noget, så kan man høre på hele deres historie at der der har bare været (smågriner) så mange traumer, og ting og sager med i det at, der er ingen tvivl om hvor at, hvor det kommer fra. Ikke bare en biologisk ting der (----- uhørlig -----), og det skal man jo også nogen gange i, i det arbejde jeg sidder i her nu at faktisk arbejde hen imod og skabe en forståelse inden man for alvor kan komme i gang med at arbejde.</p> <p>I: Ja.</p> <p>T: Med tingene.</p>	<p>15,3 The advantage of fixed endings of therapy.</p> <p>15,3 Creating a basic understanding of the problem as a goal.</p>
---	---	---

<p>A reason to end therapy prematurely could be attempted suicide.</p> <p>There is a lot of different opinions on whether or not you should end therapy in this situation.</p> <p>You could end this therapy by getting the patient hospitalized. Or, if the client gets violent or threatens you.</p> <p>Then the goals no longer apply.</p> <p>Ending therapy later than first agreed, would be because of the patient getting unstable around the time of the agreed end of therapy.</p> <p>Then, you should not take away a steady point in the life of the patient.</p>	<p>I: Nu var du lige kort inde på at, øhm, at du kan få, afslutter terapi hvis de ikke melder afbud. Altså hvis de bliver for ustabile, men øh, kan der være andre grunde til og slut terapi for tidligt? Eller tidligere end man egentlig havde tænkt sig?</p> <p>T: Jahh, altså en varm kartoffel det er jo selvmordsforsøg og den slags ikke, og så ikke nødvendigvis bare afslutte dem hvis de forsøger selvmord, men simpelthen og gøre klart at hvis de vil gå i et terapi-forløb så, så skal vi arbejde med at de netop ikke kan gøre den slags. Og at hvis de bliver ved for meget, øh, så er spørgsmålet om man kan bedrive terapi med dem på nuværende tidspunkt. Altså der, der er meget, meget delte meninger om det men altså det, der kan man jo nogen gange blive nødt til at sige, det kan jeg ikke sidde med, altså det for voldsomt, vedkommende må indlægges, eller, ehm, det er ikke her det, altså det, det er simpelthen for ustabil ehm, ikke at de ikke møder op, men for ustabil inde i dem til at vi kan fører en, en terapi i et ambulant regi. Og så bryder man terapien ved for eksempel og indlede-lægge dem eller noget andet. Øhm... Så det er jo også en af dem, hvis de bliver voldelige for eksempel, truende. Så må man jo også nogen gange sige så ka, så ka det altså ikke gå.</p> <p>I: Og hvad sker der så med målene for terapien?</p> <p>T: Ja, det er jo så ikke opfyldt kan man sige. Deeh, bortfalder var jeg ved at sige, eller man må sige at det var ikke en succes det her. Så. Man må se om de næste kan gøre noget for dem.</p> <p>I: Mmm. Hvad kan få dig til og afslutte en terapi senere end...</p> <p>T: Jamen, det er jo så øh... Hvis der sker nogle livs-omstændigheder som gør dem ustabile op mod afslutningen og hvor jeg ikke bare tænker at det, det er kun fordi de får noget symptom øh hvad hedder det, øgning på grund af, af angsten for afslutning. Altså det kan være eh parforholdet, øh, der går i stykker eller børn der pludselig bliver syge med noget mere alvorligt altså der er nogen ting hvor man tænker okay det er ikke nu vi også skal tage endnu et holdepunkt fra patienten. Eller fyring fra job og den slags øhm, så tænker jeg også øhm, der kan være noget omkring hvis de igen viser en øh, sådan, for</p>	<p>16,2 Ending therapy because of suicide attempts.</p> <p>16,2 Ending therapy because of violence or threats.</p> <p>16,6 Ending therapy late because of an unstable patient.</p>
--	--	--

<p>Oftentimes, patients experience that symptoms reemerge around the end of therapy, and then you don't keep having them in therapy, but explain that this is normal.</p>	<p>ustabil adfærd selvmordsforsøg og den slags så er det jeg ikke lige nødvendigvis der man afslutter dem, med mindre man har haft sådan et gedigent psyko-dynamisk forløb hvor der hele tiden har været taget op at, at det her ville dukke op og og at nu altså hvor man har italesat at det er jo fordi du er bange for en afslutning hvis det er det, det er, ikke. Men, men, der sidder vi altså i psykiatrien vi er nogen gange nødt til at tage alvorligt at, at folk simpelthen igen er blevet ustabile og vi snakkede om at nu skulle vi til og, og overveje afslutning at så må vi jo sige at, vurderingen af tilstanden er at vi kan ikke slippe dem på nuværende tidspunkt.</p> <p>I: Mmm. Så, der kommer så også nogle nye mål der, hvis det er du...</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Ja.</p>	<p>17,1 Ending therapy in spite of symptoms reemerging.</p>
<p>Sometimes the goal is just to keep the patient above water.</p>	<p>T: Og nogen gange er målet at holde røven over vandkorpene på dem ikke og det kan godt være sådan et sted og så må, når de så lige finder sig selv igen, må vi kreere nogle mål hvor vi kan sige, jamen det er her vi arbejder os henimod når vi rimeligvis når derhenaf, så skal vi til og slutte af, ikke. Altså så, igen må man man sådan nogle gange sætte lidt pause i hvaa', hvad er det vi lige nu arbejder med. Altså der er mange ildebrande os slukke for, for sådan nogle mennesker der, sidder her i psykiatrien nogle gange, ikke for alle, men nogen kan arbejde rigtig godt og gedigent i nogle psykoterapeutiske forløb, men andre der er det simpelthen, den ene ildebrand efter den anden man forsøger og slukke for, at også når man og tænke nogen gange om terapien at, at målet er at de ikke ryger længere ned. Hvor man kan sige at tilstanden er stationær og det er egentlig meget heldigt ud fra alt det crap der sker omkring dem (griner), alt det også bliver et mål i sig selv ikke.</p>	<p>17,4 A goal is to keep the patient above water.</p>
<p>Some patients are very stable, but others have a lot of fires to put out all the time. Then, the goal is not to make them fall any deeper.</p>	<p>I: Mmm.</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Ja. Øhm. Har du nogensinde overvejet nogle etiske problemer ved og sætte mål i terapien?</p> <p>T: Jahh.....</p>	<p>17,4 Assuring that the patient does not get worse.</p>

<p>You are not supposed to have projects on behalf of the patients. But it is unavoidable when you are dealing with suicide-patients.</p> <p>There is a lot of opinions on the matter and ethics and law gets mixed up very ungainly.</p> <p>Sometimes I feel that what I've learned therapeutically and ethically clashes.</p> <p>I can't help but believe that I should help people to stay alive, even if their goal is suicide. But I don't imagine that our theories are so rigid, that I should just end therapy – even so, Kernberg says we should.</p> <p>It is hard to distinguish the personal ethical code and if it some other ethical code – and when it is the one or the other.</p>	<p>I: Kan du sådan beskrive det?</p> <p>T: (Griner), jamen eh den der kommer til mig det er igen det der med for eksempel selvmordsdelen, at hvis, altså viill, jeg synes jeg har lært at man må ikke have projekter på patienternes vejne, at det kan være en hindring for terapien, og bedringsprocessen og så videre det skal være patienten der vil noget med tingene. Men, det kan altså ikke undgås både udfra min jobfunktion oooog, og, altså, sådan menneskelig indstilling at, at jeg får det når jeg sidder med folk der er selvmordstruet, øhm. Og der er der jo sådan etik og jura og alt muligt, det blander sig i en st, meget uskøn forening nogle gange, i forhold til, øh, hvordan man kan være i det som behandler og arbejde med det og så videre. Der er mange holdninger til det.</p> <p>I: Mmhm</p> <p>T: Så der oplever jeg nogen gange ateh... Noget hvor jeg godt kan mærke at etikken den sådan, og det jeg måske har lært eh, går sådan lige lidt i modsat retning. Så jeg kan ikke lade være og have en etisk øhm, intention med at de jo ikke skal tage deres liv, vel. Men jeg tror så heller ikke at vores teori er så firkan-tet at de mener at vi bare skal lade dem være, men, men Kernberg siger jo at han afslutter dem hvis, hvis de forsøger selvmord i terapien ikke. Og, det tænker jeg ikke at jeg kan, udfra den etik jeg har.</p> <p>I: Er det, er det noget bestemt eh, eh etisk, eh, kodeks du forholder dig til der?</p> <p>T: ... (Sukker)..... Det ved jeg sku ikke (griner)...</p> <p>I: Eller er det bare sådan mere et ar, eller "bare", eller er det, eller er det mere en personlig øhm, opfattelse af rigtig og forkert, og, hvad din pligt og sådan?</p> <p>T: Ej, men jeg tænker de er svære at adskille. Må jeg nok sige at jeg synes. Altså jeg tænker at, ateh..... at det er begge dele..... det gør jeg egentlig..... Ja, jeg ved ikke lige hvad jeg ellers skal sige til det.</p> <p>I: Mm. Øhm..... Hvis du skal vurderer om et mål,</p>	<p>18,2 The unavoidable projects on behalf of the patients.</p> <p>18,2 The complicated relationship between ethics and law.</p> <p>18,4 The clash between ethics and therapeutic method.</p> <p>18,4 The clash between private moral, wishes of the client and the prescriptions of theory.</p> <p>18,8 Personal and other ethical codes are almost indistinguishable.</p>
--	--	---

<p>I try to lean on theories to judge if a goal is ethical this is to ensure neutrality.</p> <p>Psychologists get shaped by their education. Then there is a certain view of people that you rely on.</p> <p>I rely on theories so it's not me that decides what is right and wrong.</p> <p>But, you can't work psychotherapeutically without listening to your inner tuning fork. However, this tuning fork is hopefully embedded in the view of people that you've been taught on the university.</p> <p>If a client wants to discontinue because he feels too much pain, Tyra believes it is a question of lack of motivation. She would deliberate with the patient about how they could work with the subject so it won't be too tough. She suggests to approach it</p>	<p>som det bliver sat i terapien, er etisk forsvarligt. Bruger du så en eller anden personlig øh, moralsk kodeks, eller bruger du noget fra dit teoretiske standpunkt til at vurdere det?</p> <p>T: Altså, jeg prøver og læne mig meget op af teori, altså eh, for at det netop ikke skal blive mig der er dommer over tingene. Men, men eh..... jeg tror jo, at mange eh, jeg tror at vi bliver formet i vores uddannelse, øhm, sådan at, altså at vi får meget af det her teori sådan ind under huden også som en måde og have et menneskesyn på. Så, på den måde så er jeg jo selv meget enig i mange af tingene. Selvfølgelig kan der være nogen der går, altså, at der, hvor jeg ikke er, men eh... men, men jeg prøver at læne det op, altså hele tiden og læne det op af at det ikke bare er mig der har besluttet det er sådan her men, men at jeg faktisk har det et sted fra ikke, altså både i forhold til rammer og alt muligt andet der kan ske her i psykiatrien - hvornår man indlægger patienter, hvornår man ikke gør altså, hvornår man skal gå, lade dem gå hjem, selvom de har siddet og sagt at de vil tage deres liv og, stem, deeteh, det prøver jeg at læne op af teori, men, men du kan ikke sidde og arbejde med, med psyko ehm terapi uden at det også er hele tiden din indre stemmegaffel eller fornemmelse du har i spil jo, så du er jo selv med, men forhåbentlig er det så indlejret det her menneskesyn der, er, vi har lært igennem universitetet og den forståelse man kan have, ehm, altså menneskets psyke, at, at det er det vi meget læner os op af.</p> <p>I: Mmmh. Ehm, hvis en klient ikke har lyst til og..... fortsætte terapien fordi han/hun mener det gør for ondt, men du fagligt set mener at det eneste rigtige det er at fortsætte, hvordan håndterer du så den situation?</p> <p>T: Jamen, så tænker jeg jo at motivationen ikke er der. Og det vil jeg prøve og tale med dem om. Så ville jeg eh, eh, drøfte hvordan man kan have med emnet og gøre på en måde så det bliver, ehm, altså, jeg plejer at sammenligne det lidt med varm risen-grød, at man ikke sådan skovler ind i midten med det samme, men at vi nipper lidt til det udefra, sådan at vi kan tilnærme os det og se om hen af vejen, stille og roligt at det kan blive, blive nemmere at forholde sig til altså det ser vi jo meget med incest-problematikker og den slags ikke, at det kan være</p>	<p>19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.</p> <p>19,2 The “psychologist view of human beings”.</p> <p>19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.</p> <p>19,2 The inner tuning fork and the hope that it is embedded in theory/professional competency.</p> <p>19,4 Wishes of discontinuing therapy is a result of lacking motivation.</p> <p>19,4 Negotiating how to progress with the patient.</p>
--	--	---

<p>carefully.</p> <p>You should continually check with the patient to see if they are alright, and to motivate them in a certain direction (towards that which is hard to talk about). The therapist can't do very much if the client is not motivated.</p>	<p>rigtig rigtig svært og meget angstprovokerende og tale om på en alt for direkte facon. De er simpelthen for skrøbelige ehm, såmm, må man hele tiden også af, altså, lave en klar aftale om at, at de må sige fra og at man tjekker ind med dem hele tiden ikke, og så se om man kan få dem motiveret der, den vej. Men, hvis de vitterligt ikke vil, der er ikke meget jeg kan gøre uden at den anden er motiveret. Så, så må jeg jo sige at det er deres valg. Altså, man er jo ikke tvunget til og gå i terapi, med mindre man er retspsykiatrisk eh, hvad hedder det, på rettens opfordring er blevet sat til det, så, så, de skal ville det.</p> <p>I: Mmm. Og, hvis der så er en patient som har en kæreste som er skidt for ham eller hende, men det eneste patienten ønsker det er at blive sammen med den her kæreste, øhh, men, du mener jo så at han, at vedkommende er skidt for.... hvad gør du så?</p> <p>T: Jamen, dem har jeg masser af.</p> <p>I: Ja.</p>	<p>20,1 Motivating the client in a certain direction.</p>
<p>Tyra tries to ask a lot of open questions to ensure that she do not judge the client in what they are involved in – a bad boyfriend etc. Tyra is always ready to say that it is not her who should decide.</p>	<p>T: Jeg forsøger og øh, stille mange åbne spørgsmål, når de kommer og fortæller hvad der sker. Og jeg forsøger at gøre det til deres projekt at finde ud af om, om det er sådan de ønsker det skal være. Jeg er altid meget klar på at sige, det er jo ikke mig der skal vælge hvor vidt du skal være der eller ej. Hvis jeg får en fornemmelse af at de, de jo sidder og hører at, at ehm, at jeg synes han er en skidt ka'l, for eksempel ikke. Ehm. Fordi jeg tror ikke rigtig på (smågriner) at hvis jeg siger du skal væk fra ham, at det så, sådan skal det være, så tror jeg faktisk nogen gange det kan blive et eh, præmaturlt brud ieh, terapien fordi de måske netop er for sovset ind i det og ikke formår på nuværende tidspunkt og gå fra vedkommende, så igen så tænker jeg at det må hele tiden blive en erfaringsdannelse over i dem, at de skal finde ud af at det, det er ikke det her jeg vil. Det skal ikke være mig der mener det, selvom, jeg kan jo godt sidde med tanken.</p>	<p>20,5 Using supposedly open questions to ensure neutrality.</p> <p>20,5 Pointing out that it is not the therapist who is the "judge".</p>
<p>Tyra does not believe that telling the patient what to do help in any way. It might lead to therapy ending prematurely.</p>	<p>I: Mmmh.</p>	<p>20,5 Don't tell the patient what to do – it could lead to premature ending.</p>
<p>The client should form experiences on their own.</p> <p>But she always tries to mirror the patient and ask, "what does this do to you". And hopefully the</p>	<p>T: Men jeg forsøger altid at spejle det tilbage som at, at, at dog, jamen, hvad gør det dog ved dog når det her sker, sådan at de forhåbentlig begynder og reflektere mere over at... at, der er noget her der ikke</p>	<p>20,5 Letting the client form their own experiences.</p> <p>20,7 Hoping that the patient will eventually see things "the right way".</p>

<p>client starts to reflect and gets to the conclusion that this is not good for me.</p> <p>So, the dilemma is not to force anything on the patient, but still try to let them have a meaningful reflective experience.</p> <p>Tyra mentions that she always compares earlier situations with the current one to get the patient to realize that there is a connection and to give the client the ability to make a more informed choice.</p> <p>But, Tyra does not see it as her job to tell the patient to stay or to go. Even so, some therapists would.</p> <p>Tyra also leans on psycho education and tells them how abuse can be a maintaining factor in the patients' illness.</p>	<p>er skide smart for mig.</p> <p>I: Mmm, så dilemmaet er for dig, øhh, ikke og få påduttet klienten noget som klienten egentlig ikke mener?</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Eller... Men, men, stadigvæk forsøge og få dem til og indse at deres situation er ff....</p> <p>T: Ja, hvis det er det de skal indse. Altså, jeg skal ikke bestemme hvad der skal komme ud af indsigten, men de fleste, hvis de begynder at tænke sig om, i forhold til at kæresten slog dem fordi at maden kom fem minutter for sent på bordet, kan jo godt begynde og tænke. Okay, det er ikke helt rimeligt det her. Og, og så forsøger jeg jo altid og sammenholde det med, mange af dem har jo tidligere livserfaringer hvor, hvor de har måtteh, øh, altså, hvor de er blevet grænseoverskredet ogeh brugt og dit og dut og dat, altså, og så prøve og sætte det sammen med det. Tror du at når det er svært at sige fra overfor ham når han gør sådan noget, tror du så det har noget at gøre med. Altså prøve og begynde og får dem til og stykke det der puslespil sammen så de kan se hvorfor er det også jeg er her, og hvis de vælger at blive der, jamen så tænker jeg nogen gange, jamen, så skal du da gøre det på et mere kvalificeret grundlag end du har lige nu i hvert fald. Så vid i det mindste at, ateh, okay du vælger at blive lige nu men, men du kan også vælge om hvis det er senere hen ikke. Men, men jeg ser det ikke som min opgave og sige de ikke skal være der. Jeg ved godt der er nogen terapeuter der vil gøre det, og sige "kom væk for satan", men det, jeg kan tage det på mig som en opgave og sige deeh, eh, de symptomer du har eh, den lidelse, altså det du lider under, det bliver jo ved med at være som det er, hvis du fortsætter med at gøre det samme. Altså, og så er det den vej, og så er det dem igen der må tage stilling til hvad vil de gøre med det. Altså der kan jeg jo psykoeducere dem om at det her med at han slår dig for eksempel, er jo en vedligeholdende faktor i forhold til at du har angst ogeh depression og så videre. Og det, det kommer ikke til at ændre sig, hvis du ikke ændre på noget, men, og så har de jo valget igen. Men, det skal ikke være mig der tager valget.</p>	<p>21,5 Not forcing anything on the patient.</p> <p>21,5 Giving the patient the ability to make an informed choice.</p> <p>21,5 The job of the therapist – making decisions for the patient or not.</p> <p>21,5 Relying on the tools of psychology to show the patient how things are connected.</p>
---	--	--

<p>Tyra does not think that she is pointing the client in any specific direction with her intervention, because she uses “open” questions.</p> <p>It is the client who should get to the final decision.</p> <p>It is only when the patient gets to their own realization that Tyra intervenes beyond open questions.</p> <p>Then Tyra will make the connection between the current situation and the disorder for the patient to see.</p> <p>She asks open questions like “what is that you want then?” and “should it continue to be like this?”.</p> <p>Tyra admits that she is only human, and that her real opinion might shine through to the patient</p>	<p>I: Mhmh..... Men, er det så egentlig et valg de har?</p> <p>T: Hvis de bliver der, tænker du?</p> <p>I: Nej, men, hvis du stiller det, hvis du hjælper dem til og se hvor skidt han/hun er, hvor meget valg er der så tilbage for patienten?</p> <p>T: Jamen, jeg tænker ikke at jeg hjælper dem til at se. Fordi, at jeg, jeg stiller jo åbne spørgsmål, så det er jo dem der kommer hen til et eller andet.</p> <p>I: Okay.</p> <p>T: Vurderende omkring det. Og, og hvis de kommer hen til det vurderende at, jamen eh, det er måske ikke altid øh, min skyld at han slår mig, og det er måske ikke helt rimeligt at fordi maden kom fem minutter for sent på bordet, at så får jeg tæsk så jeg er gul og blå i flere dagen efter. Hvis de kommer derhen, så kan jeg jo sige når de selv har sagt det, det er jo en vedligeholdende faktor.</p> <p>I: Mmmhmm, okay.</p> <p>T: Og hvis man, de kan sætte ord på at når han gør det så bliver jeg så ked af det i flere dage efter, og bange for at gå udenfor en dør hvor folk kigger mærkeligt på mig og tænker ting om mig, men, men det er jo angsten og det depressive. Det er jo det du får ud af det her.</p> <p>I: Okay.</p> <p>T: Og hvad er det så du vil? Skal det blive ved med at være sådan? Altså hele tiden de åbne spørgsmål ikke.</p> <p>I: Okay, så du, du sikrer din neutralitet ved og... forholde dig til det med åbne spørgsmål.</p> <p>T: Så vidt muligt.</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: Altså, jeg er også bare menneskelig, så jeg tænker mit kropssprog signalerer jo også nogle ting. Som de selvfølgelig kan mærke, men, det er også der jeg er meget klar med mine ord og siger "det er ikke mig</p>	<p>22, 4 The use of supposedly “open” questions.</p> <p>22,6 The client has the final word in any case.</p> <p>22,6 Patients realization leading to more direct intervention.</p> <p>22,8 Making the connection between the current situation and the disorder.</p> <p>22,10 The use of supposedly “open” questions.</p> <p>22,14 The therapist is only human, and the patient might read bodily expressions.</p>
---	--	---

<p>via body language.</p> <p>It is sometimes a problem that it is the patient who takes the final decision, because they can't always make the best decision for themselves. But, the patient should not rely on the therapist to take the decisions for them. They should develop an ability to choose themselves.</p> <p>It is not forbidden to let oneself get beaten in Denmark. There is no law against it which means that it is not something that Tyra should go into.</p> <p>If Tyra makes the decision for the client, it is not made wholeheartedly, and then they might revert eventually.</p> <p>But if they make the decision, Tyra will be more than helpful.</p>	<p>der skal tage beslutning om hvad du vil her i livet, det er dig. Vi to kan finde ud af hvad de her ting gør ved dig og hvad du gerne vil med det".</p> <p>I: Er det nogensinde problematisk at det egentlig er patienten der skal vælge?</p> <p>T: Ja, gu er det så. For de kan jo ikke altid finde ud af at vælge rigtig for sig selv. Men omvendt, de må ikke blive afhængige af mig i forhold til at skulle tage valg for dem i deres liv. Så, så har vi netop en situation hvor jeg tænker at, så har jeg, har de bare fået et nyt afhængighedsforhold ikke.</p> <p>I: Mmm, mmm, mmm. Hmm. Og det hjælper ikke?</p> <p>T: ... Tsk, altså ehm, nej, jeg tænker de skal klædes på til at kunne tage, stille og rolig og blive bedre til at tage de valg selv.</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: Det tænker jeg. Det er altså ikke, jeg tænker ikke det er forbudt i Danmark og lade sig blive slået for eksempel. Der er ikke noget jura der fortæller at det må man ikke, altså sådan at jeg skal gribe ind overfor det på den måde, og, og min forståelse af mennesker er at, hvis, hvis jeg tager beslutninger for dem, så er det ikke en helhjertet beslutning og så går de formodentligt tilbage i et eller andet der ikke er særligt smart. Men, hvis jeg hører at de gerne vil ud af det, så finder jeg gerne hjælp til dem. Jeg vil gerne finde adresser på, på kvindecen, altså på krisecentre og den slags til dem, så går jeg mere praktisk til værks, men det skal være, de skal ville et eller andet. For ellers så går de bare tilbage. Og det gør de måske alligevel, men det er ikke mig der skal dømme over det.</p> <p>I: Mmmh. Ja.... Hvaaa'eh, gør du hvis.... det der kan hjælpe patienten, det er noget der støder sammen med dit, din moralske øh, hvad skal man sige, holdning til hvad der er rigtig og forkert?</p> <p>T: Kan du give et eksempel?</p> <p>I: Det håbede jeg på at du selv kunne.</p> <p>T: (Griner). Jeg har ikke noget.</p>	<p>23,3 It is problematic that the patient has the final say, because they don't always make the best decision.</p> <p>23,5 The independence of the client.</p> <p>23,7 What the therapist should and should not re- port.</p> <p>23,7 Making decisions for the client, makes the pa- tient less committed.</p>
--	--	---

<p>Tyra won't help people do anything that clash with her own moral ideas.</p> <p>Denmark is not a society where things go so wrong, that stealing will ever be necessary.</p> <p>Tyra experiences the opposite. Patients might be in the middle of doing something illegal, and then she'll have to point it out to them.</p>	<p>I: Hmm.....</p> <p>T: Altså netop fordi jeg tænker at det er deres eget valg, altså hvis jeg nu havde haft den holdning at det var mig der skulle få dem ud af det, så så, kunne der måske være noget i spil omkring dem. Noget der gik imod min moral eller, eller hvis det blev der eller et eller andet.</p> <p>I: Så hvis, hvis, øhm, det er ikke særligt konkret eksempel, men hvis, hvis, ehm, en klient kommer med ønsker om og kunne komme til og gøre noget kriminelt, altså overvinde sin egne moralske forbehold til og for eksempel og komme til at stjæle.</p> <p>T: Mmm.</p> <p>I: Øh.</p> <p>T: Arhmen, det ville jeg jo ikke hjælpe folk med.</p> <p>I: Og hvad så hvis patienten så er i en situation hvor, hvor han er nødt til at stjæle, for og lev, overleve, altså.</p> <p>T: Og det vil har gerne have mig til at hjælpe ham med at kunne?</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: Nej, det ville jeg heller ikke. Jeg tænker ikke vi kan, Danmark er alligevel ikke et samfund hvor, hvor det k, det hele går så galt. Det er ikke sådan nogle tema-tikker jeg oplever, jeg oplever nærmest det modsatte at de kommer og er i gang med det, og så må jeg nogen gange sige "hov hov, hva, hva er det du har gang i der? Det er da ikke lovligt". Og eh, men, men ehm, altså simpelthen hvis de har nogle dysssociale træk eller noget i den retning, og så tage fat i det.</p> <p>I: Hmm.</p> <p>T: Det er vil, og det kan også væreeh, kvinder hvoreh følelsesreguleringen er så dårlig at når de først bliver kede af det og kører op, så er de tæt på og begynde og slå deres børn, eller et eller andet, eller hvis de er depressive og tager fat i dem at de er blevet lidt aggressive lidt kortluntede i det, og så tage fat i det,</p>	<p>24,6 The therapist should not help the patient to achieve goals that are immoral.</p> <p>24,10 Patients doing something illegal should be called out.</p>
--	--	--

<p>Or if clients gets violent towards their children for example, then Tyra will work with this very specifically, because that cannot be tolerated.</p> <p>But, Tyra has never experienced that her moral was seriously challenged.</p> <p>If a patient does not wish to state goals, they are mostly not even here [at Tyras workplace].</p> <p>They are here for a reason, and are always very motivated for setting goals.</p> <p>They hunger for, are almost greedy, for immediate action.</p> <p>A central point in therapy is often “why am I not feeling better already?”</p> <p>Often the clients are not very good at thinking psychologically. If they where, they often wouldn’t be here. They would have gotten help before it got so far.</p> <p>Tyra relies much on psycho education.</p>	<p>meget konkret og, og få arbejdet med det. Fordi det går, altså det kan jeg ikke tillade, jeg må ikke være vidne om ateh børn for eksempel lider skade uden og gøre noget ved det. Så, der kan man jo sige så går jeg lidt mere konkret til værks. men jeg har ikke på den måde været udsat for, for det der hvor min moral sådan for alvor er, er blevet udfordret, udover selvfølgelig hvis de allerede har gang i noget, hvor jeg jo så klart kan tilkendegive at det, det der det, det går sku ikke.</p> <p>I: Hmm, okay. Øhm. Hvad gør man hvis en patient ikke vil sætte mål?</p> <p>T: Arh, så sidder de her sjældent. Jeg har ikke oplevet det i al fald. Altså, dem vi ser de er her jo fordi den psykiske smerte på en eller anden vis er blevet så ehh, voldsom for dem og så handicappende for dem i deres liv at ehm, de skal have gjort noget ved det. Og de er ved at miste, måske, håbet og troen på at, at der er noget andet for dem. Og, og de s, sidder her af den årsag at de er meget mere, mere end villig til at sætte mål, ikke altid ehh de mål jeg synes, men de er mere end villige til at, de vil rigtig gerne have det bedre.</p> <p>I: Mmm.</p> <p>T: Man kan sige de hungre, de er grådige næsten, efter at det her det skal, eller det skal tage, det skal væk, og helst nu. Jeg vil nærmere sige at utålmodighed spiller en stor rolle i vores forløb. "Hvorfor har jeg det ikke bedre allerede" ikke. hvor man igen må og ind og forklarer hvorfor, altså hvordan det her fungerer ikke. Det skal også siges, her i psykiatri, det er jo ikke det mest psykologisk, eller bedste psykologisk tænkende mennesker vi får ind, altså for hvis man er, altså hvis man er god til at tænke psykologisk, så er det også tit man har fanget det længe inden det er blevet så grelt, eller så galt, at der er et eller andet galt og måske har fået søgt hjælp. Ehh, hvis man er på, på detour, meneh mange af dem de skal simpelthen hjælpes til og forstå, hvordan fungerer et menneske psykisk, altså, at, når man tænker sådan der så føler man på den, en vis, vis måde, og når man gør sådan der, jamen så skaber det følelser og tanker om det, og når der sker noget udefra, så skaber det selvfølgelig noget inde i dig. Altså, man, man er meget psykoedukativ egentlig her, synes jeg,</p>	<p>25,3 Patients always want to set goals.</p> <p>25,5 Patients are mostly concerned with the slow progress of therapy.</p> <p>25,5 The capabilities of the client.</p>
--	--	---

	<p>i forhold til og prøve og få folk til og forstå at, at ting hænger sammen.</p> <p>I: Mmm. Okay.</p> <p>T: Så, så, så ofte er folk med på det bar, bare de har en smule, en vis fornemmelse af at det kan gøre det bedre.</p> <p>I: Mmm. Ja, øhm, vi er også ved at nå til vejs ende.</p> <p>T: Ja.</p> <p>I: Øhm, så jeg skal hører om der er noget du har ly, du vil spørge om eller om du har noget du har lyst til at tilføje?</p> <p>T: Næh..... Nej.</p> <p>I: Nej. Har du stadigvæk lyst til at deltage?</p> <p>T: Det har jeg.</p> <p>I: Godt.</p>	
--	--	--

Initial list of themes

1,4 Adhering to a concise theoretical standpoint.

1,2 Goals have multiple meanings

1,2 The client focuses on symptom reduction

1,4 Goals are good, but not everything.

2,1 The goals are hypothetical and leaves room for revision.

2,1 Revising goals because of finding another, more relevant, focus.

2,1 Goals direct therapy.

2,3 Goals direct therapy

2,3 Focusing too narrowly, makes you lose the overview.

2,3 The inevitability of the original goals.

2,3 The process must develop freely.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

3,3 Focusing too narrowly, makes you lose the overview.

3,6 Goals are good, but not everything.

3,8 Goals should be based on the wishes of the client.

3,8 Goals are most motivational when they are based on the clients wishes, but should be injected with the ideas of the professional.

3,10 The goals you can't reveal.

4,1 The intuitive process of setting goals.

4,1 The projects of the therapist vs. the projects of the patient.

4,1 The unbalance between the goals of the therapist and the goals of the patient.

4,1 Therapy should remain exploratory, but can easily become intellectual.

4,5 The counter therapeutic effect of telling a client about the therapists goals.

5,5 Goals are based on concrete verbal information and the theoretical standpoint of the therapist.

5,7 Not adhering to any specific theory.

5,9 Being eclectic – picking and choosing in differing theories.

5,9 Relying on intuition ones a theory has been learned.

6,4 Negotiating goals instead of sneaking them in the backdoor.

6,4 Coming back to a goal, that was not at first accepted.

6,4 Not insisting on goals, but clarifying why you suggest a certain goal.

6,6 Reaching a goal is the responsibility of both the patient and the therapist.

6,8 Goals are hypothetical and can be adjusted accordingly.

6,8 The therapist has the professional, technical and the theoretical responsibility for goals.

6,8 The client is responsible for providing material for therapy.

7,2 The closedness of the patient and the effect on therapy.

7,2 Accepting the wishes of the client.

7,2 The openness of a client who feels accommodated.

8,1 Optimal goals are to be able to endure hardships of life.

8,1 The therapist should not give the patient any illusions.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

8,1 Optimal goals are to be able to keep hard times abreast.

8,7 Patients focus on reduction of symptoms.

9,1 Using theory to establish overall goals.

9,1 The client should be able to take care of themselves.

9,3 The irony of the organizations focus on economy and not on cure.

9,5 Subsidies being the main goal of the organization.

9,5 The prevalence of the economic focus.

10,7 The close relation between the goals in therapy and the actual practice.

10,9 The overall goal (“cure”) is fixed.

10,9 Clients that does not get better and helping them accept this.

11,1 Measuring progress by listening and sensing.

11,1 Checking with the patient to see if they agree on your evaluation.

11,1 Patients can’t see the progress.

11,1 Reaching a goal and the patient wanting more.

11,3 Not having theory to back up the method of evaluation.

11,5 The therapist has the final say on a goal being reached.

12,1 Patients can end therapy.

12,1 The therapist final goal of proper ending.

12,1 Dependence on the therapist.

12,1 The responsibility of the therapist to end “unhealthy” therapy

12,5 Revising goals that is unattainable.

13,1 If goals are considered static, they are not reached.

13,3 Redefining goals to ensure that therapy is a good experience and ensuring that the can do his/her work.

13,3 Help the client taking the steps, they can actually take.

13,5 Making the patient see progress by concrete example

13,5 Patients can’t see the progress.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

- 14,3 Patients can't see the progress.
- 14,3 The therapist being too positive.
- 14,5 Ending therapy when the therapist is sure that the client can manage.
- 14,5 Informal ending of therapy.
- 15,3 The advantage of fixed endings of therapy.
- 15,3 Creating a basic understanding of the problem as a goal.
- 16,2 Ending therapy because of suicide attempts.
- 16,2 Ending therapy because of violence or threats.
- 16,6 Ending therapy late because of an unstable patient.
- 17,1 Ending therapy in spite of symptoms reemerging.
- 17,4 A goal is to keep the patient above water.
- 17,4 Ensuring that the patient does not get worse.
- 18,2 The unavoidable projects on behalf of the patients.
- 18,2 The complicated relationship between ethics and law.
- 18,4 The clash between ethics and therapeutic method.
- 18,4 The clash between private moral, wishes of the client and the prescriptions of theory.
- 18,8 Personal and other ethical codes are almost indistinguishable.
- 19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.
- 19,2 The "psychologist view of human beings".
- 19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.
- 19,2 The inner tuning fork and the hope that it is embedded in theory/professional competency.
- 19,4 Wishes of discontinuing therapy is a result of lacking motivation.
- 19,4 Negotiating how to progress with the patient.
- 20,1 Motivating the client in a certain direction.
- 20,5 Using supposedly open questions to ensure neutrality.
- 20,5 Pointing out that it is not the therapist who is the "judge".

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

20,5 Don't tell the patient what to do – it could lead to premature ending.

20,5 Letting the client form their own experiences.

20,7 Hoping that the patient will eventually see things “the right way”.

21,5 Not forcing anything on the patient.

21,5 Giving the patient the ability to make an informed choice.

21,5 The job of the therapist – making decisions for the patient or not.

21,5 Relying on the tools of psychology to show the patient how things are connected.

22, 4 The use of supposedly “open” questions.

22,6 The client has the final word in any case

22,6 Patients realization leading to more direct intervention.

22,8 Making the connection between the current situation and the disorder.

22,10 The use of supposedly “open” questions.

22,14 The therapist is only human, and the patient might read bodily expressions.

23,3 It is problematic that the patient has the final say, because they don't always make the best decision.

23,5 The independence of the client.

23,7 What the therapist should and should not report.

23,7 Making decisions for the client, makes the patient less committed.

24,6 The therapist should not help the patient to achieve goals that are immoral.

24,10 Patients doing something illegal should be called out.

25,3 Patients always want to set goals.

25,5 Patients are mostly concerned with the slow progress of therapy.

25,5 The capabilities of the client.

Clustering and sorting of themes

What is goals?

1,2 Goals have multiple meanings

1,4 Goals are good, but not everything.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

3,6 Goals are good, but not everything.

5,5 Goals are based on concrete verbal information and the theoretical standpoint of the therapist.

3,8 Goals are most motivational when they are based on the clients wishes, but should be injected with the ideas of the professional.

25,3 Patients always want to set goals.

25,5 Patients are mostly concerned with the slow progress of therapy.

Basic goals

15,3 Creating a basic understanding of the problem as a goal.

17,4 A goal is to keep the patient above water.

17,4 Ensuring that the patient does not get worse.

Optimal goals

8,1 Optimal goals are to be able to endure hardships of life.

8,1 Optimal goals are to be able to keep hard times abreast.

8,7 Patients focus on reduction of symptoms.

9,1 Using theory to establish overall goals.

9,1 The client should be able to take care of themselves.

9,3 The irony of the organizations focus on economy and not on cure.

9,5 Subsidies being the main goal of the organization.

9,5 The prevalence of the economic focus.

10,9 The overall goal (“cure”) is fixed.

Revision of goals

2,1 The goals are hypothetical and leaves room for revision.

2,1 Revising goals because of finding another, more relevant, focus.

2,3 The process must develop freely.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

6,8 Goals are hypothetical and can be adjusted accordingly.

12,5 Revising goals that is unattainable.

13,3 Redefining goals to ensure that therapy is a good experience and ensuring that the can do his/her work.

13,3 Help the client taking the steps, they can actually take.

The will of the patient

3,8 Goals should be based on the wishes of the client.

6,4 Not insisting on goals, but clarifying why you suggest a certain goal.

7,2 Accepting the wishes of the client.

18,4 The clash between private moral, wishes of the client and the prescriptions of theory.

20,5 Letting the client form their own experiences.

19,4 Negotiating how to progress with the patient.

21,5 Not forcing anything on the patient.

21,5 Giving the patient the ability to make an informed choice.

22,6 The client has the final word in any case

23,5 The independence of the client.

12,1 Dependence on the therapist.

What is best for the patient?

2,3 The inevitability of the original goals.

6,4 Coming back to a goal, that was not at first accepted.

21,5 The job of the therapist – making decisions for the patient or not.

21,5 Relying on the tools of psychology to show the patient how things are connected.

23,7 Making decisions for the client, makes the patient less committed.

23,3 It is problematic that the patient has the final say, because they don't always make the best decision.

19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

19,2 The “psychologist view of human beings”.

19,2 Leaning on theories to ensure neutrality in ethical matters.

20,5 Using supposedly open questions to ensure neutrality.

20,5 Pointing out that it is not the therapist who is the “judge”.

20,1 Motivating the client in a certain direction.

22,10 The use of supposedly “open” questions.

22,14 The therapist is only human, and the patient might read bodily expressions.

22, 4 The use of supposedly “open” questions.

20,7 Hoping that the patient will eventually see things “the right way”.

The responsibility of the therapist

6,8 The therapist has the professional, technical and the theoretical responsibility for goals.

12,1 The responsibility of the therapist to end “unhealthy” therapy

18,2 The unavoidable projects on behalf of the patients.

19,2 The inner tuning fork and the hope that it is embedded in theory/professional competency.

The responsibility of the patient

6,8 The client is responsible for providing material for therapy.

Ending therapy

12,1 Patients can end therapy.

12,1 The therapist final goal of proper ending.

14,5 Ending therapy when the therapist is sure that the client can manage.

14,5 Informal ending of therapy.

15,3 The advantage of fixed endings of therapy.

16,2 Ending therapy because of suicide attempts.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

16,2 Ending therapy because of violence or threats.

16,6 Ending therapy late because of an unstable patient.

17,1 Ending therapy in spite of symptoms reemerging.

19,4 Wishes of discontinuing therapy is a result of lacking motivation.

20,5 Don't tell the patient what to do – it could lead to premature ending.

Evaluation of progress

11,1 Checking with the patient to see if they agree on your evaluation.

11,3 Not having theory to back up the method of evaluation.

13,5 Making the patient see progress by concrete example

13,5 Patients can't see the progress.

14,3 Patients can't see the progress.

14,3 The therapist being too positive.

The clarity of goals

2,3 Focusing too narrowly, makes you lose the overview.

3,3 Focusing too narrowly, makes you lose the overview.

3,10 The goals you can't reveal.

4,1 The intuitive process of setting goals.

4,1 The projects of the therapist vs. the projects of the patient.

4,1 The unbalance between the goals of the therapist and the goals of the patient.

4,5 The counter therapeutic effect of telling a client about the therapists goals.

6,4 Negotiating goals instead of sneaking them in the backdoor.

Not reaching goals

6,6 Reaching a goal is the responsibility of both the patient and the therapist.

APPENDIX 6 – Raw Analysis Material for Tyra

10,9 Clients that does not get better and helping them accept this.

11,1 Patients can't see the progress.

11,1 Reaching a goal and the patient wanting more.

11,5 The therapist has the final say on a goal being reached.

13,1 If goals are considered static, they are not reached.

The patient

1,2 The client focuses on symptom reduction

25,5 The capabilities of the client.

The societal norms and the patient

Holding on to a patient

The Therapist

1,4 Adhering to a concise theoretical standpoint.

5,7 Not adhering to any specific theory.

5,9 Being eclectic – picking and choosing in differing theories.

5,9 Relying on intuition ones a theory has been learned.

8,1 The therapist should not give the patient any illusions.

Unethical goals

23,7 What the therapist should and should not report.

24,6 The therapist should not help the patient to achieve goals that are immoral.

24,10 Patients doing something illegal should be called out.

The point of goals

2,1 Goals direct therapy.

Therapy

4,1 Therapy should remain exploratory, but can easily become intellectual.

7,2 The closedness of the patient and the effect on therapy.

7,2 The openness of a client who feels accommodated.

22,6 Patients realization leading to more direct intervention.

Ethics

18,2 The complicated relationship between ethics and law.

18,4 The clash between ethics and therapeutic method.

18,8 Personal and other ethical codes are almost indistinguishable.