

Om at undersøge sig selv og opdage verdenen

Mennesket i verden og verden i mennesket

Bendt Torpegård Pedersen

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG

Om at undersøge sig selv og opdage verdenen
Mennesket i verden og verden i mennesket
af Bendt Torpegård Pedersen

1. udgave, 1. oplag

© Forfatteren og Aalborg Universitetsforlag, 2021

Grafisk tilrettelæggelse: Tina Nielsen / Toptryk Grafisk ApS

Forside: iStockphoto.com

ISBN: 978-87-7210-735-6

Trykt hos Toptryk Grafisk ApS, 2021

Udgivet af Aalborg Universitetsforlag | forlag.aau.dk

Udgivelsen er trykt med støtte fra Institut for Psykologi og Kommunikation, Aalborg Universitet.



**FAGFELLE-
BEDØMT**

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog eller dele heraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug i anmeldelser.

Indhold

1. Indledning	5
2. Tænkning, introspektion og forståelse	21
3. Selvindsigt, undersøgelse og udredning	53
4. Udstødnings- og identitetsprocesser og kognitiv dissonans	87
5. Stress, mening og behandling	159
6. Epilog	203
Litteratur	213

1

Indledning

Robert Sabolsky konstaterer i sin bog *Why Zebras Don't Get Ulcers* (2004), at kronisk psykologisk stress er et relativt nyt fænomen. Fænomenet dukker først op med menneskets (og andre højere primaters) ankomst i den evolutionære udvikling. Når stressprocessen hos mennesker adskiller sig fra andre dyrs stressprocesser, skyldes det den positive betydning som 'hvile' og at 'komme sig' (efter anstrengelsen, krisen eller nødsituationen) har for den langsigtede sundhed (Lundberg & Cooper, 2011). Sabolskys forklaring på det særlige ved menneskets stressproces skal ikke søges i selve stressens fysiologiske mekanismer. Forskellen handler snarere om, hvordan dyr henholdsvis mennesket typisk håndterer ('cooper') stress. Denne forskel kan forklare, hvorfor stress hos mennesket risikerer at udvikle sig fra akut alarmeredskab til mere kronisk psykologisk stress.

For at illustrere forskellen mellem mennesket og andre arter nævner Sabolsky stressforløbet hos zebraer. En zebra bliver på den afrikanske savanne udsat for svær stress, når den angribes af et rovdyr, fx en sulten løve. Sabolsky pointerer i den sammenhæng, at både hos zebraen, der løber for sit liv, og hos løven, der løber efter sin mad, er deres kropslige fysiologiske reaktionsmønstre perfekt tilpasset til at kunne håndtere sådanne kortsigtede nødsituationer (Sabolsky, 2004, s. 6). Begge dyr må løbe for deres liv. For at overleve aktiveres begge stresssystem maksimalt, så de kan løbe så hurtigt som muligt. Som Lundberg og Cooper (2011) pointerer: "Life or death depends on how successful the animals are in terms of mobilizing their extra resources" (ibid., s. 60). I forhold til denne kamp om liv og død udspiller der sig et scenarie, der hurtigt stopper. Hvis zebraen er hurtigst, vil løven opgive, hvorefter zebraen holder op med at løbe. Den vil hurtigt vende tilbage til mere produktive aktiviteter, såsom at æde, parre sig og sove.

Det, som Sabolsky vil illustrere med dette eksempel, er, at stress for de fleste dyr handler om kortsigtede kriser. Sabolsky fremhæver i den forbindelse, at mennesket aktiverer det samme fysiologiske reaktionssystem, når det bekymrer sig. Men zebraen (og andre dyr) er bedre end mennesket til at lukke deres ekstraordinære reaktioner ned, når truslen er forsvundet. Dyr udvikler derfor ikke i samme omfang som mennesker stressrelaterede problemer, der skyldes, at stresssystemet bliver mere kronisk aktiveret.

Når stress hos mennesket risikerer at udvikle sig til en kronisk tilstand, skyldes det, at vi ikke er i stand til at slappe af, umiddelbart efter at vi har været udsat for en trussel.¹ Tværtimod vil vi ofte og i længere tid være i chok og føle en intens angst i forhold til begivenheden. Denne følelse af chok og angst og dette alarmberedskab kan vare ved i flere dage, uger eller måneder, efter at den udløsende episode er overstået. Menneskearten er karakteriseret ved en tilbøjelighed til at spekulere og ruminere over, hvad der kunne være hændt, og bekymre sig om en lignende situation vil kunne gentage sig engang i den nærmeste fremtid. Vi spekulerer og ruminerer endvidere over, hvad vi kunne have gjort anderledes eller bør gøre anderledes fremover for at undgå en gentagelse. Disse bekymringer og frygtforestillinger betyder, at stresssystemet holdes aktivt i en længere periode. Hermed udvikler stress sig fra en akut og kortvarig til en længerevarende og mere kronisk tilstand. Det øger risikoen for at udvikle forskellige stressrelaterede lidelser.²

Stress, tænkning og selvindsigt

På baggrund af Sabolsky kan det konkluderes, at det, vi tænker i forbindelse med stress, kriser og trusler, er afgørende for vores mentale sundhed og helbred. Disse bekymringer og forestillinger er **både** en refleksion over det ydre pres og den trussel, vi står over for, **og** en refleksion over, hvad dette fortæller om os selv, vores evner, styrker og svagheder samt hvilke håb eller frygt, dette indebærer for fremtiden.

Et centralt ærinde for denne bog er at sætte fokus på stressens psykologi med specifikt fokus på tænkning og selvrefleksion. Bogen forsøger at forstå stress og stressprocessen inden for rammerne af en bredere og mere udfoldet teori om psykens funktionsmåde.³

¹ Et andet aspekt ved dette er, som Karasek og Theorell (1990) har gjort opmærksom på, at mange af de forhold, som giver stress i det moderne arbejdsliv, vedrører belastende situationer, som vi ikke umiddelbart kan fjerne os fra.

² Fx dysregulering af stressrespons, hypertension (kronisk forhøjet blodtryk), åreforkalkning, metabolisk forstyrrelse, akkumulering af abdominal fedt, nedsat immunforsvar, forøget smertefølsomhed, nedsat hukommelsesfunktion og nedsat ydeevne (Lundberg & Cooper, 2011, s. 67-68).

³ Det skal i denne sammenhæng indrømmes, at der kunne være valgt en lang række andre perspektiveringer på stress end en ramme baseret på teori om, hvad der kendetegner menneskets intuitive og naturlige måde at ræsonnere på. Den valgte afgrænsning har sin begrundelse i, at et andet anliggende i denne bog er at belyse udfordringen i det kliniske arbejde, når centrale aspekter ved udredning og diagnostik baserer sig på samtaler med patienten.

Et af bogens fokuspunkter er de transformative processer, som indgår i behandlingen af stressramte. I mit tidligere bidrag til en klinisk socialpsykologi var et fælles træk ved de analyserede sygdomscases, at patienterne følte sig fremmede, alene og ensomme (Pedersen, 2014). Der var tale om en dobbelt fremmedgørelse. Patienterne var både fremmede over for sig selv (dvs. over for den, de var før deres stressrelaterede sammenbrud), men de var også fremmede over for den sociale og organisatoriske position, de havde haft før sammenbruddet.⁴ Det, som binder denne fremmedhed, isolation og ensomhed sammen, er, at de ikke længere følte, de kunne træde ind i deres tidligere rolle med de forpligtelser, dette indebar. De oplevede disharmoni mellem deres status, og hvad de faktisk kunne overkomme. Det synes i det hele taget at være kendetegnende for den stressramte patient, at der ofte er en diskrepans mellem det basale systems reaktioner og det mere kognitive systems reaktioner. Derfor er patienterne ofte karakteriseret ved at ønske noget, som de ikke har mod på (jf. Haselton & Nettle, 2006).

Et andet fællestræk ved casene var, at patienterne havde udviklet nogle forståelser og forestillinger om årsagerne til den situation, de befandt sig i. Disse kognitive bearbejdningsstrategier kan forstås som patientens værne- og håndteringsstrategier i et forsøg på at leve med sin lidelse og traume. Disse forestillinger var dels smertelige, snærende og invaliderende, dels indebar de (efter)rationaliseringer og irrationelle konklusioner (Tavris & Aronson, 2013).

Ved stress gælder ligesom ved en lang række andre af livets tildragelser, at vi i bestræbelsen på at håndtere lidelsen udvikler forståelser og fortolkninger om årsagerne til vores smerte. Vi er tilbøjelige til at drage irrationelle konklusioner, hvilket meget ofte medfører selvbebrejdelse, skyld og skam. Dette øger den angst, depression og andre identitetslidelser, der ofte ses hos mennesker, der har været under langvarig, kronisk stress, hvilket atter medvirker til at fastholde patienten i en patologisk tilstand.

Patientens naturlige og spontane tilbøjelighed til at udvikle sådanne dysfunktionelle overbevisninger er vigtig at forholde sig til i behandlingsmæssig sammenhæng. Nyere kognitions- og socialpsykologisk forskning viser med al tydelighed, at det ikke alene er det objektive miljø, der påvirker mennesker. Det gør menneskers mentale konstruktioner ligeledes. Derfor skal dette medtænkes, hvis vi ønsker at forstå patientens lidelse og dens iboende dynamikker. Vi

⁴ Det er vigtigt at holde in mente, at denne forestilling om fortidens meritter ikke nødvendigvis stemmer overens med, hvordan det faktisk var. Men den fungerer som minimum som en idealforestilling og et imperativ om, hvad man burde være og gøre.

er, som Wilson har fastslået, derfor nødt til: "... to get inside people's heads and see the world the way they do" (Wilson, 2013a, s. 101). Vi må interessere os for deres fortællinger. Fordi de er nøglen til at få indsigt i, hvordan patienten opfatter sin sociale og organisatoriske virkelighed, samt hvordan vedkommende tænker om sig selv. Vi må interessere os for, hvad disse forståelser og fortællinger gør for og ved patienten. Er de fx adaptive eller mal-adaptive for patientens velbefindende og livsførelse? Et centralt anliggende er at undersøge, om og på hvilken måde patientens fortællinger giver ham personlige og sociale problemer. Vi må, kort sagt, belyse, om og i givet fald på hvilken måde patientens fortællinger er dysfunktionelle.

I en klinisk udredning, diagnostik og behandlingssammenhæng er det vigtigt at forankre sig i psykologisk viden om, hvordan hjernen fungerer, og hvad betydningen heraf er for vores perception og forståelse. Vores forståelser og tolkninger er som regel udpræget egocentriske, naive, tendentiøse og fordomsfulde. Denne indsigt kan **på den ene side** være foruroligende og skræmmende. Den indebærer nemlig en erkendelse af, at vores måde at betragte verden på ikke nødvendigvis er korrekt eller udtømmende. **På den anden side** er en større ydmyghed måske ikke så ringe endda, idet den fremadrettet åbner op for andre indsigter end dem, patienten selv intuitivt har udviklet i forbindelse med sit psykiske sammenbrud. Dette behov for en perspektivudvidelse og -nuancering sættes i relief af, at de forestillinger og fortolkninger, som patienten bringer med sig ind i det terapeutiske rum, ofte for patienten virker utroværdige og samtidig er uhyre smertefulde og hæmmende.

Denne problemstilling kan perspektiveres gennem inddragelse af Bandura (2008) og hans teori om menneskelig *agency*. Overordnet set handler det at være agerende om at kunne målrette sine egne mål, motiver og aktiviteter og samtidig at kunne udøve en vis grad af indflydelse på det miljø og de omstændigheder, man er del af (Bandura, 2006; 2018). Denne personlige indflydelse er af afgørende betydning for selvudvikling, tilpasning og forandring. Bandura oplister i den sammenhæng fire egenskaber ved at træde ind i livet som aktør. Det **første** aspekt er intentionalitet, som er vores handlingsplaner og vores strategier for at realisere dem. Denne intentionalitet udfolder sig altid i samspil med andre aktørers handlingsplaner og strategier. Derfor er individet altid nødt til at forhandle og imødekomme andres interesser og mål. Forfølgelsen af personlige mål udfolder sig således inden for rammerne af kollektive bestræbelser. Det **andet** aspekt ved *agency* er, at vi gør os overvejelser om, hvordan vi fremadrettet kan realisere vores mål, samtidig med at vi sætter os disse mål. Disse antici-

pationer er atter motiverende for, hvordan vi agerer over for og forbinder os med andre. Det **tredje** aspekt handler om, at vi ikke kun planlægger og tænker fremadrettet. Vi er også selvregulerende. At være aktør handler derfor ikke alene om valg af handlingsplaner, men om at have evnen til at konstruere passende handlingsplaner og til at motivere og regulere deres gennemførelse. Det **fjerde** aspekt handler om selvrefleksion, der bl.a. retter sig mod ens eget funktionsniveau (ens evner og færdigheder), men også mod hvor forsvarlige vores tanker og handlinger er (Bandura, 2008). Samtlige fire aspekter ved *agency* skal sikre, at individet kan navigere i komplekse miljøer kendetegnet ved tvetydigheder og uforudsigelighed. Det kræver således adaptiv fleksibilitet at være en social aktør.

Troen på, at man dels har realistiske og heroiske motiver og mål, dels kan udøve kontrol og dels være i (selv)kontrol, er formentlig vigtig for den enkeltes psykosociale sundhed. Det har nemlig en gunstig betydning i forhold til ens deltagelse og involvering i sociale fællesskaber, hvilket er af central betydning for indfrielsen af den enkeltes mål, motiver og selvagtelse (Bandura, 2004).

Tænkning, udredning og diagnostik

En grundtanke i denne bog er, at en forståelse af udredningen og dens virkemidler forudsætter, at vi forankrer os i kognitions-, neuro- og socialpsykologiens teorier om, hvad der karakteriserer det menneskelige sinds kognitive og emotionelle mekanismer. Bogen bygger på den antagelse, at det kun er gennem en forankring i disse vidensfelter, at der kan etableres mere objektive og nøjterne udredninger og forståelser af patientens psykiske problemstillinger og af de krav og belastninger, der ligger til grund for dem. Dette indebærer, at man bør gå bagom de forståelser, som patienten selv er nået frem til ved brug af sin sunde fornuft (Nisbett & Wilson, 1977; Nisbett & Bellows, 1977).

Lewis Wolpert (1993) har fremført det standpunkt, at videnskabelige ideer med sjældne undtagelser er kontraintuitive: De kan ikke erhverves ved simpel introspektion af fænomener og er ofte på kant med dagligdags erfaringer. Videnskab kræver en bevidsthed om faldgruberne ved 'naturlig' tænkning. Almindelig sund fornuft er behæftet med fejl og af den grund upålidelig. Den kliniske samtale er underlagt de samme vilkår for vidensfrembringelse som dem, der gælder for videnskabeligt arbejde i almindelighed. Det drejer sig således om at trænge bagom det direkte observerbare for at afdække de mekanismer, der genererer det observerbare. Denne fremgangsmåde indebærer endvidere en grundlæggende dekonstruktion og rekonstruktion af det observerbares mening, hvor mere folkepsykologiske forklaringer om lidelsens årsag nedbrydes,

da sådanne forståelsesmodeller typisk har karakter af forhastede konklusioner draget på et for spinkelt og fejlbehæftet grundlag.

Selvindsigt og introspektion er problematiske veje til identifikation og forståelse af, hvilke psykiske mekanismer der er virksomme ved menneskelig lidelse. Når vi forsøger at forstå patientens problemer, er vi nødt til at drage vores slutninger om patienten på basis af nogle vage, fragmenterede og sommetider modsætningsfyldte informationer. Gennem anvendelse af psykologisk viden om de processer, der er involveret i vores perception og tænkning, bliver vi bedre til at vurdere patientens vanskeligheder (Leary & Meddus, 1987).

Psykologiens forskningsmæssige landvindinger betyder, at disciplinen har undergået en udvikling, som minder om den ændring i vores forståelse af universet, der skete med Kopernikus' overgang fra et geocentrisk til et heliocentrisk system.⁵ Inden for psykologien implicerer dette et opgør med et ego-centrisk perspektiv på psyken og individet. Individet er ikke længere altings centrum, og bevidstheden er heller ikke længere centrum for individets adfærd og motiver. Når der gennemføres en udredning og diagnostik, kan vi altså ikke ubetinget fæste lid til menneskets iboende intelligens og nysgerrighed, fordi – som moderne kognitions- og socialpsykologi har vist – menneskelig tænkning på grund af sin egocentrisme er mangelfuld og dermed tendentiøs.

Casestudier som forskning

Sometimes we simply have to keep our eyes open and look carefully at individual cases – not in the hope of proving anything, but rather in the hope of learning something (Eysenck, 1976, s. 9).

Når man ønsker at dokumentere evidens for klinisk psykologisk behandling, sker det sædvanligvis igennem case-kontrolstudier, hvor det undersøges, hvad effekten af en given terapeutisk behandling er. Undersøgelsesdesignet består typisk i, at den population, som er inkluderet i en effektundersøgelse, opdeles i to eller flere grupper. Den ene gruppe modtager den behandlingsform, som man vil undersøge evidensen af, hvorimod kontrolgruppen enten ikke modtager behandling eller udsættes for en anden behandling. Ved et sådant design kan man undersøge, hvorvidt de to grupper efter behandlingen adskiller sig fra hinanden, og altså om den pågældende terapi har en gavnlig virkning eller ej.

⁵ Mere præcist tænkes der her på den eksperimentelle kognitions- og socialpsykologi og neuropsykologien på grund af deres forankring i et evolutionsteoretisk perspektiv.

Denne undersøgelse sker ved statistisk analyse med henblik på at se, om de to effektudfaldsvariable adskiller sig signifikant fra hinanden.⁶

Igennem randomisering forsøges der i sådanne studier at etablere homogenitet mellem behandlingsgruppen og kontrolgruppen.⁷ Ideen bag det kontrollerede eksperiment er således, at de to grupper, man sammenligner, er karakteriseret ved homogenitet i forhold til alle andre variable end lige den ene påvirkning, man bevidst og tilsigtet har valgt at udsætte grupperne for. De øvrige forskelle personerne imellem antages igennem randomisering at blive fordelt tilfældigt i og jævnt på de to grupper. Udover denne homogenisering gennem randomisering er der også en anden homogenisering: Designet bestræber sig på, at behandlingen af deltagerne i den gruppe, der modtager den behandlingsform, man vil undersøge evidensen af, er ensartet. Denne homogenisering faciliteres igennem en omhyggelig manualisering af behandlingen.⁸ Der tilstræbes altså både en homogenitet i selektion og homogenitet og standardisering i den terapeutiske praksis.

Silberschatz har argumenteret for, at sådanne homogenitetsforudsætninger er en stor hindring for fremskridt, hvis man interesserer sig for at identificere forandringsmekanismer i psykoterapeutisk behandling (Silberschatz, 2015, s. 2). I denne argumentation knytter han an til Cronbach, som argumenterer for, at det er vildledende at tale bredt om behandlingseffekter. At det er vildledende skyldes, at behandlingseffekten også er afhængig af den person, der behandles. Cronbach konkluderer i den forbindelse, at vi må indse, at patienten som sub-

⁶ En problemstilling, som selvfølgelig er mere kompleks end skitseret her. Se fx Norcross et al. (2016).

⁷ Det betyder selvfølgelig ikke, at alle deltagere er ens og ligner hinanden. ”By using random assignment, the investigator is attempting to equate the two groups on all behavioral and biological variables prior to the investigation – even ones that the investigator has not explicitly measured or thought about. ... The use of random assignment ensures that there will be no systematic bias in how the subjects are assigned to the two groups” (Stanovich, 2014, s. 89).

⁸ Det er i denne sammenhæng vigtigt at erindre, hvad der er det centrale rationale ved eksperimentel forskning: Nemlig at afdække psykiske mekanismer, som ikke kan undersøges empirisk, medmindre de isoleres fra deres sammenhæng og kontekst. Rationalet bag et eksperiment er: ”Planned interference, the thoughtful introduction of change to assess its effects, however, makes this complexity more manageable. Social psychology experiments represent slices of social life – small, short-term interventions that capture what people do under certain conditions and offer explanations about why they do it. Most social psychology experiments are designed to mimic real life situations and settings (...) Although they cannot capture all the ‘blooming buzzing confusion’” (Dunn, 2009, s. 80).

jekt og behandlingsobjekt er et uadskilleligt par. Det giver derfor ikke mening for psykologien at afvise den ene eller den anden som en fejlkilde. Cronbach opfordrer derfor forskere til at erkende, at patienten eller subjektet og behandlingen "are an inseparable pair and that no psychologist can dismiss one or the other as error variance" (Cronbach, 1957, s. 683). Hermed adskiller eksperimentel og klinisk psykologi sig fra hinanden. Ifølge Cronbach er individuelle forskelle et irritationsmoment snarere end en udfordring i eksperimentet. For den eksperimentelle forsker er målet at kontrollere adfærdsvariation. Hvis dette ikke lykkes, er eksperimentet mislykket. I eksperimentet handler det om at fjerne og eliminere generende variationer, så den eneste variation skyldes de forskellige påvirkninger i de grupper, man sammenligner (ibid., s. 674). I modsætning til dette ideal om eliminering af variation nærer ingen erfaren kliniker en illusion om, at patienten eller den terapeutiske indsats kan eller bør være homogene. Ideen om, at personer reagerer forskelligt på samme situation eller samme påvirkning, har en lang historie inden for psykologien. Norcross og Wampold (2011) fremhæver, at praktikere inden for anvendt psykologi for længst har indset, at behandlingen bør tilpasses både patientens individualitet og patientens særlige kontekst. De konstaterer, at samtidig med at det psykoterapeutiske område har udviklet sig som et forskningsdomæne, foreligger der en stigende erkendelse af, at identisk behandling i forhold til alle patienter er malplaceret og endog uetisk. Nyere forskning understøtter, hvad praktikere længe har vidst, nemlig at forskellige patienter kræver forskellig behandling (Norcross & Wampold, 2011). Effektiv terapeutisk behandling fordrer derfor, at behandleren tilpasser sin indsats til den konkrete patient, dennes situation og kontekst.

En begrænsning ved case-kontrol-undersøgelserdesignets måde at etablere evidens på er, at man mister blikket for den individuelle patients konkrete motiver, mål og fortolkninger, såvel som for hvordan disse forandres som resultat af den terapeutiske proces. Dermed ignoreres og udgrænses vigtige aspekter ved og af patientens problemer og udfordringer. Når det er relevant at interessere sig for patientens motiver, mål og fortolkninger, skyldes det, at det er en illusion at forestille sig, at patienter med den samme diagnose er kendetegnet ved homogenitet. Tværtimod gælder det, at patienter med den samme diagnose reagerer forskelligt på de samme interventioner, alt efter hvordan de opfatter

situationen, og hvad deres egne mål og intentioner er (Silberschatz, 2017, s. 4).⁹ Hvis man ønsker at forstå, hvordan den terapeutiske proces virker, og hvilke psykiske mekanismer den aktiverer eller modificerer, må man altså også interessere sig for patientens konkrete mål, motiver, forestillinger og fortolkninger. Patienten, som går i terapi, må også anskues som et målsættende subjekt, der aktivt fortolker sine opgaver og sin situation.

Den meste kliniske forskning forankrer sig primært i psykens lavniveau-reaktioner: Dvs. i hjernens umiddelbare og hurtige emotionelle reaktioner, som finder sted, før situationen er blevet fuldt bearbejdet. Men hvis vi er interesseret i at undersøge forbindelsen mellem den psykoterapeutiske proces og det terapeutiske udkomme, er det lige så vigtigt at belyse de transformerende processer, der sker i forhold til patientens højniveau-reaktioner. Vi må altså interessere os for de kognitive processer, der bearbejder de emotionelle reaktioner. Vi må have fokus både på, hvad der karakteriserer patientens emotionelle beredskab, og på hvordan terapi indebærer forandringer i patientens bevidste forestillinger om sig selv, sin situation og sine problemer. En problemstilling som Wilson og Gilbert har gjort opmærksom på i en undersøgelse af samspillet mellem emotioner og kognition (Wilson & Gilbert, 2008).

I megen psykologisk udredning får de mere generelle forhold forrang fremfor de mere specifikke. Dette hænger måske sammen med, at vi primært fortolker patientens tale i en diagnostisk optik, hvis formål er at identificere og kategorisere patientens lidelse. Til en glimrende beskrivelse af denne problemstilling skal i denne sammenhæng blot henvises til Randolph Nesse (2019) og Farhad Dalal (2019). Begge gør opmærksom på, at der er en tendens til at ignorere vigtige aspekter ved og af patientens problemer. Dette på grund af en manglende interesse for dennes livssituation. Man interesserer sig primært for at udrede patientens symptomer, men interesserer sig ikke for, hvorfor en patient evt. har fået en depression. Dette fordi depression udelukkende ses som en sygdom, snarere end et rimeligt svar på en ødelæggende eller katastrofal livshændelse (jf. Dalal, 2019). Hvis man skal forstå patientens lidelse såvel som behandlingens virkemidler, er det vigtigt ikke at ignorere, at patienter altid reflekterer over deres situation for at forstå og håndtere den.

Ønsket om at belyse de transformative processer ved behandling af stresspatienter er grunden til, at bogens empiriske grundlag er cases. En svaghed ved

⁹ Et standpunkt som også Nesse har gjort sig til talsmand for, idet han argumenterer for, at en lidelse kan have mange forskellige årsager, og at en årsag kan føre til mange forskellige symptomer (Nesse, 2019).

megen moderne undersøgelse af behandling er måske netop, at der udelukkes er et fokus på det generelle, nemlig patientens lidelse og symptommønster. Derimod ignoreres de specifikke forståelser, drømme, håb, bekymringer og den fortvivlelse, som patienten også bærer med sig ind i behandlingen.

Når man interesserer sig for behandling og terapi, stiller man sig sædvanligvis spørgsmålet 'om det virker' (Pawson, 2006). Fokus er på effekten af den behandling, man gennemfører, som måles på, om der fx er sket ændringer i forhold til stress, angst og andre effektmål i forhold til en evaluering af patientens psykiske tilstand før og efter behandlingens gennemførelse. I denne bog interesserer jeg mig mere for spørgsmålet om, 'hvordan terapi virker'. Til besvarelse af dette spørgsmål må der etableres et anderledes evidensgrundlag, der er funderet i hjernens funktionsmåde: Dvs. i teori om måden at ræsonnere på. Det er her, psykopatologierne opstår i forbindelse med langvarig, kronisk stress: Nemlig som forklaringer, der er beskyttende, men samtidig hæmmende for individets livsudfoldelse. Antagelsen er således den følgende: Hvis man ønsker at forstå de patologier, som stress i sine mere kroniske former kan resultere i, må vi ikke alene interessere os for de påvirkninger, patienten har været udsat for, men også dennes egne fortolkninger af dem. Netop derfor er det vigtigt, at terapeuten i sin udredning forholder sig til patientens konkrete bekymringer og tager dem alvorligt.¹⁰

¹⁰ En behandlingsmæssig gevinst ved dette er, at den terapeutiske relation styrkes, når terapeuten tilpasser sin behandling og interventioner til patientens særlige behov (Silberschatz, 2012, s. 34). Effektive psykoterapeuter har en tendens til at målrette deres interventioner, så de passer til patientens problemer og behov. God terapi er per definition personlig terapi. Dette implicerer, at klinikerne udvikler en forståelse af patientens særlige problemer, behov eller mål, hvilket giver mulighed for at intervenere på en måde, som optimalt tager højde for patientens vanskeligheder og mål.

Case-metode: udredning og behandling

The world is a hellish place, and bad writing is destroying the quality of our suffering. It cheapens and degrades the human experience, when it should inspire and elevate (Waits, 2001).

Før der fortsættes, skal det empiriske grundlag for det foreliggende studie præciseres. Dette indebærer en refleksion over studiets formål:

- Er det at etablere en mere præcis forståelse af arbejdsbetingede lidelsers ætiologi end den, som umiddelbart kan afledes af patientens narrativ om sig selv, sin situation og det hændelsesforløb, som fik patienten til at søge psykologisk behandling?
- Er det at etablere en mere præcis forståelse af, hvad der kendetegner den terapeutiske proces i denne form for psykologisk behandling: Altså hvordan terapi skaber forandringer, og hvad det er for nogle mekanismer, der gør, at behandlingen virker (Kazdin, 2009)?

Eller er disse to aspekter så sammenvævet med hinanden, at det ene ikke kan belyses, uden det andet samtidigt belyses, fordi udredning er behandling, ligesom behandling er udredning?¹¹

Bogen bygger på et samspil mellem disse to fokuser. På **den ene side** udspringer bogen af den antagelse, at patientens reaktioner, symptomer og lidelse bør forstås ikke kun ud fra de belastninger, som har aktiveret stresssystemet, men også ud fra de tanker og forestillinger som patienten gør sig. Patientens tanker er patogene, fordi de fastholder patienten i en negativ psykisk spiral, i forhold til sit psykiske velbefindende, og stress, samtidig med at de er hæmmende i forhold til patientens sociale involvering, deltagelse og mod. På **den anden side** beror bogen på den antagelse, at det er et væsentligt formål med det terapeutiske forløb at dekonstruere og rekonstruere patientens forståelser og fortolkninger for derved at kunne tilvejebringe en forandring. Denne proces kan give patienten livslyst og mod tilbage. Samtidig giver en sådan de- og rekonstruktion en mere nuanceret og nøgtern bestemmelse af de belastninger og belastningsreaktioner, der ligger til grund for lidelsens ætiologi.

¹¹ En problemstilling, som allerede mere implicit fremgår af analyserne inden for klinisk socialpsykologi (Pedersen, 2014), men som undersøges mere systematisk i denne bog.

Analysen af de sekventielle samtaler kaster lys over de komplekse processer, patienten har været indlejret i, og som har ført til vedkommendes lidelse. I takt med at den terapeutiske samtale udfolder sig, får patient og kliniker en voksende indsigt i både belastningernes karakter og i de sociale og strukturelle faktorer, der spiller ind i forhold til patientens sygdom og modgang. Denne indsigt opstår i mødet mellem patientens bekymringer for sig selv, sit liv og sin fremtid og klinikerens forankring i viden om hjernens, sindets og det sociale livs egenskaber, beskaffenhed og funktionsmåde. I klinikerens og patientens fælles analyse af de faktorer, som har påvirket patientens psykiske velbefindende negativt, opnås en mere fyldestgørende forståelse af det forløb, patienten har været igennem. De skaber i en fælles forståelsessøgen en rigere dokumentation, hvor nye og andre faktorer observeres og registreres som betydningsfulde for forståelsen af patientens situation og reaktioner.

Bogens interesse gælder den stressramte og den helingsproces, der finder sted i et sekventielt samtaleforløb. En væsentlig antagelse er, at patientens fortolkningsrepertoire betyder noget. Kun ved at undersøge hvordan dette repertoire har ændret sig, kan vi belyse, hvordan fortolkningerne var hæmmende og dysfunktionelle for patientens livsudfoldelse. I denne proces opnår patienten altså et mere nuanceret og integreret perspektiv på verden og sig selv. I det terapeutiske samspil inviterer klinikerne patienten til at bryde med sin iboende fordomsfulde, snæversynede, stivnede og forsimplede opfattelser. Fordomme, snæversyn og forsimplinger, som har deres rødder i den menneskelige tænkningens almenpsykologiske mekanismer, men især gør sig gældende, når vi er under pres (Mullainathan & Shafir, 2013). En central omkostning ved stress er, at den adaptive fleksibilitet, som ellers kendetegner os, svækkes betydeligt. Akut stress tenderer mod at gøre os impulsive og rigide samt give os tunnelsyn.

Dette studie handler således om virkningen af den terapeutiske proces: Om hvad der karakteriserer patientens fortællinger om sig selv, sin egen lidelse, ulykke og modgang, men også om hvordan disse fortællinger ændres i samarbejdet mellem kliniker og patient. Udfoldelse af dette anliggende nødvendiggør et dobbeltfokus. Dels fokuseres der på den proces, der førte til patientens forringede velbefindende, ulykke og modgang, samt på betydningen af de tanker og forestillinger patienten gør sig om årsagerne til sin smerte. Dels fokuseres der på betydningen af de ændrede perspektiver og de nye erkendelser, som skabes i samarbejdet mellem kliniker og patient.

Casestudiet

De centrale kapitler i denne bog er to casestudier af det samlede udrednings- og behandlingsforløb for to patienter. Hensigten med disse to cases er dels at give en mere fyldestgørende bestemmelse af de belastninger, som har ført til stress og forringet psykisk velbefindende,¹² og dels at belyse den terapeutiske proces. Bogens analyser er således motiveret af et ønske om mere systematisk at reflektere over egen praksis. Derfor sættes der fokus på, hvad der faktisk sker i det terapeutiske arbejde med patienten.

Valget af casestudiet som forskningsstrategi og metodologi hænger altså sammen med, at der i denne bog anlægges en dobbelt nysgerrighed. Dels en nysgerrighed i forhold til de belastninger og psykiske mekanismer, der er virkssomme ved hverdagslidelse og -smerter. Dels en nysgerrighed i forhold til terapiens transformerende processer, deriblandt de psykiske mekanismer som terapien aktiverer eller modificerer. Undersøgelsen bygger på den antagelse, at disse to erkendelsesinteresser kun kan indfries ved at undersøge patientens konkrete mål, motiver, forestillinger og fortolkninger.

Et casestudie er på grund af sin ”tætte forbindelse med virkelige situationer og dets detailrigdom” velegnet til at udvikle et ”nuanceret syn på virkeligheden” og det fænomen, man interesserer sig for (Flyvbjerg, 2010, s. 467). Det er et undersøgelsesdesign, som er velegnet til at belyse det virkelige livs kompleksitet, modsigelser og dilemmaer. ”Mangfoldigheden opnås ved at opbygge casehistorien af de mangesidede, komplekse og ofte indbyrdes modstridende historier, som casens aktører” frembringer i det terapeutiske arbejde (ibid., s. 483). Det er herigennem, vi kan få en dybere indsigt i patientens lidelse og årsagerne hertil.

Yin definerer casestudiet som ”... an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident” (Yin, 2009, s. 18). Når man beskæftiger sig med kliniske problemstillinger, er der altid en uklar grænse mellem det fænomen, man undersøger, og dets kontekst. Dette fordi den arbejdspsykologiske udredning og diagnostik består af et analytisk dobbeltgreb, hvor både patientens ydre, sociale og organisatoriske liv og patientens indre psykiske liv skal begribes. I den forbindelse gælder **for det første**, at sindets konstitution medierer beskrivelsen af konteksten. Det beskrives poetisk af Anaïs Nin som at: ”Vi ser ikke ting som de er, vi ser tingene som vi er” (Nin, 2012). Patientens konstruktioner af sin lidelse og de belast-

¹² Altså et anliggende, som er lig anliggendet i *Klinisk socialpsykologi: casestudier fra en arbejdspsykologisk behandlingspraksis* (Pedersen, 2014).

ninger, den forklares med, er ikke uhildede, nuancerede, nøgterne og objektive beretninger. De har snarere karakter af efterrationaliseringer og er fordomsfulde, forsimplede, fordrejede og forsvarsprægede beskrivelser af sig selv og virkeligheden. **For det andet** gør det sig gældende, at udredning er behandling, og at behandling er udredning. Disse to aspekter ved det terapeutiske arbejde kan ikke meningsfuldt adskilles fra hinanden.¹³ Tilsammen frembringer både udrednings- og behandlingskonteksten et rigere empirisk datasæt til forståelse af patientens problemstillinger og udfordringer.

Denne bogs analyser omfatter derfor to nærtbeslægtede fænomener, nemlig en interesse for at undersøge:

- Patientens lidelse og dens årsager
- Samt den terapeutiske proces og behandlingens helende mekanismer

I det første tilfælde involverer dette en retrospektiv fordybelse i det forløb, patienten har været igennem, før behandlingen startede, for at trænge bagom de efterrationaliseringer, fordrejninger, fortrængninger, som kendetegner patientens beretninger og fortællinger. I det andet tilfælde involverer dette en prospektiv og direkte – in situ – fordybelse i de processer, som udspiller sig som resultat af samtalerne mellem patienten og klinikerens. Dette indebærer spørgsmål som: Hvad sker der i de terapeutiske seancer? Hvordan udvikler forståelsen sig hos henholdsvis patient og kliniker?

I det første tilfælde er konteksten for patientens lidelse og belastningsreaktioner de sociale og organisatoriske strukturer, som individet forvalter sit arbejde og sig selv inden for. I det andet tilfælde er det selve de kliniske seancer, som er den naturlige kontekst for analysen af den terapeutiske proces og dens virkemidler.

Disse to fokuspunkter kan kun undersøges, hvis man tager sig den tid og det besvær, det kræver, for at undersøge og belyse det konkrete kompleksitet og

¹³ Processen består ikke i, at man først gennemfører udredning og diagnostik for derefter at beslutte sig for en behandlings- og interventionsstrategi. Der er en løbende og gensidig vekselvirkning mellem udredning og behandling. Udredningen afføder løbende hypotesedannelser, som testes sammen med patienten. I denne testning opnås nye og dybere indsigter i patientens psykiske tilstand og belastninger i dens miljø. Forholdet mellem udredning og behandling er mindre præskriptiv og mere analytisk, fordi de gensidigt udvider vores forståelse af de psykologiske, sociale og organisatoriske processer og strukturer, der er involveret i patientens lidelse. Det giver hermed et bredere perspektiv ikke kun på patienten og dennes lidelse, men også på behandlings- og interventionspraksisser.

dets in situ-udfoldelse. Casestudiet er velegnet, **både** når det handler om at nå frem til en dybere og mere præcis forståelse af patientens lidelse og de belastninger, der ligger til grund for den, **og** i forhold til at belyse de transformerende processer i behandlingen af stressramte. Det er igennem analysen af individuelle cases, at vi bedst kan observere samspillet mellem forskellige faktorer. Dette både retrospektivt i en udredning af lidelsens ætiologi og patogenese (dvs. lidelsens karakter, årsager og udvikling) og som en in situ-undersøgelse af den terapeutiske proces og dens virkemidler.

Case-metoden som forskning og som behandling

Som allerede konstateret, så er case-metoden både en forskningsmetode og en behandlingsmetode. Det er en forskningsmetode, der kan belyse de forandringer, der sker i patientens forståelser og indsigter. Det er en behandlingsmetode, hvorved patientens forståelser, motiver, bekymringer og oplevelser transformeres til mere nuancerede indsigter, når de undersøges sammen med terapeuten i en fælles bestræbelse på forståelse.

En grundpræmis i dette studie er en antagelse om, at patienten må anskues som et målsættende subjekt, der aktivt fortolker sin situation, og som handler i overensstemmelse med sine mål og forståelser. Fordi patienten har en udpræget usikkerhed, tvivl og ambivalens i forhold til sine egne (og andres) mål, motiver og forståelser, har patienten et ubevidst motiv i forhold til at undersøge, teste, verificere og validere sine egne analyser og forestillinger om årsager til sin fortvivlelse, smerte og handlingslammelse. Denne testning og validering finder sted igennem patientens relation til sin terapeut. Den terapeutiske udfordring for behandleren/terapeuten er at undgå at forstærke og bekræfte de forestillinger, patienten møder op med.

Den terapeutiske proces kan betragtes som en fælles psykologisk formuleringssproces, hvor terapeuten sammen med sin patient gradvist udvikler nye og mere sofistikerede hypoteser om, hvad der har ført til patientens lidelse. Dette sker igennem en nøje undersøgelse af begivenheder i patientens liv. Hypoteserne har en tendens til at forandre sig, i takt med at psykologen og patienten lærer mere om patientens situation og problemer. Disse hypoteser testes løbende og fører derfor til nye hypoteser. De er altid åbne for revision og reformulering. Ultimativt fører dette til en mere præcis indsigt i patientens psykiske lidelse og i rationalerne i patientens psykiske forestillinger og reaktioner. Herved erkendes patientens adaptationsstrategier over for de ydre belastninger, og endvidere hvorledes disse strategier også er dysfunktionelle i forhold til patientens

psykiske velbefindende og fremadrettede livsudfoldelse. Et væsentligt aspekt ved den terapeutiske samtale er hermed at udvikle hypoteser om årsager og konserverende faktorer i forhold til en persons psykologiske, interpersonelle og adfærdsmæssige problemer (Eells, 2015).

Bogen er bygget op omkring to casestudier. Case-metoden udfoldes i de to casestudier på den måde, at patientens psykologsamtaler analyseres hver for sig og i den sekventielle rækkefølge, de blev gennemført i. Formålet hermed er at vise udvikling og forandring af og i de temaer, der udfoldes fra den første til den sidste samtale. En kronologi, som samtidig belyser den terapeutiske proces, hvor der gradvis sker en de- og rekonstruktion af patientens beretninger, beskrivelser og fortolkninger. Det første interview registrerer, hvilke specifikke fortolkninger, forestillinger osv. som patienten mødte op med, før behandlingen startede. I de efterfølgende samtaler blev patientens forestillinger og fortolkninger udfoldet, udbygget og testet.