

EDDERKOPPEN

Edderkoppen hun spinner sitt nett
 Det vakreste kunstverk verden har sett
 Hun vever om natten
 Kalblodig, tålmodig
 Og sterk blir matten
 Det er vemodig
 Når en sommerfugl fanges i garn.

Edderkopphunnen er ikke slem
 Hun prøver bare å fange dem
 Som danser så sorgløst
 Med luft under vingene
 Si ikke blodtørst
 Hold orden på tingene
 De er føde for hennes barn.

Piken hun kaster sin elsk på en mann
 Det blir så viktig å fange ham
 Hun binder ham kjærlig
 Varmblodig og ekte
 Gir alt begjærlig
 Men kan ikke nekte
 Hun prøver å få ham i garnet.

Menneskekvinnen er ikke ond
 Men fremtiden for henne blir så vond
 Hvis han bare forsvinner
 Hun sitter igjen
 Som så mange kvinner
 og sier men -
 Jeg vil ha en far til barnet!

katrine

Terapeutiske prinsipper for psykologarbeid med utgangspunkt i en sosialklinisk oppdragelse og tilnærming

Av Jarle Eknes

Det finnes mange myter og vrangforestillinger blant studenter og ferdig utdannede psykologer om hva man vektlegger og utdannes til innenfor henholdsvis klinisk og sosialklinisk sekvens ved psykologisk institutt UiO. Denne artikkelen tar sikte på å knekke noen myter og øke forståelsen av hva en sosialklinisk tenkemåte kan innebære av prinsipper og tilnærminger. Artikkelen tar utgangspunkt i terapeutisk arbeid ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk, og bygger på en eksamensbesvarelse fra 2. avdeling høsten -92.

Begrepene "klinisk-" og "sosialklinisk" sekvens er uheldige fordi de som ord impliserer at det ene er mindre klinisk enn det andre. Dette er selvfølgelig ikke tilfelle; i hovedsak jobber klinikere med den ene eller den andre sekvens bakgrunnen med de samme typer klienter og de samme typer problemer. Måten det jobbes på og tenkes på vil imidlertid være påvirket av sekvens bakgrunn, om enn ikke i så stor grad som enkelte synes å ha (miss)forstått. I det følgende vil jeg redgjøre for hvilke tema og prinsipper jeg er opptatt av, men understreker samtidig at psykologer utdannet fra sosialklinisk sekvens på ingen måte er serieproduserte. Med dette mener jeg at vi alle tenker forskjellig og vektlegger forskjellige forhold i vår terapeutiske tilnærming. Jeg gir i denne

artikkelen plass til *mine* prinsipper, hvor *mitt* sosialkliniske ståsted trer tydelig frem, og trekker ellers frem det jeg brenner for akkurat nå.

Konstruktivistisk epistemologi

"Virkeligheten skapes av våre tanker."

En sentral grunnoppfatning i mye av min tenkning og mine prinsipper er at det ikke finnes en objektiv virkelighet som er tilgjengelig for oss. Vi skaper vår egen virkelighet, og ingen teorier er sannere enn andre. Verden kan betraktes på ulike måter, og ulike ståsted gir ulike virkelighetsoppfatninger av samme fenomen. Dette illustreres godt av Maru-

yamas' metafor (Maruyamas 1979 i Klausen 1987):

En ball kastes gjennom luften over en åpen plass. For å beskrive ballens bevegelse gjennom luften, velger vi en X-akse horisontalt på bakken i ballens kasteretning og en Y-akse vertikalt på en vegg bak den som kaster. Vi ser bort fra luftmotstand og jordrotasjon. Hvordan ballkastet blir beskrevet, avhenger da av observatørens ståsted. En muligheter å projisere ballens bevegelse ned på x-aksen ved f.eks. å betrakte skyggen av den nede på bakken når solen står i senit. Resultatet blir i så tilfelle en en-dimensjonal bevegelse med konstant hastighet. Om vi derimot projiserer det samme ballkastet inn på Y-aksen, f.eks. ved å betrakte skyggen på veggen bak ved solnedgang, ville observatøren her rapportert om en retarderende, oppadgående bevegelse som etter å ha stanset helt går over til å bli en jevn akselererende, nedadgående bevegelse. To observatører med forskjellig ståsted ville ved gjentatte forsøk begge hevde at deres egne observasjoner er konsistente og kan forklares ved henvisning til eksisterende fysiske lover, og de ville antagelig begge med overbevisning hevde at den andre tar feil.

Konsekvensen må bli at vi ser på hver av de psykologiske teoriene som en av flere alternative modeller, ikke som endelige forklaringsprinsipper. Ingen ting er "riktig" og ingen ting er "galt". Alt avhenger av vårt eget ståsted og hvilke "briller" vi betrakter verden gjennom. For meg blir implikasjonene av en slik tenkning at jeg ikke kan gi meg selv lov til å tro at min egen virkelighet er

sannere enn klientens, noe som igjen impliserer at målet med terapi ikke skal være at klienten inntar *min* forståelse av hvordan verden kan oppfattes. Derimot er jeg gjerne med på å *forandre* klientens oppfattelse av virkeligheten, fordi jeg tror at problemer kan forstås som produkt av tolkninger av virkeligheten. Det er dermed hensiktsmessig for meg som terapeut å tenke at klienten skal forandre noen av sine forestillinger og måter å tenke på, men jeg kan ikke vite hva de bør endres til for at klienten skal få det bedre. Det forhindrer meg imidlertid ikke fra å ha noen ideer og hypoteser om det, som jeg kan utforske sammen med klienten.

Det kan imidlertid godt tenkes at det eksisterer en felles, virkelig verden (objektiv virkelighet), men så lenge denne virkelige verden kun er indirekte tilgjengelig gjennom tendensiøse persepsjoner/fortolkninger, må vi fastholde en epistemologisk relativisme for å ivareta de ulike kontekstuelle og kulturelle variasjonene i vår oppfattelse av den.

Pragmatisme

"Hvis det virker vil jeg gjøre det."

Sett i lys av mitt epistemologiske standpunkt er det ingen grunn til å forsøke å finne fram til hva som egentlig er riktig, hva som er de store og evige sannheter. Det er ikke mulig. Det som derimot er mulig, er å skape forandring i klientens virkelighetsoppfattelse, og derigjennom gjøre livet lettere å leve. Det finnes flere måter å skape en slik terapeutisk endring på, og ingen metoder vil virke like godt under alle omstendigheter. Derfor vil jeg ikke betrakte metoder og teorier som det mest overordnede når jeg står overfor en klient, det viktigste må være om de

virker i forhold til klientens og mine egne mål. Eksempelvis vil jeg kun være opptatt av en teori om penismissunnelse dersom jeg opplever at jeg ved dette kan hjelpe klienten. Klarer jeg ikke det, må jeg bruke min energi og mine ressurser på andre teorier og modeller som kan hjelpe meg til å hjelpe klienten. Jeg er også villig til å ta i bruk teknikker og metoder jeg ikke kan relatere til teori eller forstå mekanismene bak, så lenge de fungerer. En slik effekt-orientering forutsetter imidlertid at jeg også er reflektert i forhold til hvordan jeg kan vurdere om noe har fungert eller ikke.

Slik jeg ser det, viser den gode terapeut fleksibilitet til å nytte ulike fremgangsmåter når de er mest effektive og passende. Dogmatisme og ensidighet synes erfaringsmessig å føre til dårlige terapeutiske resultater, samtidig som det øker sjansene for negative effekter (Wormnes 1986).

Eklektisme

"Har du bare hammer, ser du bare spiker."

Troen på én eneste teori eller teknikk gir en høyst unødig begrensning vis-à-vis menneskenes mangfold og variasjoner. Hvis det overhodet er snakk om noen form for kausalitet i forbindelse med psykiske vansker og terapeutisk endring, kan denne kausalitet ikke være mono-kausal (Larsen 1981). Den må nødvendigvis være multikausal, noe som bør invitere til variasjon og fleksibilitet.

Ved valg av teknikker og teorier bør vi ha som utgangspunkt at klientens vanskeligheter i det store og det hele er flerdimensjonale, også i den forstand at problemene innbefatter både følelsesmessige, kognitive, atferdsmessige og mellommenneskelige komponenter. Alle

disse forholdene er vevd inn i hverandre på en så kompleks måte at det er ytterst tvilsomt at *en* teori kan være tilstrekkelig for å forstå menneskelig fungering, og som Sissel Reichelt sier, tror jeg at det meste vi kan oppnå er å gjøre de ulike brillene så gode som mulig (Reichelt 1987).

Med dette går jeg dermed i mot Lazarus' standpunkt hvor teknisk eklektisme anbefales og teoretisk eklektisme frarådes (Nielsen 1981). Jeg tror det er verdifullt og hensiktsmessig å ha en eklektisk holdning *både* til metoder og teori. Likevel ser jeg poenget når faren med "å styre uten kurs" fremheves (Wormnes 1986). Det kan se ut til at teorier ofte hjelper terapeuten i å kunne holde kursen over lengre tidsrom i behandlingen, og manglende teorifundament hos terapeuten kan medføre usikkerhet, vingletehet og manglende retning i terapien, spesielt i vanskelige faser. Jeg tror likevel at det er mulig og riktig å veksle mellom flere teorier, men at det kan bli uhandterbart å ha *for mange* av dem. Utvalget av teknikker og metoder bør være større enn utvalget av teorier, men ingen av dem flere enn vi selv opplever å kunne håndtere.

Psykopatologi

• Det abnormale er bare en variant av det normale."

Prinsipielt betrakter jeg ikke psykopatologi som en motsats til friskhet. Jeg tror at det hverken er fruktbart eller nødvendig. I stedet kan psykopatologi betraktes som mer eller mindre fruktbare løsningsforsøk på de problemer klienten selv har opplevd. Og kanskje kan det som skjer i terapien betraktes som en variant av generell problemløsning. Det er flere grunner til at jeg

liker å se det på denne måten. Dels ser jeg det som et mål å få klienten til å betrakte seg selv som et normalt menneske med normale reaksjoner og vanskeligheter. Dette fordi jeg tror at en slik måte å se seg selv og sin situasjon på, fritar klienten for skyld og skam, øker klientens selvrespekt og stimulerer til utvikling og tro på seg selv. Klienten avlastes fra negative tanker om seg selv, sin innsats og historie, noe jeg tror vil frigjøre klientens ressurser til å gjøre noe med sitt eget liv. Her er det imidlertid viktig å ikke gi inntrykk av å bagatellisere klientens problemer. Problemene og vanskelighetene klienten sliter med, er reelle nok for ham¹, og vi må for all del vise at vi tar klienten på alvor ved å prøve å forstå *at* og *hvordan* noe oppleves som vanskelig. I tillegg til å være opptatt av klientens vanskeligheter tror jeg det er nyttig å formidle et budskap til klienten om at selv om problemene har vært usedvanlig store, har han hatt normale reaksjoner under sine helt spesielle livsvilkår, og at han nå er kommet dit at han kan skape seg frihet til å handle/tenke annerledes og gjennom det redusere eller (opp)løse² problemet.

Jeg tror at vi ved å se slik på psykopatologi kan tone ned vår egen rolle som *behandler* og helt, og øke klientens tro på *seg selv* som ressursperson som kan mestre vanskeligheter.

Fokus på ressurser

"All terapi må bygge på klientens egne ressurser."

Som postulert innenfor strategiske og systemiske retninger (Schjødt og Ege-land 1989) tenker jeg at kapasiteten til endring og mulighetene for en ny og positiv utvikling ligger latent eller manifest hos klienten. Terapeutens oppgave blir i en slik sammenheng å legge til rette for at klientens *egne ressurser* brukes for å skape endring som klienten selv opplever som viktig og riktig. Skal vi få til det, må vi nok jobbe med å formidle dette til klienten, og stå i mot klientens ønsker om lettvinde løsninger. Klientene vil ofte komme til terapien nedtrykt og uten tro på egne ressurser, når de kommer til oss med problemet, føler at de har vist at deres egne ressurser ikke er nok; de har mislyktes. Derfor må vi ta jobben med å få klienten til å tro på sin egen styrke og egne ressurser. Jeg tror ikke vi får til terapeutisk forandring uten å bygge på klientens egne ressurser. Vårt møte med klienten er beskjedent i forhold til hvor ofte klienten møter seg selv, og ingenting tyder på at vi er trollmenn nok til å styre klientens tanker, følelser og handlinger i vår tidsbegrensede kontakt med dem. Og bra er det.

Løsningsorientert versus årsaksorientert

"Løsning er viktigere enn årsak".

I min terapeutiske praksis er jeg betydelig mer opptatt av løsninger enn årsaker. Dette har blant annet bakgrunn i at det ikke finnes noen metoder for å finne ut om årsaksforklaringer er sanne eller

falske, og det finnes ingen mulighet til å finne hva som er egentlige årsaker. En grunn til dette tror jeg ligger i det forholdet at årsakssammenhenger er ekstremt komplekse og sirkulære³, en annen at menneskelig atferd i stor grad styres av tilfeldigheter. Slik jeg ser det, blir forklaringer kun verdifulle om de er potensielt brukbare for å (opp)løse det klienten opplever som problematisk. Og det vil de nok kunne være av og til, uavhengig om de er "sanne" eller ikke. Sannsynligvis er det prosessene som settes i gang under letingen etter årsakene som skaper løsninger, ikke om årsakene "virkelig" avdekkes. Hva som *egentlig* er sant eller ikke er ikke så viktig, men sett med mine pragmatiske briller er en forklaring eller metode "sann" nok for meg dersom det virker terapeutisk. Imidlertid tror jeg en ensidig fokusering på årsaker virker stagnerende på terapien, og at fokus på løsninger og forandring alene eller som supplement er sentral i effektiv terapi. Særlig i den korttidsterapeutiske virkeligheten som eksisterer på de fleste poliklinikker vil en løsningsorientert tilnærming være å foretrekke.

I stor grad har mitt prinsipp om å være løsningsorientert fremfor problemorientert bakgrunn i Palo Alto-gruppens kommunikasjonsorienterte tilnærming, hvor særlig to grunnregler er sentrale (Axelsen 1981).

1) Uansett årsak og opprinnelse blir klientenes problemer opprett- holdt av atferden til klienten og de personene som klienten samhandler med.

2) Hvis den problemopprett- holdende atferd blir forandret eller fjernet, vil problemet forsvinne.

Dette handler om at klienten har kommet inn i en ond sirkel, og at forandring av ett forhold kan bryte den onde sirkelen. Det sentrale blir altså ikke å finne den *opprinnelige* årsaken, men heller konsentrere oss om gripe problemet an på en måte som fører til en løsning. Om det innebærer bruk av paradoksale teknikker, redefinerer eller ventilerer av følelser spiller mindre rolle, bare sirkelen brytes.

Jeg er her inspirert av et systemisk standpunkt som innebærer at systemets funksjonering på ett tidspunkt er relativt uavhengig av tidligere funksjonering og organisering. Dette innebærer at ulike prosesser kan føre til samme resultat, og at her-og-nå opplevelsen blir overordnet fortidsperspektivet. Konkret vil dette innebære at jeg ofte vil jobbe utelukkende med nåtidsperspektivet og ikke rette oppmerksomheten mot forhold som ligger langt tilbake i tid. Jeg vil imidlertid i andre tilfeller være like opptatt av forhold i fortiden som i nåtiden, særlig om det dreier seg om traumatiske opplevelser som ligger "som en vond klump" i klientens følelsesliv. I min forståelse av virkeligheten treffer ikke en systemisk tilnærming den type problematikk godt nok til at jeg kan bruke denne ene og alene i arbeidet med å tilrettelegge forholdene for terapeutisk forandring. Jeg vil da trenge begreper som f.eks. bearbeiding og gjerne en mer psykodynamisk forståelsesramme å jobbe ut i fra, og heller etterhvert komme tilbake med en mer systemisk tilnærming til endring når jeg mener tiden er inne for det.

³ Eller som Lyman Wynne hevder, at forholdet mellom personer best kan beskrives som sirkler, i og med at feedback kommer på et senere tidspunkt enn selve handlingen (Schjødt og Ege-land 1989).

¹ Hankjønnsform brukes her for enkelthets skyld som kjønnsnøytral betegnelse.

² Når "opp" introduseres i parentes, henspiller det på at bl.a. Anderson og Goolishian (1986) hevder at de gjennom å skape nye meninger om problemet *oppløser* problemet heller enn å løse det.

Ting tar ikke nødvendigvis lang tid

"Korttidsterapi er ikke mindreverdig langtidsterapi."

Når det først er slik at vi ikke hverken kan eller vil følge klienten gjennom et helt eller halvt liv, vil det være en fordel om det vi kan bidra med kan formidles på kortest mulig tid, for dermed også å nå flest mulig av de som trenger det. Min tro er da også at forandring *kan* skje på grunnlag av få og korte møter med klienten, noe også forskning støtter opp om. Geir Nielsen oppsummerer effekt-forskningen med å konkludere med at det ikke er påvist noen entydig sammenheng mellom behandlingens volum og behandlingseffekt, og at den relativt største bedringseffekten oppnås i løpet av de første 8-10 behandlingstimer (Nielsen 1987). Etter dette er bedringskurven slakkere⁴. Også de Shazer et al. (1987) rapporter om gode resultater innenfor et lite antall behandlingstimer. De påpeker også at gjennomsnittlig behandlingstid for de fleste terapier i praksis er mellom 6 og 10 timer⁵, og at korttidsterapi ikke utelukkende må defineres utfra tidsbegrensning. Mens mange av de terapiene hvor klientene møter opp bare noen få ganger betraktes som ufullendte, amputerte langtidsterapier, legges korttidsterapi opp som et i mange tilfeller fullgodt

⁴ Her er det imidlertid viktig å understreke at bedringsforløpet alltid har et individuelt mønster, og at det i blant absolutt vil være verdt å vente på de endringene som krever lang behandlingstid.

⁵ Klienter ved voksenpsykiatriske poliklinikker i Norge får gjennomsnittlig et sted mellom 3,8 og 5 konsultasjoner (Pedersen 1991)

alternativ til langtidsterapier, hvor metoder og strategier i utgangspunktet er innrettet på å skape resultater raskt. De Shazer et al. (1987) skiller dermed mellom:

- a) Korttidsterapi definert ved tidsbegrensninger, og
- b) korttidsterapi definert som en måte å løse menneskelige problemer på.

I denne sammenhengen omtaler jeg korttidsterapi definert som b), med bakgrunn i min antagelse om at like gode resultater ofte kan skapes på kort tid som det som er mulig ved langtidsterapi. Korttidsterapi er ikke å betrakte som en nød-løsning, men heller en preferanse i mange tilfeller. En slik vekt på korttidsterapeutiske metoder og mål kan i litteraturen føres tilbake til Milton Ericsons arbeid tidlig på 50-tallet, og har siden den gang hyppig blitt benyttet og evaluert med gode resultater.

En avgjørende forskjell mellom korttidsterapi og andre modeller er at uansett hvor komplekst og stort et problem er, så kan en liten endring i en persons oppførsel føre til dyptgående og langtrekkende forandringer i personens atferd, tanker og følelser (de Shazer et al. 1987). Den type spontan-bedringer som oppstår når folk har stilt seg i terapi-kø/ besluttet seg for å gå i terapi, kan stå som eksempel på hvordan forandring av små forhold som ikke er knyttet til problemets årsak *likevel* kan redusere problemet som konsekvens. Dette prinsippet vil gjelde også om klientens vanskelighet er nært knyttet til relasjoner til venner eller andre familiemedlemmer. Prinsippet er at endring i en del av et system fører til endringer i systemet som helhet (de Shazer et al. 1987). Terapeutens oppgave blir å bryte onde sirkler og initiere gode

sirkler. Dette må ikke nødvendigvis skje etter alt-eller-intet-prinsippet; "thinking small" anbefales ut fra gjentatte erfaringer om at selv beskjedne endringer i atferd eller kognisjon kan gi en tilsiktet snøballeffekt og lede til omfattende og varig forandring (Klausen 1987).

Terapeutiske målvalg

"Klientens mål for terapien er viktigere enn terapeutens mål."

Å ta klienten på alvor innebærer for meg å prøve få til endring på områder klienten selv ønsker endring. Vil klienten ha hjelp til å takle/løse sin fobi, skal ikke jeg jobbe med *personlig vekst* som mål for terapien. Og vil han ha hjelp med sine søvnproblemer, er det *det* vi skal jobbe med, ikke med klientens avhengighetsforhold til sin mor. Men om han *ønsker* hjelp til å bli mindre avhengig fra mor, skal han *få* nettopp hjelp til det. Det avgjørende må være at klientens bestilling tas på alvor. Men vi må også være beredt på at klientens mål og ønsker kan forandre seg etter hvert som vi utforsker klientens historie og kart, og vi må da tilpasse oss den nye bestillingen. I praksis vil vi selvfølgelig ikke kunne ta i mot alle bestillinger, enten fordi de strider i mot etikk, tidsrammer eller begrensninger hos klienten eller oss som terapeuter. Men prinsippet bør følges så langt det ikke kolliderer med det ovennevnte.

Med dette mener jeg ikke at terapeuten skal være fri for idealer og ambisjoner på klientens vegne, tvert i mot tror jeg noe av drivkraften i engasjementet vårt ligger i våre overordnede målsettinger for klienten. Men i den enkelte konkrete terapi bør disse være underordnet

klientens egne mål og ønsker, slik de uttrykkes ved terapiens begynnelse, og slik de endres i løpet av terapiens gang. I tillegg til at dette har med respekt å gjøre, tror jeg også at klienten har mere energi å investere i forhold til mål han selv betrakter som viktig, enn om det gjelder mål som vi setter høyt. Wormnes (1981) hevder at om vi som terapeuter for eksempel ønsker å bygge opp klientens selvfølelse, er det nødvendig å redusere våre egne terapeutiske målsettinger fra det ideelle til det mer pragmatiske. Det pragmatiske, slik jeg ser det, blir ikke da bare å la klienten formulere målene, men også sørge for at det opereres med realistiske, konkrete mål. Wormnes nevner i den forbindelse at for den som ikke har intellektuell tilfredsstillelse av terapiprosessen i seg selv, vil ofte manglende fremgang og vage målsettinger *kun* oppleves som frustrerende og bryte ned klientens egen kompetansefølelse. Noe som igjen tar fra klienten den viktige følelse av håp, selve grunnlaget i all terapi. Særlig i begynnelsen av terapien bør vi ha mål som er konkrete og ikke større enn at de kan nås relativt raskt. Det er i tillegg mulig å ha større mål, gjerne langsiktige, men noen må være av en slik art at klienten vil oppleve gjentatte suksesser. Tryggheten som skapes gjennom å få til nye ting vil gi den nødvendige stabilitet til å tåle den angst og skuffelse som nye nederlag og tilbakefall ofte har (Wormnes 1981).

Målsettingene for behandlingen må derfor stå i forhold til mulighetene hos klienten. Ellers vil behandlingen lett kunne få negative konsekvenser (Wormnes 1986).

Forskjell som gjør forskjell

"Tilby klienten noe nytt."

Om relasjonen mellom klient og terapeut og innholdet i kommunikasjonen mellom dem ikke avviker fra det klienten vanligvis opplever, vil vi ikke kunne få til terapeutisk endring. Dette utfra en tenkning om at så lenge måter klienten til vanlig blir møtt på ikke har løst opp klientens vanskeligheter allerede, må klienten møtes på en ny måte. Med utgangspunkt i Batesons arbeider hevder Andersen (1987) at terapeuten må tilby en forskjell som er *akkurat passe*. Med dette menes at om forskjellen er for stor i forhold til det klienten vanligvis opplever, vil klienten være avvisende overfor forskjellen. Er forskjellen for liten, merkes den knapt og skaper heller ingen endring. En akkurat passe forskjell er en forskjell som klienten kan ta til seg og som skaper endring. I praksis vil dette si at vi i en ikke altfor uvanlig setting skal snakke om ikke altfor uvanlige tema på en ikke altfor uvanlig måte (Andersen 1987). For meg innebærer dette å være sensitiv for hva klienten bærer med seg inn i terapien av erfaring og virkelighetsforståelse, og velge ord, teknikker og væremåte etter dette.

Om klienten allerede har blitt "utsatt" for bestemte typer støtte, overtalelse, oppmuntring og råd, må jeg som terapeut være forsiktig med å gjøre det samme. Dette fordi dette er en del av omgivelsenes strategier som allerede vil være møtt med motstrategier (Reichelt 1981). De tilbyr ikke klienten noe nytt. Bagatelliserende utsagn som "Det er jo ikke noe å gråte for", "tenk på at du tross alt har en god jobb og et deilig

hjem" er ikke terapeutiske, kanskje til og med tvert i mot. Utsagnene er alt for opptil "common sense". Som terapeut vil jeg altså være opptatt av å introdusere "en passe forskjell" for å hjelpe til at et fastlåst system beveger seg vekk fra stillstanden rundt problemet.

Kontekst

"Delene må forstås ut i fra helheten, og helheten ut i fra delene."

Vi kan vanskelig tilegne oss hendelsers og symptomers meningsinnhold og betydning uten å ha en viss kjennskap til de omgivelser de utspilles innen, dvs. kontekst. Å utforske konteksten blir derfor et viktig prinsipp i mine bidrag til problem(opp)løsning, både for å skape forandring og for å se litt av rekkevidden til forandringens konsekvenser. Et problem hverken oppstår eller opprettholdes uavhengig av miljøet rundt problemet, innbefattet klientens egne tanker, atferd og følelser. I henhold til prinsippet om "å bryte vonde sirkler" kan anstøt mot hver av disse forholdene skape forandring i ett av de andre, og det hele vil dreie seg om hvor vi slipper lettest til med forandringstrategiene i hvert enkelt tilfelle. En slik kontekst-tenkning innbyr også til ikke å bare jobbe med individual-terapi, men også trekke inn familiemedlemmer eller andre viktige personer. Jeg har imidlertid ikke noe prinsipp om at dette bør gjøres, men heller at det *kan* gjøres. Imidlertid skal vi ikke glemme at det også er mulig å jobbe med systemisk familierapi med bare ett medlem av familien til stede.

Klienten ekspert på seg selv

"Klienten er ekspert på det spesielle, mens terapeuten er ekspert på det generelle."

Å betrakte klienten som ekspert på seg selv trenger ikke å være en trussel mot vår egen ekspertrolle, da vi er hver våre eksperter på hver våre felter. Som terapeut vil jeg aldri være i nærheten av å få vite så mye om klienten som han vet om seg selv. Og jeg kan bare gjette på hvilken ny virkelighetsforståelse klienten kan like og tale, og ofte vil jeg ta feil. Klientens tanker, følelser og historie er bare indirekte tilgjengelig for oss, mens klienten selv er den eneste som har direkte tilgang til dette. Konkret innebærer dette at jeg betrakter klienten som en som vet hva han skal gjøre for å løse problemene han kommer for, han vet bare ikke selv at han vet det. Min jobb som terapeut blir å hjelpe klienten med å konstruere nye måter å bruke den kunnskapen han allerede har på. Min ekspertrolle er at jeg kjenner generelle metoder for å få dette til, og at jeg kan formidle generell kunnskap om normalitet og variasjoner om klienten skulle trenge det.

Klienten ansvarlig for egen utvikling

"Klienten må selv ta ansvar for å gjøre noe med sin egen situasjon."

Mitt utgangspunkt i møtet med klienten er at det er terapeutisk gunstig å motvirke klientens følelse av å være en mer eller mindre hjelpeløs marionett,

styrt av blinde og ukontrollerte krefter. Jeg deler her Greenwalds (1981) oppfatning av enkeltindividet som i det vesentlige et produkt av sine nedarvede biologiske forutsetninger på den ene side og sitt fysiske og sosiale miljø på den andre. Innenfor denne rammen er det imidlertid et visst rom for valg. Et menneskes personlighet er derfor ikke bare et resultat av samspillet mellom indre og ytre miljøfaktorer, men også av de valg personen har foretatt og som er blitt bestyrtet gjennom senere livserfaringer (Greenwald 1981). Jeg vil derfor legge vekt på å styrke klientens følelse av å være et bevisst menneske med en hel del kontroll over sin egen utvikling. Imidlertid tror jeg dette prinsippet passer bedre på nåtiden og fremtiden enn hva fortiden gjelder. Ideelt sett hjelper vi klienten til å redusere skyld for det som har vært og øker følelsen av ansvar og mulighet i forhold til det som er og det som kommer. Klienten skal holdes ansvarlig for sine valg på en måte som gjør at han øker sin verdighet.

Terapeutens oppgave er å vise hvordan klienten selv kan bestemme over sine egne reaksjoner og avgjørelser. Ansvar for avgjørelsene er klientens egne. Det er klienten som skal leve med valgene, og det er derfor også klienten som må ta dem. Men det er åpenbart at den forandringen som skjer med klienten gjennom en terapi ofte er et resultat av et samarbeid mellom klienten og terapeuten. Imidlertid er det klientens andel av æren det er terapeutisk gunstig å fokusere på. Gir vi fortrinnsvis æren for forandring til klienten, som jeg forøvrig oppriktig mener at også først og fremst fortjener den, styrkes klienten i troen på egne krefter og at han selv kan gjøre noe riktig i forhold til sine egne problemer. Vår egen innsats skal tones ned, mens

klientens innsats skal premieres og tydeliggjøres.

Fokus på samhandlingsvariabler

"Uten å formidle de rette holdningene er det vanskelig å skape terapeutisk endring." Kvaliteten ved den terapeutiske relasjonen vil oppleves og fortolkes av klienten enten terapeuten er rendyrket teknisk/mekanisk eller "supervarm". Kanskje er det slik at spørsmålet om klientens opplevelser av terapeuten intensjoner er viktigere og mer overordnet enn både spørsmålet om teknikk og terapeuten sine egenskaper. Ut i fra det vi dag vet om kommunikasjonpsykologi kan det godt tenkes at terapisisuasjonens fenomenologi er overordnet dens metodologi (Larsen 1981).

Det gode med- og mellommenneskelige forhold må alltid utgjøre basis for den terapeutisk tilsktede endring hos klienten (jmf. Nielsen, 1981). Er ikke de positive relasjonsmessige faktorene til stede, vil sannsynligheten for at spesifikke tekniske hjelpemidler skal gi ønskede resultater være vesentlig redusert. Forhold som skaper en god relasjon er kanskje en helt nødvendig betingelse, og kanskje *av og til* nærmest en tilstrekkelig betingelse for å skape forandring (jmf. Rogers, Pervin 1984). Men i det store og hele må teknikker og relasjonelle positive faktorer flettes sammen i en helhetlig strategi for å sikre best mulig effekt for flest mulig klienter.

I et forsøk på å oppsummere effektstudier fremhever Reichelt (1990) at de terapeutvariablene som slår mest ut

for positive resultater i terapi ser ut til å være:

- at terapeuten virker troverdig
- at terapeuten opptrer demokratisk
- at terapeuten formidler positive forventninger om at det skal skje noe bra.

Hadde dette kun vært å betrakte som egenskaper terapeuten ganske enkelt har eller ikke har, skulle vi kun vært opptatt av disse som et opptakskriterium for embetsstudiet i psykologi. Men jeg tror det er riktig som Reichelt (1990) fremhever å ikke fokusere på dette som egenskaper ved terapeuten men heller betrakte det som samhandlingsvariabler. Det holder ikke å "egentlig" være troverdig, eller være demokratisk eller positiv så lenge det ikke oppfattes hos klienten. Det dreier seg om hva terapeuten klarer å formidle i relasjonen med klienten, og det er noe vi kan jobbe med og være oss bevisst.

Til slutt...

En nødvendig følge av at det ikke finnes noen objektiv virkelighet, er at det heller ikke finnes noen objektivt riktige og allmenngyldige prinsipper. Prinsippene er mer eller mindre hensiktsmessige grunnsetninger eller forutsetninger for tenkning eller handling (Store Norske, 19??), og ulike personer vil velge å leve etter ulike prinsipper. Det sentrale er at de tjener en hensikt, og de prinsippene jeg har presentert her *hjelper meg til å orientere meg i det terapeutiske landskapet jeg befinner meg i som psykolog*. Men de vil ikke alltid lede meg i samme retning, slik at jeg er nødt til å gjøre avveininger underveis og vurdere om noen

prinsipper skal tillegges større vekt enn andre.

Slik jeg ser det, bør vi være trygge nok på oss selv til at vi våger å stille oss selv over prinsippene, ta et overblikk, evaluere dem og stille spørsmål ved hvor hensiktsmessig hver av dem er og hvor de fører oss. Det forutsetter imidlertid at vi setter oss mål, men ettersom også våre mål utgår fra prinsipper, står vi i fare for å bite oss selv i halen. Imidlertid må vi gi oss selv lov til å ordne prinsippene hierarkisk slik at noen blir mer overordnet andre, og ikke minst må vi gi oss selv lov til å mene noe nytt og forstå verden på andre måter enn det våre eksisterende prinsipper dekker opp for. *Ingen* prinsipper er gode og konkrete nok til å omfatte en hver situasjon og eventualitet. Jeg tror det blir viktig å tenke at *prinsippene ikke skal styre oss, men heller hjelpe oss å styre*.

Referanser:

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1986). Problem determined systems: Toward transformation in family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5, 1-13.
- Axelsen, E. (1981). Om å bryte en ond sirkel og et endeløst spill. I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.
- Benedetti, G. (1974). *Klinisk Psykoterapi*. Oslo: Cappelen forlag.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1987). Korttidsterapi: Måltrettet utvikling af løsninger. *Fokus på familien*, 15, 25-42.
- Greenwald, H. (1981). Valgterapi: Integrasjon av en psykoanalytisk og en atferdsterapeutisk tilnæringsmåte. I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.
- Klausen, S. (1987). Redefinering- et nyttig begrep i forståelsen av terapeutisk forandring. Hovedoppgave. Oslo: Psykologisk Institutt.
- Larsen, E. (1981). Psykoterapi: Teknisk manipulasjon eller supermedmenneskelighet? I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.
- Maruyama, M. (1979). Transepistemological understanding: Wisdom beyond theories. I R. Hinshaw (Red.), *Currents in antropology. Essays in honor of Sol Tax*. Hague: Mouton Publishers.
- Nielsen, G. (1981). Individuell korttidsterapi. Noen historiske og metodiske hovedlinjer. I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.
- Nielsen, G. (1987). Psykoterapi i et helsepolitisk og økonomisk perspektiv. I J.P. Myklebust og R. Ommundsen, (Red.), *Psykologiprofesjonen mot år 2000*. Bergen-Oslo-Stavanger-Tromsø: Universitetsforlaget.
- Opaas, M. (1986). "Jeg føler jeg har fått mer rom". En integrering av psykodynamisk orientert terapi, atferdsanalytiske prinsipper og avmystifiserende alminnelighet, belyst ved en terapiprosess. Hovedoppgave. Oslo: Psykologisk Institutt.
- Pervin, L.A. (1984). *Personality*. New York: John Wiley & sons, inc.
- Reichelt, S. (1981). Hvordan best utvide operant atferdsterapi? Kommunikasjonsteori som supplerende perspektiv. I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.
- Reichelt, S. (1987). Utviklingstendenser i klinisk psykologi: Henimot integrasjon? I J.P. Myklebust og R. Ommundsen, (Red.), *Psykologiprofesjonen mot år 2000*. Bergen: Universitetsforlaget AS.
- Reichelt, S. (1990). Virker familierapi? *Fokus på familien*, 18, 3-11.
- Schjødt, B. og Egeland, T.A. (1989). *Fra systemteori til familierapi*. Oslo: Tano.
- Wormnes, B. (1981). Terapeutiske effekter som en funksjon av terapeuten sine variasjoner i målsetting for behandlingen. I E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum.