

En løsningsfokusert tilnærming til pårørende grupper

Lise Carol Ellis

Pårørende til personer med rusproblemer lever ofte et vanskelig liv. En løsningsfokusert tilnærming retter blikket mot ressurser og muligheter.

Takk til min koterapeut André Dimitrij Kielland Samoilow

Tanken bak å starte en pårørende gruppe på vår rusmiddel poliklinikk var at vi stadig hadde pårørende i individualterapi som vi mente kunne ha nytte av å snakke med hverandre. Vi fikk også mange forespørsler om å ha et slikt tilbud fra bedriftshelsetjenester, fastleger og sosialkontor.

En av deltakerne forteller at når problemet er borte, vil hun finne glede i de små ting. Hun vil ha det bra og være et helt menneske

Behovet for et tilbud syntes for oss opplagt. Mange pårørende lever over år i en kronisk stress-situasjon som andre vanskelig kan sette seg inn i. Å ha en rusmisbruker i familien kan være skamfullt og tabubelagt. Mange prøver å holde problemene skjult og isolerer seg fra venner, familie, naboer og kollegaer. De vil ofte selv slite med angst, depresjon og økonomiske problemer (Copello, Orford, Velleman, Templeton & Krishnan, 2000).

Hjelpeapparatet har tradisjonelt ikke vært opptatt av de pårørendes behov. I de siste årene er det imidlertid blitt etablert tilbud for denne gruppen ved flere rusinstitusjoner.

Det er fortsatt lite forskning på feltet – det finnes litteratur om barn av rusmisbrukere (Andersen & Holter, 1997; Hansen, 1990; Kvamme & Mullally, 2000; Sandvold, 1993) og partnere av alkoholmisbrukere (Halford, Price, Kelly, Bouma & Young, 2001; Watts, Bush & Wilson, 1994), men lite om foreldre til rusmisbrukere (Velleman et al., 1993).

Etter å ha hatt tre grupper med pårørende uten noen tydelig teoriforankring, ønsket vi å prøve ut et løsningsfokusert tilbud. I de første gruppene ble oppmerksomheten nesten utelukkende rettet mot belastninger og problemer. Deltakerne fortalte om krisene de opplevde, og noen beskyldte helsevesenet for manglende støtte, både for seg og sine rusmisbrukende familiemedlemmer. Fra enkelte gruppedeltakere fikk vi tilbakemeldinger om at de følte det tyngende å være i gruppen, særlig hvis de selv var begynt å komme ovenpå. Vi ønsket å hjelpe de pårørende til å føle mestring og se løsninger ved å drøfte hvordan de kunne forandre seg selv og sin situasjon fremfor et annet familiemedlem.

En løsningsfokusert tilnærming

Løsningsfokusert terapi vektlegger løsninger framfor problemer og rettes mot klienters ressurser og kompetanse (Berg & Miller, 1992; deShazer, 1988; Donigan & Hulse-Killacky, 1999; O'Connell, 2000). Det er utviklet nyttige spørsmål for å hjelpe klienter til å vende blikket mot framtidens løsninger fremfor fortiden og hva som er årsak til det som er galt. Hensikten er å oppnå konkrete beskrivelser av ønskerverdige og oppnåelige mål. Spørsmålene er utformet slik at de skal bidra til å vise respekt for og bringe fram i lyset klientens kompetanse. Terapeuten skal være opptatt av klientens løsninger og håp framfor hva terapeuten selv kunne ønske for klienten. Antagelsen er at alle mennesker er kompetente nok og har ressursene de trenger for å gjøre viktige endringer under de rette betingelsene. Når vi blir overvældet av problemer, mister vi lett våre ressurser og muligheter av syne. En annen antagelse er at

små endringer kan føre til større endringer. Et lite skritt i riktig retning kan øke håpet for fremtiden. Hvis noe virker, oppmuntres en til å fortsette med dette, og tilsvarende å slutte med det som har vist seg ikke å virke. En løsningsfokuseret tilnærming må integreres i terapeutens personlige stil og tenkning, og inngå som del av en terapeutisk allianse preget av empati, respekt og varme, og ikke kun benyttes som en teknikk.

Mål, unntak og skalaer

Ifølge Berg og Miller (1992) kjennetegnes løsningsfokuserete mål ved at de er:

- viktige for klienten
- små
- konkrete, spesifikke og atferdrettede
- rettet mot tilstedeværelse fremfor fravær av noe
- rettet mot begynnelsen og ikke slutten
- realistiske og oppnåelige innen klientens livskontekst
- noe som oppfattes som å kreve «hardt arbeid»

«Mirakelspørsmålet» kan fungere som inspirasjon til å begynne prosessen med å formulere gode mål: – Jeg har lyst til å stille deg et rart spørsmål. Anta at du går hjem i kveld, og legger deg og sovner som vanlig. Mens du sover skjer det et mirakel, nemlig at problemene som brakte deg hit blir borte. Du vet ikke dette, fordi du sover. Hva vil du legge merke til om morgenen som forteller deg at det har skjedd et mirakel? I påfølgende spørsmål rettes beskrivelser av små, spesifikke og positive detaljer, hvem som vil gjøre hva, hvor og med hvem. Spørsmålene kan stilles både fra klientens og fra andres perspektiv.

Ut fra klientens svar kan det utledes unntak fra problemhistorien. Terapeuten kan spørre om det er ganger da klienten har vært i nærheten av målet sitt, eller da problemet ikke har dominert hele livet. Så følger grundige diskusjoner av unntak og hva klienten gjør annerledes når unntakene inntreffer. Det er ofte gjennom disse samtalene en kan oppdage spirer til løsninger som det kan bygges videre på, måter å finne fram til klientens ressurser på og øke klientens tro på seg selv. Det er vanlig å forstørre og forsterke unntakene til problemet og gjenta dette ofte, for å befeste klientens håp om en bedre framtid.

Målene kan rangeres på en skala fra 1 til 10, der 10 er når målet er nådd, og 1 det verste klienten har opplevd i forhold til temaet. Skalerings spørsmål kan stilles fra forskjellige personers perspektiv: – Hvor vil et annet familiemedlem plassere deg på skalaen? Terapeuten kan be om detaljerte svar på hva som vil være annerledes når klienten har beveget seg et lite hakk opp på skalaen. Skalaer kan også brukes til å finne fram til unntak, for eksempel i begynnelsen av terapien: – Hvordan har du klart å komme opp dit du tross alt er på skalaen?

Løsningsfokuserete tilnærminger er vanligvis brukt i individualterapi, med par og familier og etter hvert også i organisasjoners endringsarbeid. Men det er skrevet lite om bruk av metoden i grupper for pårørende. Ut fra litteratursøk i databaser, som PsychInfo, Cochrane og Medline, har jeg faktisk ikke klart å finne en eneste studie på området.

Pårørendetilbudet

Med utgangspunkt i et opplegg beskrevet av Sharry (2004) lagde vi et tilbud på åtte gruppemøter. Vi sendte ut brosjyre og informasjon til sosialkontorene og legesentrene, og inviterte pårørende som allerede gikk i individualterapi på vår poliklinikk. Alle deltakerne ble intervjuet på forhånd og fikk informasjon om hva slags gruppe vi ønsket å drive. Gruppen møttes ukentlig og varte i to timer. Det var syv deltakere, seks kvinner og en mann. Seks hadde voksne barn med et rusproblem, mens en deltaker hadde en kone med alkoholproblemer. Eldste deltaker var 80, og den yngste 40 år. Gruppen satt i en sirkel i behagelige stoler og med to små runde bord i midten, hvor det stod te, kaffe og vann. Alle fikk utlevert en mappe første gang, der de kunne legge inn målskjemaer, øvelser, hjemmeoppgaver og notater. Vi ledet gruppen på en strukturert måte, og byttet på å lede og assistere annenhver gang.

Første møte

Etter en kort innledning om gruppeopplegget startet vi med en bli kjent-øvelse der to og to deltakere intervjuet hverandre om noe som hadde gått bra den siste uken. Terapeutene rollespilte et eksempel først for å demonstrere at det ikke trengte å være en stor ting. Deltakerne fikk et ark med løsningsfokuserte spørsmål som de kunne bruke til å hjelpe seg med (Tabell 1).

Tabell 1. Løsningsfokusert bli kjent-øvelse.

Formål

Folk forteller gjerne om dårlige nyheter og det som ikke går så godt. Formålet med denne øvelsen er å snu om på dette, og fortelle de gode nyhetene om det som går bra i livet ditt. Dette kan være vanskelig siden vi ofte ikke er vant til å omtale oss selv i et godt lys. Det kan også være vanskelig for den som lytter, siden det kan være uvant å oppmuntre andre til å snakke positivt. Likevel kan det være styrkende og nyttig for den som forteller, å fremheve det som går godt og kunne ta æren for det. Det kan også være forfriskende for den som lytter, å høre om gode ting i livet til sin samtalepartner.

Metode

Gå sammen to og to, der den ene forteller og den andre lytter. Snakk sammen i fem til ti minutter, før dere bytter rollene.

Fortelleren

Din oppgave er å finne noe som går bra i livet ditt for øyeblikket. Du kan velge noe som du liker å gjøre, et forhold som er bra for deg, noe du er stolt av eller bare noe som gikk bra i forrige uke, for eksempel en vellykket middag eller en hyggelig telefonsamtale. Du skal så beskrive for lytteren hva som er bra, og hvorfor. Du snakker også om hvordan du klarte å få dette til å skje. Hvilke spesielle egenskaper har du som hjalp til slik at det kunne skje? Hva sier disse egenskapene om deg som person?

Lytteren

Din oppgave er å lytte nøye til din samtalepartner, og oppmuntre til å snakke mye om emnene nevnt over. For å hjelpe din partner å utdype kan du bruke spørsmål som:

- 1. Hva gikk bra?
- 2. Hva var du mest fornøyd med?
- 3. Hvordan forklarer du at det kunne skje? Hvordan bidro du til at dette skjedde?
- 4. Hvilke egenskaper har du som har hjulpet deg til å få dette til å skje?
- 5. Hva sier disse egenskapene om deg som person?

Etter en pause hadde vi en oppsummering der deltakerne presenterte hverandre og hva slags sterke sider og egenskaper samtalepartneren tok med seg til gruppen. Så fikk alle si noe om sine forventninger til gruppen, før de fikk en oppgave å gjøre hjemme: Å legge merke til hva som skjer som de ønsker skal fortsette å skje.

Andre møte

Vi innledet med en runde om hjemmeoppgaven. Så dempet vi belsningen, ledet gruppen gjennom en avspennings-øvelse og stilte mirakelspørsmålet. Etter øvelsen prøvde terapeutene å få tak i biter av miraklene og skrev opp ideer fra deltakerne på tavlen. Vi brukte god tid på den enkeltes svar, slik at vedkommende skulle få tid til å se for seg en ønsket framtid der problemene er borte. Noen sa at de ville smile mer, lage bedre middagsmat, ta bedre vare på seg selv, gå mer på turer, på konserter, trimme mer, ta mer vare på livet, bruke mer tid på håndarbeid, mer tid til venner, mer tid til andre familiemedlemmer, få mer lyst til å besøke andre.

Her er et eksempel på utforskningen av miraklet: En av deltakerne forteller at når problemet er borte, vil hun finne glede i de små ting. Hun vil ha det bra, være et helt menneske, og lysten til å gjøre noe vil komme igjen. Når hun har mer energi, vil hun få lyst til å gjøre flere ting i huset. Hun vil trives bedre, være med på mer, og få energi til å takle andre ting også. Hun vil kose seg mer. Terapeuten spør hva hun vil gjøre når hun koser seg mer. Hun sier at hun vil gjøre mer håndarbeid, reise bort mer, besøke andre oftere, gå på butikker og handle mer. Hun kommer fram til at et viktig mål for henne akkurat nå er å flytte og få kastet en del saker som har tilhørt foreldrene. Terapeuten ber henne skalere seg på en skala fra 1 til 10 i forhold til hvor hun føler seg, der 10 betyr har flyttet ut og kastet ting etter foreldrene, og 1 betyr det lengste hun har vært fra dette målet. Hun sier at hun er på 6 på skalaen.

De fleste av deltakerne opplevde øvelsen i forbindelse med mirakelspørsmålet som positiv og stimulerende. En deltaker reagerte imidlertid negativt. Avslapningsøvelsen ga økt tilgang på indre ubehag. Dessuten var det vanskelig å se for seg et liv uten et problem som i mange år hadde dominert hverdagen – avstanden mellom mirakelbildet og livet ellers var stor og vond.

Til slutt på møtet delte vi ut et målskjema (Tabell 2) som deltakerne kunne se på til neste møte.

Tabell 2. Målskjema ved gruppestart.

Hva er dine mål ved å delta i denne gruppen? Hva ønsker du å oppnå? Vennligst oppgi på en skala fra 1 til 10 hvor nær du er disse målene. 1 betyr så langt fra målet du noen gang har vært, og 10 at du har nådd målet ditt fullstendig.																			
Mål 1										Mål 2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Langt fra					Oppnådd					Langt fra					Oppnådd				
<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke skritt har du allerede tatt mot målene dine? • Hvilke egenskaper og ressurser tar du med deg til gruppen som vil sikre at du vil nå disse målene? 																			

Tredje møte

Vi tok en runde med hvordan det var gått i uken som gikk. Etter pausen begynte vi å jobbe med gruppedeltakernes individuelle mål (Tabell 3). Vi intervjuet hver deltaker om mål for gruppearbeidet og ba dem skalere seg i forhold til hvor de opplevde at de var nå i forhold til målene på en skala fra 1 til 10. Tallet 10 skulle representere målet og tallet 1 det verste de har hatt det i forhold til målet.

Tabell 3. Målskjema for møte tre til åtte.

Vennligst vurder hvor langt du har kommet med hvert av dine mål:																			
Mål 1										Mål 2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Langt fra					Oppnådd					Langt fra					Oppnådd				
<ul style="list-style-type: none"> • Hva har forandret seg? Hvilke framskritt har skjedd så langt? • Noen forandringer i eller tillegg til målene dine? • Hva må skje for å sikre deg at du fortsetter å bevege deg mot målene dine? 																			

Her er eksempler på mål som deltakerne satte seg, og som siden ble gjenstand for ytterligere operasjonalisering:

- Bedre kommunikasjonen og være tydeligere overfor ektefelle og barn i forhold til hvordan en selv har det

- Mosjonere to ganger uken, og ha mer samvær med familie og venner
- Ta mer vare på seg selv uten dårlig samvittighet
- Selge, flytte fra og rydde opp i barndomshjemmet
- Få mer tid til de andre barna og deres barn, og å kunne reise mer
- Flytte garasjen før snøen kom, og etablere dette som sitt eget fristed
- Mer tid med barnebarnet, gå sammen på teater og lage pepperkakehus sammen
- Bli flinkere til å sette grenser for rusmisbrukende sønn, og begynne å synge i kor

Fjerde til syvende møte

Vi startet igjen med en runde på hvordan det hadde gått siden sist, hvor på skalaen de var forrige gang, og hvor de var nå. Etter pausen delte vi gruppen opp i to og to for å jobbe videre med å spesifisere målene på målskjemaet.

Neste gang begynte vi igjen med en runde om hvordan det er gått i forhold til mål og skaleringer. Etter pausen jobbet deltakerne med hva de kunne gjøre for å vedlikeholde eller bevege seg framover i forhold til sine mål. Hjemmeoppgaven nå var: – Legg merke til tegn som forteller deg at du nærmer deg målet, og hva du gjør som bidrar til det. Hvis du sitter fast, så prøv å gjøre noe annerledes enn du pleier.

Det påfølgende møtet var som forrige, med unntak av oppgave til slutt.

Neste møte startet med den vanlige runden. Etter pausen fikk deltakerne 15 til 20 minutter på å skrive et brev til noen som står dem nær. Brevet skulle skrives fra et tidspunkt i fremtiden der deltakeren har fått livet sitt slik hun eller han ønsker det skal være, og formidle noe om hvordan situasjonen ser ut da, og hvordan de er kommet dit.

Åttende møte

Siste gang skulle vi feire deltakernes framgang. Alle fikk utdelt sitt individuelle skjema med navn og personlige skaleringer av målene fra gang til gang. De ble bedt om å skalere seg en siste gang, og fikk deretter fem minutter til å tenke på tre stikkord om hva det var som hjalp dem å bevege seg oppover skalaen. Gruppen hadde med kaker til kaffen denne gangen, og etter pausen dempet vi belysningen og spurte om hva de ville gi hverandre dersom de skulle gi hverandre en symbolsk gave. De fikk også utdelt diplom. Etter ønske fra gruppedeltakerne ble det avtalt et oppfølgingsmøte.

Diskusjon

Hvorvidt en løsningsfokusert tilnærming er nyttig for pårørendegrupper, avhenger av flere forhold. For det første er informasjon i forkant vesentlig for at gruppen skal fungere etter intensjonen. Deltakerne kan lett føle seg lurt dersom de har tenkt at de skal være i en gruppe for å dele sine problemer med andre. En annen faktor er utvelgelsen av deltakere. Flest mulig av dem bør være i en «kunderelasjon» – de bør oppleve å ha et problem, ønske å gjøre noe med problemet i samarbeid med gruppen og være motivert for egen endring. De fleste av våre deltakere bifalt tilnærmingen, men en hadde problemer med å lage mål for seg selv, og ville helst at partneren skulle forandre seg, og en annen syntes at problemene var for store til at noe bedring kunne skje i løpet av så kort tid som åtte uker. Begge to sa heldigvis på siste møte at selv om de ikke hadde hatt noe tro på tilbudet i starten, hadde de endret mening underveis.

I pårørendegrupper kan det være spesielt vanskelig å etablere en kunderelasjon, da det å være pårørende per definisjon handler om å være knyttet til en annen som har et problem. Det er ikke

rant at en er opptatt av hvordan hjelpe misbrukeren til å endre seg, framfor hva en selv kan gjøre av forandringer. Dette er spesielt vanskelig for foreldre, som føler en moralsk forpliktelse til å følge opp sine barn.

En annen utfordring var at vi kunne være så ivrige i ønsket om mest mulig «løsningssnakk», at gruppen kunne oppleve at vi var for lettvinne. Deltakerne ønsket i begynnelsen av hvert møte å kunne dele både gode og dårlige erfaringer fra uken som gikk. Dette behovet tilpasset vi oss og startet alltid med en runde der deltakerne i tur og orden kunne oppsummere sin uke. Et dilemma her er hvor mye «problemsnakk» en kan tillate før det blir for mye, samtidig som deltakerne ikke må føle at terapeutene bagatelliserer deres vansker med vår optimisme og tro på framtiden.

En viktig side ved gruppetilbudet er at deltakerne får snakket med andre i samme situasjon, sammenlikne erfaringer og motta støtte fra gruppen. Det særegne ved en løsningsfokusert tilnærming er betoningen av at små mål er viktige, der gruppen kan brukes som en trygg base for å utforske små endringer.

Lise C. Ellis
Jessheimklinikken, avd. rus
Akershus Universitetssykehus
1478 Lørenskog
Tlf 63 97 90 60
E-post lise.ellis@ahus.no

Referanser

- Andersen, T. K., & Holter, H. (1997). Jeg vil jo ikke kalle mamma en fyllik... En gruppeterapeutisk tilnærming til barn med alkoholmisbrukende foreldre. *Fokus på familien*, 25, 124–134.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker. A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L., & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health*, 9, 329–343.
- Donigan, J., & Hulse-Killacky, D. (1999). *Critical incidents in group therapy* (2nd ed.). Belmont. Brooks/Cole & Wadsworth.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York. Norton.
- Halford, W. K., Price, J., Kelly, A., Bouma, R., & Young, R. (2001). Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of three treatments. *Addiction*, 96, 1497–1508.
- Hansen, F. (1990). Rusmisbruk i et familie-perspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, 747–759.
- Kvamme, G., & Mullally, A. K. (2000). Gruppebehandling for barn av rusavhengige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 523–529.
- O'Connell, B. (2000). *Solution-focused therapy*. London: Sage.
- Sandsvold, A. (1993). Grupper for barn med foreldre som misbruker alkohol – et forebyggende tiltak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 132–139.
- Sharry, J. (2004). *Solution-focused groupwork*. London: Sage.

Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88, 1281–1289.

Watts, S., Bush, R., & Wilson, P. (1994). Partners of problem drinkers: Moving into the 1990s. *Drug & Alcohol Review*, 13, 401–407.