

Klientens forandringsteori i familierterapi

Psykoterafiforskere ber nå terapeuter om å legge teoribrillene til side og justere sin arbeidsmåte etter klientens oppfatning av hva som vil være til hjelp. Hvordan finner vi fram til klientens forandringsteori, og hvilke utfordringer møter vi i en slik arbeidsform?

TEKST

Anne Marie Fosse Teigen

PUBLISERT 1. juli 2004

ABSTRACT:

Working within the client's theory of change in a family therapy context Psychotherapy research suggests that client variables contribute more to therapeutic outcome, than therapist variables and theory-specific interventions. One might argue therefore, that therapists should focus more on the client's theory of change, rather than the therapist's own theoretical assumptions. Using examples from individual therapy and couples therapy, this article describes how one can integrate the client's theory of change into the therapeutic process, thereby tailoring therapy based mainly on client feedback. The author also discusses possible dilemmas related to this approach.

EMNER

psykoterapi

klientens forandringsteori

terapirelasjon

De siste tiårs psykoterapiforskning har konkludert med at fellesfaktorene i terapi (terapeutisk relasjon, håp og placebo) og utenomterapeutiske faktorer, forklarer en betydelig større del av terapeutisk endring enn de teorispesifikke intervensjonene terapeuter er opplært til å bruke (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Lambert, 1992). I dag oppfordres vi som terapeuter til å bruke klientenes forandringsteorier som rettesnor for vårt terapeutiske arbeid (Duncan, Hubble & Miller, 1997; Duncan & Miller, 2000; Hubble et al., 1999), og vi blir utfordret til å sette oss inn i hvordan *klientene* bidrar til at terapi virker (Bohart & Tallman, 1999). På det metateoretiske nivået blir det satt spørsmålsteget ved den tradisjonelle medisinske modellen for psykoterapi. Ut fra en tradisjonell medisinsk modell, vil man predikere at spesifikke tilnærminger, strategier og teknikker har spesifikke effekter for gitte tilstander/diagnoser, uavhengig av hvem som utfører terapien og hvem som mottar den. Metaanalyser viser imidlertid at det er små forskjeller mellom etablerte terapeutiske tilnærminger, for eksempel ved depressive lidelser hos voksne. De forskjellene som finnes kan i stor grad forklares ut fra kontekstuelle faktorer, som terapeutens tro på den metoden som brukes. Samlet sett synes metaanalysene å gi bedre støtte for en kontekstuell modell. Ut fra en kontekstuell

modell vil man forvente at effekten av terapi vil avhenge mest av relasjonen mellom terapeut og klient, og av om *både* terapeuten og klienten har tro på den aktuelle behandlingen som gis (Wampold, 2001).

Som familieterapeut har jeg arbeidet med å utvikle en terapeutisk tilnærming som bygger på klientenes tilbakemeldinger om det som foregår i timene. Ut fra disse erfaringene vil jeg beskrive noen eksempler på hvordan man kan finne fram til aspekter ved klientenes teorier om forandring. Jeg vil prøve å vise hvordan man kan bruke klientenes tilbakemeldinger til å tilpasse det terapeutiske tilbudet til den enkelte klient eller det enkelte par. Teoretisk kan denne arbeidsmåten knyttes til eklektiske psykoterapiformer, generell psykologisk teori om forandring og teori om klienters bidrag i terapi. Jeg vil innledningsvis gjøre kort rede for noe av det teoretiske grunnlaget, før jeg kommer med forslag til måter å utforske klientenes forandringsteorier på. Eksempelene er hentet fra arbeid på familievernkontorer. Opplysninger som kan bidra til å identifisere personer er fjernet eller endret.

Generell forandringsteori

Psykoterapiforskerne Prochaska og Di-Clemente (Prochaska, 1999) har laget en generell teori om forandingsprosesser, på bakgrunn av studier hvor de har sammenliknet klienter i terapi med mennes-ker som bestemte seg for å endre seg på egen hånd. Prochaska og DiClemente konkluderte med at forandring vanligvis er en prosess som utvikler seg over tid, hvor man beveger seg gjennom en rekke faser:

1. *Før-refleksjon* («precontemplation»). I begynnelsen opplever ikke folk at de har noe problem som krever egeninnsats for å løses, og de har følgelig ikke til hensikt å forandre seg med det første (i studiene målt som de neste seks månedene). Hvis en person i denne fasen likevel kommer i terapi, er det sannsynligvis fordi klienten er henvist av andre som mener at klienten har et problem som bør arbeides med.
2. *Refleksjon* («contemplation»). Etter hvert oppstår en gryende fornemmelse av at noe ikke er som det skal være. I denne fasen begynner folk å sette seg mål om å forandre seg i løpet av de neste seks månedene. De er samtidig klar over at forandring også innebærer ulemper, og bruker kortere eller lengre tid på å veie fram og tilbake. Hvis de går i terapi, er et hyppig forekommende uttrykk «Ja, men...». Klientene innser gradvis at endring er nødvendig, og de kan ha tendenser til å danne seg konkrete mål og tanker om hvordan de kan nå disse. Samtidig er de usikre på om de orker å bruke energien det vil kreve å foreta endringene, og de er bekymret for hva de må gi avkall på ved å endre seg.
3. *Forberedelse* («preparation»). Personer som har nådd denne fasen har bestemt seg for at de ønsker endring i nærmeste framtid (målt som «neste måned»). Ofte har de selv tatt viktige første skritt i løpet av siste år. Disse personene er gjerne godt motiverte for å delta i terapi. De har innsett at de selv må bidra for å få til ønskede endringer. De har kanskje allerede begynt å eksperimentere med ulike måter å få endringene til på, og opplever tidvis å lykkes.

4. *Handling* («action»). På dette stadiet har folk allerede gjennomført synlige forandringer i sitt liv i løpet av det siste halvåret. Klienter i terapi har på dette stadiet mål for fremtiden, motivasjon og strategier for hvordan de skal nå målene.
5. *Vedlikehold* («maintenance»). I denne fasen arbeider man mest med å unngå tilbakefall. Man er mindre aktiv i forandringsarbeidet enn i den foregående fasen og også mindre fristet til å falle tilbake til gamle vaner. Man har fått tro på at det er mulig å opprettholde den forandringen som har skjedd.
6. *Avslutning* («termination»). De som når denne fasen opplever at det ikke lenger ligger noen fristelse i å gå tilbake til den atferden som før skapte problemer. De er hundre prosent sikre på at de, uansett situasjon, aldri igjen vil gjenta de gamle problemmønstrene. Snow, Prochaska og Rossi (1992, i Prochaska, 1999) fant at mindre enn 20 % i hver gruppe (klienter og ikke-klienter) nådde dette stadiet. De konkluderte med at for de fleste vil det realistiske målet med en forandring måtte være å befinne seg på vedlikeholdsstadiet resten av livet.

Klientens forandringsteori

Begrepet «klientens forandringsteori» har utspring i et forskningsprosjekt utført av Barry Duncan, Mark Hubble og Scott Miller (1997), hvor utgangspunktet var såkalte «umulige saker». Dette var saker hvor klientene hadde gått i terapi i årevis, hos flere terapeuter, uten å bli bedre. Duncan, Hubble og Miller tok imot klientene, arbeidet med dem i terapi og fant at de ble bedre av sine lidelser når terapeutene arbeidet strengt i tråd med klientenes oppfatninger om hva som kunne gi bedring – selv når dette var på tvers av terapeutens oppfatninger av hva som ville være best for klienten. Dette fikk forskerne til å sammenfatte klientenes bidrag i begrepet «klientens forandringsteori», som i prinsippet kan omfatte store mengder psykologisk materiale, i form av tanker, følelser, holdninger og verdier. En klients forandringsteori kan være like innholdsrik som en formell psykologisk teori. De viktigste aspektene for terapeutisk arbeid synes likevel å være klientens problem- eller målbeskrivelse, og den behandlingsmetoden klienten foretrekker. I ett eksempel hos Duncan, Hubble og Miller beskrives klientens forandringsteori ved hjelp av bare to meningsbærende setninger: 1) «Han mener det er noe som er veldig galt» (problembeskrivelse), og 2) «...og han vil komme til bunns i dette» (behandlingsmetode). Dette danner grunnlaget for terapeutenes videre arbeid med klienten. For en grundig oversikt over teoretisk bakgrunn og praktiske retningslinjer for å jobbe ut fra klientens forandringsteori, henvises til Duncan og Miller (2000).

Min erfaring er at klientene kommuniserer sine forandringsteorier via både emosjonelle, kognitive og atferdsmessige uttrykk, og det er på denne bakgrunnen jeg har valgt ut måter å få tilbakemeldinger fra klientene på. Jeg har prøvd å finne metoder som i størst mulig grad kan inngå som en naturlig del av den terapeutiske samtalen. I hovedsak vil det være snakk om ulike verbale invitasjoner, men også observasjon og utforskning av ikke-verbale uttrykk kan gi terapeuten informasjon om hvorvidt man jobber innenfor klientens forandringsteori.

Det første møtet

Sosialpsykologien forteller oss at regulering av kontroll og nærhet er to viktige sider ved all kommunikasjon. Vi forhandler om kontroll ved virkemidler som tur-taking, ordvalg, stemmestyrke, stemmeleie og avbrytelser. Nærhet reguleres blant annet ved fysisk avstand, øyekontakt, kroppsspråk og grad av selvavsløring. Når vi blir kjent med andre utveksles først generell informasjon, før vi gradvis avslører mer av oss selv (Wiemann & Giles, 1988).

I terapi utfordres de vante kommunikative strukturene. Det forventes at klientene skal avsløre personlige ønsker, sårbarheter og håp allerede fra første stund, mens den terapeutiske relasjonen ennå er ny og utforsket. Klientene vet ikke hvilken type terapeut de har foran seg. De møter med ulike forventninger, negative eller positive, bygd på tidligere terapierfaringer, historier om andres terapierfaringer eller andre relasjonelle erfaringer. Ofte vil deres viktigste anliggende i begynnelsen være å finne ut om de kan stole på at den personen de har foran seg kan være til hjelp.

Min oppgave som terapeut blir å ivareta dette relasjonelle aspektet, samtidig med at jeg så tidlig som mulig ønsker å få vite noe om deres forandringsteori. Jeg velger som regel å gjøre dette ved å spørre om det er første gang de er på dette (familie)kontoret. Spørsmålet er relativt nøytralt, det er ment å ikke skulle presse intimitet på klientene. Samtidig kan spørsmålet oppfattes inviterende, og det gir klientene mulighet til å ta neste skritt i å regulere graden av nærhet i den terapeutiske relasjonen, ved at klientene selv velger hvilken selvavsløring de på dette tidspunktet ønsker å legge i svaret. Det relasjonelle budskapet jeg ønsker å sende er: «Jeg bryr meg om hvordan det er for deg/dere å komme hit og i hvilken kontekst det skjer».

Klienter sier ofte noe viktig om sine forventninger når de blir spurt om det er første gang de kommer til det aktuelle familiekontoret. En del av klientene som kommer har vært innom familievernet tidligere, eller de har andre terapierfaringer som de nevner i denne sammenhengen. Hvis mitt spørsmål bekreftes, inviterer jeg til å fortelle litt om tidligere erfaringer og begrunner hvorfor jeg gjør dette: Det er viktig for meg å vite om deres gode og mindre gode erfaringer, slik at jeg kan prøve å gjøre mer av det de har opplevd som nyttig og mindre av det som ikke ble opplevd som nyttig.

Klientene (hvis vi tenker oss et par) kan for eksempel svare at «Sist vi var her var det to terapeuter til stede, og de snakket sammen iblant, mens vi bare hørte på. Det ga oss nye ideer om hvordan ting kunne henge sammen». Ved et slikt svar får jeg en indikasjon på at klientene ønsker en type samtale som gir dem mulighet til å være reflekterende og ta inn nye perspektiver på sitt problem. Systemisk intervju metode og reflekterende team kan da være mulige tilnærminger å prøve ut i fortsettelsen.

Klientene kan alternativt si at «Førrige gang vi var her, ble en katastrofe. Terapeuten sa ingen ting, og vi kranglet hele tiden. Det ble med den ene timen». I dette tilfellet gir klientene flere viktige stikkord for videre arbeid: 1) Det kan være et signal til terapeuten om at de ønsker seg en sterk struktur i timen og/eller en aktiv terapeut. Jeg synes i slike tilfeller det er hensiktsmessig å avklare dette med begge umiddelbart, og deretter avtale

eksplisitt hvilke «regler» som skal gjelde for den aktuelle timen, for eksempel hvilken rett terapeuten skal ha til aktivt å stoppe paret fra å krangle. 2) Det kan være et ønske om at terapeuten bør sørge for å få jevnlig tilbakemelding på hvordan hun/han lykkes med balansen mellom det å stoppe krangling og det å la dem snakke ferdig, og å følge opp tilbakemeldingene med handling. 3) Det kan være et varsel om at hvis klientene ikke er fornøyd, vil de utebli uten varsel. For å prøve å forhindre at det skulle skje, kan det være en fordel å drøfte med dem på forhånd hva de kan gjøre hvis de synes terapien ikke er til nytte denne gang. Det kan være at vi lager en avtale om at de på en eller annen måte gir beskjed til terapeuten hvis de skulle bestemme seg for å avslutte terapien, og at vi avtaler hvordan terapeuten skal forholde seg hvis de uteblir.

Hvis klientene ikke har tidligere behandlingserfaringer som faller naturlig å nevne, spør jeg hvordan det er for dem å komme hit. Med dette spørsmålet øker jeg graden av nærhet, ved at jeg spør om deres opplevelse av situasjonen og det å skulle inngå i relasjon med en terapeut. Klientene velger selv om de vil følge opp dette med å si noe om sine forventninger, eller om de vil holde fast på avstanden ved å si noe mer generelt (for eksempel svare at det er «greit»). Svarene de gir kan også gi hypoteser om hvor i endringsprosessen de befinner seg. Noen klienter kan komme til å si «Nei, jeg er bare med. Det var han som ville hit». På bakgrunn av et slikt svar kan man utforske videre: «Så når du nå først har kommet hit, og du har valgt å sette av tid til dette – hvordan vil det være nyttig for deg at vi fortsetter denne timen?» Deretter kan man for eksempel avtale hvordan klientens rolle i timen skal være.

I en parterapi hvor første samtale startet på denne måten, ønsket mannen å være en lytter hele første samtale, mens han i senere timer valgte å delta aktivt. Gitt at den som «bare er med» sier seg villig til å være deltaker i timen, kan man spørre hva han tror er partnerens mål med å få ham med til time. Slik kan vi få høre hans teori om partnerens forandringsteori, noe som kan gi grunnlag for å utforske likheter og forskjeller med hans egen teori, samt å utforske hvorvidt partneren kan kjenne seg igjen i hans beskrivelse.

Spørsmål om hva klientene ønsker hjelp med

Etter å ha spurt om tidligere behandlingserfaringer og/eller forventninger til den terapeutiske relasjonen, pleier jeg å spørre hva klientene ønsker hjelp med. Varianter av spørsmålet (for eksempel: «Hva vil du/dere jobbe med i dag?») innleder gjerne også senere samtaler, fordi det hender at klienter endrer behandlingsmål mellom timene, ofte på grunn av utenomterapeutiske positive eller negative hendelser. Spørsmålet om hva klientene ønsker hjelp med eller vil jobbe med kan stimulere til framtidsperspektiver og håp. Måten det besvares på kan gi terapeuten holdepunkter for hvor i forandringprosessen klientene befinner seg og hvilken rolle de tiltenker terapeuten. To ulike responser kan illustrere dette: Hvis klientene svarer direkte på spørsmålet og nevner noe de ønsker hjelp med, indikerer det at de kan identifisere noe som er problematisk, og at det innenfor deres forandringsteori er rom for å få hjelp av den terapeuten de har foran seg. Ut fra Prochaska og DiClementes modell (Prochaska,

1999), kan en foreløpig hypotese være at klientene befinner seg i forberedelsesfasen. Dersom klientene ikke gir et direkte svar, men for eksempel tar spørsmålet som et signal til å begynne å fortelle om hvor vanskelig de har det, kan det være en indikasjon på at deres forandringsteori inneholder forventninger om at terapeuten er en ekspert som allerede vet hvordan hun/han skal arbeide, og at klientens oppgave er å framlegge informasjon.

Det kan også være at klientene opplever spørsmålet som irrelevant, fordi deres opplevelse er at det er noen andre som eier problemet og som bør forandre seg. Klienten befinner seg da i de tidligste fasene i Prochaska og DiClementes modell. I slike tilfeller ber jeg som regel klientene om lov til å stoppe opp litt, for å tydeliggjøre klientenes perspektiver på hvorfor og hvordan vi skal snakke sammen. Dette skjedde i arbeidet med et par hvor vi brukte store deler av de tre første samtalene til å avklare de mest grunnleggende spørsmålene om hva som var hensikten med samtalene og hvordan de skulle foregå. Begge ektefellene var fra begynnelsen ivrig opptatt av å få formidlet sin opplevelse av et vanskelig samliv. De hadde en måte å snakke på som utelukket terapeuten fra å komme inn med spørsmål eller kommentarer. De snakket raskt og mye, i munnen på hverandre og brukte store armbevegelser og økt stemmestyrke for å hindre forsøk på avbrytelser. Samtidig var begge frustrert og fortvilet over ikke å bli hørt av den andre. Vi ble etter hvert enige om at terapeuten skulle ha mulighet til å avbryte dem, ved å spørre om lov hver gang, når terapeuten trodde det ville være til hjelp å stoppe opp. Til gjengjeld ble de lovet at de skulle få den tiden de trengte til å fortelle om det som var viktig for dem. En av de største utfordringene ble å prøve å få dem til å formulere hva som skulle være målet med å fortelle om sin opplevelse. Begge syntes å være mest opptatt av partnerens målsetning, som de oppfattet som «han/hun prøver å vri på hele historien og legge skylden på meg». De satt fast i sine respektive forsvarsposisjoner og klarte ikke å lytte til det den andre sa. Gradvis kom de begge fram til at deres målsetning med terapien, og med å fortelle, var at partneren skulle forstå dem bedre. Ved å holde fast på dette målet, ble det noe lettere for dem å begrense sin utfoldelse når de snakket. Det ble samtidig lettere å bli værende i en lytteposisjon når partneren hadde ordet. Selv om dette parets terapi ble arbeidskrevende for alle parter over lengre tid, formidlet de begge underveis og i ettertid at det var nyttig for dem at vi brukte så mye tid på å avklare *hvordan* terapien skulle foregå.

Utforskning av forandringserfaringer

Ved å utforske hva klientene så langt har prøvd for å løse sitt aktuelle problem, kan man få tilgang til viktige aspekter ved klientenes forandringsteorier. Man kan spørre klientene om hva de hittil har prøvd som har vært til hjelp og hvorfor dette var til hjelp, eller hva som eventuelt *ikke* har vært til hjelp og hvorfor dette ikke var til hjelp (Hubble et al., 1999). Duncan og Miller (2000) råder terapeuten til å være spesielt oppmerksom på hvordan forandringer vanligvis skjer i klientens liv; hva som utløser forandringer, hva klienten selv gjør for å bidra til/utløse/opprettholde forandringer, hva andre gjør for å bidra til/utløse/opprettholde forandringer, i hvilken rekkefølge forandringprosesser pleier å skje og hvilke hendelser som vanligvis skjer forut for en forandring.

«Klienter tilskriver ofte positive endringer til utenomterapeutiske faktorer»

Min erfaring er at klienter ofte tilskriver begynnelsen på positive endringer til utenomterapeutiske faktorer. Dette gjaldt for et ektepar som hadde havnet i en akutt krise. Ekte mannen hadde bedt om hastetime på familievernkontoret, fordi kona plutselig hadde sagt at hun kom til å flytte ut i løpet av de neste par dagene. Paret, som også hadde små barn, fikk time dagen etter. Det ble en følelsesladet samtale. Kona fortalte at mannen de siste årene hadde jobbet altfor mye, mens hun hadde måttet ta seg av barn og familie i tillegg til egen jobb, som innebar stort lederansvar. Deres nye, flotte hus klarte hun ikke å trives i. Mannen ga henne rett i alt hun sa om ham og lovet umiddelbar forandring i form av mer innsats i hjemmet, mer tid med barna, mindre tid på jobben og mer tid med henne. Til tross for at han uttrykte sin kjærlighet og sterk motivasjon for å fortsette samlivet, stod kona fast på sin beslutning om å flytte fra ham. Siste del av samtalen måtte derfor brukes til å planlegge hvordan de skulle klare flyttingen praktisk og hvordan de skulle forholde seg til barna de nærmeste dagene (hva de skulle si, hvem som skulle hente og bringe i barnehage m.m.). Begge var villige til å komme tilbake til ny time.

En uke etter kom de begge til timen med et lite, stjålent smil om munnen. Mannen fortalte: Jo, han hadde fått lov til å hjelpe kona med flyttingen. Hun hadde raskt fått ordnet seg ny bolig. Tilfeldigvis var denne leiligheten den samme som ekteparet hadde bodd i før de bygde seg hus, og da de kom inn i sitt gamle hjem og så det lille kjøkkenet hvor de hadde hatt så mange romantiske middager sammen, skjedde det noe med dem begge. For første gang på to år ble de sittende i flere timer og snakke sammen, og de ble enige om begynne på nytt. Jeg kikket bort på kona, som nå smilte bredt og nikkete til historien. Jeg var rørt og ga dem kompliment for at de hadde vært så snarrådige og handlekraftige når de i fellesskap fant løsningen på sitt problem. Selv virket mannen litt forlegen og sa unnskyldende at «dette med leiligheten er kanskje ingen dybdepsykologisk forklaring». Jeg protesterte og understreket hvordan de selv hadde bidratt til den endringen som hadde skjedd. Jeg fortalte dem videre at terapiforskningen viser at mye av terapeutisk endring kan tilskrives slike hendelser som de hadde opplevd. På denne måten håpet jeg å være med på å bygge opp under den endringen som var skjedd (Berg & Miller, 1998/1992) og å styrke og utfylle den nye historien paret var i ferd med å skape (McAdams, 1993).

Underveisevaluering

Klientenes forandringsteorier fungerer som veiledere for hva som er relevant å snakke om og hva som ikke er relevant å snakke om i timen. Hvis jeg i løpet av en samtale blir usikker på om klientene og jeg, eller klientene seg imellom, har samme dagsorden, prøver jeg å stoppe opp, for å spørre dem om vi der og da snakker om noe som er viktig for dem begge. Hvis en eller begge svarer at vi snakker om noe som *ikke* er så viktig for

dem, spør jeg også om hva som har vært viktig og mindre viktig for dem så langt i timen. Da kan jeg oppdatere meg på hva de ønsker å arbeide med, og de får mulighet til å si ifra om det som eventuelt ikke har vært opplevd som nyttig å snakke om.

«Affektive reaksjoner kan være en indikasjon på man jobber i henhold til klientens forandringsteori, mens defensive reaksjoner vil kunne være en indikasjon på det motsatte»

Sluttevaluering

For å få en umiddelbar reaksjon på hvordan en terapitime som helhet er blitt oppfattet, ber jeg klientene om en evaluering på slutten av timen. Mitt spørsmål har vært varianter av følgende: *Helt til slutt: Hva synes du/dere har vært mest nyttig, og hva har vært mindre nyttig, av det vi har gjort i denne timen? Jeg er da spesielt interessert i det som gjelder måten jeg har ledet denne timen på, (eventuelt også, hvis klientene skal komme tilbake til ny time) ... slik at jeg kan vite hva vi skal fortsette med og hva vi kan gjøre mindre av neste gang. (Og hvis klientene ikke skal komme til ny time) ... slik at jeg kan gjøre en best mulig jobb for andre i samme situasjon som deg/dere.*

Selve spørsmålet og svaret tar vanligvis ett til to minutter. Hvis klientene har problemer med å finne noe å svare, kan jeg gi svaralternativer, for eksempel «det at dere fikk snakke sammen mens jeg hørte på og kunne kommentere?», «det at jeg stoppet dere når jeg trodde samtalen ikke var konstruktiv?», «det at vi snakket om hvordan det var å være deg den gangen?». Hvis de fortsatt ikke har konkrete svar, ber jeg dem gi meg beskjed i senere timer, spesielt dersom jeg skulle gjøre noe som de ikke synes er nyttig. Jeg kan også prøve å utforske som et hypotetisk tilfelle: «På hvilken måte tror du at du ville sagt ifra hvis jeg hadde gjort noe i timen som du var veldig misfornøyd med?» Noen ganger resulterer en slik utforskning i at en eller begge klientene innrømmer at de egentlig synes det er vanskelig å si ifra om negative ting, og at en eller begge kanskje bare ville uteblitt fra neste time. Vi kan da, hvis det ikke allerede er gjort, gjøre avtale om hvordan jeg skal forholde meg hvis en eller begge skulle utebli fra en time. I tilfeller hvor klienter har gitt lite tilbakemelding etter en time, åpner jeg gjerne neste time med å spørre om de har noen kommentarer til foregående time.

Affektive og defensive reaksjoner

Ved siden av de svarene terapeuten får på sine spørsmål og invitasjoner, kommuniserer klientene sine opplevelser også på mer indirekte måter. Leigh McCullough og hennes kolleger (McCullough et al., 1991) undersøkte hvordan affektive eller defensive reaksjoner på terapeutens intervensjoner var knyttet til utfall i korttids psykodynamisk

terapi. «Affektive responser» ble kodet når klienten innen tre minutter etter terapeutens intervensjon brukte ord som betegnet subjektive følelser eller ikke-verbalt viste klare følelser. «Defensive responser» ble kodet når klienten innen tre minutter benektet, rasjonaliserte, glemte eller bagatelliserte det terapeuten hadde sagt. Man fant at det var en klar positiv sammenheng mellom umiddelbare affektive responser og positivt terapieresultat, mens det var en negativ sammenheng mellom defensive responser og positivt terapieresultat. Det viste seg at disse to faktorene til sammen forklarte to tredjedeler av variansen i terapiutfall i denne studien. Konklusjonen forskerne trakk var at når man som terapeut får en del defensive reaksjoner etter sine intervensjoner, bør man vurdere å endre sin måte å arbeide på. Når man får mange affektive reaksjoner, kan man fortsette i samme spor og vite at man sannsynligvis er på rett vei.

Med forbehold om at disse resultatene kan generaliseres til de fleste terapiforløp, velger jeg å tolke dette som at affektive reaksjoner kan være en indikasjon på man jobber i henhold til klientens forandringsteori, mens defensive reaksjoner vil kunne være en indikasjon på det motsatte. Eksempel på defensiv reaksjon kan være hvis jeg spør en klient om det finnes situasjoner der problemet er mindre til stede, og klienten uten følelsesmessig engasjement gir et par korte eksempler på dette, for i neste øyeblikk å komme med mer detaljerte eksempler på situasjoner der problemet er til stede. Dette skiftet i fokus forteller meg at klienten på det nåværende tidspunkt har mer behov for å fortelle om – og få bekreftelse på – problemet, enn for å utforske mestring og løsninger. Hvis jeg i fortsettelsen velger å lytte til problemhistorien, leve meg inn i og bekrefte hvor vanskelig klientens situasjon høres ut, kan det være at klienten reagerer med en mer affektiv reaksjon: «Ja det har vært helt forferdelig!» (med tårefylte øyne). Etter en stund med denne emosjonsorienterte arbeidsformen kan det kanskje oppstå en naturlig åpning for å stille et spørsmål som inviterer til å rette søkelyset mot mestring: «Men... hvordan har du klart deg gjennom alt dette?» Hvis timingen denne gang er bedre i forhold til hvor klienten er, kan det være at klienten besvarer spørsmålet med et smil og en stolt klang i stemmen (affektive reaksjoner) når mestringshistorien kommer: «Du vet – jeg er jo oppvokst på Finnmarksvidda og lærte mye av min samiske bestemor...».

Bruk av spørreskjemaer

Som supplement til de samtalebaserte metodene for å komme på sporet av klientenes forandringsteori, kan man bruke spørreskjemaer. Duncan og Miller (2000) har i løpet av de siste årene utviklet egne spørreskjemaer for timevurdering (session rating scale, SRS) og for terapeutisk endring (outcome rating scale, ORS). I den siste versjonen består hvert spørreskjema av kun fire ledd (Miller, 2002b). Miller (2001) framhever at bruken av skjemaene skal «veves inn i terapien» og bli en naturlig og sentral del av denne. I sin egen praksis lar de klienten fylle ut skjemaet for endring (ORS) rett før hver samtale, ved at klienten møter opp fem minutter før timen for å gjøre dette. Skjemaet forteller hvordan det går med klienten på viktige livsområder. Terapeuten ser i begynnelsen av timen raskt gjennom skåringene og sammenlikner med tidligere utfylte skjemaer. Endringer kommenteres og utforskes. Skjemaet for terapeutisk relasjon (SRS) fylles ut

på slutten av hver samtale og gis umiddelbart til terapeuten, som ser over svarene. På den måten får terapeuten raskt oversikt over hvordan klienten har opplevd den aktuelle samtalen, og det blir mulig å oppklare eventuelle negative opplevelser før klienten går (Duncan & Miller, 2000). Psykolog Morten Anker har oversatt skjemaene til norsk (Anker, 2002).

Utfordringer

Det å arbeide i henhold til klientens forandringsteori aktualiserer fra tid til annen etiske og praktiske problemer. Det vanligste problemet er kanskje når to eller flere klienter i en felles terapi har forskjellige forandringsteorier. Hvis maktforholdet mellom dem synes ganske jevnt fordelt, og ingen av dem synes å ha et vesentlig større emosjonelt uttrykksbehov enn den andre, velger jeg som regel å la klientene selv avgjøre hvordan vi skal løse dilemmaet. Hvis maktbalansen derimot synes skjev, ved at den ene er forsiktig i sine uttalelser og unngår å markere eget syn, velger jeg å bestemme metoden, og kanskje snakker jeg med hver av dem individuelt før vi går videre med parsamtalen. Hvis klientene er i utakt med hensyn til hvor stor tro de har på at terapi vil hjelpe, eller på om det finnes håp om forandring i det hele tatt, foreslår jeg gjerne for dem at den som har mest overskudd til å vente med å prøve ut sin forandringsteori uten å avslutte terapien, gjør det. Ulikheter i motivasjon illustreres i eksemplet ovenfor, hvor ektemannen er klar for et høyt aktivitetsnivå på samlivsfronten, mens kona formidler at hun er lei av alt og vil flytte for seg selv. I dette tilfellet måtte vi begynne med å arbeide ut fra hennes forandringsteori, med å forberede flytting. I løpet av den prosessen skjedde det så en endring som gjorde det naturlig å gå over til metoder hentet fra mannens forandringsteori.

Ofte har klientene i et par ulik opplevelse av om følelsene presser på og virker overveldende, og om hvorvidt man kan vente med å få fortalt sin historie eller få arbeidet i henhold til sin forandringsteori. Jeg vil beskrive et eksempel hvor et par kom til familiekontoret for å få bedre kommunikasjon. Begge var enige om målet, men de hadde ulike tanker om hva som ville føre dem til dit. Mannen mente at det de hadde behov for, var å lære seg regler som de kunne forholde seg til når samtalene var i ferd med å gå over til krangler. Han var lei av at samboeren nærmest ble hysterisk når de kranglet, og at hun da gråt mye. Han ønsket at terapeuten skulle lære dem ferdighetene de manglet for å kunne kommunisere om vanskelige temaer. Kvinnen mente derimot at de måtte «snakke seg gjennom» de vanskeligste temaene i terapirommet, med en tredjeperson til stede som kunne ivareta dem når de selv ikke klarte det, og at dette ville redusere det følelsesmessige trykket som utløste kranglene. Under våre forhandlinger om behandlingsmetode gikk det opp for mannen at de tidligere kranglene måtte ha festet seg som «traumer» for samboeren. Denne plutselige innsikten bidro til at hans opprinnelige forandringsteori ble supplert med en «traumeteori». Han så behovet for å begynne med å bearbeide nettopp «traumene» før vi kunne gjøre noe annet. «Traumebehandlingen» viste seg å ta ganske mange timer, og mannens tålmodighet ble satt på prøve. Etter den tiende samtalen fortalte imidlertid hans samboer at «nå gjør det ikke så vondt å snakke om de vanskelige tingene lenger». Fra ellefte til tolvte gang

ønsket de begge å gjøre en lytteøvelse hjemme, noe som var en metode i tråd med mannens opprinnelige forandringsteori. Lytteøvelsen ble (i strid med instruksjonen) utgangspunktet for en tre timer lang samtale om de vanskelige temaene som hadde preget samlivet deres, en samtale begge opplevde som god. Vi kunne bruke vår tolvte samtale til se på hva som hadde bidratt til at denne samtalen ble forskjellig fra de tidligere samtalene de hadde hatt om disse temaene hjemme.

I saker hvor begge klientene har et sterkt emosjonelt trykk og lite overskudd til å la den andres forandringsteori styre eller til å forhandle fram en felles løsning, foreslår gjerne klientene selv at de kommer til hver sin individuelle time før de fortsetter sammen, noe jeg da legger til rette for. I løpet av de individuelle timene kan de få ut det mest emosjonelle materialet uten å bli avbrutt, noe som kan gi ro og overskudd til å jobbe mer konstruktivt etterpå. I slike tilfeller er det viktig å avklare med klientene i begynnelsen av individualsamtalene hvorvidt de fritar terapeuten fra taushetsplikt overfor partneren. Det er som regel en stor fordel om de fritar terapeuten fra taushetsplikten, slik at terapeuten ikke senere har «hemmeligheter» å ta hensyn til i fellessamtalene. Hvis det er vold og trusler med i bildet, kan det være at man må fravike dette prinsippet, av hensyn til den voldsutsattes sikkerhet.

Begrensninger

Iblant har det hendt at klienter har uttrykt forandringsteorier som har inneholdt aspekter jeg har tenkt ville være til skade for dem. Ett eksempel var en far som søkte hjelp fordi samværsordningen om barna ikke fungerte, og han ikke klarte å samarbeide med barnas mor. Han var i utgangspunktet skeptisk til om jeg kunne hjelpe ham, men var villig til å prøve. Han uttrykte ønske om å bruke samtalene våre til å bli en bedre strateg, slik at han kunne provosere barnas mor til å gjøre dumheter han kunne bruke mot henne i neste rettssak om barna (de hadde allerede vært igjennom en rettssak, og han vurderte nå å bestille ny mekling). Han mente at det å vinne den neste rettsaken ville opprette en balanse som kunne gjøre ham i stand til å fortsette sitt liv på en bedre måte. Klienten og jeg hadde to lange samtaler, hvor jeg vekselvis viste forståelse for hans frustrasjon over fortiden og anerkjente hans ønske om å få et bedre liv, og vekselvis prøvde å overbevise ham om at hans strategi var risikabel og kunne redusere livskvaliteten hans på sikt. På den ene siden arbeidet jeg dermed i tråd med hans overordnede målsetning, som handlet om at han ønsket å få et bedre liv. På den andre siden argumenterte jeg for at han ville være mer tjent med å finne seg en annen måte å oppnå sitt langsiktige mål på. I denne spesielle saken valgte jeg bevisst å ikke bruke begreper som «barnas beste», nettopp av hensyn til barna. Min hypotese var at det ville tjene barna bedre på lang sikt om jeg kunne reflektere innenfor rammene av klientens aktuelle forandringsteori og eventuelt bidra til noe mer fleksibilitet i denne, enn å introdusere at han burde sette egne behov til side og tenke på barna. Jeg antok at han i så fall ville blitt provosert og krenket, at terapeuten ville blitt avskrevet som moralistisk, og at han i framtiden ville vært enda mer skeptisk til å gå til familierapeut. Det lengste jeg gikk i den «moralistiske» retningen, var at han etter første samtale fikk med seg en

oversiktsartikkel om hvordan foreldres rettssak påvirker barna. Han nevnte imidlertid ikke noe om dette temaet eller om artikkelens innhold i vår neste samtale.

Jeg vil også nevne en sak hvor jeg på ett tidspunkt tilbød det motsatte av hva klienten selv tenkte ville være den logiske løsningen på problemet. Dette gjaldt en mor som bodde sammen med sin datter. Moren søkte hjelp fordi datteren var i ferd med å bli mer og mer umulig, og hun syntes i tillegg å ha en «pessimistisk personlighet». Moren selv framstod i timene som en blid og positiv person, og hun beskrev også seg selv som «optimistisk og alltid løsningsorientert». Hun mente at datteren hadde arvet negativiteten fra far og hans familie, som ble beskrevet som «kritiske, sure og pessimistiske». Mor hadde lenge, så godt hun kunne, prøvd å motvirke innflytelsen fra far og hans familie, men tilsynelatende uten å lykkes. Mors bekymring (og forandringsteori) var klar: Datteren måtte bli mer positiv, ellers ville hun få problemer senere i livet. Virkningen var imidlertid at datteren tilsynelatende bare ble mer kritisk og sur mot mor, samtidig som hun forgudet faren og ønsket å være mer sammen med ham. Etter et par samtaler med mor hvor jeg uttrykte forståelse for mors bekymring, foreslo jeg at hun skulle la datteren være mer hos far. Kanskje kunne det være slik at datteren hadde behov for å få bekreftet at hun var OK, også med de sure sidene, og at det å få være mer hos far ville bidra til at hun følte seg mer anerkjent av mor, noe som i sin tur kunne skape et bedre samspill dem imellom. Jeg var spent på hvordan mor ville reagere på forslaget, men hun smilte bredt og sa at det ville hun prøve.

Spørsmålet blir hvordan hun kunne si ja til dette, når mitt forslag representerte det motsatte av hennes årelange løsningsforsøk og opprinnelige tanker om *hvordan* løsningen på problemet skulle se ut, muligens også på siden av den opprinnelige målsetningen («å forandre datteren» vs. «å få et bedre samspill mellom mor og datter»). Man kan tenke seg flere årsaker til at hun spontant aksepterte denne idéen: 1) Det forslaget jeg ga henne var for henne et eksempel på en prototypisk «løsning», i tråd med hennes overordnede forandringsteori (alltid løsningsorientert). 2) Alle hennes tidligere løsningsforsøk hadde ikke ført til den ønskede endringen – hun var åpen for å gjøre noe annet. 3) Mor fikk presentert en ny kontekst rundt datterens ønske om å være mer sammen med faren (å bli godtatt som den hun var). Kanskje denne konteksten var «lik nok» morens opprinnelige oppfatning til at hun kunne godta den, og samtidig forskjellig nok til at den utløste en endring i hvordan hun oppfattet problemet og dets løsning (Bateson, 1972, referert i Ølgaard, 1991). 4) Mor var utslitt av å kjempe mot sin datter. Mitt forslag innebar at hun kunne slippe denne kampen, samtidig som hun bevarte sin identitet som en god og samvittighetsfull mor, som gjorde sitt beste for datteren. Kanskje kunne hun også se den nye målsetningen om «bedre samspill mellom mor og datter» som et skritt på veien til den opprinnelige målsetningen om at datteren skulle få det bedre og bli mer positiv på sikt?

I et tredje tilfelle valgte jeg å ikke følge klientens teori om behandlingsmetode. Dette gjaldt en deprimert mann som kom til første samtale sammen med sin kone. Det viste seg raskt at han ikke hadde overskudd til å ta sin kones perspektiv med i betraktning, og vi ble enige om at han skulle fortsette individuelt i første omgang. Det kom også fram at

mannen hadde en del tanker om å ta livet sitt. Jeg prøvde både da og senere å få ham til å oppsøke lege, for å få henvisning til psykisk helsevern, noe han lenge nektet. Han kom imidlertid til timene på familiekontoret, og stod fast på at hans problemer utelukkende hadde med familien å gjøre.

Mannen hadde en stor familie med både små og store barn fra nåværende og tidligere forhold. Han var spesielt plaget av at han kom hjem til et rotete hus når han kom sliten hjem fra jobb (økonomien var anstrengt, og han hadde to jobber). Kona hadde i første timen sagt seg enig i at huset ikke var i perfekt orden, men hun mente det var bra nok og at de måtte leve med om det ble litt støvete iblant, fordi de var en stor familie.

Mannen introduserte etter kort tid et forslag om at terapeuten skulle bli med ham hjem for å se hvor rotete det var i huset hans. Vi reflekterte rundt hvordan dette ville være til hjelp, og jeg håpet denne refleksjonen ville ende ut i at han ville innse at det ikke ville ha noen betydning om jeg kom og betraktet rotet. Han stod imidlertid på sitt, time etter time, og spurte hvorfor jeg ikke kunne komme. Mitt hovedargument var at jeg ikke ville dra hjem til en familie hvor bare ett familiemedlem hadde invitert meg, og han ville ikke at kona og barna skulle være informert, fordi da ville de ta seg sammen og rydde. Etter en del samtaler gikk mannen med på å gå til lege, han fikk antidepressiva og depresjonen lettet. Familielivet gikk bedre, noe som også ble bekreftet av kona, og vi ble enige om å avslutte terapien. I sluttevalueringen sa mannen at han ikke visste hva han hadde fått ut av terapien, men at han hadde forstått at terapeuten hadde brydd seg, og det hadde vært det viktigste.

«De stiller spørsmål ved klientens forandringsteori hvis de første fire til seks samtalenene ikke resulterer i symptombedring»

I ettertid har jeg ibl ant lurt på om terapien ville fått et annet forløp hvis jeg hadde klart å få til en avtale med hele familien og kunne blitt med mannen for «med egne øyne å se rotet». Kanskje ville vi sluppet den maktkampen jeg opplevde store deler av terapien, og kanskje ville hans depresjon lettet tidligere, fordi dette aspektet ved hans forandringsteori var blitt hørt og tatt på alvor. Basert på at mannen møtte til sine timer og at han opplevde at noen «brydde seg», kan en på den annen side tenke seg at det var viktig at de faste terapeutiske rammene ble opprettholdt. Denne formen for ryddighet kan ha vært en motvekt mot kaoset han følte i andre sammenhenger og kan ha hatt en funksjon i en forandringsteori hvor orden syntes å spille en viktig rolle.

Miller (2002a) hevder at når det blir vanskelig å følge klienters forandringsteorier, handler det først og fremst om det han kaller operasjonaliseringen av teoriene. De overordnede teoriene kan være gode, men måten klientene setter teoriene ut i livet på blir uheldig eller skadelig for klienten selv eller for andre. Terapeuten rådes i slike tilfeller til å fokusere på den overordnede teorien og sammen med klienten lete etter

andre handlingsalternativer. Duncan og Miller (2000) gir i tillegg eksempler på at de stiller spørsmål ved klientens forandringsteori hvis de første fire til seks samtalene ikke resulterer i symptom-bedring, selv om klienten er fornøyd med terapeuten og med det som skjer i timene. Bakgrunnen er studier som viser at de fleste klienter (60–65 %) opplever symptombedring i løpet av de første sju samtalene. De som ikke har vist framgang i løpet av de første timene, har en tendens til ikke å bli bedre selv om de fortsetter i terapi. Klienter som opplever symptomforverring i begynnelsen av en terapi har større sjanse for å avbryte terapien eller få lite ut av den. Duncan og Miller setter også spørsmålstegn ved klientens forandringsteori hvis en klient i bedring endrer forandringsteori underveis og dette fører til at symptomene forverres igjen. Det er i alle tilfellene klientens egne svar fra spørreskjemaet ORS som forteller terapeut og klient hvorvidt de kan fortsette i samme spor eller om de bør finne andre måter å arbeide på. Duncan og Miller henter i slike situasjoner gjerne inn reflekterende team, for å se om teamet kan komme opp med nye ideer som klienten ønsker å ta tak i og implementere i videre terapi. Hvis heller ikke nye ideer resulterer i bedring innen en viss tid, blir det diskutert om kontakten skal avsluttes.

Avslutning

En nyvinning i 80- og 90-tallets personlighetspsykologi var ideen om å personliggjøre motivasjon i begrepet mulige selv («possible selves»). Det innebærer at det man tidligere kalte «selvet» kan beskrives som en samling selvrepresentasjoner, noen som representerer selvet i fortiden, andre representasjoner av selvet i framtiden. Individets repertoar av mulige selv er den kognitive manifestasjonen av varige mål, ambisjoner, motiver, håp og frykt (Markus & Nurius, 1986). Betegnelsen «mulige selv» er dynamisk og gir assosiasjoner til kompleksitet og fleksibilitet i menneskelig motivasjon og selvoppfatning. Disse egenskapene savnes i betegnelsen «klientens forandringsteori», som gir assosiasjoner til noe mer stabilt og ensrettet, og som kan forlede en til å tro at hvis man først har funnet klientens forandringsteori, har man funnet den en gang for alle. Den som leser Duncan, Hubble og Millers bøker ser imidlertid at deres intensjon er å skape et dynamisk begrep, og at det å finne klientens forandringsteori i praksis ser ut til å bety å finne klientens *til enhver tid foretrukne forandringsteori* blant flere mulige. I løpet av den terapeutiske prosessen vil ofte klientens forandringsteori endre seg, noe Duncan et al. (1997) viser eksempler på og ser som en naturlig utvikling.

Anne Marie Fosse Teigen

Kirkens Familiekontor, Follo

Idrettsveien 7

1400 Ski

Tlf 64 91 46 60

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 7, 2004, side 544-551

TEKST

Anne Marie Fosse Teigen, Kirkens Familiekontor, Follo

+ Vis referanser

Referanser

- Anker, M. (2002, februar). Kom på sporet. Et seminar om hvordan integrere og bruke klientens tilbakemeldinger om prosess og resultat i klinisk praksis. Kurs i regi av psykolog Morten Anker, Melsomvik.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). How clients make therapy work. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1998). Rusbehandling. En løsningsfokusert tilnærming. Oslo: Ad Notam Gyldendal. (Originalen publisert i 1992.)
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997). Psychotherapy with «impossible» cases: The efficient treatment of therapy veterans. New York: Norton.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), The heart and soul of change: What works in therapy (ss. 407-447). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (ss. 94-129). New York: Basic Books.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- McAdams, D. P. (1993). The stories we live by: Personal myths and the making of the self. New York: The Guilford Press.
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B., Porter, F., Pollack, J., Laikin, M., Vingiano, W., & Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525-533.
- Miller, S. D. (2001, 2. juli). Translating «The Facts» into clinical practice. Hentet 5. januar 2004, fra <http://www.talkingcure.com/Principles4.htm>.
- Miller, S. D. (2002a, 14. oktober). Translating «The Facts» into clinical practice. Hentet 3. januar 2004, fra <http://www.talkingcure.com/Principles3.htm>.
- Miller, S. D. (2002b, 28. oktober). Measures. Hentet 3. januar 2004, fra <http://www.talkingcure.com/measures.htm>.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: Norton.
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change and how can we change to help many more people? I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), The heart and soul of change: What works in therapy (ss. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wiemann J. M., & Giles, H. (1988). Interpersonal communication. I M. Hewstone, W. Stroebe, J.-P. Codol & G. M. Stephenson (Eds.), Introduction to social psychology (ss. 199-221). Oxford: Basil Blackwell.

Ølgaard, B. (1991). Kommunikation og økomentale systemer. (2. utg.) Århus: Aka-demisk Forlag.
(1. utg. 1986, forlaget Ask, Århus.)