

Løsningsfokuserte allianser: Løsningsfokusert terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner

Løsningsfokusert terapi har blitt kritisert for ikke å legge vekt på den terapeutiske alliansen. Artikkelen oppsummerer funn omkring virksomme faktorer i terapi, og drøfter løsningsfokusert terapi i lys av dette.

TEKST

Dimitrij Kielland Samoilo

PUBLISERT 1. september 2007

ABSTRACT:

Solution-focused alliances: Solution-focused therapy in light of research on what works in therapeutic relationships

Solution-focused therapy (SFT) has been criticised for not paying enough attention to the therapeutic relationship, implying that the interventions used can be harmful to the therapeutic alliance. Proponents of SFT claim their approach to be a respectful way of doing therapy. Solution-focused interventions are discussed in relation to research on relationship factors which have been shown to influence outcome in psychotherapy. The solution-focused approach is presented and discussed. Many of the principles of SFT are found to be in harmony with the advice extracted from research. At the same time the approach has its limitations, and there are pitfalls to be avoided. Suggestions on what to be aware of when using solution-focused therapy are given.

Keywords: solution-focused therapy, therapeutic alliance, common factors

EMNER

Løsningsfokusert terapi

Terapeutisk allianse

Fellesfaktorer

Innledning

Forskning har gjennomgående vist at forholdet mellom terapeut og klient har stor betydning for endring i psykoterapi (Lambert & Barley, 2002). Det har derfor også blitt argumentert for å legge mindre vekt på å lære seg empirisk validerte teknikker og isteden betone fellesfaktorer i psykoterapi, deriblant den terapeutiske alliansen (Miller, Duncan & Hubble, 1997). Dynamiske modeller har forsøkt å ta denne forskningen som evidens for at en ren relasjonsorientert tilnærming er virkningsfull (Binder, Holgersen

& Nielsen, 2001). Kognitiv terapi har blitt mer relasjonsopptatt (Gilbert & Leahy, 2007; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Løsningsfokusert terapi (Berg & De Jong, 2002) har lett for å bli kritisert i denne sammenhengen. Modellen har blitt beskrevet som en av de mest manualiserte terapiformer (Oddli & Kjøs, 2002), og det har blitt uttrykt bekymring for at dette innsnevrer relasjonen, gjør den kunstig og ritualisert (Hoem, 2000). Det har også blitt hevdet at tilnærmingen fører til at terapeuten blir «*ikke-åpen og ikke-anerkjennende* hva gjelder klientens opplevelse» (Holgensen, 2000). Løsningsfokusert terapi har av kritikere blitt omtalt som en tilnærming som kan være direkte skadelig for den terapeutiske relasjonen. Eve Lip-chik (2002), en representant for den løsningsfokuserte modellen, har forsøkt å gi noen svar på denne type kritikk. Hun påpeker at løsningsfokusert terapi ikke skal være en samling av intervensjoner som anvendes på en rigid måte. Samtidig har behandlingsmanualer for løsningsfokusert terapi unektelig et visst kokebokaktig preg over seg, med en skjematisk fremstilling og styrt av klare beslutningsregler, basert på et «ekspertprogram» utviklet i et forskningsprosjekt ved Brief Family Therapy Center i Milwaukee (de Shazer, 1988).

Løsningsfokuserte intervensjoner har en bred appell og blir anvendt i forhold til et bredt spekter av kliniske problemstillinger (for en oversikt se O'Connell & Palmer, 2003). De er også beskrevet som en nyttig motvekt mot et ellers patologiserende språk innenfor psykiatriske systemer (Kolseth, 2001). Jeg har selv brukt løsningsfokuserte teknikker i mitt arbeid i psykisk helsevern, både i arbeidet med psykiske vansker og rusproblemer, og har hatt mye glede av disse. Jeg har også kommet over fallgruver, der spørsmålene har blitt misforstått eller opplevd som krenkende av klienten. Spørsmålet jeg reiser i denne artikkelen, er hvordan bruken av løsningsfokuserte metoder påvirker terapiprosessen og alliansen. Det lar seg vanskelig gjøre å behandle terapeutiske teknikker og relasjonen mellom terapeut og klient som uavhengige størrelser. Metodene som anvendes, vil virke inn på relasjonen, og det er viktig å tilpasse disse slik at de støtter en endringsfremmende relasjon. Det finnes forskning på hvilke relasjonsfaktorer som er «effektive» bidrag i terapeutiske prosesser (Norcross, 2002a). Jeg vil se på løsningsfokusert terapi i lys av denne forskningen for å finne svar på hvorvidt tilnærmingen fremmer eller hemmer en helende relasjon. Jeg vil oppsummere funn fra forskning omkring hva som er virksomme faktorer i psykoterapi, med særlig vekt på relasjonsfaktorer, og drøfte løsningsfokusert terapi i lys av dette.

Psykoterapiforskning og relasjonsfaktorer

Psykoterapifeltet har underbygget sin praksis med et empirisk fundament. For å slå fast hvilke intervensjoner som har størst effekt på spesifikke symptomer, har man tatt utgangspunkt i samme forskningsmetodikk som brukes i farmakologisk forskning, der randomiserte, kontrollerte studier er gullstandarden. Utvalget for klinisk psykologi (division 12) i den amerikanske psykologforeningen har forsøkt å lage lister over empirisk validerte intervensjoner som en guide for «riktig» psykologisk behandling (APA, Division 12 task force). Denne måten å nærme seg forståelsen av psykoterapi på

har møtt en del kritikk. Wampold (2001) hevder at forskningsresultater per i dag ikke støtter synet, at man kan finne spesifikke behandlingsformer for spesifikke lidelser, slik man gjør i somatikken. Han mener at effektene av psykoterapi ikke skyldes spesifikke tekniske prosedyrer, men snarere meningen disse tillegges av *klienten*.

Behandlingstilnæringen bør ut fra dette synet tilpasses klientens holdninger og meningsunivers, fremfor diagnostiske kriterier (Wampold, 2001).

Metaanalyser, der resultatene av effektforskningen oppsummeres, viser som regel at forskjellige dokumenterte og anerkjente terapiformer ofte har tilnærmet lik effekt, noe som har blitt kalt «the Dodo bird verdict» (Rønnestad, 2000). Dette funnet har ført til økt oppmerksomhet rundt såkalte «fellesfaktorer» i psykoterapiforskningen. Lambert og kollegaer (f.eks. Lambert & Barley, 2002) har forsøkt å estimere hvor mye henholdsvis teknikker, forventninger, relasjoner og ekstraterapeutiske faktorer bidrar til behandlingsresultater. Spesifikke teknikker fremstår i denne modellen som mindre viktige, mens klientens ressurser og den terapeutiske relasjonen får en fremtredende rolle. Det har blitt bemerket at denne måten å skille teknikker og relasjonsfaktorer fra hverandre på ikke er uproblematisk (Berge & Repål, 2004; Rønnestad, 2000), siden relasjonen ikke eksisterer uavhengig av det både terapeuten og klienten selv gjør (Norcross, 2002b). Å anvende en terapeutisk teknikk er alltid en relasjonell handling.

I psykoterapiforskningen rettes stadig flere studier inn mot hvordan de mellommenneskelige prosessene og terapeuten og klientens personlige egenskaper påvirker behandlingsresultater (Rønnestad, 2000). Det påpekes at teknikkene kan sørge for struktur og retning i samtalene, men at grunnleggende evner til å forholde seg til medmennesker kan være kjernen i god psykoterapeutisk behandling (Lambert & Barley, 2002). For å ta dette på alvor dannet psykoterapiutvalget (division 29) i den amerikanske psykologforeningen en arbeidsgruppe som satte seg som mål å finne empirisk validerte relasjonsfaktorer som kunne danne utgangspunkt for behandlingsanbefalinger, et komplement til de anbefalinger om terapeutiske teknikker som allerede forelå. Resultatet er en liste med virksomme og sannsynligvis virksomme relasjonsfaktorer (Task force division 29 steering committee, 2002). Jeg har valgt ut de faktorene fra listen som er mest relevante for min problemstilling. Faktorer som er forankret i modellspesifikke teoretiske ståsteder (f.eks. fortolkning av overføring), er utelatt. Jeg skal undersøke hvordan løsningsfokusert terapi tar vare på følgende faktorer som inngår i en terapeutisk relasjon: Arbeidsallianse og engasjement, empati, positiv anerkjennelse og ekthet/kongruens. I tillegg drøftes faktorer som bidrar til å tilpasse relasjonen til pasientens forutsetninger: Håndtering av motstand, klientens mestringsstil, forventninger til behandlingen og endringsstadier.

Forskning på relasjonsfaktorer i psykoterapi

Terapeutisk allianse og engasjement

En måte allianse defineres på i terapiforskningen, er at den består av tre deler: enighet om terapiens mål, enighet om fremgangsmåter for å nå målene og et følelsesmessig

bånd mellom behandler og klient der klienten føler seg forstått, bekreftet og verdsatt (Horvath & Rohbinder, 2002).

Det er et gjennomgående funn i terapiforskningen at styrken av den terapeutiske alliansen tidlig i behandlingsforløpet forklarer mye av endringen som skjer i psykoterapi (Horvath & Rohbinder, 2002). Denne sammenhengen er sterkest når klientens egen opplevelse av samarbeidsforholdet korreleres med hans/hennes selvrapporterte endring. Det er altså meningen klienten tillegger situasjonen, som er av betydning. Allikevel kan terapeuten bidra aktivt til å skape en allianse. Det ser ut til at terapeutens evne til å forbli åpen og tydelig i samtalen styrker alliansen. Terapeuten må også være i stand til å formidle sin forståelse av klientens situasjon på en slik måte at klienten føler seg forstått, men hva klienten opplever som empatisk forståelse, kan variere mye (Horvath & Robinder, 2002).

Individuelle forutsetninger kan også bidra til uoverensstemmelser mellom terapeutens og klientens opplevelse av alliansen (Horvath & Robinder, 2002) og empati (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Det kan dreie seg om at både terapeut og klient tar med seg noe inn i relasjonen: Begge har en bakgrunn med forskjellige typer relasjonserfaringer. De har med seg arbeidsmodeller som medfører at de forstår mellommenneskelige prosesser på sine unike måter. For eksempel kan empatiske refleksjoner rettet mot pasientens følelsesliv oppleves som invaderende og truende av noen pasienter, mens de av andre oppleves som støttende. Terapeuten kan imidlertid oppleve seg som like empatisk i begge tilfeller.

Terapeuten må altså evne å forhandle frem en felles forståelse av hva som skal være terapeutens og klientens felles prosjekt. Han/hun må kunne sette seg inn i klientens problemforståelse og forhandle frem enighet om mål og fremgangsmåter. I tillegg må det sørges for betingelser som fremmer utviklingen av et positivt følelsesmessig bånd mellom behandler og klient. Terapeuten må være årvåken for hvordan klienten fortolker terapeutens kommunikasjon, slik at han/hun tidlig kan oppdage mulige brudd i alliansen og reparere dem (Lambert & Barley, 2002).

Engasjement har i forskningen blitt operasjonalisert ved å registrere om klienten kommer tilbake etter første samtale (Tryon & Winograd, 2002). Etter en gjennomgang av relevant forskning har Tryon og Winograd (2002) formulert noen anbefalinger: Tidlig i behandlingsforløpet er det gunstig at samarbeidet baserer seg i større grad på klientens problemforståelse enn på terapeutens teoretiske utgangspunkt. Hvis klienten og terapeuten er enige om problemforståelsen i den første samtalen, øker sjansene for et engasjert samarbeid. Dette er i tråd med funn som tyder på at det virker negativt på alliansen når terapeuten tar mye styring i samtalen og forsøker å selge sin forståelse av hva som bør skje (Horvath & Rohbinder, 2002).

Terapeuten bør også tilføye noe til forståelsen – klienten blir mer engasjert etter den første samtalen hvis han/hun opplever å ha fått et nytt syn på vanskene sine, enten ved at de blir forstått ut fra et nytt perspektiv, eller ved at terapeuten har greid å tydeliggjøre aspekter ved problemene som klienten ikke var klar over. Terapeuten bør være tydelig i

sin kommunikasjon, og det lønner seg å dele egen problemforståelse i slutten av samtalen.

Klienten synes å oppleve det som positivt, og muligens også symptomdempende, når den første samtalen har ført til enighet om hva terapien skal dreie seg om. Strukturering av samtalsituasjonen og tydeliggjøring av intervensjoner ser også ut til å være gunstig, særlig når klienten er i en akutt krise. Målsettinger for behandlingen og tiltak bør likevel kunne bli gjenstand for forhandlinger gjennom hele behandlingsforløpet.

Empati

Carl Rogers mente at empati, ubetinget positiv anerkjennelse og kongruens eller ekthet var nødvendige og tilstrekkelige kjernebetingelser for god terapi (Rogers, 1957). Han vektla altså terapeutens relasjonskompetanse fremfor tekniske ferdigheter. Forskningen har siden dette frembrakt evidens for at empati er knyttet til et godt behandlingsresultat (Bohart et al., 2002).

Empati er en kompleks prosess, og det inngår minst to komponenter i begrepet (Feshbach, 1997, referert i Bohart et al. 2002): At terapeuten er i stand til å oppfatte klientens livsverden og affekt, og kommuniserer det som har blitt oppfattet tilbake til klienten. Empatiske refleksjoner innebærer alt fra bare å formidle at man har forstått korrekt, til å tydeliggjøre nivåer av klientens opplevelse som ligger implisitt i det som blir snakket om. Empatisk refleksjon handler ikke bare om å gjenta klientens ytringer, men å formidle at man har fått tak i det som er det sentrale i klientens opplevelse.

Forskningen på empati er oppsummert av Bohart og kollegaer (2002). På samme måte som ved forskningen rundt den terapeutiske alliansen er sammenhengen mellom empati og behandlingsresultat sterkest når man korrelerer klientens opplevelse av å ha blitt møtt empatisk og klientens selvrapporterte endring. Også her er altså klientens forståelse av hva som skjer, mer betydningsfull enn terapeutens.

Bohart et al. (2002) foreslår flere måter empati kan bli en virksom faktor i psykoterapi på. Å føle seg forstått kan øke klientens tilfredshet med og vilje til samarbeid. Å bli møtt empatisk kan også øke klientens trygghetsfølelse, noe som gjør det lettere å snakke om det som er vanskelig og konfliktfyllt. I tillegg kan det å bli møtt empatisk innebære en korrigerende relasjonserfaring for klienten. Den kan bryte følelser av isolasjon, og gi klienten opplevelsen av å fortjene respekt og anerkjennelse. Empati kan medføre en fornemmelse av at egne følelser og reaksjoner er forståelige, og på denne måten oppleves de som mindre truende. I forskningen har man også funnet at empatisk forståelse fremmer så vel kognitiv som affektiv prosessering – det betyr at det å føle seg forstått kan hjelpe klienten til å tenke klarere og åpne opp for en større grad av refleksjon omkring egne vansker. Bohart og Tallman (1999) mener at det i hovedsak er klientens ressurser og evne til selvhelbredelse som fører til et godt resultat i psykoterapi. Empati kan bidra til å gi klienten tilgang til sine ressurser.

Terapeuter som er oppmerksomme på detaljer i klientens historier, ikke er dømmende i sin holdning og viser at det er rom for å snakke om alle typer temaer, oppleves som

empatiske. Det å være opptatt av å forstå klientens mål, intensjoner og verdier ser også ut til å fremme en følelse av å ha blitt forstått. Terapeuter som avbryter hyppig i samtalen, ikke opprettholder øyekontakt og forsøker å overbevise klienten om sin egen forståelse fremfor å ta utgangspunkt i klientens verdenssyn, oppleves derimot som uempatiske (Bohart et al., 2002).

Positiv anerkjennelse

Sannsynligvis er klientens opplevelse av å bli verdsatt av sin behandler knyttet til behandlingsresultatet (Farber & Lane, 2002). Det er grunn til å tro at positiv anerkjennelse i det minste fasiliterer andre intervensjoner, mens det i enkelte tilfeller kan være en intervensjon i seg selv. En indre overbevisning av å bli likt av sin terapeut kan være støttende i perioder med psykisk press. Klienten bør oppleve en omsorgsfull, respektfull og positiv holdning som bekrefter hans eller hennes grunnleggende verdi og selvfølelse.

Ekthet/kongruens

Terapeutens evne til å være seg selv i terapirelasjonen krever både at terapeuten er i kontakt med sin egen indre opplevelse, og at han/hun kan dele noe av dette med klienten. Det innebærer å tillate seg å bli følelsmessig påvirket av klientens atferd og kunne dele noen av disse erfaringene med klienten hvis dette blir et tema, for eksempel når klienten spør om det direkte. Terapeuten må ikke bli defensiv og føre klienten bak lyset hva egne reaksjoner angår. Isteden kan han/hun være en modell for at det er mulig å være til stede i, og ærlig om, sin egen opplevelse.

Studier av denne dimensjonen har blandede resultater når det gjelder å vise en direkte sammenheng med effektmålinger, men en finner støtte for ekthet som en viktig dimensjon i hva som oppfattes som en slitesterk terapeutisk allianse (Klein, Kolden, Michels & Chrisholm-Stockard, 2002). Det er mulig at terapeutens ekthet som person bidrar direkte til behandlingsresultater gjennom å fremkalle positiv affekt, fremme tilknytning og tilby en korrigerende relasjonserfaring, mens den indirekte kan mediere påvirkningskraften av andre intervensjoner (Klein et al., 2002, s. 210).

Forskning om måter å tilpasse relasjonen til klientens forutsetninger på

Klientens egne forutsetninger og ressurser har stor innvirkning på behandlingsresultatet. Forskning på motstand, mestringsstil, forventninger og endringsstadier har munnet ut i klare anbefalinger om hvordan relasjonen kan tilpasses.

Motstand

Motstand har i et psykodynamisk perspektiv blitt sett på som en uunngåelig del av behandlingen. Den har blitt ansett for å være uttrykk for intrapsykiske konflikter som krever bearbeiding (Beutler, Moleiro & Talabi, 2002). I et sosialpsykologisk perspektiv har motstand blitt reformulert som «psykologisk reaktans» – en allmennmenneskelig

måte å reagere på når man blir utsatt for påvirkningsforsøk og opplever seg innskrenket i sin egen valgfrihet (Beutler et al., 2002).

Siden individer varierer i hvor lett de reagerer med motstand, har man sett på hvordan motstandsberedskap og behandlingsstilnærming interagerer. Etter en gjennomgang av den tilgjengelige forskningen konkluderer Beutler et al. (2002) med at psykoterapi fungerer best når terapeuten kan finne måter å minske motstandsfenomener på. Motstand forstås som en i utgangspunktet normal reaksjon på stress og påvirkningsforsøk, og terapeuten bør tilpasse seg motstanden klienten viser i behandlingen. En generell måte å reagere på motstand på er å bekrefte klientens følelsesmessige reaksjon, ta opp direkte det som foregår, og være åpen for å reforhandle behandlingskontrakten med utgangspunkt i dette. Klienter som har høy motstand, vil ha bedre utbytte av klientsentrerte tilnærminger der de har mye kontroll, enn av tilnærminger der det gis direkte råd og direktiver. Det motsatte gjelder klienter som er mer føyelige, og som kan ha god utbytte av en direktiv tilnærming. Ved siden av det å «legge seg flat» og overlate styringen til klienten, har også paradoksale intervensjoner, der klientens motstand blir brukt mot dem selv, vist seg som nyttige for klienter som viser mye motstand.

Mestringsstil

Mestringsstil defineres som den måten klienten typisk reagerer på belastninger på. Man skiller grovt mellom internaliserende mestring (for eksempel selvkritikk eller engstelse) og eksternaliserende mestring (for eksempel handlinger eller utagering). En kan tjene på å velge et behandlingsfokus som er i tråd med klientens mestringsstil. Klienter som har et eksternaliserende fokus, ser ut til å ha større nytte av problemløsning og ferdighetstrening, mens klienter med en internaliserende stil kan ha godt utbytte av innsiktsorienterte og bevisstgjørende samtaler (Beutler, Harwood, Alimohamed & Malik, 2002). Med andre ord lønner det seg å ha sitt eget blikk rettet mot samme sted som klientens.

Forventninger til behandlingen

Det ser ut til at klientens forventninger til hvorvidt behandlingen vil ha effekt, er en av de viktigste faktorene når det gjelder å predikere endring (Arnzoff, Glass & Shapiro, 2002). Det anbefales derfor at terapeuter bestreber seg på å øke klientens behandlingsoptimisme og tro på endring. Arnzoff og kollegaer (2002) anbefaler at man ikke lover altfor store endringer tidlig i behandlingen, men hjelper klienten med å se små endringer som tegn på at terapi hjelper. En bør formidle optimisme uten å bli urealistisk. Mye av fremgangen i behandlingen er knyttet til terapeutens evne til å styrke positive forventninger, opptre kompetent og gi ros og bekreftelse på endringer som klienten har fått til. Hvis klienten i utgangspunktet er skeptisk, bør en forsøke å vise at terapi virker, fremfor å forsøke å overtale klienten – da vil klienten komme i en posisjon der han eller hun må innrømme å ha tatt feil, noe som er uheldig for behandlingsrelasjonen.

Endringsstadier og motivasjon

Med utgangspunkt i forskning på naturlige endringsprosesser anbefaler Prochaska og Norcross (2002) å ta hensyn til hvor klienter befinner seg i sin egen endringsprosess når man planlegger behandlingen. De anslår at kun 10 til 20 prosent av klientene er i en fase der de er klare for atferdsendring, og som da vil kunne nyttiggjøre seg konkrete råd og handlingsrettet terapi. Det store flertallet av klientene en møter i sin kliniske hverdag, er enten i føroverveielsesfasen (50 til 60 prosent), der egne vansker ikke er erkjent og ulempene med en atferdsendring ser ut til å være større enn fordelene, eller overveielsesfasen (30 til 40 prosent), der vanskene erkjennes, men der ambivalensen til endring er stor og troen på at man makter en endring er sviktende. Hvis man møter klienter med krav om endring når de ikke er kommet så langt i sin egen endringsprosess, påfører man dem nederlagsopplevelser som ofte fører til at de faller ut av behandlingen. Å hjelpe klienter å bevege seg fra ett endringsstadium til et annet, selv om de ennå ikke foretar atferdsendringer, kan være et verdifullt mål for terapien. Terapeuten vurderer hva klienten har behov for, for eksempel øket bevissthet om «prisen» en betaler for sin atferd fremfor forslag om endring og mestringsstrategier, og tilpasser sine mål for terapien etter dette, slik at man unngår «mismatch».

Med forskningen om relasjonsfaktorer som bakteppe vil jeg nå ta for meg den løsningsfokuserte behandlingstilnærmingen. Jeg vil først presentere selve modellen, for deretter å vurdere hvorvidt dens teknikker og filosofi er i tråd med anbefalingene, eller om den er skadelig for relasjonen, slik kritikere har hevdet.

Den løsningsfokuserte tilnærmingen

Løsningsfokusert terapi forsøker å bistå klienter med å løse sine problemer ved å fokusere på deres *ressurser*. Istedenfor å undersøke problematiske mønstre og kartlegge manglende ferdigheter forsøker terapeuten å belyse *mestrings- og problemløsningsmønstre* som allerede er i klientens handlingsrepertoar. Terapiformen har sine røtter i strategisk familierapi, og ble i sin opprinnelige form utviklet av Steve de Shazer, Insoo Kim Berg og kollegaer, på bakgrunn av nøye granskning av hva som så ut til å skape endring i terapeutiske samtaler (Berg & De Jong, 2002).

Forskningsarbeidet som ligger til grunn, er beskrevet av De Shazer (1988). Modellen har blitt svært populær og har blitt anvendt for et vidt spekter av problemstillinger som rusbehandling (Berg & Miller, 2002; Berg & Reuss, 1998; Hanton, 2003), arbeid med traumer og seksuelle overgrep (Darmody, 2003; Dolan, 1991; O'Hanlon & Bertolino, 1998), voldsproblematikk (Rombach, 2003), gruppebehandling (Metcalf, 1998; Sherry, 2001) og behandling av alvorlige psykiske lidelser (O'Hanlon & Rowan, 2003), deriblant behandling av psykoser (Hawkes, 2003). Teknikkene har i noen grad blitt tilpasset og integrert med andre tilnærminger, men grunnholdningen har stort sett forblitt uendret. I behandling av traumer har historiefortelling fått en noe større plass i samtalene, og relasjonen blir i større grad vektlagt (Dolan, 1991). Jeg skal i den følgende beskrivelsen av modellen i all hovedsak ta utgangspunkt i den opprinnelige modellen slik den er beskrevet i Berg og De Jong (2002).

Den løsningsfokuserte samtalen

En løsningsfokusert samtale er organisert rundt to hovedaktiviteter: Å utvikle velformulerte målsettinger som tar utgangspunkt i klientens virkelighet og referanseramme, og å utvikle løsninger med utgangspunkt i unntak fra problemet slik de allerede forekommer i klientens liv. Det er kjennetegnende for modellen at det vies så lite tid og oppmerksomhet til beskrivelsen av problemmønstre som mulig. Den tiden som brukes på såkalt «problemsnakk», bestemmes i all hovedsak av hvor mye tid klienten ser ut til å trenge til å uttrykke dette, mens det ikke anses som viktig for å kunne drive terapi. Berg og De Jong (2002) foreslår at terapeuten skal lytte respektfullt til klientens fremstilling, mens han eller hun forsøker å finne en åpning til å vri samtalen over på «løsningsnakk». I stedet for å ta utgangspunkt i en grundig problemforståelse legges det vekt på en grundig forståelse av klientens mål for terapien. Løsninger utvikles med bakgrunn i dette. Mye av tiden brukes til å hjelpe klienten til å skape et mest mulig detaljert bilde av en ønsket fremtid der problemet ikke lenger eksisterer. Til dette har tradisjonen utviklet spørsmål som terapeuten skal stille. Det best kjente av disse er «mirakelspørsmålet», der klienten blir hjulpet til å forestille seg en hverdag hvor problemet har blitt løst på magisk vis.

Et eksempel fra egen praksis kan være en samtale med en ung kvinne med en spiseforstyrrelse. For å bli enig om behandlingsmål ble det tatt utgangspunkt i hennes ønske om å gå ned i vekt.

T: Så, hva er din «match-vekt», hvor mye lettere har du lyst til å bli?

P: Jeg tenkte 65 kilo før. Men nå veier jeg jo mindre enn det. Jeg har lyst til å bli enda litt tynnere. Kanskje 55.

T: Hmm. Hva ser du for deg vil være annerledes når du har nådd 55 kilo?

P: Da kan jeg kanskje slappe av. Da kan jeg være litt spontan, og ikke alt trenger å bli planlagt så nøye.

T: Hvordan det?

P: Da trenger jeg ikke tenke så mye på mat hele tiden. Nå tenker jeg på det hele tiden.

T: La oss si at det skjer et mirakel i natt, mens du sover, og i morgen når du våkner, så er problemet som fører deg hit, løst. Hvordan vil du merke det i morgen tidlig? Hva vil være annerledes?

P: Da vil jeg kanskje spise frokost og ikke tenke noe mer over det. Da vil jeg vel tenke, det var godt, og så gå på jobb.

T: Når dette skjer, hvordan vil da resten av dagen din bli?

P: Det vil være litt lettere å bli med på noe sammen med en venninne. Da kan jeg bare si, ja la oss møtes om en time. Det vil også bli lettere å møte gutter igjen, fordi jeg ikke trenger å planlegge rundt måltider så mye. Jeg vil se i speilet og være fornøyd med meg selv.

(Dette blir en lengre samtale rundt alle områder i hverdagen der hun vil merke endringer fordi tankene om å måtte slanke seg har sluppet taket)

T: Det høres veldig slitsomt ut, med alle disse tankene og all den planleggingen. Det høres ut som om du ville føle deg friere etter dette mirakelet.

P: Ja, det ville vært en befrielse.

(Når det har blitt kartlagt hva klienten ønsker å forandre i livet sitt, blir prosjektet å undersøke nøye når og hvor det allerede finnes unntak, og hva som er forskjellig når problemet ikke oppstår eller er mindre dominerende.)

T: Når var det du sist opplevde deg litt friere fra alle disse tankene rundt mat?

P: Det var lettere når jeg var sammen med Atle. Da tenkte jeg ikke så mye på det. Da spiste jeg også litt mer. Og slappet mer av.

T: Hmm. La oss se litt på det. Hva var annerledes når du var sammen med Atle?

Den informasjonen som har blitt samlet inn, brukes i slutten av samtalen til å formulere en tilbakemelding til klienten. Tilbakemeldingen består gjerne av komplimenter og støtte for det klienten allerede gjør som går i riktig retning, og av noen anbefalinger om hva klienten kan eksperimentere med. Ofte vil disse anbefalingene dreie seg om å gjøre mer av det som fungerer, gjøre noe annet når problemmønsteret oppstår, eller å eksperimentere med atferd som er del av klientens fremtidsbilde. Tilbakemeldingen er også en anledning til å reformulere noe av problemforståelsen og normalisere noen av klientens reaksjoner. Etter den første samtalen vil fokus for videre møter være å se på og forsterke de endringene som har skjedd siden sist, se på klientens rolle i endringene og hjelpe klienten til å utvikle strategier som gjør ham/henne i stand til å vedlikeholde fremgangen. Siden endringer mellom timene er et sentralt tema i samtalen, foreslår Berg og De Jong (2002) å begynne alle samtaler etter den første med spørsmålet «Hva har blitt bedre?».

Kunde, klager, besøkende

Gruppen rundt Steve de Shazer og Insoo Kim Berg har forsøkt å la sine intervensjoner bli guidet av en vurdering av relasjonen som utvikler seg mellom terapeut og klient. De har gruppert samspillene i tre grupper relasjoner: kunderelasjon, klagerrelasjon og besøkenderelasjon (Berg & De Jong, 2002). En *kunderelasjon* oppstår når klienten har en klar bestilling, klare mål og en klar forestilling om sitt eget bidrag når det gjelder å finne en løsning. En *klagerrelasjon* foreligger når klienten opplever å ha et problem, men ikke ser at han/hun selv kan bidra med noe for å løse problemet. Fokus vil isteden ofte være på hvordan andre bør endre seg for å lette situasjonen. Relasjonen vil da få preg av at klienten «klager», uten at det umiddelbart blir mulig å bli enig om et terapeutisk prosjekt. I en *besøkenderelasjon* opplever ikke klienten selv å ha et problem, og kommer som regel til samtalen fordi noen har sendt ham eller henne. De Jong og Berg (2002) påpeker at det her dreier seg om relasjonstyper og ikke stabile egenskaper hos klienten, og at målet er å finne frem til det klienten er «kunde» på.

Forskning på løsningsfokusert terapi

Det er gjort undersøkelser for å finne empirisk støtte for modellen, og Gingerich og Eisengart (2000) og Macdonald (2003) har gjennomgått disse. Det finnes så langt en del studier hvor løsningsfokusert terapi sammenlignes med andre modeller, men det henvises til kun én undersøkelse med randomisert kontrollgruppedesign. Et flertall av studiene har evaluert effekt av behandling, men uten å sammenligne med andre empirisk validerte metoder. Til tross for store metodiske svakheter er den foreløpige konklusjonen at modellen virker lovende. Det er imidlertid ikke mulig å trekke noen konklusjon om hvorvidt det er modellens spesifikke ingredienser som har hatt effekt, eller om resultater kan forklares med terapeutiske fellesfaktorer.

I etterkant av disse gjennomgangene har det kommet noen flere randomiserte studier, deriblant en stor studie i Finland som sammenligner løsningsfokusert terapi med psykodynamisk korttidsterapi. Konklusjonen av denne undersøkelsen er at begge terapiformer er virksomme i behandling av angst og depresjon. Man fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom de to terapiformene når det gjaldt bedring i symptomer og funksjonsnivå (Knekt & Lindfors, 2004).

Gullgruver og fallgruver - en drøfting

Hvordan fremstår så løsningsfokusert terapi i lys av forskningen om virksomme relasjonsfaktorer? Er metoden og intervensjonene til hjelp eller skade for relasjonen? Jeg skal nå drøfte løsningsfokusert terapi med utgangspunkt i den tidligere nevnte forskningen om virksomme relasjonelle faktorer i psykoterapi.

Terapeutisk allianse og engasjement

Siden alliansen defineres gjennom enighet om mål og metoder, i tillegg til et emosjonelt bånd, bør behandler og klient være samkjørte om mål og tiltak tidlig i behandlingsforløpet. Det viser seg også som sentralt at det formidles at intervensjoner kan reforhandles, og at de tilpasses klientens muligheter og begrensninger (Horvath & Robinder, 2002). Løsningsfokusert terapi har en klar styrke her. Modellen er klientsentrert i den forstand at behandlingen alltid tar utgangspunkt i klientens mål, hans eller hennes virkelighetsforståelse, ressurser og tidligere løsninger. Enhver klient er unik, og hva som er mulige løsninger, er avhengig av den enkeltes livssituasjon, arv og tidligere sosiale utvikling (Lipchik, 2002, s. 14–15). Siden dette er informasjon som kun klienten har tilgang til, må terapeuten innta en «ikke-vite posisjon» (Anderson & Goolishian, 1992) i behandlingen og planlegge intervensjoner ut fra klientens forståelsesramme. Dette står i kontrast til mer teoridrevne metoder, der klienten må sosialiseres inn i terapeutenes forståelse av menneskelige problemer.

Hovedformålet i den første samtalen er alltid å få til et felles prosjekt omkring klientens mål, og å finne noe som klienten er i stand til og villig til å gjøre annerledes. Å finne noe konkret som klienten kan gjøre for å endre sin situasjon, vil være med på å formidle håp tidlig i behandlingsforløpet, noe som styrker arbeidsalliansen.

Mange av intervensjonene er rettet mot nettopp å få til et samarbeidsforhold og engasjere klienten i behandlingen – det som i løsningsfokuset terminologi benevnes som kunderelasjon. Berg (1994) omtaler løsningsfokuset terapi som en måte for å hjelpe klienten til å utvikle sin egen behandlingsplan. I en vellykket samtale vil det være klienten som setter ord på både behandlingsmål og tiltak som er nødvendige for å komme dit. Terapeuten følger klienten i dette. Siden man følger klienten, unngår man i stor grad uenigheter om hvordan problemet bør defineres og hva som bør være mål for behandlingen, slik det kan forekomme i modeller der klienten først må læres opp i terapeuten tenkning for å forstå hva som «egentlig» foregår, og hva som ifølge terapeuten teori er et verdig behandlingsmål. I stedet for å undersøke på hvilken måte klienten avviker fra en teoretisk forståelse av normalitet som terapeuten er ekspert på, formidles det at man er opptatt av hva som for klienten vil være et tilfredsstillende behandlingsresultat. Å ta utgangspunkt i klientens problemforståelse anses å være gunstig for å skape engasjement tidlig i en terapiprosess (Tryon & Winograd, 2002).

En faktor som er styrkende for arbeidsalliansen, og som muligens er kurativ i seg selv, er at det formidles en følelse av håp og positiv forventning gjennom samtalen (Horvath & Robinder, 2002). Dette er et område som vektlegges sterkt i løsningsfokuset terapi. I samtalen blir det forsøkt å fremme en positiv forventning ved å hjelpe klienten til å klargjøre målsettinger og finne noe han/hun allerede er i stand til å gjøre for å sette i gang endringer. Et viktig mål for terapeuten er også å endre klientens selvforståelse, fra å se på seg selv som hjelpeløs og fastlåst til å se på seg selv som en som allerede gjør hensiktsmessige ting og allerede er i gang med endringer.

Intervensjonene kan altså bidra til å utvikle en god allianse tidlig i terapiprosessen, og til å engasjere pasienten i et samarbeidsprosjekt. Den tydelige strukturen i samtalen kan dessuten skape trygghet for klienter med et høyt angstnivå. Terapeuten oppfordres til en «ikke-vitende» holdning slik at han/hun kan være lydhør for pasientens virkelighetsforståelse. Samtidig kan en «ikke-vitende» terapeutisk holdning også ha sine begrensninger. En klient som har et sterkt ønske om kyndig eksperthjelp, vil kunne oppleve det å bli møtt med en slik holdning som tilbakeholdenhet og fravær av tydelig veiledning. Også iveren etter å formulere klare, atferdsrettede mål tidlig kan bli til en fallgrube. Selv om den uttalte hensikten er å følge klienten, er terapeuten aktivt utvelgende i hvilken type informasjon som blir vektlagt. Når man ved bruk av intervensjoner som mirakelspørsmålet blir enig om mål, formidler man samtidig tydelig hva det er rom for å snakke om (målbare endringer, mestring, noe man kan gjøre), og hva som *ikke* er hensiktsmessig å ta opp. Siden videre samtaler fortsetter å ha fokus på endringer mellom timene, kan det være vanskelig for klienten å føle at det er åpenhet for å reforhandle målsettinger underveis i behandlingen. Det er derfor en viss fare for at det klienten «egentlig» kom for å snakke om, aldri blir et tema i behandlingen. Alliansen kan her bli truet.

Forhandle om alliansebrudd

Siden arbeidsalliansen har en så stor betydning i terapiprosesser, er det viktig at terapeuten er oppmerksom på styrken på den og eventuelle brudd i den. Det å formidle til klienten at det er lov å uttrykke negative følelser overfor terapeuten og finne måter å forhandle alliansebrudd på, blir ansett som sentralt (Lambert & Barley, 2002). Ut fra en mer dynamisk forståelse har det også blitt forsøkt å manualisere tilnærminger til å reparere brudd i arbeidsalliansen (for eksempel Safran & Muran, 2000). En tenker seg at det å kunne oppklare misforståelser og snakke direkte om opplevde krenkelser kan være en viktig læring for klienten og dermed i seg selv terapeutisk (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). Det er en svakhet i den løsningsfokuserede terapimodellen at den ikke tilbyr noen gode måter å forholde seg til brudd i arbeidsalliansen på. Modellen beskrives gjerne i en idealform der terapeuten er så snedig at han/hun ikke kommer i situasjonen der alliansen trues – spørsmålene er jo nettopp laget for å unngå uenigheter og motstands fenomener. I virkeligheten vil det imidlertid oppstå brudd og situasjoner der klienten føler seg misforstått, og i verste fall reagerer med å avbryte terapien.

Å snakke om relasjonen og det som skjer mellom klient og terapeut her og nå, er i utgangspunktet ikke del av den løsningsfokuserede modellen. Når man bruker løsningsfokuseret terapi, er det derfor viktig at man ikke blir så fanget i «nyttige spørsmål» at man mister åpenheten til å fange opp signaler på alliansebrudd. Det kan hende at en slik varhet er særlig viktig i en behandlingsmodell som denne, der relasjonen ikke står i fokus for behandlingen.

Løsningsfokuserede spørsmål vil kunne brukes til å håndtere brudd i alliansen. Man kunne tenke seg å stille spørsmål som: «Hva må bli annerledes i samtalene våre for at du skal føle at dette blir til nytte?» «Hvordan vil du vite at du har blitt tryggere på meg? Hva vil være annerledes da? Er det noe jeg kan gjøre annerledes?» Scott Miller, som har vært del av Milwaukee-gruppen, har også begynt å formalisere måter å fange opp brudd i alliansen på, og gjør det å ta opp dette med klienten til en fast del av hver samtale, men uten å måtte forlate en grunnleggende løsningsorientering (Duncan & Miller, 2000). Allikevel blir samtalen rundt samarbeidet ikke sentralt for terapien, og en kan si at løsningsfokuseret terapi dermed ikke helt utnytter kraften som ligger i den terapeutiske relasjonen som endringsagent.

Empati

Løsningsfokuserede modeller er orientert mot å finne unntak og se etter løsninger fort. De er i liten grad rettet mot en utforskning av følelsesmessige opplevelser. Dette kan bli tolket dit hen at man ikke er opptatt av å forstå klientens indre verden.

Løsningsfokuseret terapi liker å se på seg som en «minimalistisk» tilnærming til terapi, der «nyttige spørsmål» guider terapiprosessen. Disse kan brukes fleksibelt, som et navigasjonskart som hele tiden må tilpasses det terapeutiske terrenget man beveger seg i. Faren er imidlertid at terapeuten begynner å bruke intervensjonene på en rigid måte. Opptattheten av å fremheve løsninger og unntak, og instruksjonen om å defokusere fra «problemsnakk», kan i verste fall føre til at terapeuten stenger av for deler av klientens opplevelse, noe som kan oppleves krenkende for klienten. Hvis hovedpoenget blir å få

til løsningsnakk tidligst mulig, finne unntak raskt og «tvinge» klienten til å se etter noe positivt, vil utfallet være avhengig av en god match mellom klientens ståsted og terapeutens tilnærming. Terapeuten har da også forlatt sin ateoretiske «ikke-viteposisjon» og kommet i en posisjon der han eller hun likevel vet best hvordan problemer skal løses – nemlig gjennom å snakke om løsninger og ikke om problemer. Hvis det i klientens virkelighetsforståelse er slik at problemer løses gjennom å snakke nøye om dem, vil forskjellen i klientens og terapeutens «endringsteorier» (Duncan & Miller, 2000) kunne føre til opplevelsen av empatisk svikt.

Forskningen på empati viser at det er viktig å oppleve at terapeuten er åpen for å drøfte alle typer temaer i samtalen (Bohart et al., 2002). Løsningsfokuserte teknikker kan noen ganger forføre terapeuten til å utelukke emner for fort. Dette problemet blir særlig tydelig med tanke på instruksjonen om å begynne alle oppfølgingsamtaler med spørsmålet: «Hva har blitt bedre?». Dette spørsmålet formidler åpenbart hva terapeuten er opptatt av, og hva som *ikke* skal være gjenstand for samtalen. Dersom det har vært bedringer som klienten er opptatt av å fortelle om, vil ikke dette skape problemer. Hvis klienten imidlertid ikke har opplevd bedring, men kommer i en situasjon der terapeuten fortsetter å se etter om endringer *likevel* har forekommet, er det fare for at klienten ikke opplever seg forstått.

Dersom man som terapeut ser det som sin hovedoppgave å virkelig forstå hva klienten vil få ut av behandlingen, og hva slags ønsker og lengsler klienten har for sin egen fremtid, kan en løsningsfokusert holdning likevel være en respektfull måte å lytte på. Klienten kan da oppleve å være den som veileder terapeuten. Samtalemotoden kan brukes på en støttende, forstående og åpen måte som oppleves som godt og empatisk for klienten. Det er en viktig del av en løsningsfokusert samtale å ikke bare stille de rette spørsmålene, men også følge disse opp, utdype og undersøke meningen som ligger i svarene. Å undersøke hva det vil bety for klienten å få til de endringene han/hun ønsker seg, kan åpne en dør til pasientens indre verden. Man kan på denne måten komme tett inn på klientene og få en forståelse av deres opplevelsesverden. Terapeutens nysgjerrige holdning og opptatthet av detaljerte beskrivelser kan bli opplevd som empatisk.

Det sentrale poenget er at løsningsfokuserte teknikker ikke kan være en erstatning for empatisk forståelse. Å skape en relasjon der klienten føler seg møtt empatisk, må ha høy prioritet. Terapeutens forståelse av klienten, og varheten for hvordan klienten mottar spørsmålene, bør være en rettesnor for terapeutens videre intervensjoner. Å kunne ha denne følsomheten krever at terapeuten selv har god affekttilgang. Denne typen ferdighet er svært lite omtalt i løsningsfokusert litteratur, og man kan lett få inntrykk av at empati ikke anses som en viktig terapeutegenskap. Et unntak er Lipchiks (2002) drøfting av «dual-track-thinking», som nettopp omtaler noe av dette – at terapeuten hele tiden må være var for klientens reaksjoner på spørsmålene som stilles, og ha evne til å regulere rytme og tempo i samtalen for å øke klientens opplevelse av trygghet i relasjonen. Viktigheten av empati tydeliggjør at terapeuten trenger en kompetanse som går utover det å beherske et knippe samtaleteknikker. Dette har dessverre ikke i stor nok grad blitt klargjort innenfor den løsningsfokuserte tradisjonen.

Ubetinget positiv anerkjennelse

Sannsynligvis er klientens opplevelse av å bli verdsatt av sin behandler positivt forbundet med behandlingsresultatet (Farber & Lane, 2002). I løsningsfokusert terapi blir det å lete etter positive egenskaper ved klienten og speile dem tilbake til ham eller henne ansett som en sentral intervensjon. Dette skjer ved direkte ros og bekreftelse, og indirekte ved spørsmål som impliserer styrker: «Jeg lurer på hvordan du fikk til dette? Hva ga deg ideen til å gjøre dette? Hva sier det om deg som person, om dine sterke sider og ressurser?» Dette er en intervensjon som ikke bare virker på klienten. På samme måte som klientens syn på seg selv endres gjennom å rette oppmerksomheten mot de sidene som er mestrende og ressursrike, vil også terapeutens syn på klienten kunne endres gjennom et slikt fokus – å ha som prosjekt å lete etter positive sider ved klienten vil gi terapeuten mer materiale å basere egne positive følelser for klienten på.

Fallgruven kan være at klienten kan komme i en posisjon der han/hun kan være «flink» og gjøre terapeuten fornøyd, eller han/hun kan skuffe terapeuten. Denne dreiningen kan bli ytterligere forsterket hvis terapeuten er ivrig løsningsfokusert og kun opptatt av positive endringer mellom timene – slik som det jo faktisk foreskrives i løsningsfokuserede manualer (Berg & DeJong, 2002). Klienten kan komme til å oppfatte terapeutens tilnærming slik at det ikke er ønskelig å snakke om hendelser som er vanskelige, eller om handlinger som ikke fungerer så bra – kanskje i redsel for å miste terapeutens positive anerkjennelse. En slik situasjon er uheldig, siden validering av klientens subjektive opplevelse er en viktig komponent i enhver terapirelasjon.

En viktig del av løsningsfokusert metodikk er å gjøre behandlingsmålene så konkrete og atferdsrettede som mulig. Som svar på mirakelspørsmålet kan klienten for eksempel si: «Ja, da vil jeg vel føle meg bedre. Jeg vil være glad når jeg våkner.» Terapeuten vil da utdype og spørre: «Og når du er glad når du våkner, hvordan blir dagen din? Hva legger andre merke til at du gjør som forteller dem at du er glad?» Formålet er å skape et rikt bilde av en ønsket fremtid, der en fremhever atferdsendringer som klienten har kontroll over. Mange klienter opplever dette som nyttig og setter pris på spørsmålene. Samtidig kan spørsmålene også oppfattes som krav. Hvis klienten ikke mestrer det å svare på slike spørsmål så godt, er det en fare for at terapeutens oppfølgingsspørsmål formidler at svarene klienten gir, ikke er «gode nok» for terapeuten. Opplevelsen av å bli godtatt og lyttet til uten betingelser går tapt.

Det klienten kan fanges i, kan også bli en felle for terapeuten. Løsningsfokusert terapi er en morsom og oppløftende metode når klienten nyttiggjør seg den fort, kommer i en «kunderelasjon» og viser raske endringer. Det er da lett å ha et positivt syn på klienten. I virkeligheten har imidlertid ikke alle klienter like lett for å endre seg, og man vil kunne bli sittende med en klient over tid uten å komme ut av en «klagerelasjon». Til tross for alle positive intensjoner og et løsningsfokusert utgangspunkt vil terapeuten kunne oppleve frustrasjon, bli sint på eller bli «lei av» klienten. Hvis terapeuten da iherdig fortsetter å se etter løsninger og sterke sider, og dermed, kanskje utilsiktet, formidler at han/hun ikke orker å høre på klientens «syting», vil alliansen bli skjør. Man har da kommet i en situasjon der det ikke blir formidlet (og antakelig ikke følt) ubetinget

positiv anerkjennelse, selv om man i ord kan fortsette å formidle direkte og indirekte ros. Dette går også på bekostningen av terapeutens ekthet.

Ekthet

Terapeutens evne til å være seg selv i terapirelasjonen vektlegges også i relasjonsforskningen (Klein et al., 2002). Det kan til tider være en utfordring å ivareta denne dimensjonen i løsningsfokuset terapi. Modellens sterke manualisering, og den formelaktige fremstillingen av intervensjonene, kan være uheldig. Jeg oppfatter lærebøker i løsningsfokuset terapi slik at det forsøkes å gi et mest mulig konkret bilde av hva som blir sagt og gjort under behandlingen. Prøver man imidlertid å følge oppskriftene slavisk, vil dette føre til at også følelsesmessige reaksjoner er foreskrevet på forhånd. Når terapeuten blir veldig opptatt av å stille de rette spørsmålene fremfor å være til stede for klienten, blir det lite rom for spontanitet og ekthet i relasjonen. Samtalene kan isteden få det ritualiserte preget de har blitt kritisert for (Hoem, 2000). Dette er uheldig, siden intervensjonenes kraft nok vil svekkes når det som sies, ikke virkelig er ment. Når spørsmål som: «Hvordan fikk du til dette?» blir til en automatisert frase som terapeuten lirer av seg med jevne mellomrom, vil det neppe ha samme nytten som når det motiveres av ekte nysgjerrighet. Det er derfor viktigere at terapeuten er overbevist om den løsningsfokusede behandlingsfilosofien og grunnholdningen som modellen tar utgangspunkt i, fremfor å være opptatt av å stille de rette spørsmålene.

En annen utfordring er hvordan terapeuten skal forholde seg til negative følelser overfor klienten. Det er i utgangspunktet ikke en del av modellen å dele egne opplevelser og følelser med klienten. I tillegg legges det vekt på å oppdage positive og sterke sider, og nedtoning av problemsnakk. Å tematisere problematiske følelser kan virke «forbudt» i løsningsfokuset terapi. Det forekommer imidlertid at klientene vil kommentere eller spørre om terapeutens opplevelse – personen kan være opptatt av om terapeuten var sint, skuffet eller frustrert. I et forsøk på å være gjennomført løsningsfokuset kan det plutselig virke «feil» for terapeuten å vedkjenne seg slike følelser. Dette kan skape avstand, og terapirelasjonen kan få et gjennomført uekte preg. I verste fall kan det føre til samtaler der både klient og behandler vet hva som forventes av «verbalt materiale» i timen, mens det aldri blir snakket om det som er vesentlig.

Å tilpasse behandlingen til klientens forutsetninger

I tillegg til relasjonsfaktorer har forskning om hvordan relasjonen kan tilpasses klientens forutsetninger, blitt drøftet tidligere. Hvordan forholder løsningsfokuset terapi seg til motstand, forventninger, endringsstadier og mestringsstil?

Som tidligere nevnt forsøker terapeuten innenfor den løsningsfokusede retningen å følge klienten og unngå motstands fenomener. I litteraturen beskrives det hvordan man kan forholde seg til klienter som ikke kommer til behandling frivillig, og som derfor har en øket motstandsberedskap (Berg & De Jong, 2002). I tråd med det som ut fra forskningen (Beutler, Moleiri & Talabi, 2002) ser ut til å være hensiktsmessig, bruker man strategier for å unngå motstands fenomener og psykologisk reaktans, fremfor å bli

konfronterende. Det er en sentral del av behandlingsfilosofien å «gå med» pasientens motstand.

En annen viktig del av behandlingsfilosofien er en grunnleggende tro på at klienten har de ressursene som er nødvendige til å løse hans/hennes problemer (Berg & De Jong, 2002). Dette passer godt til det som anbefales når det gjelder klientens forventninger til behandlingen (Arntzhoff et al., 2002). Anbefalingene er å formidle optimisme og hjelpe klienten til å se små endringer som tegn på at terapien virker. Dette er en holdning som er integrert i løsningsfokusert tenkning. Det er faktisk en av terapeutens hovedvirkemidler å løfte frem små endringer og fremskritt.

Man forsøker også å tilpasse intervensjoner ved å vurdere relasjonen mellom terapeut og klient. Kategoriseringen av relasjonen som kontakt med en kunde, klager og besøkende overlapper med modellen om motivasjonsfaser som er godt støttet av forskning (Prochaska & Norcross, 2002). En kunderelasjon oppstår med en klient som er i forberedelses- eller handlingsfasen. En klager er fortsatt i overveielsesfasen, mens en besøkende er i foroverveielsesfasen (Hanton, 2003; Sharry, Madden & Darmody, 2003). I løsningsfokuserte samtaler forsøker man å ta hensyn til klientens endringsprosess og forsøker å gi oppgaver som passer – for eksempel vil man gi handlingsorienterte oppgaver til en klient som er blitt kunde, mens man i en klagerelasjon unngår å be klienten om å endre på noe; isteden kan man gi en observasjonsoppgave som øker bevisstheten rundt eget bidrag til problemer og løsninger. Dette er i tråd med de anbefalingene Prochaska og Norcross (2002) gir. Allikevel står løsningsfokuserte intervensjoner i fare for å skape for stor endrings- og handlingsiver hos terapeuten. Samarbeidsforholdet er målrettet og instrumentelt, og spørsmålet «Hva kan du gjøre med det?», er en gjenganger. Dette vil passe bra for klienter som søker etter handlingsalternativer og som er handlingsorientert i sin problemforståelse. Klienter som mangler endringsmotivasjon eller som har en mer internaliserende mestringsstil, vil imidlertid kunne føle seg misforstått når de blir møtt med denne typen spørsmål. En kan tenke seg at løsningsfokusert terapi vil passe bedre til klienter med en eksternaliserende mestringsstil, siden utforskning av handlingsalternativer vektlegges i større grad enn undersøkelsen av indre tilstander.

Avslutning

Løsningsfokusert terapi har blitt kritisert for å være en samtalemetodikk som i bunn og grunn er «ikke åpen og ikke anerkjennende» (Holgensen, 2000). Samtidig hevder representanter for en løsningsfokusert behandlingsfilosofi at metoden er en respektfull og klientsentrert måte å jobbe med psykiske vansker på. Hvem har rett? Det korte svaret er at begge har litt rett. Man kan kritisere metoden for å være for instrumentell og for lite opptatt av å forstå klientens opplevelse i dybden. Selv om klienten tilsynelatende leder an, strukturerer terapeuten samtalen aktivt og definerer hele tiden hva slags temaer som skal være gjenstand for samarbeidet. Dette handler også om et veivalg. I løsningsfokusert terapi blir man enig om konkrete og oppnåelige atferdsendringer, og metoden tar sikte på en avgrenset behandlingstid. Modellen er klagebasert, som vil si at

det tas utgangspunkt i det som klienten opplever som problem framfor å gjennomføre en helhetlig vurdering av klientens behov. For mange klienter er dette en nyttig tilnærming, kanskje særlig fordi det er så tydelig hva man samarbeider om. Endring av personlighetsstrukturer og avdekking av konflikter er ikke en del av modellen, og den vil derfor ikke alene egne seg for klienter som har behov for dette eller ønske om det.

Som vist i drøftingen er det fare for å utelukke viktige deler av klientens opplevelse i den løsningsfokuserte tilnærmingen. Hvis ikke spørsmålene benyttes på en varsom måte, kan det føre til brudd i alliansen som ikke blir tematisert i behandlingen. Dette problemet er alltid til stede når man bruker manualiserte terapier, særlig når man er nybegynner. Jeg er enig i Lipchiks (2002) syn, at terapiprosessen bør bli styrt av behandlingsfilosofien og endringsteorien som ligger i denne, og ikke kun av intervensjonene som tradisjonen har formulert. Mange av de strategiene som har blitt utviklet innenfor løsningsfokusert terapi, stemmer godt overens med det man anser som virksomme relasjonsfaktorer (Norcross, 2002). Metoden kan benyttes for å skape klare kontrakter tidlig i behandlingsforløpet. Den tilbyr måter å minske motstands fenomener på og sikter hele tiden mot å øke klientens positive forventninger til behandlingen. Den er egnet til å styrke selvfølelse og verdighet hos klienten. Fallgruvene som har blitt påpekt, tydeliggjør imidlertid at terapeuten trenger kompetanse utover det å kunne bruke de rette spørsmålene. Terapi krever at terapeuten har evne til å vurdere hva klienten vil kunne nyttiggjøre seg til enhver tid. Varsomhet for hvordan klienten mottar teknikkene man anvender, er av særlig betydning hvis det er slik at intervensjoner er virksomme i den grad de passer til klientens meningsunivers, slik det hevdes av blant andre Wampold (2001). Da er det ikke nødvendigvis den terapeutiske orienteringen det kommer an på, men hvordan den blir oppfattet av klienten.

Om metoden blir en respektfull tilnærming til menneskelige problemer, eller til hinder for relasjonen, avhenger altså i større grad av terapeutens relasjonskompetanse enn av selve teknikkene. Metoden har en del begrensninger, og bør derfor ikke være det eneste verktøyet som terapeuten har tilgjengelig. Iveson (2002) anbefaler at man bør skifte tilnærming hvis en løsningsfokusert strategi ikke skaper endring i løpet av de første tre samtalene. Metoden har da sannsynligvis ikke effekt. I tråd med det løsningsfokuserte mottoet «Hvis det ikke fungerer, gjør noe annet», bør en da finne en tilnærming som passer klientens behov bedre.

Østesjø familiekontor

Pb 45 Bøler,

0620 Oslo

Tlf 22 75 72 70

E-post samoilow@frisurf.no

TEKST

Dimitrij Kielland Samoilow

+ **Vis referanser**

Referanser

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (ss. 25–39). London: Sage.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 335–356). New York: Oxford University Press.
- Berg, I. K. & De Jong, P. (2002). *Interviewing for solutions* (2nd ed.). Pacific Grove: Wadsworth Group.
- Berg, I. K. & De Shazer, S. (1994). *A tap on the shoulder: Six useful questions in building solutions* (lydbånd). Milwaukee, Wisconsin: Brief family therapy center.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (2002). *Rusbehandling. En løsningsfokusert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, I. K. & Reuss, N. H. (1998). *Solutions step by step. A substance abuse treatment manual*. New York: W. W. Norton & Company.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 145–170). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2002). Resistance. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 129–143). New York: Oxford University Press.
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Nilsen, G. H. (2001). Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 528–539.
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L. A. & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work. The process of active selv-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Darmody, M. (2003). A solution focused approach to sexual trauma. I B. O'Connell & S. Palmer (Eds.), *Handbook of solution-focused therapy* (ss. 129–137). London: Sage Publications.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: W. W. Norton.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 175–194). New York: Oxford

University Press.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge.

Gingerich, W. J. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.

Hanton, P. (2003). Solution focused therapy and substance misuse. I B. O'Connell & S. Palmer (Eds.), *Handbook of solution-focused therapy* (ss. 138-145). London: Sage Publications.

Hawkes, D. (2003). A solution focused approach to psychosis'. I B. O'Connell & S. Palmer (Eds.), *Handbook of solution-focused therapy* (ss. 146-155). London: Sage Publications.

Hoem, S. (2000). Momenter til en kritikk av løsningsfokuseret terapi. *Fokus på Familien*, 2, 67-80.

Holgersen, H. (2000). «Always look on the bright side of life»: En vurdering av Steve De Shazers løsningsfokuserete terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 637-641.

Horvath, A. O. & Robinder, P. B. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 37-69). New York: Oxford University Press.

Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149- 157.

Klein, M. H., Kolden, G. G., Michaels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 195-215). New York: Oxford University Press.

Knekt, P. & Lindfors, O. (2004). (Eds.). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: Design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Studies in Social Security and Health*, 77, Kela, The social insurance institution, Finland.

Kolseth, A. (2001). Fra mirakler til muligheter - løsningsfokuserete tilnærminger i et sykdomsorientert system. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 812-820.

Lambert, M. J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 17-32). New York: Oxford University Press.

Lipchik, E. (2002). *Beyond technique in solution-focused therapy: Working with emotions and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.

Macdonald, A. J. (2003). Research in solution-focused brief therapy. I B. O'Connell & S. Palmer (Eds.), *Handbook of solution-focused therapy* (ss. 12-24). London: Sage Publications.

Metcalfe, L. (1998). *Solution focused group therapy: Ideas for groups in private practice, schools, agencies, and treatment programs*. New York: The Free Press.

Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton & Company.

Norcross, J. C. (2002a). (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Norcross (2002b). Empirically supported therapy relationships. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 3-16). New York: Oxford University Press.

O'Connell, B., & Palmer, S. (2003). (Eds.). *Handbook of solution-focused therapy*. London: Sage Publications.

Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapimodeller: Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 403-410.

O'Hanlon, W. H. & Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web: brief, respectful solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma*. New York: Wiley.

- O'Hanlon, B. & Rowan, T. (2003). *Solution oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: W. W. Norton.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 303-313). New York: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rombach, M. A. M. (2003). The men's peace project: A model for working with male violence. *Journal of Systemic Therapies*, 22, 43-56.
- Rønnestad, M. H. (2000). Psykoterapiforskning: Noen utviklingslinjer og betraktninger om «the Dodo bird verdict»: «Everybody has won and all must have prizes». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 1003-1016.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Sharry, J. (2001). *Solution-focused groupwork*. London: Sage Publications.
- Sharry, J., Madden, B. & Darmody, M. (2003). *Becoming a solution detective: identifying your clients' strengths in practical brief therapy*. New York: Haworth Clinical Practice Press.
- Task force division 29 steering committee (2002). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the division 29 task force. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 441-443). New York: Oxford University Press.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 109-125) New York: Oxford University Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.