

Kulturen och pilen

DEN KULTURELLA BILDEN AV TERAPI

Människor¹ som kommer till terapeuter och behandlare har olika idéer om hur psyket fungerar och om hur behandling skall bedrivas. Vi kallar deras idéer för den kulturella bilden av terapi. Denna bild är i mångt och mycket populärvetenskaplig och massmedial. Den finns i böcker, filmer, tidningsartiklar och serietidningar. Den skapar – är grundad i – och vidmakthåller – en speciell idé eller bild av hur det mänskliga psyket är organiserat och fungerar.

För de allra flesta människor i västerlandet består denna bild av psyket av någon variant av vad som skulle kunna kallas för "tryckkokarmetaforen".

I denna bild är psyket (sinnet) en behållare (ibland i kombination med kroppen), som innehåller minnen av upplevelser. Problem uppstår när människor inte har "lättat på trycket" och "släppt ut", det som varit "traumatiskt" (smärtsamt), "det som trycker dem". Det är helt enkelt så att om det inte kommer ut så exploderar man.

Har man det svårt nu så beror det på att man hade svåra upplevelser i sin barndom "som man inte fått ut" och detta predisponerar i sin tur för att ha det svårt i framtiden.

Denna bild av hur psyket fungerar, leder sedan på ett alldeles naturligt sätt till de vanligast förekommande metoderna att hjälpa människor som har problem. "Öppna upp – släppa ut – bearbeta".

De flesta människor tar denna bild för given, den är inget man reflekterar över eller ifrågasätter. Psyket fungerar helt enkelt på det sättet.

Inom denna kulturellt och språkligt underhållna bild har behandlaren och patienten olika arbetsuppgifter.

Patientens arbete består av att presentera sitt problem, problemets historia och de smärt-

¹ Klient, patient, deltagare, brukare, sökande. Hur vi benämner har betydelse - men eftersom olika benämningar är rätt i olika sammanhang har jag bestämt mig för att osystematiskt skifta mellan människor, klienter och patienter.

samma känslor som han eller hon har runt sitt problem, och detta skall göras på ett så ärligt och uppriktigt sätt som är möjligt för honom eller henne. (*Jag har det här problemet idag med... och min historia är ...*)

Detta skall ge terapeuten det underlag han/hon behöver för att komma fram till vad som är det "egentliga felet", "det verkliga problemet".

Terapeutens arbete är sedan att på något sätt hjälpa patienten att lösa detta problem. Hur detta går till är inte helt klart. Den vanligaste kulturella bilden beskriver det som en process som handlar om att "arbeta genom", "bearbeta", "få insikt", "öppna upp", "släppa ut" och detta uppnås genom att terapeuten utövar någon slags påverkan på patienten. En vanlig föreställning är att terapeuten berättar för klienten vad som är det egentliga felet (som klienten inte visste om att han hade) och sedan skall patienten utifrån detta göra något som får problemet att försvinna. Inom den kulturellt underhållna bilden finns bilden av terapeuten som någon med närmast övernaturlig kunskap om människors inre, om hur de egentligen fungerar (och inte fungerar), och om orsaker till psykiska problem. Det är denna kunskap som terapeuten på något (mystiskt?) sätt använder sig av för att hjälpa patienter att bli bättre.

Inom den kulturellt underhållna bilden arbetar klienten hårt för att förmedla den information som terapeuten behöver för att förstå problemet så att terapeuten i sin tur kan förmedla det som klienten behöver för att förändras.

Alla har idéer om hur terapi går till

En del har gått mycket i terapi tidigare, andra har läst böcker och artiklar om psykologi och andra har haft vänner som har gått i terapi. Nästan alla tittar på TV. Många människor har mycket specifika tankar om vilka särskilda handlingar eller åtgärder terapi skall innehålla.

En vanlig grupp idag är människor som tänker att problem beror på något slags underliggande kemisk obalans. Serotoninhypotesen underhålls aktivt av läkemedelsbolagen och leder naturligtvis till att patienten förväntar sig att behandlaren skall behandla obalansen, företrädesvis medikamentellt.

Det är viktigt att komma ihåg att alla människor har idéer om hur behandling går till och att det är svårt eller omöjligt att utveckla passform med en klient om man inte håller sig nära den idé som klienten har om hur terapi skall

bedrivs – man måste alltså acceptera och agera inom klientens världssyn. Detta är naturligtvis både enkelt och svårt. Så hur skall man veta vilken idé klienten har om hur terapi skall bedrivs?

När man lyssnar till vad klienter säger blir deras idé om vad terapi skall innehålla och hur den skall bedrivs oftast helt uppenbar.

Karin är 18 år gammal och kommer skickad av skolpsykologen p.g.a. anorexia-bouleimia. På remissen står det bl.a. *"mycket motiverad att göra något åt sina problem"*.

Terapeutens första fråga när det formella är avklarat är:

"Vad behöver hända som ett resultat av det här samtalet, idag eller i morgon, i ditt liv för att du skall känna att det här samtalet har varit till någon hjälp?"

Hon tittar förvirrat på honom och svarar *"Va!"*

Terapeuten upprepar frågan i stort sett ordagrant och hon lyssnar intensivt, får ett klenroget intryck i ansiktet och säger *"NÄR???"*

"Idag eller i morgon eller i övermorgon", svarar terapeuten.

"Nej" säger hon och ler en aning. *"Så fort kommer det inte att gå!"*

När man lyssnar till Karins *"Nej. Så fort kommer det inte att gå!"* är det lätt att höra att hon tänker att terapi är något som tar längre tid än några dagar. De flesta människor tänker att terapi är något som tar längre tid än några dagar, så det är inte konstigt att hon uttrycker sig som hon gör. Om vi vill att *"terapin"* skall passa Karin så måste vi ta hänsyn till, eller anpassa vårt sätt att uttrycka oss till denna hennes syn.

Terapeuten tänker efter några sekunder och frågar sedan:

"Så om det skulle börja bli en liten positiv förändring någon av de närmaste dagarna trots att du inte tror att det är möjligt – hur skulle du märka den?" (Frågan är inte orimlig - särskilt som den också bekräftar hennes syn - för även om terapi tar lång tid så måste en positiv förändring börja någon gång om terapin skall vara effektiv, så varför inte en liten positiv förändring ganska snart.)

"Det vet jag inte", svarar hon. Terapeuten sitter alldeles stilla, rör inte en min, nickar inte, bekräftar inte hennes svar, och efter några sekunders tankfull tystnad fortsätter hon:

"Jag skulle nog inte tänka på mat hela tiden."

"Hm... Jag förstår...Inte tänka på mat hela tiden...Hm... Har du någon idé om vad mer som skulle bli annorlunda för dig då? Vad du skulle göra då som du inte gör nu t.ex?"

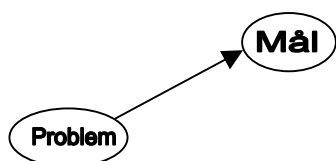
Genom att eka och sammanfatta kommer vi dels att visa att vi hört och förstått och dels ger vi klienten chans att rätta oss om vi har hört fel. När vi lyssnar på detta sätt och ekar och sammanfattar kommer vi automatiskt att använda oss av samma ord och uttryck som personen eller personerna framför oss. Vi kommer att börja agera från inom klientens språk. Det är detta sammantaget som får människor att känna att de blivit hörda och förstådda. Detta är också nyckeln till att anpassa terapin till den teori som klienten har om hur terapi skall gå till.

PILEN²

Traditionell terapi

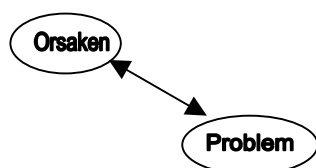
Ett sätt att illustrera den traditionella/kulturella bilden av terapi är den grafiska illustration vi kallar pilen. Människor söker hjälp för att de har **problem**.

När människor har ett problem har de också **mål**. Något de vill skall vara annorlunda i sina liv. Antingen något de vill sluta att göra, eller



något de vill kunna börja göra.

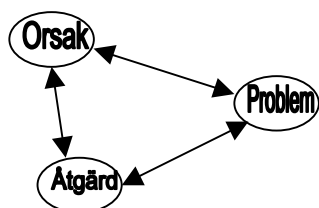
Det traditionella sättet – det som finns i vår kultur och som underhålls av vår kulturella bild är att innan man kan göra något åt problemet måste man finna **orsaken** till det.



Vad som är orsaken beror på terapeutens teori³ och hur orsaken söks beror också på teorin. Således kommer också orsaken

att hittas inom den teori som behandlaren använder sig av.

När orsaken väl är funnen insättes någon typ



av **åtgärd** mot den.

Åtgärden kommer att vara teoristyrd och riktas antingen mot orsaken eller i riktning mot "problemet" (som ju förstås som ett symptom på det underliggande, bakomliggande problemet).

Tanken bakom den här typen av arbete är logisk och enkel. Problemet/symptomet är det som hindrar människor att uppnå det dom vill. Den

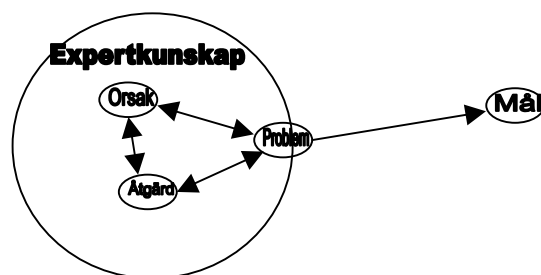
² Tack till Michael Hjerth FKC, som kom på den här idén först.

³ Den modell behandlaren använder sig av för att veta vad han behöver göra

bakomliggande/underliggande orsaken kan åtgärdas och när detta är gjort kommer människor automatiskt att uppnå sina mål.

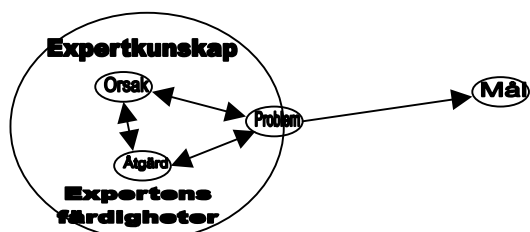
Självfallet finns det därför inom dessa terapimodeller inget behov av att utforska människors mål med terapin.

Den viktiga kunskapen – den kunskap som bestämmer riktningen för förändringsprocessen och bestämmer vad man skall arbeta med är kunskap om orsakerna till problemet, och det är behandlaren/terapeuten som besitter denna kunskap. Vi säger därför att den viktiga kunskapen inom denna typ av arbete är **expertens**



kunskap.

Nu är det inte nog med kunskap. Det krävs dessutom åtgärder och påverkan från behandlaren för att göra något åt problemet. Vad dessa åtgärder består i beror av terapeutens teori. T.ex.: Att förmedla insikt. Pedagogiska insatser. Att förändra familjens struktur. Att göra paradoxala interventioner. Att ge medicin. Det finns många olika men alla har de det gemensamt att de kräver skicklighet av behandlaren för genomförandet. Det är hur åtgärderna genomförs som avgör om behandlingen kommer att vara framgångsrik. Vi säger därför att de färdigheter som är viktigast, de färdigheter som driver för-



ändringsprocessen är **expertens färdigheter**.

I dessa typer av terapi är det alltså terapeutens kunskaper som är de viktiga kunskaperna och terapeutens färdigheter som är de viktiga färdigheterna.

Vi vill framhålla att behandlingsmodeller som bygger på ovanstående fungerar och är till hjälp för människor och vi vill också framhålla att vår representation ovan inte på något rimligt sätt gör rättvisa åt komplexiteten i de många olika arbetssätt som sysslar med "orsaksarbete".

Lösningsfokuserad terapi

I lösningsfokuserad terapi är det annan kunskap och andra färdigheter som är viktiga. Strukturen i ett förstasamtal kan förenklat beskrivas som att klienten och terapeuten börjar samtalet med att tala om klientens problem.

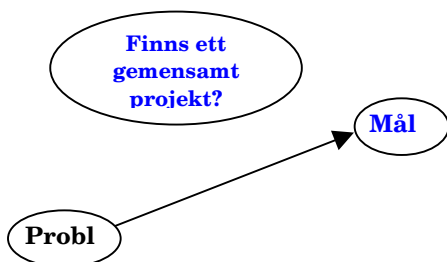
Probl

Samtalet börjar oftast med detta. Inte för att det egentligen är nödvändigt, men om vi inte talade om det skulle det kunna innebära att samtalet blev för annorlunda utifrån den kulturella bilden av terapi. Samtalet riskerar att bli för långt ifrån klientens förväntningar för att kunna vara meningsfullt.

Terapeuten behöver oftast inte veta vad klienten har för problem. Den lösningsfokuserade behandlaren utgår från att klienten själv vet detta.

Problem och Projekt

Detaljerna i detta finns beskrivet i **"det gemensamma projektet"**. Här vill vi bara säga att terapeuten endast är intresserad av att få klienten att känna att terapeuten förstår att det är ett allvarligt problem och terapeuten försöker få grepp om vilka ord klienten använder för att beskriva det han känner eller tänker. Terapeuten söker inte efter bakomliggande eller underliggande orsaker till problemet. Han försöker endast "förstå" klientens upplevelse. Det klienten säger är problemet är det som är problemet. Detta betraktas inte som ett symptom på något underliggande eller bakomliggande problem och terapeuten försöker inte finna eller beskriva något annat problem än det klienten säger att



han har.

Denna fas av samtalet går därför oftast mycket fort. Det tar inte lång tid att bekräfta och validera att någon känner det den säger att den känner och att bekräfta detta som ett adekvat uttryck för den situation personen befinner sig i just nu.

Det terapeuten intresserar sig för är klientens idéer om hur han kommer att märka att sam-

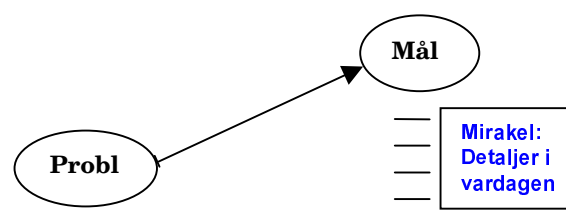
talet haft någon effekt (se det gemensamma projektet) och så snart terapeuten fått ett användbart svar på denna fråga går han vidare med att ställa mirakelfrågan. Ibland går han vidare även om han inte fått ett användbart svar.

Mirakelfrågan.

Detta finns beskrivet kapitlet om mirakelfrågan. Kort kan man säga att detta rör sig om att finna/skapa detaljerna i vad klienterna vill skall hända i deras liv. Beskrivningar av vad som behöver pågå i klientens liv i form av känslor, tankar och handlingar, för att klienten skall tänka eller känna att han inte behöver gå i behandling längre.

Tillsammans med klienterna försöker vi skapa **detaljerade beskrivningar** i vardagen av vad som händer i deras kök, vardagsrum och sovrum när det problem de sökt hjälp för är löst.

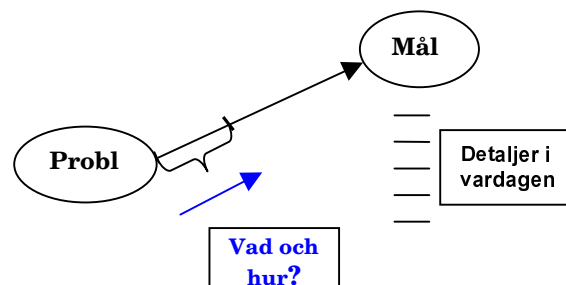
Detaljerna blir täta, nära beskrivningar av vad klienten eller familjen föreställer sig kom-



mer att pågå därhemma och på andra ställen som ett resultat av ett mirakel som de inte vet har hänt.

Detaljerna kommer dels att bestå av sådant som är viktigt för klienten - det klienten hoppas på - dels detaljer som bygger på klientens egna erfarenheter.

Vi frågar sedan efter vad som redan händer ibland av miraklet (när klienten inte själv spontant börjar berätta det) och frågar sedan mer om **vad** som annorlunda och sedan mer om **hur**

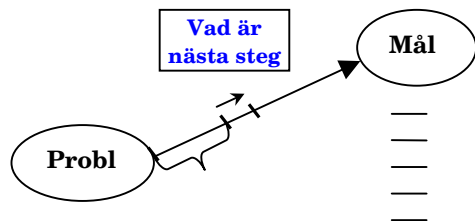


klienten/familjen gör när de får det att hända.

Här nämner vi bara att när klienten har svarat på "mirakelskalan" så utforskar vi tillsammans vad det är för skillnad mot när klienten bestämde sig för att söka hjälp. Vad är det som

redan har blivit bättre. Inom vilka områden märks redan klientens egna ansträngningar och hur har det gått till. Vad har klienten gjort som har gjort att det har blivit bättre – utan terapi.

När detta är utforskat frågar vi slutligen hur klienten kommer att märka att han kommit **högre på skalan**. Vad kommer att vara tecken för honom och för hans nätverk att saker och ting fortsätter på rätt håll.



Således 2 viktiga saker. **VAD** är bättre och **HUR** har klienten gjort så att det blivit bättre i den riktning som klienten önskar (miraklet).

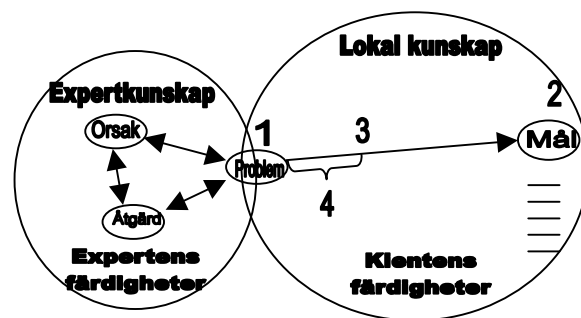
Den viktiga kunskapen i lösningsfokuserade samtal är således vad klienten föreställer sig att han kommer att göra, känna och tänka när problemet är löst. Behandlaren/terapeuten kan aldrig veta något om detta. Det är unikt för just den här klienten i hans speciella livssituation just nu.

Det spelar ingen roll hur mycket utbildning behandlaren har fått eller hur många klienter han sett. Behandlaren kan aldrig veta vad som händer i just den här klientens kök, vardagsrum och sovrum morgonen efter ett mirakel som händer på natten när alla låg och sov.

Vi kallar ibland detta för **"lokal kunskap"** och det är denna kunskap som är viktig i den här typen av terapi. Det är den kunskapen som avgör vad som behöver hända för att det skall bli bättre. Uttryckt på ett annat sätt: Det är inte terapeutens kunskap om underliggande bakomliggande problem eller störningar som avgör vad terapeuten skall göra, utan det är klientens kunskap om vad han vill skall hända i sitt liv och vad det är som redan händer av detta som avgör vad terapeuten skall föreslå (eller inte föreslå).

Vi säger också att de **färdigheter** som driver förändringsprocessen framåt i lösningsfokuserad terapi är de färdigheter som framkommer på frågan "hur har klienten gjort för att komma dit han kommit". Det är inte terapeutens skicklighet i hur man genomför interventioner, som leder till förändring och utveckling utan det är de färdigheter som finns beskrivna i hur klienten gjort för att komma från 0 till 3 (eller 2 eller 5 eller vart han nu kommit). Det är ju detta som hjälpt klienten att komma från 0 till dit han kommit och tanken bakom lösningsfokuserat arbete är att det klienten gjort som varit till

hjälp bör kunna vara användbart för att ta ett litet steg till (om det fungerar – gör mer av det). Således är de färdigheter som driver förändringsprocessen – det som handlar om vad klienten behöver göra för att det skall bli bättre – i den riktning som klienten vill – inte terapeutens färdigheter utan klientens. Behandlaren expertis har inte att göra med frågor om vad som är rätt eller fel eller om hur livet skall levas. Behandlaren expertis handlar om att vara nyfiken på hur klienten/familjen vill ha det och att hålla i en dialog om detta och vad som redan händer av det.



Det vi önskar tydliggöra är att det är en anorlunda relation som utvecklas när terapeuten och klienten arbetar på det här viset. Eftersom det är klientens kunskaper och färdigheter som är avgörande för vad det är klienten behöver göra, måste terapeuten disciplinera sig och lägga sina egna estetiska och moraliska överväganden åt sidan och lyssna extremt noga på vad det är klienten berättar om vad han/hon vill och vad han/hon redan gör som fungerar. Detta disciplinerade sätt att lyssna leder till att terapeuten blir extremt respektfull och många gånger kommer att känna beundran inför hur människor i svåra livssituationer tänker om vad de vill och vad de har funnit på att göra.

Goshen New York. Martin, 37 kommer till andra sessionen.

Terapeuten frågar; "vad är bättre?" och Martin tittar ner i golvet och tänker länge. Med nästan ohörbar stämma säger han; "I put my foot down". Bakom envägsspeglens undrar vi vad han sade, och terapeuten ser undrande ut och ber honom berätta mer om det.

Martin upprepar att han "sagt ifrån" och berättar sen att det är första gången sedan han blev bostadslös 10 år tidigare som han kunnat säga ifrån när någon skulle utnyttja honom. Han berättar att sedan han fick diagnosen schizofreni vid 20 års ålder så har livet inte varit snällt mot honom. Han har blivit mer och mer marginaliserad, kommit långt ifrån sin familj, så småningom blivit bostadslös, inte haft råd att köpa medicinerna som doktornerna sagt till honom att han måste ta för att

inte bli sjuk, och människor runt honom har hänsynslöst utnyttjat honom på alla upptänkliga sätt.

”Så hur gjorde du?” frågar terapeuten.

”Jag tänkte att varje människa har ett värde och inte får dras i smutsen”, svarar Martin. ”Jag tänkte på en gammal filosof som en gång sade ”behandla andra såsom du vill bli behandlad”, och tänkte att de här människorna inte heller mår bra utav att göra så mot mig och jag tänkte på att om jag skulle göra något åt mitt liv så måste det börja i det nu som finns här.”

Terapeuten gapar förbluffad. Bakom spegeln tittar teammedlemmarna på varandra med stora ögon, förundrade över det välartikulerade språket.

”Jag tänkte också på att Gud hjälper de som hjälper sig själv, och jag tänkte på att jag nog i alla fall var värd bättre.”

Terapeuten har hämtat sig lite och frågar ”Hur vet du alla dom här sakerna?”

Martin svarar med att berätta att han varit djupt intresserad av religion och filosofi under lång tid – ja, sedan innan han blev sjuk, och att han fortfarande är det. ”Jag har inte glömt allt jag läst.”

Terapeuten och Martin pratar en lång stund om filosofi och terapeuten frågar sedan var Martin ligger på mirakelskalan och sedan vad som kommer att vara ett tecken för Martin att han tagit ett steg till och tar sedan paus.

Han kommer in genom dörren till teamrummet och säger exalterat ”Hörde ni, hörde ni?”

Huvudbudskapet till Martin i sammanfattningen är att teamet är djupt imponerat av hur Martin klarat av att bibehålla den djupa källa av andlighet och självkänsla och medvetenhet som han så klart och generöst visat oss, och att vi är imponerade av den person han är: en tänkare, en andlig person, en självständig tänkare. En person som genomlevt svåra saker och lyckats bevara sin självkänsla och ...

Martin tittar storögt på terapeuten när han läser upp sitt budskap. Han nickar av och till med halvöppen mun och när terapeuten avslutat säger han ”Ja, **det** är den jag är”. (Yes, that's who I am!)