

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

## Oppgave 2

A. Hva skiller det vi kan kalle narrativ tenkning fra minst en annen terapeutisk retning?

Narrativ terapi har hatt stor omslagskraft i terapeutiske miljøer de siste par tiårene verden over, noe som blant annet viser seg ved at en rekke institusjoner og avdelinger innen helsevesenet eksplisitt fremidler at de arbeider med utgangspunkt i en slik forståelse av terapi. Denne tenkningen representerer en av flere yngre terapimodeller som har sitt fundament i det som gjerne blir kalt "postmodernismen" - en filosofisk strømning som veluttrykt betydelingen av å forstå vår opplevelse av virkeligheten som sosialt konstruert, og der språkets funksjon har en helt sentral plass.

Jeg vil her først beskrive det jeg forstår som hovedinnholdet i den narrative tenkningen innen terapifeltet. Jeg vil deretter vedlegge for en terapimodell som jeg oppfatter å plassere seg i et annet vitenskapsfilosofisk paradigme, for jeg følger skillelinjer og evt. likheter. Jeg vil konsentrere forstillingene omdt

Denne kolonne er forbeholdt sensor.

noen sentrale spørsmål:

- hvordan forstå netningene et problem i en terapeutisk kontekst - problemkonseptualisering
- hvordan forstås terapeuten oppgave
- hva er de sentrale premisser i behandlingen

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

## Narrativ terapi

### \* Problemkonseptualisering

Den narrative tilnærmingen er opptatt av mennesket som fortellende vesen. I dette ligger at vi når vi handler i verden, kontinuerlig gir mening til våre handlinger og erfaringer. Enten erfaring blir tolket og gitt mening, men ikke som separate meningsenheter. Denne tilnærmingen er opptatt av hvordan vi knytter våre erfaringer av erfaringer sammen i større meningsenheter. Disse meningsenhetene har en gitt struktur. De er bundet sammen i tidsselskener med en begynnelse og en slutt og har slik sett form av historier eller narrativer. Erfaringer vi gjør oss forstås i lys av disse ordgripende narrative, de gir mening til det vi erfarer. Samtidig vil narrative være av innflytelse på hvilke erfaringer vi gjør oss. Det er altså en veiledning mellom narrative og erfaringer. Den narrative tilnærmingen har som grunnpremiss at menneskets ~~største~~ erfaringsgrunnlag er tilnært uendelig stort, at vi ikke mentalt "har plass" til alle våre erfaringer og at det derfor skjer en utvelgelse, noe annet ville føre til mentalt kaos. Narrative hjelper oss i dette. Dette medfører at det alltid vil være

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

En stor mengde erfaringer som ikke blir  
"sett", og at det parallelt med de  
narrativer vi har daunt oss, vil eksistere  
en rekke andre potensielle narrativer som  
i og for seg er like gyldige

Denne tilnærmingens forståelse av terapin  
problem i terapi, er at disse er  
forankret i våre narrativer. Vi har  
en historie/narrativ om våre liv og oss  
selv, som det opplevde problemet på  
en eller annen måte henger sammen med.

### \* Terapeutens oppgave

Terapeutens oppgave blir å utforske  
de eksisterende narrativene og forsøke  
å forstå problemet i lys av disse.

Våre narrativer er uenige. Terapeuter  
innehar derfor ikke noen oppskrift som  
kan anvendes, men må forsøke å  
forstå klientens virkelighet slik den  
fremstår for henne. Hennes oppgave er å  
utforske klientens forståelse og legge  
grunnlaget for en potensielt menings-  
genererende samtale som kan åpne for  
ny forståelse og nye erfaringer -  
nye narrativer eller modifisering av  
eksisterende narrativer

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.\* Sentrale elementer i behandlingen

To sentrale representanter for den narrative tenkningen er David Epston og Michael White.

De har utviklet en terapeutisk filosofi som de kaller "externaliserende samtaler".

De er opptatt av hvordan et problem, gjerne sees som del av personen.

Vi kan tenke oss at et par kommer til terapi fordi mannen alltid får hodepine når kona skal ut sammen med vennene, det kommer fram at kona opplever mannen som kontrollerende, mannen opplever at han har behov for å vite hva hun gjør. Problemet blir sett på som noe iboende i mannen.

I denne samtaleformen vil terapeuten kunne forsøke å skape en samtale der problemet blir plassert som noe mer uavhengig av mannen. Terapeuten kan externalisere problemet og def. det som noe som plager paret i felles et sjalusitroll. Sjalusitrollet berører dem med jevne mellomrom og plager både mannen og kona - ingen av dem blir trollet og ingen av dem vil ha det der. Resultatet kan være en felles kamp mot sjalusitrollet.

Iflg. Epston og White er det en rekke terapeutiske effekter av å forstå problemet på denne måten - det reduserer skyldfølelse, det reduserer konflikter mellom mennesker, det øker samarbeid og bringer klientene fra en passiv rolle til en aktiv, handlende

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

rolle overfor problemet.

Utforming av spørsmål som ledd i endring/nykoding av narrativer er sentral.

Terapeuten vil bruke mye tid på å kartlegge effektene av problemet, her sjalusitrollt, på klientene. Hvilken effekt/påvirkning har den på kona,

hvilken påvirkning har den på mannen, på deres handlingsfrihet, på deres oppfatning/forståelse av den selv.

Videre vil terapeuten kartlegge klientens ~~er~~ innflytelse på problemet (trudd)

hår har de påvirkning, når har de ikke. De vil fokusere på <sup>verdtale</sup> ~~verdtale~~, og kartlegge

noye hvordan man kan forstå at prest. ikke opptrådte som det ellers

ofte gjør.

Videre er terapeuten opptatt av pretraleket historie - hvordan ønsker klientene at det skal være. De ser for seg fremtidige

hypotetiske situasjoner, og snakker grundig om hvordan prest. da kan behjelpes.

Terapeuten spør også gjerne om vitne - hvem andre kan hjelpe når

klienten ikke lar seg behjelpes av problemet, og terapeuten kan også be

klienten om å vitne, fortelle, <sup>or</sup> andre om situasjoner der problemet har blitt behjelpet.

Representanter for denne tilnærmingen er opptatt av at samtaleformen kan internalisere ressurser

og gode egenskaper hos klientene og at dette blir befestet ute i den <sup>klientens liv</sup> ~~verdtale~~ verden. Ikke keen i terapi <sup>relasjon</sup>

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

## Strategisk terapi

På samme måte som den narrative tenkningen har mange ulike representanter, kan den strategiske tilnærmingen sies å være en fellesbetegnelse på ~~en tilnærming~~ en rekke tilnærminger som har en del sentrale felles trekk, jeg vil her konsentrere meg om Yule Haley.

~~Haley var stolt inspirert av kommunikasjonsteori og systemteori.~~

### \* Problemkonseptualisering

Haley var stolt inspirert av kommunikasjonsteori og systemteori. Han hadde som grunnleggende premisser at et møte mellom 2 mennesker alltid vil innebære en utveksling som vil definere relasjonen mellom de to som møtes. Denne definisjonen vil omhandle hva slags type relasjon det skal være, hvilke handlinger som er tillatt og ikke tillatt osv. Relasjon definisjonen er ikke noe som blir "satt" for alltid, dersom personene fortsetter å møtes vil det være en kontinuerlig forhandling eller reforhandling av relasjonen.

I kommunikasjonsteori fra denne tidsperioden ble det gjort slutt mellom ulike relasjonstyper: symmetriske, komplementære og parallelle relasjoner. Symmetriske relasjoner innebærer en relasjon der individene har tilnærmet lik rolle og

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

funksjon; oppgaver kan utføres av begge  
individene. I komplementære relasjoner  
har individene ulik rolle og funksjon, en  
oppgave kan utføres av den ene, men  
ikke av den andre. I parallelle relasjoner  
kan individene skifte på rolle og funksjon.  
Haley introduserte en 4. relasjonsstige  
han kalte metakomplementære relasjoner.  
Dette er en relasjonsform der den ene  
lar den andre få definere, men ved  
å la den andre få definere er det  
i utgangspunktet han som defineres.  
Haley så patologi eller problemer som f. of.  
knyttet til de andre relasjonsformene.  
Videre var han opptatt av et vi alltid  
kommunisere på 2 plan, et utsagn  
ser noe om innhold, men også noe  
om relasjonen ift. den det kommuniseres  
med. Hvis jeg f. eks. uttrykker at jeg er  
tørst i svarer med min mor, ser jeg  
noe om min fysiologiske tilstand, men  
samtidig noe om at relasjonen mellom  
min mor og meg innebærer at hun kutter  
fing til meg når jeg uttrykker ønske/behov.  
Moen min kan da enten akseptere  
eller avvise denne relasjonsdefinisjonen.

Haley så som sagt på problemer som  
knyttet til metakomplementære relasjoner.  
Han hevdet at et symptom er noe som  
personen som har symptomet uttrykker at  
han ikke har kontroll over, samtidig



Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

son symptomet har en veldig sterk  
videring på en annen pasienten står i  
relasjon til.

Han så videre problemene som en måte å  
forsøke å løse vanskelige situasjoner  
eller problemet på, problemet er altså  
et mislykket løsningsforsøk.

\* Terapeutens oppgave

Et problem er altså en handlingsmåte  
som uttrykker eller vepr. et mislykket  
løsningsforsøk, en handlingsmåte som  
har blitt fantløst og som gjentas i  
det uendelige.

Terapeutens oppgave er å løse opp i  
dette mønstret, forandre det at  
klientene stadig gjentar det som  
ikke virker.

Han villetta betydningen av terapeutens  
ansvar ift. dette, Klientene kommer med  
et problem, det er terapeutens ansvar  
at dette løses. Han var opptatt av  
terapeutens kontroll i terapiramanet og  
av at behandlingen skulle være  
målrettet.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

### \* Sentrale elementer i behandlingen

Behandlingen innen denne tilnærmingen er stort strukturert.

Haley velletta betydningen av kontaktetablering som første fase - å bli kjent med klientene og få tillit.

Han ville derfor bruke tid på å utforske problemet nøye - en såkalt problemfase

Han ville derfor sette konkrete mål for behandlingen og lage en handlingsplan. I handlingsplanen vil det ligge konkrete direktiver -

oppgaver som familien skulle utføre.

Oppgavene ble gitt som hjemmeløse, noe familien skulle utføre mellom turene.

Som beskrivt over så Haley

problemet som knyttet til relasjonen

Hvis vi går tilbake til problemstillingen

beskrivt i første oppgavedel -

mannen som får vondt i hodet hver

gang kona skal ut - ville Haley forstå

~~det~~ dette som en mutakomplementær

relasjon. Mannen protesterer ikke på

at kona skal ut, men han får somatiske

plager som gjør at han ikke kan gå.

Han uttrykker ikke innholdsmessig at han

definerer relasjonen slik at han kan

bestemme om hun skal ut, men gjennom

et symptom kan ikke ha kontroll over

kontrollerer han allikevel hvordan utferd

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Haley gjorde ikke sine teorier eksplisitte for klientene, hun ga dem oppgaver som hadde som formål å rulle ved klientenes handlingsmønstre og relasjonsdefinisjoner. Dette kunne være konkrete direktiver for hvordan klientene skulle handle i bestemte situasjoner. ~~I forhold til vårt eksempel.~~

Direktivene var ofte av paradoksal karakter. I vårt eksempel kunne det f.eks. være at mannen ble bedt om å klage ut over sinne, hodopine også i andre situasjoner slik at kona ville skjønne hvor viktig det var at hun var der for ham.

Slike direktiver innebærer gjerne en understreking av at terapeuten har kontroll i rommet, klienten har kontroll over symptomet (hodopinen, f.eks.).

Direktivene ville ofte gi motstand hos klientene, som kanskje gjorde at de handlet i strid med direktivene, mannen vil ikke ha hodopine, eller kona blir så lei av den at hun går ut allikevel - slik blir relasjonsdef. endret.

Haley berører slike prosesser en 2. ordens forandring - det vil si at på en måte å forstå problemet på en annen måte. Dette i motsetning til 1. ordens forandring, som f.eks. kunne være å ta hodopinetaslet slik at kona kunne gå ut litt om hun kom hjem raslet.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

## Skillelinjer

De to tilnærmingerne er høgst forskjellige og tilhører også i utgitt ulike tids-epoker i familieterapiens historie, noe jeg vil komme tilbake til?

Det er derfor mange skillelinjer og jeg vil forsøke å stille på noen sentrale punkter der jeg følger inndelingen jeg tidligere har benyttet.

### \* Problemkonseptualisering

Både den strategiske tilnærmingen representert ved Haley og den narrative tilnærmingen slik den representeres av M. White og D. Epston bruker mye tid på problemet. Her stiller den narrative tilnærmingen seg fra en annen

nyere terapi retning - løsningsfokusert terapi

Begge tilnærminger kan altså ses å være problemorienterte og begge tar utgangspunkt i klientens problemforståelse.

~~Et slikt sett kan de ses å ha en del til felles.~~ Begge er også ikke-normative

de har ikke en oppskrift på hvordan ting skal ~~set~~<sup>se</sup> ut. En skillelinje går ved at den strategiske tilnærmingen ser problemet som et mislykket løsningsforsøk, men den narrative ser problemet som det det er - problemet er problemet.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Den strategiske tilnærmingen ser videre som problemet knyttet til relasjoner og interaksjonsmønstre og er i så måte utpreget systemisk. Den narrative tilnærmingen fokuserer mindre på faktiske samspillssekvenser og relasjonsdefinisjoner, og uttrykket er i så måte en retning som ikke skiller mellom individualterapi og familiterapi. De er opptatt av våre fortellinger, og som kan være laget individuelle hos medlemmene i en familie, men er også opptatt av at våre fortellinger dannes i sosiale fellesskap og er derfor heller ikke utpreget individorienterte.

#### \* Terapeutens oppgave

Her er retningene svært ulike.

Den strategiske terapeuten er opptatt av å ha kontroll i terapirommet, men er styrende og legger store føringer for hva som skal si. Han er målrettet og har eksplisitte målsettinger.

Den narrative terapeuten vil være opptatt av å heller ikke kontrollere, men heller fokusere på en utforskning som ikke gir direktiver og svar, men som kan åpne for nye handlingsalternativer der klienten velger det som kan passe for henne.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Videre har den strategiske terapeuten en klar teori og ide om hvor han vil at terapien skal gå og hva som er problemet. Denne deler ikke med klientene. Den narrative terapeuten er derimot transparent, men stiller ikke flere med en skjult agenda. Men ikke dele med klientene sine, terapien er en samarbeidning der begge (klient og terapeut) deler oppgaver i.t.h. hvor terapien skal gå.

### \* Behandlingen.

Hvordan behandlingen utføres i de to retningene følger ~~hva~~ <sup>mye av det</sup> det som er beskrevet over.

Jeg vil tilføye her at behandlingsformene i tillegg preges av et ulikt fokus. Den narrative tilnærmingen har et sterkt fokus på det kognitive, det mentale. Atferd eller handling er også viktig og terapeuten velser mellom disse to nivåene, da erfaringer vi gjør oss påvirker våre narrative og vice versa. Det er allikevel på det kognitive plan at vanlig endring skjer.

Den strategiske terapeuten er også oppfattet av klientens forståelsesmodeller, men har vel så mye fokus på atferd og det er på atferdsplanet støtet selvså inn for å

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Skape ending.

Jeg vil også nevne at de to tilnærningene  
hver er helt annen språkdrakt og  
brak av språket i terapi.

Den strategiske tilnærningen har  
et språk å beskrive terapeutisk aktivitet  
i som normalt kan ~~helt~~ handle  
fomkare på fridtalitete, Høye  
smalere om smhandling bl.a. i form  
av manøvre, måltid, kontroll.

Den narrative tilnærningen har ikke  
en slik språkdrakt på beskrivelser  
av terapi. De kan gå til krig mot  
problemat sammen med klientene,  
men smaler ikke om klientene og  
deres smhandling på en slik måte.

Det som kanskje er den viktigste stillingen,  
er hvordan de to tilnærningene tilhører  
helt ulike forståelsesmodeller for  
virkelighetsoppfatning. Den strategiske  
tilhører en såkalt moderne tradisjon,  
mens den narrative tilhører det som kalles  
den postmoderne tradisjonen. Dette  
medfører ~~med~~ ~~gjennom~~ forskjeller i  
grunnleggende premisser for hvordan terapeutisk  
aktivitet forstås. Da jeg oppfatter at  
den narrative tenkningen deler premisser med  
den ikke-utende posisjon, vil jeg se nærmere på  
dette i neste oppgaveledd.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

B. Beskriv begrepet "Den ikke-vitende-  
posisjon". Hva vil en slik "posisjon"  
bety for deg som terapeut i ditt  
kliniske arbeid?  
Sammenlign med en annen terapeutisk  
posisjon/holdning.

Den ikke-vitende-posisjon og klinisk praksis

Begrepet "den ikke-vitende-posisjon"  
er først og fremst knyttet til  
navnene Anderson og Goodishian og hva  
som ofte betegnes som den språk-systemiske  
retningen.

Et grunnleggende premis i denne terapi-  
formen er sosial konstruksjonistisk og  
forståelsen av virkeligheten som  
sosialt konstruert gjennom språk.  
Gjennom språklig aktivitet - kommunikasjon  
med andre - oppstår mening, dette  
utgjør vår virkelighet. På lik linje  
med Epstein og White, sier denne  
tilnærmingen at vi skaper narrativer som  
binder våre erfaringer sammen  
og gir dem mening.

En konsekvens av denne måten å  
forstå mennesker og virkeligheten på, er  
at hvert menneske vil ha en  
virkelighetsoppfatning eller en livsverden



Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Som er genuin for ham/henne. En  
annens virkelighet eller liv vil ikke  
være like med egen. Min opplevelses-  
verden vil ha kvaliteter istå som vil  
være enestående for meg og som  
du for ikke kan løpnes av en annen.

En slik forståelse har store konsekvenser  
for klinisk praksis. Å jobbe ~~med~~ som terapeut  
helsevesenet forutsetter som regel en  
utdanning. Formålet med utdanning er å  
sikre at klienter med vansker møter  
kompetent personale. Det ligger altså i  
bunn at utdanningen gir kunnskap som  
skal gjøre oss bedre i stand til å  
hjelp klienter med problemene de  
kommer med. Det forutsettes at terapeuter  
har kunnskap klientene ikke har og vi  
kan forstå problemene i lys av.

Den språk-systemiske tilnærmingen, her ved  
Anderson og Godishian, hevder at utdanning  
ikke hjelper oss i å forstå en persons  
liv. I og med at virkeligheten er genuin  
for den enkelte, kan jeg ikke som  
terapeut anvende meg av kunnskap  
fra studier for å forstå et problem.  
Anderson og Godishian kaller slik  
kunnskap for "pre-held theoretical narratives"  
Slik kunnskap vil i verste fall kunne  
"blinde" meg og hindre en forståelse

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

av klienten problem og i å hjelpe henne.  
Terapi handler ifølge disse terapeutene om  
å møte en klient med det utgangspunkt  
at jeg ikke kan vite noe om hennes  
verden og at målet er å bli kjent  
med denne verdenen slik den oppleves  
av henne.

Disse terapeutene har, som Epstein og White,  
en oppfatning av at problemer er  
forankret i narrativer - et problem  
er et narrativ som begrenser vår  
opplevelse av handlingskraft eller frihet.  
Målet med terapi er å skape potensielt  
meningsgenererende samtaler som åpner  
for nye handlingsalternativer. For å  
møte dette må jeg som terapeut ta  
på alvor at virkeligheten er essent  
konstruert, at jeg ikke har bilgang  
på klientens virkelighet, altså må  
jeg spørre. Denne spørsmålsstillingen  
for en "ikke-vite-posisjon". Slike  
spørsmål vil kunne generere samtaler  
som modifierer eller skaper nye  
narrativer som slik kan gi et  
handlingsfrihet.

Posisjonen handler altså om en mental  
tilstand hos terapeuten der hun tar på  
alvor at klienten er den som kjenner  
"sinneliken" - klienten er ekspert

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Som terapeut er jeg altså opptatt av å bli kjent med klientens virkelighet, ikke for så å måle denne opp mot en annen virkelighet, min egen, men for som sagt å shape en samtale som kan gi von for by mening.

Dette betyr ikke at jeg som terapeut ikke kan noen ting. Anderson og Goolishian kan også bruke ordet ekspert om terapeuter. Men terapeuter er da ikke ekspert på klientens problemer eller hvordan de skal løses, terapeuter er ekspert på å shape samtaler som kan inneholde von for løsninger - ~~ikke ekspert~~ som terapeut er mitt mål å være ekspert i samtalearbeidet.

### En "vitende" posisjon

Haley, som er beskrevet over, representerer et annet syn på hva slags kunnskap terapeuter har, og kan nevnes som eksempel på en terapeutisk posisjon der terapeuten anses å kunne vurdere klientens problemer og løsninger på disse, uavhengig av om klienten deler denne opplevelsen. Haley opererte med teorier om hva som kunne være problemet og satte inn tiltak som skulle

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

hjelpe.

Denne terapeutiske posisjonen er velkjent i en offentlig nordre politilinjen. Bl.a. har mange politilinjer vedtatt linjer for ~~klareringsforløp~~ klientens første møte med kliniker og hvilke utredningsverktøy kliniker skal bruke for å bli kjent med klientens problem. Det forutsettes altså at klienten ikke kan gi en god beskrivelse av problemet, at det må undersøkes av oss på en objektiv måte slik at vi er sikre på at vi faktisk får tak i problemets sanne natur.

Slik sett driver ~~modernistisk~~ politilinjen eller et modernistisk kunnskapsgrunn som forutsetter at det finnes en objektiv virkelighet der ute, som vi kan gi tilgang på bare vi bruker de vitelige standardiserte og normerte verktøyene.

Anderson og Goodishian, som har en postmoderne forståelse som fundament, vil hevde at en slik tilnærming ikke er hensiktsmessig, da det objektive svaret ikke finnes der ute og vi kan overse de ressursene og ending som ligger hos klienten selv.

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Jeg opplever at disse to posisjonene  
aktualiseres daglig i mitt arbeid  
som terapeut i en offentlig poliklinikk.  
~~Denne aktivasjonen er i tillegg  
helt naturlig for meg~~  
Ekspertposisjonen og den vitende terapeut  
kan aktualiseres av klienten som  
en legger foringene for barn av utrednings-  
verktøy, av klienten som ønsker en  
ekspertråd av <sup>f. eks.</sup> barnet har  
ad/hd, eller av meg selv når jeg  
opplever at klienten viser symptomer  
på noe jeg tenker bør utredes, som  
for eksempel en autistisk spekterforstyrrelse.  
Samtidig opplever jeg at den  
språk-systemiske tilknytningen sier  
noe helt essensiell - endring og  
utgangspunkt for endring, ligger  
hos klienten og i hennes liv. Det  
hender heldigvis også at denne  
ikke-vite-posisjonen aktualiseres  
~~og~~ av klientene selv når de i samtale  
presiserer og understreker sin opplevde  
avtning.

~~Hvis det noe som på utredningsarbeid  
effektivt? - jeg tror det er det jeg  
tror vi må leve med begge posisjoner~~

Paragatzen

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

Samskaligvis er det fallgruber vedt  
knyttet til begge posisjoner.

Den språk-systemiske tilnærmingen har  
blitt kritisert, ~~for~~ bl.a. av Minuchin,  
for å innta en posisjon som fratær  
terapeuten ansvar for det som  
sjer i terapien. Når det som sjer  
i terapien forstås som en sinnshaping  
der klientens bidrag er av like stor  
betydning som terapeuten, og der  
terapeuten er uel så mange gjenstand  
for ending som klienten, så foruttrer  
terapeuten ansvar for resultatet av  
terapien.

Videre har Haley draktet distillering mellom  
problemer som følge av fortløst interaksjons-  
mønstre og problemer som følge av  
mangel på informasjon. Av og til  
drøyer klientene keen informasjon for å  
velge gode løsninger. Jeg finner denne  
distinksjonen nyttig, da jeg tenker  
familier kan komme til behandling  
som følge av at de ~~prøve~~ strever  
med å forstå f.ell. barnet, der det  
knois seg at barnet har et problem,  
som f.ell. lavt evneniva eller en  
autistisk spelebilstand, og der informasjon  
om dette problemet er det som skal til  
for at familien forstår barnet og slik kan velge

Denne kolonne er  
forbeholdt sensor.

gode løsninger.

Cecchin har i en artikkel fra 1992 beskrevet hvordan en forsterket og en objektiv virkelighet og de sannheter som ligger i denne, også kan føre til en terapi der terapeuten ikke tar ansvar. fordi en så sterk tilhenger av et fremskritt alternativ kan rettferdiggjøre enhver handling - jeg gjorde det fordi jeg var overbevist om at det var riktig, jeg kan ikke kludre.

Cecchin ser tvil som et terapeutisk valg ~~gjennom~~ ~~gjennom~~ ~~gjennom~~ som en hjelp i det terapeutiske arbeidet, slik beholder han sin nysgjerrighet og evne til å skifte kurs dersom det er hensiktsmessig.

Jeg vil slutte meg til at tvil er en uvurderlig egenkap i terapi så lenge den ikke gjør deg handlingslammet. Jeg tror de to terapeutiske posisjonene - den vitende og den ikke-vitende alltid vil være tilstede i vårt arbeidsfelt og at tvilen bør benyttes i dette arbeidet for å sikre en kontinuerlig etisk refleksjon rundt de valg vi tar i terapi og i møte med klienter.