

***Dalarnas Familjeterapiförening
"Evidens och familjebaserad praktik – hjälp som faktiskt
hjälper"***

***Rolf Sundet
Høgskolen i sørøst-Norge
& Ambulant Familieeksjon, "Avdeling for barn og unges
psykiske helse" , Drammen sykehus, Vestre Viken H.F.***



KONTEKST

- ✘ Min kontekst: Yrke, arbeidsted & interesser m.m.
- ✘ Deres kontekst: Yrker, arbeidssteder & interesser

MÅLSETTING FOR DAGEN – UTVIKLE TENKNINGSMÅTER OM:

- ✘ Forståelse av evidensbasert eller empirisk støttet praksis som kan romme det familieterapeutiske idelandsskapet
- ✘ Bekymringer knyttet til et begrenset evidensbegrep
- ✘ Hvordan kan denne forståelsen bidra til utvikling av familieterapeutiske praksisformer
- ✘ Praksisen ved Ambulant familieeksjon som et eksempel.

FAMILIETERAPIENS KJÆRESTE GRUNNBEGREP

Forskjell/skillnad

- ✘ En forskjell/skillnad som gjør en forskjell/skillnad. Gregory Bateson)
- ✘ Forskjell/skillnad som motsigelse (Mao Tse Tung)
- ✘ Forskjell/skillnad som imaginær motsetning (Anthony Wilden)
- ✘ Forskjell/skillnad som supplement (Jacques Derrida)

Evidensbegrepet
Hva er en evidensbaert eller empirisk støttet
praksis?



KRAV TIL FRAMTIDIGE TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE I NORGE (HVA ER SITUASJONEN I SVERIGE?)

1. Økt vektlegging av brukermedvirkning og brukerinnflytelse
2. Økt vektlegging av kunnskapsbasert praksis, standardiserte pasientforløp og evaluering av alle sider ved pasientbehandling
3. Økt vektlegging av samhandling og en utadrettet spesialisthelsetjeneste, inkludert arenafleksibilitet og ambulante tjenester.

KRAVENE TIL KVALITETSSIKRINGSSYSTEM I NORGE;

- ✘ som er standardisert,
- ✘ som øker innflytelsen til den enkelte bruker,
- ✘ som gir informasjon om virkning i det enkelte behandlingsforløp og for hele organisasjonens pasient populasjon,
- ✘ som er samordnet,
- ✘ som tar vare på kontinuitet i den enkelte sak og organisasjonen som helhet,
- ✘ som kan gi informasjon om ressursbruk på de samme nivå
- ✘ som er tilgjengelig for alle brukere, terapeuter og ledere og i organisasjonen.

BAKGRUNN

Å stå til ansvar ("Accountability")

Er det vi gjør til hjelp?

Tre kilder:

Terapeutene

Økonomene/byråkratene/sjefene

Brukerne

LEGITIMERING AV PRAKSIS

Teori,
Erfaring,
Menneskesyn,
Profesjon

TEMP

Ikke lenger holdbare som legitimeringsgrunnlag
for praksis

LEGITIMERING AV PRAKSIS

Forskning som legitimeringsgrunnlag:

Evidensbaserte metoder

2 kliniske forsøk (randomisert kontroll design) som viste at en metode hadde bedre effekt enn en annen

RANDOMISERT KONTROLL DESIGN

- ✘ Spesifikk diagnosegruppe—ekskudere komorbiditet
- ✘ Personer fordeles tilfeldig i eksperiment og kontroll gruppe (randomisering)
- ✘ Manualisert terapimetode
- ✘ Sammenlikne de to gruppene gjennom beregning av effektstørrelse

LEGITIMERING AV PRAKSIS

Randomiserte kontroll design viser 4 ting på gruppe nivå:

- a). Metoden har effekt/ikke effekt.
- b). Den har bedre/ikke bedre effekt enn sammenlikningsmetoden.
- c). Angir andel i gruppa som får hjelp.
- d). Angir andel i gruppa som ikke får hjelp.

Ved metoder som er klassisk evidensbasert, er det alltid en andel av gruppa som får hjelp og en som ikke får hjelp.

Intet i studiene sier hvilke enkelt individ/par/familier som kommer til oss som får hjelp eller ikke når vi anvender disse metodene.

FORSKNINGSPERSPEKTIVET EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK BEHANDLING (APA)

- 1) Beste forskningsmessige evidens,
- 2) klinisk ekspertise og
- 3) pasientens egenskaper, verdier og kontekst (brukerpreferanser)--brukermedvirkning

Disse danner det overordnede evidensbegrepet og skal være avgjørende for praksis



Bekymringer

FORANDRING: HVEM SKAL FORANDRE SEG?

- ✘ Fra fag og staffmøter: Samtaler mellom terapeuter om hvordan og hvorfor foreldre/pasient må forandre seg
- ✘ I terapirommet: Samtaler hvor familiemedlemmene påpeker ønsker om forandring hos hverandre, eller hos terapeutene.
- ✘ Min deltagelse i samtaler om nødvendigheten av at den Andre` (BUP, PPT, barnevern) må endre seg.
- ✘ "Hvem faen er han Andre"?

FORANDRING: HVOR KOMMER DEN FRA?

Forandring som noe som forordnes "ovenifra":

- ✘ Det er de "over" som bestemmer hva de "under" skal forandre seg i. Politikere (som pekes ut av "folket") peker ut forandring hos byråkrater, disse hos ledere som igjen peker ut forandring hos terapeuter som igjen gjør dette ovenfor brukere.
- ✘ Dette er ideen om det hierarkiske samfunn og hvor hver og en av oss alltid er underlagt en "ledende kader" som vet mer og bedre enn oss.

FORANDRING

Forandring som utløses “nedenifra”:

- ✘ Familier har erfaringer som gjør at de ber oss terapeuter forandre oss og/eller vår arbeidsmåte for at de skal få det bedre
- ✘ Terapeuter har erfaringer som tilsier at lederne må gjøre forandringer som muliggjør at vi får gjort vårt arbeid bedre.
- ✘ Ledere har erfaringer som må meldes til byråkratene i departementene som fører til forandringer som igjen beforder at politikere gjør forandringer.

DEMOKRATI

- ✘ Et fungerende demokrati må la beskjedene om forandring flyte både ovenifra og ned, og nedenifra og opp.
- ✘ System som bare muliggjør den ene retningen blir enten totalitære eller anarkistiske (kaotiske).
- ✘ Min frykt: Vi beveger oss i den totalitære retningen (selv om de gammeldagse voldsmetodene til totalitære styrever selvfølgelig ikke finnes hos oss – jfr. ”moderne makt”)

FRYKTKULTUR

Påstand:

Brudd på forordninger (veiledere, manualer, instruksjer, prosedyrer etc.) som feil som medfører individuelle sanksjoner, straff og represalier fører til;

- at feil skjules,
- “eksternaliserende” atferd øker med påpeking av Andre som problemet
- at læring reduseres eller forhindres

EN LÆRENDE PSYKISK HELSEVERN

Er avhengig av:

- ✘ Et demokratisk arbeidsliv
 - ✘ Klinisk autonomi er avgjørende
 - ✘ Kunnskap og erfaring fra forskning
 - ✘ Kunnskap og erfaring fra brukerne
 - ✘ Kunnskap og erfaring fra terapeutene
- (Det tre siste sammenfaller med definisjonen på en evidensbasert praksis)

EN LÆRENDE ORGANISASJON

- ✘ En organisasjon som gjør feil, som åpent erkjenner dem og anvender dem som utgangspunkt for forandring (jfr. Flyhavarikommisjonen).
- ✘ Fokus på systemendring og ikke straffeforfølgelse av enkeltpersoner.
- ✘ System som ikke gjør feil er ikke lærende organisasjoner. Å slutte å gjøre feil, betyr å ikke lære noe nytt, og med det ingen forandring.

A photograph of a stone archway in a weathered wall. The arch is made of light-colored, rough-hewn stones. The interior of the arch is dark, and a window is visible in the distance, looking out onto a bright, green landscape under a clear blue sky. The word "Dilemma" is written in white serif font across the dark interior of the arch.

Dilemma

HVA OFFENTLIGE RETNINGSLINJER/RIKTLINJER SIER I NORGE

- ✘ En SKAL utrede, gi diagnose og lage behandlingsplan. I tillegg SKAL en bestemme avslutning for behandling sammen med familien (SKAL er juridisk bindende).
- ✘ En BØR behandle og skape en terapeutisk allianse (BØR er ikke juridisk bindende)
- ✘ Konklusjon: En har krav på utredning og diagnoses samt plan for behandling og avslutning, men ikke behandling (med eller uten fungerende allianse)

DILEMMA

Den ene siden av mynten

1. Forskning peker på en mer kompleks situasjon enn det de forskjellige “skal” i retningslinjene framhever
2. Det er vanskelig å finne sammenheng mellom utredning og utfall i terapi
3. Diagnoser har lav prediktivitet ndg utfall
4. Mulig objektivisering & depersonalisering—
terapifagenes manglende mentalisering

DILEMMA

Den andre siden av mynten:

1. Diagnoser utløser rettigheter
2. Diagnoser bidrar til å skille person og problem/lidelse og kommuniserer dette
3. Utredning & diagnostikk bidrar til valg av (evidensbaserte) metoder som er til hjelp for en del av en diagnostisk gruppe
4. Inngir forståelse og forklaring

HVORDAN LØSER/LEVER VI DETTE I AMBULANT FAMILIESEKSJON

✘ To gode prediktorer:

Tidlig opplevd endring

Den terapeutiske alliansen

Vi sier at en må aldri begynne med utredning, alltid behandling, da behandling alltid starter med relasjon. Utredning er en del av behandlingen – Bryter vi Veilederen eller har vi reformulert den i tråd med hva forskning sier?

PÅSTAND:

"VI MÅ ALLTID STARTE MED BEHANDLING!"

Forholdet utredning/diagnostikk
behandlingsplan og behandling:

1.Sekvensmodellen: Atskilte aktiviteter
organisert i en lineær tidssekvens

2.Sammenflettingsmodellen: Aktiviteter
organisert ut fra et "glidelås"-prinsipp hvor
en alltid starter med behandling

TO KLASSER AV METODER

De som er avhengig av at brukeren(e) sier "ja" til det metoden:

"Si ja (til metoden) og forandring vil følge.

´Nei` betyr motstand, mangel på motivasjon og at en ikke er klar for forandring før en sier ´ja`.

De som er avhengig av at brukeren sier "nei" eller nøler til det metoden foreslår:

"Uten ´nei` (protest, nøling, spørsmålsstilling) er ikke en skreddersydd og hjelpsom praksis mulig"

HVA SIER FORSKNING? TO MODELLER.

The Medical Model: specific ingredients of treatment are responsible for the benefits of psychotherapy.

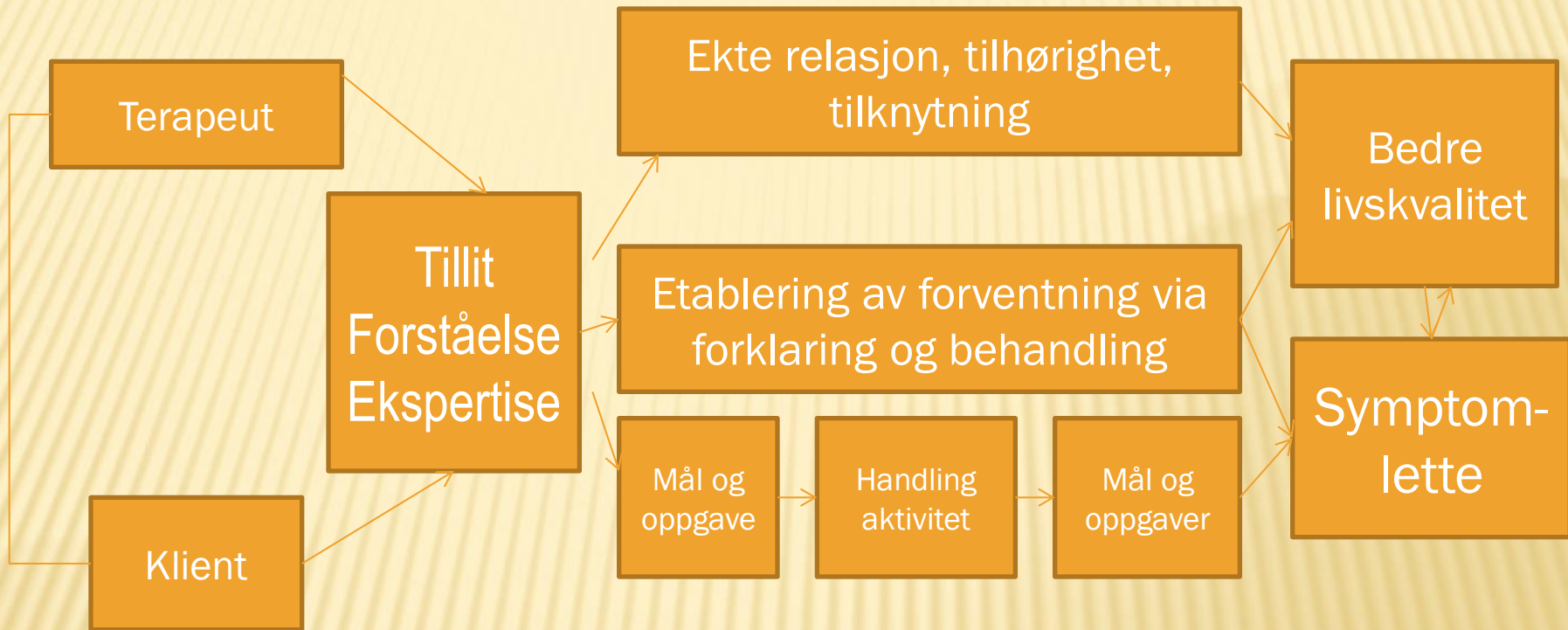
Specifically,

- (a) psychological dysfunction is identified,
- (b) a treatment targets that specific dysfunction, and
- (c) improvement occurs as a result of remediating the identified dysfunction.

The Contextual Model: the relationship between the therapist and the client that occurs in the context of a treatment is critical to the success of therapy.

Three pathways (to) benefits of psychotherapy:

- a). the real relationship,
- b). the creation of expectations through explanation and agreement about the tasks and goals of psychotherapy,
- c.). the facilitation of psychologically beneficial processes of some kind." (Wampold & Imel, 2015, s. 255-256).



Wampold & Budge, 2012



**En
familiebasert
praksis**

AMBULANT FAMILIESEKSJON (AFS):

Tre team:

- ✘ 2 team trenet i PMT-0 og sosial ferdighetstrening
- ✘ 1 team er eklektisk med familiebaserte arbeidsformer.
- ✘ Jobber med de som ikke passer annet sted

En familiebasert praksis

”Det hjelpsomme forholdet”	”Den hjelpsomme deltagelsen”	”Den hjelpsomme samtalen”
<p><i>Å generere samarbeid :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lytte, ta på alvor, tro på familien og følge deres mål og metoder. • Personlig oppførsel som er ikke-dømmende og respektfullt • Terapeutisk allianse 	<p><i>Å bruke fag kunnskap</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape “en stor verktøykasse” og understøtte et praksismangfold • Dele og være gjennomskinnelig om sin kunnskap. 	<p><i>Spørre, gi tid og strukturere arbeidet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Å være hvor folk er” (responsivity) • Nyansere det nyanserte
<p><i>Selvavsløring:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi av seg selv knyttet til familiens tema 	<p><i>Forstå gjennom deltagelse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Å få smake på det “ gjennom delt opplevelse, gjensidige definisjoner og å viske ut forskjeller 	<p><i>Gi tilbakemelding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Viktigheten av ikke-dømmende “negativ” tilbakemelding <p><i>Motta tilbakemelding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta den på alvor og følg den
<p><i>Bekjempe krenkelse, nedvurdering og fornedrelse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjelp til å gjenopprette familiens ære 	<p><i>Fleksibilitet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Å ha mange muligheter (når, hvor, hvordan, hvem) 	<p><i>Reformulere :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulighetene ved mangfold i mening og perspektiv

PASIENT FOKUSERT FORSKNING

“In patient-focused research outcome assessments is conducted for the purpose of enhancing ongoing treatment providing feedback to therapists” (Lambert, 2011, p.47).

Routine care

N:6062	Sessions	Detoriation	No change	Improvement	Recovery
Employee assistance	3,6	6,6%	58,5%	19,7%	15,2%
University clinics	5,8	9,7%	57,6%	20,1%	12,6%
Local Outpatient clinics	3,3	14,1%	53,9%	20,5%	11,4%
National outpatient clinic	5,1	7,5%	48,1%	28,5%	15,9%
Clinical trainees	9,5	3,2%	45,6%	31,2%	20%
Community mental health center	4,1	10,2%	60,7%	20,5%	8,6%
Total	4,3	8,2%	56,8%	20,9%	14,1%

Results: No feedback, feedback, feedback+CST

	Recovered or improved	No change	Deteriorated
NOT-Nfb (N=286)	60 (21%)	165 (58%)	61 (21%)
NOT-Fb (N=298)	104 (35%)	154 (52%)	40 (13%)
NOT-Fb+CST (N=154)	69 (45%)	73 (47%)	12 (8%)

Outcome Rating Scale (ORS)
Skala for endringsvurdering - voksne

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

I-----I

Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

I-----I

Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

I-----I

Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

I-----I

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

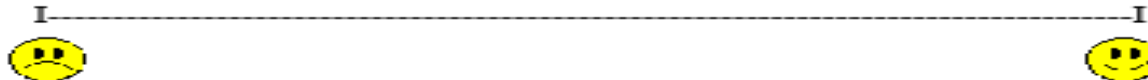
Child Outcome Rating Scale (CORS)

Skala for endringsvurdering – barn og unge

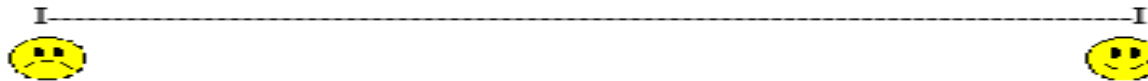
Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____
Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Barnet _____ Foresatt _____
Hvis foresatte fyller ut; hva er din relasjon til barnet? _____

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset. *Dersom du er foresatt, fyll da ut skalaen slik du tenker barnet har det.*

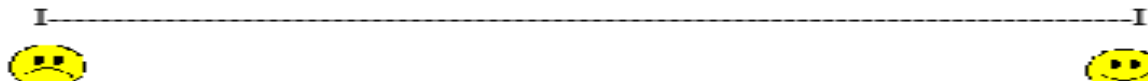
Meg selv
(Hvordan jeg har det)



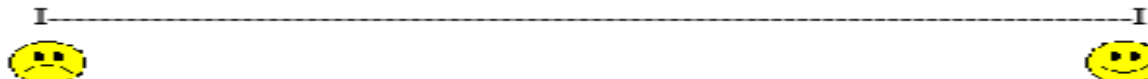
Familien
(Hvordan jeg har det i familien min)



Skolen
(Hvordan jeg har det på skolen)



Alt i alt
(Hvordan jeg har det alt i alt)



Institute for the Study of Therapeutic Change

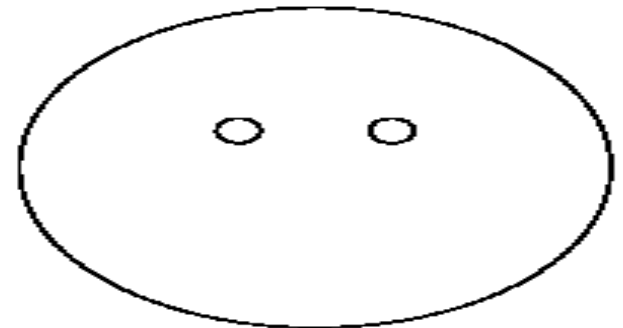
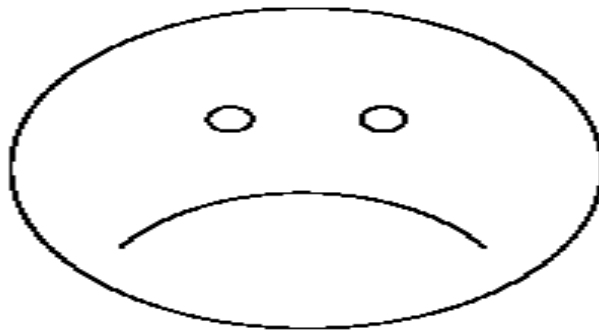
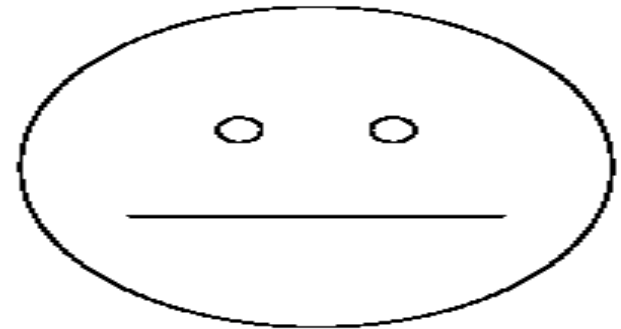
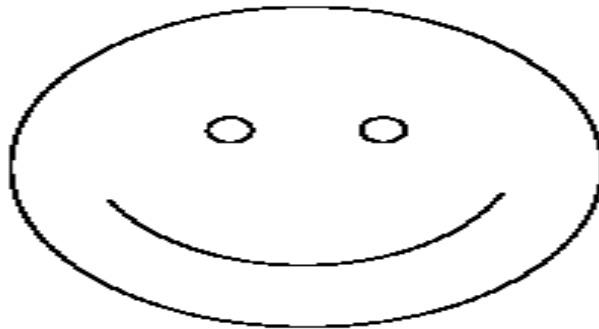
www.talkingcure.com

Endringsvurdering –barn

Navn: _____ f. _____ **gutt/jente**

Dato: _____ Time nr.: _____

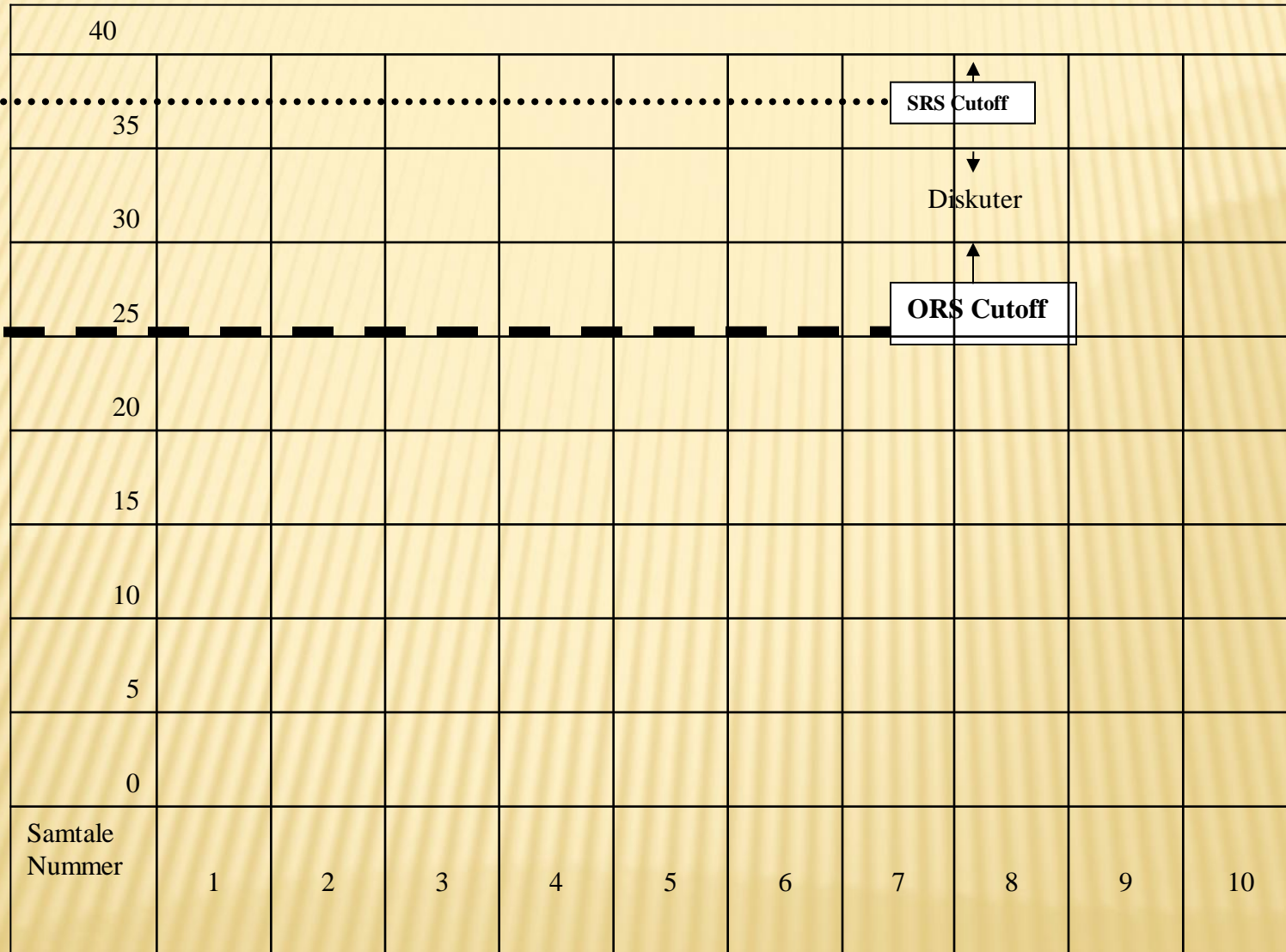
Velg et av ansiktene som viser hvordan du har det for tiden. Eller, du kan tegne et nederst som passer akkurat for deg.



Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks



Session Rating Scale (SRS V.3.0) Skala for samtalevurdering – voksne

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Forholdet mellom deg og terapeuten:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

I-----I

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

I-----I

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

Tilnærming eller metode:

Terapeutens tilnærming passer *ikke* så godt for meg.

I-----I

Terapeutens tilnærming passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

I-----I

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Child Session Rating Scale (CSRS)

Skala for samtalevurdering - barn og unge

Navn _____ Alder (År): _____

ID nr. _____ Kjønn: M / K

Samtale nr. _____ Dato: _____

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.

Å bli hørt

hørte ikke så godt på meg.

I



hørte godt på meg.

I

Hvor viktig

Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.

I



Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.

I

Det vi gjorde

Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.



Jeg likte det vi gjorde i dag

I

Alt i alt

Jeg ønsker å gjøre noe annet.

I



Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.

I

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

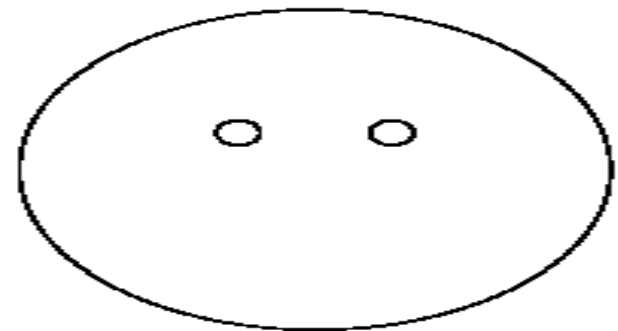
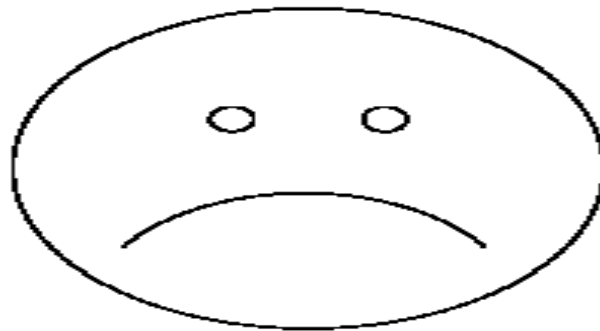
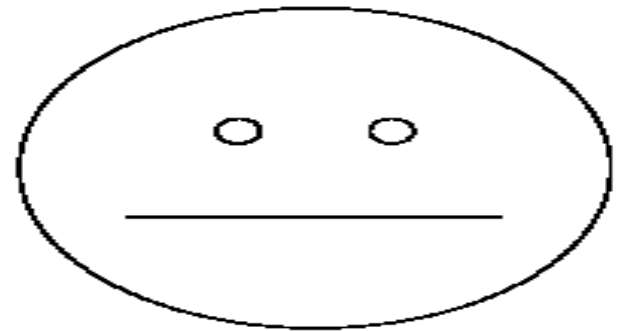
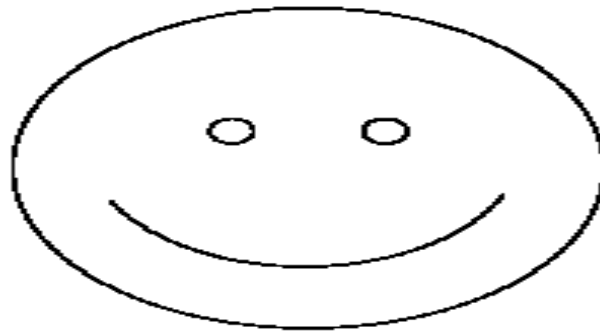
© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson

Timevurdering - barn

Navn: _____ f. _____ gutt/jente

Dato: _____ Time nr.: _____

Velg et ansikt som viser hvordan det var å være her i dag. Eller, du kan tegne et ansikt som passer akkurat for deg.




Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks

Licensed for personal use only



**ORS & SRS:
Tilbakemeldings- og
samtaleredskap**

Skalaene som samtaleredskap: Et familieperspektiv

1.0. Formidling	2.0. Fokusering	3.0. Strukturering	4.0. Utforskning
1.1. Å uttrykke og å fortelle	2.1. Billedgjøring	3.1. Angir retning på arbeidet	4.1. Oppdaging
1.2. Å si ifra om områder for aksept og endring	2.2. Tydeliggjøring	3.2. Angir tematisk innhold	4.2. Fordyping

Skalaene som samtaleredskap: Et terapeutperspektiv

Skalaene som åpning;

I... ..til samtaler om tilbakemelding, framgang og endring

II... til samtaler som uttrykker opplevelser, mening og perspektiv om det terapeutiske arbeidet

IIItil å skape rutine og struktur

IV ...til spørsmål og samtaler karakterisert av den ikke-vitende posisjon

V ...til eksterenliserende samtaler

VI...til samtaler som bringer fram et produkt

REDSKAP

- ✘ Redskap formidler—via redskap økes sannsynligheten for at noe bringes fram
- ✘ Et samtaleredskap er noe som øker sannsynligheten for at (visse) samtaler oppstår.

“PRAKSISREGLER” FOR TERAPEUTER

- ✘ Disse skalaene er bare åpning og mulighet for spørsmål, de gir aldri svar.

“Det er bedre å spørja seg fram enn å svara seg bort.”

- ✘ Ingen forandring eller forverring utløser og nødvendiggjør terapeutendring.

“PRAKSISREGLER FOR TERAPEUTER”

- ✘ Følg familien!!
- ✘ Protest er et vitnesbyrd om at vår måte å jobbe på ikke passer med familien og deres preferanser: Sett pris på protesten!!
- ✘ Ved uenighet, gi forrang til familien (innenfor etiske rammer).

FEEDBACK KULTUR

I forholdet klient – terapeut er terapeut perspektivet gjennomskinnelig mens klientperspektiv og valg gis forrang

I leder/organisasjon – terapeut forholdet er leder/organisasjon gjennomskinnelig mens terapeutvalg gis forrang i den enkelte sak

Å beholde klinisk autonomi til å respondere på feedback fra klientene er avgjørende for systemets funksjon

Feedback system ødelegges som kliniske verktøy når det inkluderes i en organisatorisk basert konkurransekultur.

DET TEKNOLOGISKE PARADIGMET INNENFOR PSYKIATRI (“REPARASJONS-PARADIGMET”)

- ✘ Mental health problems arise from faulty mechanisms or processes of some sort, involving abnormal physiological or psychological events occurring within the individual
- ✘ These mechanisms or processes can be modelled in causal terms. They are not context-dependent
- ✘ Technological interventions are instrumental and can be designed and studied independent of relationships and values.

“We suggest that this paradigm has not served psychiatry well”

Bracken et al, (2012). BJP,201: 430-434

EMPIRI SOM UTFORDRER DETTE PARADIGMET

Depresjon:

Overvurdering av medikamentell behandling, ECT og teori-spesifikke faktorer i psykoterapi.

I stedet mer vekt på ikke-spesifikke faktorer (*foreløpig ikketeoretiserte?*)

Psykose:

Igjen overvurdering av medikamentell behandling

Mer vekt på en recovery (bedrings-)orientert tilnærming

Fremover:

Forfølge og utvikle bruker- og samarbeidsorientering

Overordnet:

”Psychiatry is not neurology; it is not a medicine of the brain”
(Bracken et al, p. 432)

TO SUPPLERENDE DISKURSER

- ✘ Den medisinske forståelsen som uttrykk for en reparasjonsdiskurs:

Behandling av sykdom

- ✘ En ko-evolusjonær forståelse som uttrykk for en frambringelsesdiskurs:

Frambringelse, konstruksjon, generering og bygging av sitt liv på mest mulig prefererte måter

KONSEKVENSER FOR ENHETEN

1. Vi tror og mener at vi snakker og tenker annerledes om våre pasienter og deres familier etter at vi startet med ORS &SRS
2. Økt gjennomskinnelighet. Målsetting om å kunne snakke med familiene om alt som angår dem, vårt forhold og behandlingen

EGNE ERFARINGER BEGREP OG FORSTÅELSESMÅTER:HJELPEBEGREPER

- ✘ Første steg på veien til vellykket terapi/hjelp er etablering av turtaking.
- ✘ Andre steg er at turtaking gjentas slik at et samvær av koordinert samspill etableres og opprettholdes.
- ✘ Hva kjennetegner dette?

Mine hjelpebegreper

- Regulering
- Mestring og vilje
- Deling av opplevelser
- Sette navn på og gi fravær et nærvær
- Fortelle historier, skape sammenhenger, mening, bygge identitet og foreslå handlinger

MINE HJELPEBEGREPER

Hva er samspill?

Om lineær og sirkulær kausalitet

Om sammenheng, korrelasjon, og årsak

Et samarbeid – av noen kalt terapi

T. Andersen



SAMARBEID

Samarbeid – å arbeide sammen blir det sentrale fokuset og er rotfestet i

- ✘ evnen til gjensidighet (tur-taking, gjensidig respondere på hverandres responser)
- ✘ felles mål
- ✘ anvendelsen av vår forskjellighet for å nå

THE TENSION BETWEEN DIALECTIC AND DIALOGIC CONVERSATIONS

- ✘ In dialectic (conversations) the verbal play of opposites should gradually build up to a synthesis...; the aim is to come...to a common understanding. ... establish... common ground
- ✘ Dialogic (conversations)...name...a discussion which does not resolve itself by finding common ground. ... through the process of exchange, people become more aware of their own views and expand their understanding of one another.
- ✘ ...the difference between dialectic and dialogic conversation is not a matter of either/or. (Sennett, 2013,p. 18-21).

EMOTIONALITY

- ✘ Sympathy: “I know what you feel”
“Sympathy overcomes difference through imaginative acts of identification”
- ✘ Empathy: “I am attending intently to you”
“Empathy attends to the other person on his or her own terms.” (Sennett, 2012, p. 21)

SYMPATHY AND EMPATHY

- ✘ “Sympathy can be understood as one emotional reward for the thesis-antithesis-synthesis play of dialects: ‘Finally we understand each other, and that feels good’.”
- ✘ Empathy is more linked to dialogic exchange; though curiosity sustains the exchange, we don’t experience the same satisfaction of closure, of wrapping things up. (Sennett, 2012, p. 22)



Øyeblikket og endring

EMOSJONELL ERFARING

Endring betyr her at emosjonelle erfaringer setter spor og lagres i personen (det nevroaffektive området).

Fra korrektiv emosjonell erfaring til supplerende emosjonell erfaring.

Korrektiv : Faren for at terapeut kommer i konkurranse med foreldrene sine bedrag

Supplerende: Understøtter både noen av barnets erfaringer med foreldrene og bringer samtidig inn noen nye fra terapeuten, og understreker repetisjon som å bestå av både noe liknende og noe forskjellig

SAMVÆR → TO ENDRINGSVEIER

1. Deltagelsen (det prosedyrielle området): Nærvær og opplevelse i øyeblikket som kilde til endring særlig knyttet til opplevelse av regulering, mestring og vilje og deling av opplevelser. Språk og samtale ingen nødvendighet her.
2. Refleksjon (det deklorative området): Å sette navn på og å skape sammenheng og mening gjennom historier gav opphav til øyeblikk som ikke var kjennetegnet i første omgang av nærhet men av distanse, for i neste omgang at det å ha distanse og kunne navngi og lage historier i seg selv ble nærværende øyeblikk.

ENDRING I TERAPI

Det nåværende øyeblikket ("the present moment") sammenkjedet:

- ✘ En beveger seg framover ("moving along) i en slurvete ("sloppy"), upredikerbar, dynamisk og samskapt prosess hvor
- ✘ spesielle *nåøyeblikk* ("now moments") kan tre fram ("emerge") som truer det status quo som preger forholdet opp til dette punktet som igjen
- ✘ kan finne sin løsning i et *møteøyeblikk* ("moment of meeting"), en autentisk og passende respons til krisen som nåøyeblikket har skapt. (Stern, 2004)

Dette skaper ny implisitt relasjonell viten ("Implicit relational knowledge) (BCPSG, 2010)

NÅVÆRENDE ØYEBLIKK: EN BEVEGER SEG FRAMOVER

Terapeut: Skal vi starte som vanlig med å se på kurven vi har tegnet ut fra ORS skårene?

Mor: Jo, bra, det hjelper oss alltid til å komme i gang (bekreftende tonefall).

ET NÅØYBELIKK

M: Nå må det bli slutt på dette maset om eksponering. Det ødelegger alt for oss. Kan vi ikke bare la det være? (Sint og oppgitt uttrykk).

T: (sperrer opp øynene) La det være? Vi kan jo ikke det (spørrende, tvilende, forundret tonefall)?

MØTEØYEBLIKK

M: Jo, la det være (vennlig, tydelig og bestemt tonefall)

T: Ja, kanskje det (forundret, spørrende og bekreftende tonefall).

(Smiler til hverandre med lettet ansiktsuttrykk)

EN ANNEN VEI TIL IMPLISITT RELASJONELL VITEN

- ✘ “...therapeutic change occurs during the quieter moments of clinical processes as well as during moments of meeting”. BCPSG, 2010, s. 81).
- ✘ “The relational move is a unit of intentionality where the intention can be conscious or non-conscious. It is any communicative ‘gesture’ directed toward another that may be apprehended, and it expresses some intentionality from the communicator.” (BCPSG, 2010, s. 75).
- ✘ ”...engaged in a intersubjective quest to negotiate the best fit between one’s own intentions and those of others (BCPSG, 2010, s.82).

EN ANNEN VEI TIL IMPLISITT RELASJONELL VITEN

”The process of creative negotiations creates an increasing coherence in the relational field, and in the experiences of a relational self by the patient. This is experienced as a heightened sense of vitality and wellbeing when together and brings about a further expansion in the scope of the relationship and its shared intersubjective field” (BCPSG, 2010, s.195).

BCPSG OPPSUMMERT:

- 1).Terapeutisk endring skjer gjennom små, mindre ladede øyeblikk, så vell som i sjeldnere, sterkt ladede nåøyeblikk og øyeblikksmøter.
- 2).Terapeutisk endring innebærer endring i implisitt relasjonell viten, og denne endringen opptrer i de pågående bevegelsen i hver av deltageres relasjonelle vendinger.
- 3). Endring i implisitt relasjonell viten skjer gjennom å oppnå mer sammenhengende ("coherent") måter å være sammen på.
- 4). Mer sammenhengende måter å være sammen på skjer gjennom en prosess av hvor deltageres initiativ anerkjennes som spesifikke måter å passe sammen på.

AMBULANT FAMILIESEKSJON OG ET FOREGRIPENDE NÆRVÆR:

- ✘ Fra øyeblikk til øyeblikk (mikronivå) ”predikerer” vi både den andres intensjoner, hva som vil kunne passe av innspill fra oss til disse, effekt av disse innspillene, og mulige svar fra den andre.
- ✘ Den andres svar fører til justering i vårt foregripende nærvær. Dette er bruk av feedback på mikronivå.
- ✘ Det foregripende nærvær er usikkert, slurvete og potensielt kreativt
- ✘ Må suppleres med feedback på makronivå (KOR)

Arbeidsmåter og kliniske erfaringer



ARBEIDSMÅTER

- a). Terapeutene holder fokus på og arbeider med allianse; bånd, enighet om mål og oppgaver.
- b). Terapeuten velger samhandlingsformer som reduserer motstand.
- c). Arbeider systematisk med pasient og pårørende feedback og følger denne.
- d). Vekt på terapeutendring ved manglende utvikling og vansker med allianser

ARBEIDSMÅTER

- e). Overvåk relasjonsbrudd og reparer!
- f). Foreslå teknikker og arbeidsmåter ut fra pasient og familiens ønsker, preferanser, mål, hensikter og drømmer samt deres ideer om hva som vil være til hjelp. Utforsk endringsteorier.
- g). La hva som er terapeutisk bestemmes i hvert enkelt møte i terapien.

KLINISKE ERFARINGER

1. Se på og tenk om foreldre som samarbeidspartnere som har større kunnskap om sitt barn enn oss. Erkjenn og anerkjenn at vi i høy grad er i en "naturlig" ikke-vitende posisjon ndg de spesifikke personene vi møter.
2. Øk grad av fleksibilitet, gå aldri "egne veier" uten å sjekke med familien og samarbeidspartnere.
3. Inkluder familien i alle beslutninger, drøfte alle tanker og spørsmål med dem. Det som ikke kan sies og drøftes med familien peker på relasjons- og samarbeidsproblem. Få det på bordet!
4. Inviter alltid til oppklaring av uklarheter. Husk at terapeutfortolkning og meningsdannelse ofte ikke stemmer med pasient og pårørendes opplevelse.

KLINISKE ERFARINGER

5. Se på innblanding som deltagelse og involvering fra familiens side. Uten denne intet behandlingsresultat.
6. Sjekk alltid ut egne fortolkninger meninger og forståelser med familien.
7. Ved uenighet forfordel familiens perspektiv og avvent med eget bidrag. Dette innenfor etiske rammer.
8. Hold øye med familiens grenser og rammer for hva de klarer. Tilpass krav til hva familien er i stand til.

KLINISKE ERFARINGER

9. Ta forelders spørsmål om nye utredninger og diagnoser på alvor. Gå gjerne en ny runde.
10. Inkluder familiens støtte personer og nettverk. Unngå å se de som konkurrenter. Drøft dette hvis det skjer med mål om inklusjon og ikke eksklusjon.
11. Unngå ensidig fokus på foreldre som informasjonskilde for komparent opplysninger

KLINISKE ERFARINGER

12. Vær forsiktig med årsaksforklaringer og utforsk i stedet sammenhenger, samvariasjoner og forbindelser.
13. Vær forsiktig med prediksjon på bakgrunn av diagnoser. Vær opptatt av disse som informasjon om funksjon og invitasjon til samtaler og samvær.

Takk for meg

