

ISM skriftserie

Nr. 35



DIALOG OG REFLEKSJON

*Festskrift til professor Tom Andersen
på hans 60-års dag*

Universitetet i Tromsø
Institutt for samfunnsmedisin

*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those
of the authors and do not necessarily reflect the
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 41 - 8
1996

I N N H O L D

	Side
Personalia Tom Andersen	3
Forord	4
Harlene Anderson	Tusen takk, Tom Andersen 7
Anna Margrethe Flåm, Pål Talberg	Kva tenkjer vegleiarar om vegleiing? 11
Anders Forsdahl	"De", "Du" eller "dokker"? 37
Kenneth J. Gergen	Therapeutic communication as relationship 41
Ivar Hartviksen	Intervju med ferdigbehandlet pasient hos psykiater 56
Lynn Hoffman	Postmodernism and family therapy 67
Georg Høyer	En vanlig dag i en heis på Kirby Island, New York City 90
Eva Kjellberg	En dag ägnad åt lovord 92
Erik Korvald	Klipp fra kullboka 1961 96
Unni Kristiansen	Til en læremester 97
Peter Lebenbaum	Some Thoughts on Social Justice, therapy and That Original Electrical Failure 102
Anders Lindseth	Was der Andere sagt - und wovon er spricht. Einige Grundlagen einer Theorie Philosophischer Praxis 108
Sheila McNamee	Out of head and into the discourse 118
Ole D. Mjøs	Samtalens meister 131

Peggy Penn	"What are the things a therapist should know."	134
Ebbe G. Reichelt	Andeskjærtangen	141
Sissel Reichelt	Åpningen av det terapeutiske rom	145
Jaakko Seikkula, Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare	Treating psychosis in western lapland: Reflective processes and open dialogue instead of hospitalisation and heavy medication	156
John Shotter, Arlene M. Katz	'Living moments' in dialogical exchanges	172
Per Stensland	Rundt et bål i Kalahari	193
Anne Johanne Søgaard, Vinjar Fønnebø	Hvem snakker om gleder og sorger med familie og venner?	200
Judith Wagner	De som ingen har lyssnat på tidligere	209
Åge Wifstad	Sokratisk ikke-viten	212
Gudrun Øvreberg	Om psykomotorisk fysioterapi.	224
Ivar Aaraas, Inger Njølstad	Interaksjonsseminaret	233
	Forfatterliste	239



TOM DAVID ANDERSEN, F. 02.05.36

- 1954 Artium ved Ullern skole, Oslo
- 1961 Cand. med. ved Universitetet i Oslo
- 1961 Gift med Anne Elise Hofgaard
- 1961 Turnus ved Lillehammer sykehus
- 1962 Distriktsturnus, Alta
- 1963 Militærtjeneste ved Ramsund Orlogstasjon
- 1964 Distriktslege i Skånland
- 1965 Spesialistutdannelse i psykiatri ved Åsgård sykehus
- 1968 Distriktslege i Kautokeino
- 1971 EFCMG - amerikansk eksamen
- 1972 Studieopphold i Alberquerque i New Mexico
- 1973 Ansatt ved Universitetet i Tromsø
- 1976 Dosent i psykiatri ved Universitetet i Tromsø
- 1978 Disputerte for den medisinske doktorgrad
- 1981 Professor i psykiatri, Universitetet i Tromsø
- 1988 Æresmedlem i the American Association for Marriage and Family Therapy
- 1995 Æresmedlem i "Academica" Civilia Romania

Tom Andersen har i flere år vært faglig medarbeider i følgende tidskrift;

- Fokus på Familien, Norge
- Systeme (Zeitschrift, Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien), Wien
- Zeitschrift für Systemische Therapie, Dortmund
- The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy.

FORORD

Selv om Tom er en person som alltid ser fremover, er det naturlig når Tom nå fyller 60 år også å se tilbake. Vi i redaksjonskomiteen har alle langvarige forhold til Tom, som stipendiater, venner og samarbeidspartnere. Toms faglige orientering har i denne tiden vært i en nærmest kontinuerlig endringsprosess, preget av hans kreativitet og ønske om å utfordre konvensjoner og faglige grenser. Hans kompromissløse og sterkt kritiske holdning til psykiatrien som fag og som helsetjeneste har ført ham gjennom mange stadier, og han har nok til tider vært vanskelig å følge for enkelte. Tom er en sterk og markant personlighet som ingen kan stille seg likegyldig til, og i norsk psykiatri har han vært, og er, en fargerik urokråke. Det har til tider vært hardt, men han trives nok egentlig best med at det er slik. Siden midten av 80-tallet har han i stigende grad blitt anerkjent som en kapasitet innen familieterapi og systemisk tenkning og praksis, både nasjonalt og ikke minst internasjonalt. I dag er han uten sammenligning den internasjonalt mest kjente norske psykiater innen familieterapifeltet. Hans kone Anne har stått hele dette løpet sammen med han, og de har fått 4 barn og 4 barnebarn.

Vi kan her røpe at hans debut i forskning var innen biologisk psykiatri, i et prosjekt på Åsgård sykehus som dreide seg om depot-medisinerings! Siden ble det sosialpsykiatri, hans doktorgradsavhandling fra 1978 er en sammenlignende studie av psykiatrisk sykkelighet i to kommuner i Nord-Norge. Parallelt med dette har han alltid vært opptatt av sammenhengen mellom sjel og kropp, kanskje er det sportsmannen i han (han har gått Birkebeiner-rennet flere ganger og hoppet i Midtstubakken) som har fått utløp i dette. Han har samarbeidet med fysioterapeutene Aadel Bülow-Hansen og Gudrun Øvreberg i en årrekke, og vært en foregangsmann når det gjelder å bringe den psykomotoriske tradisjonen i norsk fysioterapi utover disses egne rekker. Gjennom tallrike kurs har han imøtekommet allmennpraktikeres behov for skolering i å møte psykiske plager.

Det er innenfor systemisk tenkning og behandling at han har etablert seg som en internasjonal kapasitet. Starten på denne utviklingen var allerede tidlig på 70-tallet, da han kom i kontakt med Jay Haleys strategiske psykoterapi, preget av utradisjonelle og paradoksale teknikker, en kontroversiell psykoterapiform i sin tid. Neste fase kom med kontakten med Milano-gruppa, representert ved Luigi Boscolo og Gianfranco Cecchin, som introduserte den systemiske tenkning i familieterapifeltet. Andre viktige inspiratorer og etterhvert venner innenfor denne tradisjonen var Lynn Hoffman og Peggy Penn ved Ackermann-instituttet i New York, og spesielt Harry Goolishian fra Galveston, Texas. Utfra kontakten med dette internasjonale miljøet og innenfor konteksten av yngre kolleger som han veiledet i familieterapi på Åsgård sykehus, var det at idéen om "det reflekterende team" oppsto i 1985. Det er først og fremst denne nyskapningen innenfor systemisk praksis som har gjort Tom kjent på den internasjonale arena. Siden har han vært mer ute i verden enn de fleste, alltid villig til å dele sitt oppkomme av idéer med andre. Her hjemme har hans årvisse seminarer i Nord-Norge helt fra begynnelsen av 80-årene trukket til seg kapasiteter fra hele verden til glede for fagmiljøet i hele Skandinavia. Disse seminarene har dannet grunnlaget for den 2-årige nord-norske utdanningen i familieterapi, som flere hundre helsearbeidere av alle profesjoner har gjennomgått. Fra 1995 har også Norrbotten län i Sverige kommet med, og utdanningen har blitt til et "Utviklingsprosjekt på Nordkalotten i Systemisk Arbeid", et enestående tiltak innen helsefag-utdanninger.

Vi, hans nære kolleger gjennom mange år, ønsket å hedre Tom med et festskrift på hans sekstiårsdag. Den respons vi møtte hos dem som ble forespurt om å bidra, var enestående positiv. Vårt største problem har vært å begrense både bidragsyterenes antall og bidragenenes lengde, noe som reflekterer den respekt Tom nyter i sitt fagmiljø. Samtidig synes vi bidragene gir et godt bilde av den faglige tenkning Tom har vært sentral i å utvikle.

Vi vil takke alle bidragsyterne og tror at leserne kan få
noen interessante stunder. Ikke minst ønsker vi Tom alt godt i
årene som kommer.

Gerd Furumo

Vidje Hansen

Georg Høyer

Odd Nilssen

Åge Wifstad

TUSEN TAKK, TOM ANDERSEN

Harlene Anderson and Colleagues

Dear Tom!

Happy Birthday! What a privilege and pleasure to be part of your celebration. And what an appropriate time for me to say tusen takk for all that I have learned from you, for all the gifts that you have given me.

Most important in what I have learned has come from your personhood, your way of being in the world, and your opening a door of another culture to me.

Over the years in my therapy consultation and work, I have consistently, as part of my usual practice, interviewed my therapy clients and clients referred for consultation about what they consider the ingredients of satisfying or unsatisfying relationships with their therapists. As each tried to define the factors of successful and unsuccessful therapy and therapy relationships, several characteristics kept surfacing. I combine these characteristics under an umbrella that I call a philosophical stance: a way of being in relationship with people, including a way of thinking about, talking with, acting with, and being responsive to them. This position reflects an attitude and tone of openness to, respect for, curiosity about, and connection with the other that serves as the backdrop for the interaction. This position is part of the construction of the relationship. I refer to it as a stance because it is a way of being internally as a person and externally with others. It is an authentic, spontaneous, and sustained position that is unique to each relationship and discourse. The stance is not a technique or theory. It is not manipulative, deliberate, or contrived, as thinking about it cognitively might suggest, but it is intentional.

As a relationship, therapy is as much about who we are as therapists--and who we are in that relationship--as it is about who the members of any client system are, and who they are in relationship to a therapist. Therapy is as much about our self-narratives, how we define ourselves as persons, and our

identities as therapists as it is about a client's self-definitions and identities.

The literature on client-professional relationships is filled with professional voices. Few voices--either first-person or third-person narratives--are heard. I have found, however, when we invite and pay attention to client voices that we can learn a lot from them. And we can learn even more when we open our own private thoughts to them. When we take what we can learn from them--their advice--we create collaborative relationships that are productive for both client and therapist.

I think of this Festschrift as an occasion for sharing gifts, so I would like to share some client voices with you.

"He believed me."

"A lot of people who go to a therapist with high anxiety or deep depression get misdiagnosed. It (the misdiagnosis) becomes like a sentence you can't appeal."

"I would like to see more humbleness, inventiveness, and ingenuity in the treatment. We have the feeling that they had one theory and wanted to put us into that, no matter how it applied to us."

"We often felt that the doctors heard only what they wanted to

hear and disregarded the rest without comment."

"She listened to me. She heard exactly what I said."

"They're not respectful. They say what is in the text (what they learned from the books). They describe the problem in their terms (not mine)."

"I said to myself, these people (referring to his therapy team)

are really trusting me. They really have confidence in me...I felt that maybe for the first time except for a few personal friends that these people really believed me. I felt no bad vibrations. I saw no signs in their body language or facial expressions that said, 'This is not true'."

"You have to ask the right questions."

"It's as if they (the therapists) know the answer before they ask the question and that makes you feel like you're not interesting enough for them."

"A lot of people are predictable when you talk about this...I

know what they're going to ask me...what kinds of answers they want. That is kind of boring. It makes you feel kind of hurt."

"It takes time. If you (a therapist) go too fast you can miss

something important."

"She takes me seriously."

"She is present."

In reflecting on these and other client voices, I have teased out the advice they have for us as therapists (Anderson, 1995).

- Listen and hear.
- Try to understand.
- Maintain coherence.
- Trust and believe.
- Stay in synchronism.
- Be respectful.
- Have humility.

One of the greatest gifts that family therapy has contributed to the field of therapy and therapists--with the advent of one-way mirrors, videocamers, and teams--is the opening-up of therapy from a private, secretive, confidential, non-permeable boundaried relationship and event to a more public, open, ordinary, natural relationship and event. Tom, I think you have given another gift to a world-wide network of therapists. You have been at the forefront of bringing the person of both therapist and client as human beings back into the therapy room. You have been at the forefront of making therapy a more humane event that more approximates ordinary life and ordinary relationships. You have been at the forefront of making the therapist more public. You have embodied what we can learn from

clients. For all of this, on behalf of myself and my colleagues at the Houston Galveston Institute, we thank you, Tusen takk!

References:

- Anderson, H. (1995) Collaborative language systems: Toward a postmodern therapy. In R. Mikesell, D.D. Lusteran & S. McDaniel (Eds.) Integrating.
Family Therapy: Family Psychology and Systems Theory.
Washington DC: American Psychological Association.

KVA TENKJER VEGLEIARAR OM VEGLEIING?
Erfaringar frå eit utviklingsprosjekt.

Anna M. Flåm og Pål Talberg

Innleiing.

Bruk av vegleing er svært utbreiddt i norsk psykisk helsevern og barnevern. Likevel blir det gitt lite eller inga oppløring i vegleing som arbeidsform. Vegleiarane utøver arbeidet på den måten dei sjølve finn ut. Undertegna arbeider i barnevern og psykisk helsevern for barn/unge. Som del av det driv vi mykje vegleing til eiga og andres faggruppe. Det vart derfor viktig å leite etter kva som fanst av erfaring og kunnskap om korleis vegleing reint praktisk blir - og er vurdert bør bli- utøvd. Slik ville vi auke kunnskap og kvalitet i eige arbeid.

Vi leitte først i gjeldande retningslinjer som regulerer dette praksisfeltet. Der fanst ikkje tydelege retningslinjer for korleis eit slikt arbeid faktisk kan/skal gjerast. (Sjå f.eks. Reglement for spesialitet i klinisk psykologi, NPF.)

Vi leitte vidare i litteratur om vegleing. Den kunne delast i to hovedgrupper: Ein psykoterapi-basert klinisk supervisjon, og ei utviklings-/fase-basert vegleing med generelle stadiar og fasar i alt vegleings-arbeid. Utover dette var det lite som omhandla korleis vegleing reint praktisk foregår mellom erfarne fagfolk med ulike faglege tradisjonar innafor eitt og samme arbeidsfelt, eller på tvers av faggrupper. (Worthington,1987, Watkins,1995). Dette er jo ofte tilfelle i både psykisk helsevern og barnevern.

Med dette som bakgrunn stilte vi spørsmål om kunnskap kunne søkast på andre måtar. Kunne vi sjølve tilrettelegge eit arbeid i den retning vi sakna - ei større tydeleggjering av vegleing som praktisk arbeidsform, og kunne det gjerast på måtar som ville gjere erfaringane meir praksis-relevante for andre som driv vegleing i vårt fagfelt, enn det som fanst hittil ?

Derfor tok vi initiativ til eit 2-årig prosjekt i vegleing. Vi kalla det eit utviklingsprosjekt fordi utøvande vegleiarar frå vårt fagfelt blei invitert for å utøve, utprøve og utvikle eigne, pågåande vegleings-arbeid. Ein kan sei at i vår søking

etter å hauste erfaring om praktisk vegleing til nytte i eige arbeid, vende vi oss frå litteratur og eksisterande retningslinjer til å prøve å hauste frå den kunnskapen som kunne kome frå utøvande og erfarne vegleiarars praksis og refleksjon.

Vår målsetting med denne artikkelen er å formidle dette prosjektets erfaringar.

Vi skriv først om prosjektets utforming, idear bak og konkret tilrettelegging. Deretter om deltakaranes vurdering av kva dei såg som nyttig i praktisk utøving av vegleingsarbeid, og deira oppleving av å delta i eit slikt prosjekt. Avslutningsvis blir oppsummert kva dette kan sei for vegleing som praktisk klinisk arbeidsform. Vi håpar på denne måten å bidra til fagleg refleksjon og dialog om dette arbeidsfeltet.

Vegleingas plass i offentleg psykisk helse- og barnevern.

Omfang av vegleing.

Nedafor ser vi litt nærmare på kor vegleing skjer i dagens norske, offentlege psykiske helse- og barne-vern.

Vegleing inngår som obligatorisk del av helse-profesjonanes spesialist-utdanning i helsevesenets 2. og 3. linje, i samsvar med fagforeninganes krav.

Vegleing inngår som arbeidsmetode til helsetenestenes brukarar i 1. og 2. linja, i samsvar med retningslinjer og statlege føringar for spesialisthelsetenesta, der vegleing er heimla som anbefalt prioritert arbeidsform.

Vegleing inngår i barnevernet til yrkesutøvarar både i 1. linja (det kommunale barnevernet) og i 2.linja (det fylkeskommunale barnevernet).

Det er ikkje her innlemma som obligatorisk for all vidareutdanning i barnevernet, men inngår som ei omfattande arbeidsform.

Vegleinga kan inkludere ein kontroll og godkjennings-funksjon, som ved spesialist-utdanning, eller ein antatt kostnadseffektiv

funksjon, som ved øvrig vegleing. I vegleinga er det definert kven som skal vite bedre i fagfeltet. Den ferdige spesialist vegleiar ved spesialist-utdanning, den meir erfarne til den mindre erfarne utafor spesialitet, og tenester oppe i tenesteorganiseringa til tenester nedover.

Gjennomsnittleg timebruk er ikkje rekna ut hverken for psykisk helsevern, for barn og unge eller barnevern. Men det er tydeleg svært omfattande og ressurskrevande i den vanlege yrkesutøvinga, og mest i oppbygging av spesialitet.

Definering av vegleing i eksisterande retningslinjer.

Ser vi nærmare på korleis vegleing er definert, og går til helse-profesjonanes krav til spesialist-utdanning (som gjeld for spesialist-helsetenesta), finn vi at det er definert kvantitative, men ikkje kvalitative kriteriar. Det blir definert på omfang (timar, frekvens etc.), på tilfang av arbeidsoppgåver (f.eks.klinisk materiale av gitte typar, arbeidsplass etc.), og på kvalifikasjonar til utøvar/vegleiar (skal utførast av spesialist).

Eit eksempel er Norsk Psykologforenings "Reglement for spesialiteten i klinisk psykologi": "Veiledning skal dels være veiledning i kandidatens utøvelse av psykologrollen, forholdet til andre faggrupper og den organisatoriske sammenhengen psykologarbeidet skjer innenfor. Dels skal veiledning være metodisk opplæring i undersøkelsesarbeid og behandling. Noen behandlinger bør følges i sin helhet og veiledning må omfatte de viktigste faser i behandlingsforløpet. Minst 60 timer av veiledningen må hovedsaklig ha karakter av metodisk opplæring innen kandidatens fordypningsområde.....Ikke mer enn 100 av totalt 220 veiledningstimer kan gies i gruppe,og da med ikke mer enn 4 deltagere i hver gruppe."

Her er ingen retningslinjer for god fagleg standard. Det blir ikkje definert nærare på arbeidsmetode eller teori, heller ikkje korleis den erfaringsmessig kan giast for å ha best nytte/verdi.

For oss var det overraskande at eit så omfattande arbeidsområde i norsk psykisk helsevesen og barnevern er så lite konkretisert på innhold og nytte-vurdering, serleg sett i forhold til det offentleges krav om kvalitets-sikring av helsetenester og til LEON-prinsippets intensjon om rettast bruk av ressursar på rettast muleg plass.

Forsking og fagutvikling om vegleing.

Går vi til faglitteratur, ser vi at vegleing hovedsakleg er beskrive på måtar som gjer den lik terapiform, altså ein psykoterapi-basert klinisk supervisjon. Reichelt (1995) seier det slik: "Vegleingsmetode er isomorf til terapimetode".

Nokre unntak har kome i den seinare tid, som beskriv vegleing meir generelt, f.eks. mellom fagfolk med ulik teoretisk og praktisk ståplass. Eit fellessyn her er at vegleingsarbeid utviklar seg i fasar eller stadiar, altså ei utviklings-/fase-basert vegleing. Holloway (1987) karakteriserer dette så sterkt som "die Zeitgeist" i begrepsbruk om supervisjon. Eitt eksempel på dette er Skovholt og Rønnestad (1992), som gir ei fyldig framstilling av fasar i utvikling av generell fagleg, terapeutisk identitet fram til det dei kallar ein integrert identitet. Dei viser korleis vegleingas innhald må vere avhengig av kor kandidaten er i si utvikling sett utfrå vegleiarar synstad. Bernard og Goodyear (1992) nemner 3 hovedrollar i vegleing, lærar-, konsulent - og terapeut-rolle, som del av alt vegleingsarbeid, med ulik vekt avhengig av kor vegleiar meiner kandidaten er kome i fagleg utvikling. Eit anna eksempel er Heap (1979, 1992) som også ser generelle nivå eller fasar i vegleing for utvikling av god fagleg identitet, som vegleiarar må styre si vegleing etter.

Men i denne litteraturen blir det gått lite inn på kva i den konkrete vegleings-situasjonen som kan skape det som blir oppfatta som ein fase, og overgangar mellom dei. Det er vegleiarar som avgjer og definerer. Det problematiserer eller tydeleggjer ikkje korleis måten vekslerknad blir lagt opp på og kva vegleiarar gjer, kan skape vegleinga, og legge rammer for om f.eks. fasar blir nyttige kategoriar å tenkje innafor. Worthington (1987) har gått gjennom litteratur om vegleing fram til 1985. Han meiner feltet er prega av manglande

undersøking av kva vegleiar gjer. Watkins (1995) viser at dette fortsatt manglar fram i 1995.

Litteraturen viser at nokre vinklar inn praktisk vegleing ved å stille spørsmålet kva ein god vegleiar er (Carifio og Hess, 1987, Håland, 1995, Høstmark Nielsen, 1995.). Dannevig (1968) ser verdinøytralitet hos vegleiar som basalt. Fris Jørgensen (1982) utvidar dette til multiteoretisk tilnærming. Denne litteraturen peikar på generelle eigenskapar ved ein god vegleiar. Men det gir igjen lite tilvising til konkrete framgangsmåtar som blir opplevd å falla inn under dei gode eigenskapane.

I litteraturen finst likevel ein del arbeid som går noko nærmare inn på generelle praktiske framgangsmåtar. Eitt eksempel er Bernard (1981) som summerer fire hovedmodellar for opplæring av vegleiar, og set desse opp som anvendelige måtar også i utøving av vegleing. Ho kallar det diskrimineringsmodell, interpersonleg prosess - gjenkalling, mikrotreningsmodell og levande supervisjonsmodell, og viser korleis opplæring i kvar av desse modellane kan skje. Andre eksempel er Lauvås og Handal (1990), som foreslår rammer som skal muleggjere å tilføre det beste argument, og tilføre den oppfattinga som kan endre øvrige oppfattingar. Også Heap (1992) har forslag til praktiske handgrep i vegleing av studentar og i tverrfaglege kliniske grupper, men dette er eksplisitt knytt til ideen om at vegleing går gjennom fasar, som nemnt over. Anderson og Goolishian (1990) brukar eit ope vegleingsbegrep utan fasar, som inkluderer vegleing på tvers av faggrupper. Dei trekkjer fram sentrale element som gjensidigheit og likeverd mellom den vegleide og den vegleiande. Begrepet "collaborative conversation" blir introdusert, som peikar på vegleinga som ein gjensidig foreteelse. Anderson og Goolishian ser vegleing som eit arbeid for å få fram den vegleiddes eigen kunnskap.

Spørsmål blir reist om kva forskingsmetode som er tenleg for å tydeleggjere vegleing meir. Serleg Holloway (1987) spør om andre måtar trengst enn kryss-studiar, det mest vanlege i studiet av utvikling i vegleingsarbeid. Likeeins blir det

etterspurd studiar frå det kliniske feltet, og ikkje kun frå skole /universitets-sammenheng.

Oppsummeringsvis kan ein sei at litteraturen viser det som Worthington (1987), Watkins (1995b) og Bernard (1992) seier: Det vegleiar gjer og tenkjer om det som blir gjort, er framleis svært lite synleggjort og forska på. Hess (1987) seier at forskning om og systematisering av arbeidsområdet vegleing enno er på spebarn-stadiet. Watkins (1995a) seier det så sterkt, med utgangspunkt i ein gjennomgang av litteratur om utviklingsbasert vegleing, at fokus på kva vegleiar gjer og korleis dei tenkjer om det dei gjer, er så godt som fråverande frå klinisk vegleings-litteratur.

I tillegg til at vi var overraska over retningslinjer, så vart vi også overraska over at gjennomgangen av litteratur viste så lite om systematisering og fagleg dialog på dette omfattande arbeidsområdet.

For å hauste kunnskap og erfaring var våre spørsmål om praktisk vegleingsarbeid følgande:

- 1)kva framgangsmåtar legg erfarne vegleiarar vekt på i si utøving,
- 2)kva i arbeidet blir vurdert å fremje god vegleing.

Nokre refleksjonar om prosjekt som kunnskap og forskning.

For å skaffe svar på spørsmåla kunne vi laga ei undersøking av eit gitt/representativt antal vegleiarar, innhenta informasjon om deira metodar og idegrunnlag, f.eks. gjennom spørreskjema eller observasjon, summert opp og skrive ut. Altså utført ei empirisk undersøking/forsking, der vi tok for gitt at vegleiar hadde begrep om vegleing som kunne samlast opp og formidlast. Vi valde å gå ein annan veg. Vi tilrettela eit 2-årig "dialog- og praksis-forum", eit utviklings-prosjekt, der erfarne vegleiarars arbeid kunne bli synleggjort, diskutert og reflektert over. Ved at eins vegleing vart sett av andre og diskutert av ulike personar og frå ulike synsvinklar, kunne vegleiar finne rom for både å reflektere over og utvikle eigen

praksis og forståing av kva som er nyttig og god vegleing. Vi kalla dette deltakande utviklingsforskning. At vi valde denne måten å gå fram på, er grunngeve med vårt syn på kva som for oss er mest interessant kunnskap. Vi trur at einkvar kunnskap alltid er silt gjennom eit blikk som ser (eller øyra som høyrer), og som gjennom sine omgrep formar og fortel kva dette er. Slike omgrep blir forma i ein diskusjon med dine notidige og fortidige. Det vil sei at kunnskap er noko som blir skapt gjennom ein kontinuerleg dialog. Den er for eksempel ikkje objektivt sann, og kan hentast fram gjennom empirisk nøytralitet. Når det gjeld såkalt forskingsprega arbeid, trur vi derfor at det er viktig å vise at kunnskap er dialogskapt, og byggjer på omgrep du og dine samhandlings-partar enten har for vane å bruke eller nyskaper i lag, og utfrå det byggjer ein realitet eller kunnskapsverden. Dette vil også gjelde for eit kunnskaps-område som vegleing.

Derfor ville vi skape eit forum for dialog om utøving og refleksjon. Den kunnskapen vi på denne måten skapte, vil såleis vere tid og stad og kontekst-bunden. Verdien av denne kunnskapen ville vere for dei som deltok i prosjektet. Den vil ikkje utan vidare vere nyttig for andre. Når vi likevel tilkjennegir våre erfaringar, så er det for at andre kan vurdere nytten sjølv i sine samanhengar.

Kort om organiseringa av prosjektet.

Fagfolk frå tverrprofesjonelt og tverretatleg arbeidsfelt i psykisk helsevern og barnevern blei invitert. Det var legar, sosionomar, psykologar, barnevernpedagogar og pedagogar frå kommunalt og fylkeskommunalt barnevern i Troms og psykisk helsevern i Finnmark, Troms og Norrbotten, Sverige. 16 personar deltok, fordelt med halvparten på kvar av sektorane. Vi var sjølve med som deltakarar. Når deltaking ikkje var begrensa til serskilte profesjonar eller etatar, var det fordi hverken faglitteratur eller offentlege retningslinjer tilsa at vegleings-metodar er profesjonspesifikke. Vi ville derfor vere opne for kunnskap frå det tverrprofesjonelle og tverretatlege feltet vi sto i. Felles krav til deltaking var at kvar enkelt dreiv aktivt og omfattande vegleingsarbeid innan eitt eller fleire av dei områda som er nemnt over, og at dette arbeidet

kunne bli trekt inn i prosjektet. Det vart tilrettelagt 8 samlingar à 16 timer over ein to-årsperiode, tilsammen 128 timer. Samlingane innebar utøving av eiga vegleing, vegleing av kvarandre, samtalar i gruppe og plenum, framlegg av idear og tilvising til litteratur. Deltakarane deltok med eigne relevante vegleiings-oppgåver, ga enten sjølv vegleing og/eller såg andre gi. Dette føregjekk direkte ved at dei personane som fekk vegleing, vart invitert inn og fekk vegleing som del av samlinga, eller ved rollespel av vegleiings-situasjon. Diskusjonar i grupper og plenum fokuserte meiningar om kva som hadde gått føre seg, kva som var hjelpsomt og korleis ein forsto det.

Alle samlingane hadde 1 eller 2 leदारar. Dei var vald ut frå ulike fag-tradisjonar i feltet (gestalt-, systemisk-, og atferds-/pedagogisk orientering), og var bedd om å tilrettelegge for deltakaranes eigen praksis og å ha framlegg om eigne idear. Ein leदार deltok 3 innledande og 1 avsluttande gong, dei andre deltok 1-2 gonger.

Deltakaranes erfaring om vegleing som arbeidsform.

Ved avslutting av prosjektet ønska vi å få synspunkt frå alle utfrå den erfaringa dei hadde. Dette vart drøfta i samla gruppe mellom alle deltakarane og ved skriftlege ettertankar. Vi har, som deltakarar, også vore med på det. Etterpå gjekk artikkelforfattarane gjennom det som var sagt, for å trekke fram hovedpunkta slik dei framstår for oss. Under kvart hovedpunkt nedafor viser vi ved sitat kva deltakarane har tenkt og vurdert. Det blir nemnt mange sitat ved kvart punkt, og på den måten prøvd å vise det mangfaldet som var. Oppstilling av hovedpunkta er artikkelforfattarane si summering av dette stoffet. Formuleringa av hovedpunkta er såleis ein måte å summere erfaringane på om kva er god praktisk vegleing, slik det blei vurdert på grunnlag av dette prosjektet. Punkta blir samla inn i fire større område. Det eine gjeld vegleingas innhald, det andre vegleingas format, og det tredje gjeld dilemma i arbeidet, og til slutt erfaringane med å delta i eit slikt utviklings-prosjekt.

Vegleingas innhald.

Det deltakarane løfter opp som det aller viktigaste i praktisk vegleingararbeid, er at vegleiar har som oppgåve å opne for det unike i eitkvart arbeid. At den vegleiddes/fortellandes fortelling/framstilling kan framstå som unik. Vegleings-samtalen viktigaste bidrag blei vurdert å vere eit løpande arbeid for å prøve å forstå og tydeleggjere dette. Det betyr at vegleiar må vere open for at kva som er relevant kunnskap, blir utarbeidd og tydeleggjort i løpet av kvar enkelt samtale. Deltakarane vurderte at det finst nokre hjelpande rettesnorar i det praktiske arbeidet for å vegleie i retning av ein slik openheit. Desse kan summerast opp til følgande idear:

Å prøve å forstå.

Arbeidet for å søke å forstå den som blir vegleia si framstilling, kan stå som ei overskrift. Det blei omtalt slik: "Sentralt i vegleingsarbeid er å prøve å forstå den andre. Kva er den andre sitt dilemma? Kva prøver han å få til? Kva tankar har han om framhald? Rett og slett å prøve å forstå dette, og vere roleg i å undersøke gjennom spørsmål, lytting, og bekrefting om eg har forstått, og om den andre har idear og tankar vidare. Og her kan det vere mange vegar å gå, gjerne gestalt-orientert tilnærming, systemisk tilnærming eller kva, så lenge fokus er på å prøve å få fram den andres perspektiv. Dette er blitt det aller viktigaste i vegleingsarbeid for meg."

"I eit vegleings-arbeid kan eg gjerne gi konkrete tips, idear til framgangsmåte og/eller litteratur, og gjerne også vise til andre personar vedkomande kan konferere med. Men slik referanse eller undervising er likevel berre eksempelvis. Den som blir vegleia, skal sjølv stå fritt til å hente inn og å vurdere kva som passar for seg. Hjelp til å reflektere over kva han sjølv gjer og tenkjer og mulege nye spørsmål å stille eller vegar å gå, er det viktigaste for meg å gi som vegleiar. Gjennom mitt forsøk på å forstå gir eg mulegheit for den som blir vegleia til sjølv å sjå og reflektere over seg. Det er det aller viktigaste i vegleingsarbeid."

"Det at vegleiar har eigenskap til å "glømme" seg sjøl og sitt, og prøve å forstå eller fatte kva som er utgangspunktet, problemstillingane eller det vanskelige for den som skal motta vegleing, er blitt noko av det viktigaste i praktisk vegleiingsarbeid."

Å stille spørsmål.

Å søke å forstå forutset interesse for å spørje. Å stille spørsmål vart derfor framstilt som ei forutsetting for god vegleing. Å spørje heller enn å forvente å skulle gi svar, vart sentralt. Erfaringa med dette blei formulert slik:

"Ein tanke har blitt svært viktig: Ved vegleing er det den vegleia sine problemstillingar som det må spørjast etter. Også ved vegleing til andre yrkesgrupper er det blitt eit viktig poeng å snakke "samme språk", d.v.s. at utgangspunktet må vere den enkeltes arbeidsituasjon og yrkesutdanning, og kva dei faktisk har behov for i vegleing og arbeidet."

"Det eg syns var direkte vesentleg i den praktiske tilnærminga, var fokus på spørsmål. Med det meiner eg at mi viktigste oppgave som vegleiar er å bidra til større klarheit, gjennom spørsmål, i staden for å gi svar og lange utredningar. Det gode spørsmål er nyttig også i sammenhengar utafør vegleing."

"Eg trur at eg som vegleiar har rolegare samvit. Spørsmåla vil - vedrørande yrkesspesifikk kunnskap - med målet å sondere, kunne lede kandidaten inn i, eller opne for typar tankegang. Samtidig som eg har kunna sei at det og det kan eg ikkje gi eit svar på. Sjølv om det kunne ligge innafor det yrkesspesifikke feltet, så må kandidaten finne svar annastads."

Å lytte.

Vil ein forstå, må ein spørje. Vil ein spørje, må ein ha interesse for å lytte. Å lytte til den som blir vegleia, trekte deltakarane fram som det andre viktige elementet for å forstå, i tillegg til å stille spørsmål. Å lytte vart framstilt som vanskeleg og fleirtydig, og vart omtalt på mange måtar:

"Å vegleie ved å veksle mellom å lytte og så å stille spørsmål har eg fått rolegare samvit på".

"Å lytte på ein tydeleg måte er blitt heilt vesentleg. Kun på den måten kan eg vise for meg sjølv og den andre at det er det eg høyrer og det som blir lagt fram, eg vil forholde meg til. At det høyrde er rett og vesentleg. Det rette er det rette for den som snakkar. På den måten kan eg vise at det er ikkje noko anna eg heller skulle høyrte eller som heller skulle vore sagt derifrå. Det rette er det rette utfrå sitt perspektiv. Kun ved å vise at eg lyttar på dette, kan eg tilkjenne at eg meiner det, og gjere eit slikt syn truverdig."

"Å lytte til den/dei som eg skal gi vegleing, er heilt sentralt, men veldig, veldig vanskeleg. Det betyr ikkje berre å høyre etter det eg sjølv trur er viktig i det som blir sagt. Det betyr å prøve å lytte etter det som den andre sjølv vurderer som viktig i det han /ho seier. Nokre gonger er det nødvendig å spørje ekstra etter det, og gi seg både tid til å kjenne etter, høyre etter og sjå etter kva det er, så og sei lytte på mange måtar. Og framfor alt å bruke den andre som sanningsvitne på sitt eige, om ein har forstått rett, rett i den tyding at den andre kan kjenne seg igjen i det; og hvis det er annaleis, om det då skal framstå som ei god utviding eller kun som vegleiars eigne tankar. Slik lytting er vanskeleg og krev respekt for at det eg høyrer ikkje er utan vidare rett eller sant for den andre. Ei slik lytting skaper samtidig refleksjon hos den andre over sitt, fordi det blir på ein måte gjenfortalt eller gjenforstått ved vegleiars spørsmål og undring, kort sagt gjennom vegleiars veg til å forstå. Klarar eg å lytte slik, er det lettare også å forstå seg på kva ein kan sei i neste omgang."

"Å lytte kan vere mange ting. Det er f.eks. sjølv sagt noko som eg gjer med mine spørsmål. Eg lyttar etter meir, etter ting eg ikkje forstår. Å lytte kan såleis vere å spørje. Men det er også noko meir. Det er f.eks. noko eg gjer gjennom å høyre etter kva slags ord, svar, framstilling den andre legg fram for meg, og prøve å sjå og forstå kva dette er slags kunnskapsbilde."

"Å ikkje vite"/ "Å ikkje forstå for raskt".

Tett knytt til vegleiarars arbeid med å stille spørsmål og lytte, er å aktivt arbeide for å ikkje å skulle ha svar. Dette kan oppfattast som å tole hjelpeløyse, men er likevel ikkje meint på den måten. Det omhandlar å tole å vere i ein prosess der ein ikkje forstår, og arbeide nettopp med det. Dette vart beskrive slik:

"I løpet av vegleingprosjektet har eg utvikla ei større evne til å sitte i ein posisjon der "eg ikkje veit", eller "ikkje skal vite svar". Eg klarar å vere spørrande, og kjem ikkje så lett i rollen som den som veit og skal gi råd. Dette har stor betydning for meg som både terapeut og som vegleiar. Det gjer meg tryggare i begge rollane. "

" Å spørje og lytte er ikkje nok. Det kan lett bli middel til å lytte ut og å spørje etter spesifikke ting som eg har bestemt. Det som i tillegg er viktig, er at eg må minne meg på at eg i grunnen ikkje veit kva den andre vil ha, meiner eller ser som viktig. Eg er sjølv ein lærling og ein kunnskapssøkjar om dette."

Å reflektere/ få fram andres synspunkt.

Vegleiarane meinte det ikkje var nok kun å lytte, stille spørsmål eller ikkje svare for raskt. Deira erfaring var at noko meir er nyttig. I tillegg til å lytte, spørje og å prøve å forstå den vegleiddes perspektiv er det samtidig ei oppgåve å stille seg undrande til om dette perspektivet har mulegheit for utviding. Det vil sei at det er vegleiarars oppgåve å tilrettelegge for at den vegleidde kan få vurdert andre synspunkt enn det han/ho sjølv i første omgang har. Nokre døme: "Vegleing må gi plass til eit innhald der også andre synspunkt kan bli mulege. Det mest viktige er å muleggjere refleksjon/ undring og spørsmål om dette, heller enn bastante sanningar. Samtidig som nettopp refleksjon kan bidra til at eit standpunkt kan bli både opna opp eller nyansert, eller også bli meir bestemt og avklart."

"Det er viktig å innføre undring over om den vegleidde kan sjå mulegheit for å forestille seg at ting kan sjå annaleis ut enn

han/ho hadde tenkt/følt/handla utfrå i første omgang. Kan det tenkjast at det som ser heilt bestemt og klart ut for ein, kan sjå annaleis ut hvis ein prøver å stilla spørsmåla sett utfrå ein annan person. Og hvis dette er muleg, så blir det kanskje endra også for den første. Difor er det viktig å gi rom for at den vegleidde kan få eksperimentere i sin tanke med slike mulegheitar og forstille seg andre perspektiv."

Å tole forskjellar.

Å utvide perspektiv er å vere nysgjerrig på, utforske og gi rom for forskjellar. Dette punktet er derfor tett knytt til punktet over om å arbeide med ulike perspektiv, men dreiar seg meir spesifikt om å tole at forskjellar kan eksistere side ved side avhengig av kor ein ser frå. At det ikkje treng vere eit mål å arbeide fram nokon einheit eller eitt rett perspektiv. Dette gjaldt både vegleiars eiga erfaring med å gjere og tore slik utforsking, og den vegleiddes oppleving av at det blei gjort. Dette kan gjerast på mange måtar, f.eks. ved spørsmål, tanke-eksperiment, eller rett og slett ein samtale med ein imaginær andre, altså som om den andre var i rommet. Dette blei formulert slik:

"Det har vore umåteleg interessant å sjå korleis sjølve arbeidet mitt som vegleiar med å la den vegleidde tenkje/fabulere over forskjellar utan å måtte kome fram til einheitlege løysingar, kan frigjere den vegleiddes lyst og fantasi til å leite og å sjå fleire vegar å gå i vidare arbeid. Å fabulere over forskjellar har vore frigjerande for fantasien om mangfaldige mulegheitar vidare."

Å anskueleggjere.

Å lytte, spørje og utforske perspektiv forhindra ikkje at vegleiar kan ha ein anskueleggjerande funksjon. Det kan skje på mange måtar, f.eks. ved å fortelje om spesifikke tradisjonar i faget eller eksemplifisere serskilte framgangsmåtar, gjennom rollespel, vising av eige materiale, undervisande innslag eller liknande. Erfaringane frå prosjektet var at dette kan vere ein viktig del av vegleiars arbeid som døme og idegrunnlag for den vegleidde. Og at vegleiars har ei oppgåve i å gjere det, eller vise til andre. Erfaringa blei formulert slik:

"Eg kan gjerne, som del av vegleing, anskuleggjere noko eg sjølv tenkjer på eller som den vegleide spør etter. Hvis eg gjer det så må det vere i respekt for at det ikkje er undervising i oppskrifter eg driv, men kun gir eksempel på idear og mulegheit." "

Skal noko spesielt forståast?

Eit viktig spørsmål blei om vegleiar skal å prøve å forstå, spørje om eller lytte til spesielle element eller faktorar i ei sak? Skal vegleiar lære den vegleide at noko er rett? Det var fleire tankar om dette. Dei fleste som mottok vegleing, sette pris på at vegleiar ga uttrykk for tankane sine etter å ha arbeidd for å "forstå" den andre. Dette kan gjelde både teori, konkrete framgangsmåtar eller tiltak. Nokre formuleringar om dette:

"Slike tankar kan godt vere svært personlege og lite prega av oppskrifter eller "rett" teori. Det at andre tenkjer /reflekterer rundt det dei oppfattar som problemstillingar, er viktig i seg sjølv. Om det stemmer overeins eller ikkje i forhold til egne oppfattingar, er ikkje så viktig, hvis ein har mulegheit til å tenkje gjennom på fritt grunnlag og ta avgjersler fritt i forhold til det som blir presentert."

"Det vil du gjere dersom du meiner noko spesielt er viktig. Då vil du gjerne kome til å belære slik at den du vegleiar, skal sjå den rette måten å gjere ting på. Eksempelvis kan du leite etter prosess-faktorar, altså ting du ser utvikle seg over tid. Eller ting du kallar personfaktorar, altså ting du trur knyter seg spesielt til den vegleiddes personlege måte å vere på. Eller du kan leite etter undervisningsfaktorar, eller faglege begrep, altså ting du meiner det må undervisast direkte om. Det kan ein gjerne gjere, men i så fall eksempelvis og ikkje som noko absolutt, definitivt rett. Det viktigaste i vegleing er vegleiarar arbeid for sjølv å forstå, som skaper refleksjon og tydelegheit hos den som blir vegleia."

Alle desse forholda tillegg vegleiar å arbeide for å opne for det unike innhald som er i kvart perspektiv, og det set som

oppgåve for vegleiar å skape samtale om det unike, og arbeide med innholdsmessig forståing av det. Det løfter vegleiarar oppgåve når det gjeld innhald til å vere ein taktfull, nysgjerrig undrar, som tydeleggjer for den vegleide sine måtar å prøve å auke si eiga forståing på. Det viser også vegleiarar oppgåve som ein med-undrar i fleire perspektiv, som kan vere ukjente både for den vegleide og for vegleiar. Vegleiar er likevel ikkje framand for å orientere/fortelje om serskilte, faglege ting, eller den vegleide å spørje om det. Vegleiar kan såleis også ha ei anskueleggjerande, eksemplifiserande oppgåve, men då på ein slik måte at det som blir anskueleggjort, blir framheva som mulege idear, og ikkje som noko absolutt.

Vegleinga format formar fagleg innhald.

Utfrå erfaringar om innhald opplevde deltakarane at fokus på format kom til å bli heilt sentralt, og mykje meir betydningsfullt enn det dei var vande å tenkje i vegleing, som nesten alltid skjer mellom ein vegleiar og ein vegleidd. Fokus på dette betydde at sjølve organiseringa av vegleinga (formatet), får direkte betyding for kva som blir innhald i vegleinga, ved at måten organisering av vegleing skjer på, opnar eller lukkar for perspektiv og mulegheit. Å gi vegleinga eit format som fremjar oppleving av at det finst fleire mulege vegar å gå, blir avgjerande for kva innhald som blir skapt. Prosjektdeltakarane trekte fram mange eksempel.

Format som set hovedefokus på den som får vegleing.

Eitt hovedefokus blei å tilrettelegge format som set hovedefokus på den som får vegleing, at det er den vegleiddes oppleving og definering av vegleings-ønske som skal danne utgangspunkt for arbeidet i vegleing. Det blei omtalt slik:

"Den vegleide er sjølv eit menneske med sin faglege tradisjon, tankegang og erfaring. Det er dennes definering av kor og kva han/ho vil utvide gjennom vegleing, som er vegleinga utgangspunkt. Det gjeld både konkret i ei sak, og for meir utvida læringsønske for lengre tidsrom."

"Måten å organisere vegleinga på kan fremje eller hindre fokus på den vegleide. Serleg viktig er dette der andre deltar i

vegledning og har sine ønske, men er generelt viktig for å tydeleggjere at det er den vegleiddes egne problemstillingar som er vegleingas arbeidstoff. Og det er den vegleidde som sjølv gjer summering, trekkjer konklusjonar, kort sagt avgjer kva og korleis vegleingas innhold blir trekt inn i arbeid etterpå."

"Å vise respekt for den vegleidde krev eit vegleiingsarbeid som har hovedfokus her, og må starte med å få vite frå kandidaten både kva er dennes problemstillingar, ønske for ei konkret vegledning og kva tankar denne har om høvelege/gode måtar å få vegledning på. Vegleiinga må organiserast slik at det inkluderer framhaldande samtale om dette som del av vegleingas progresjon for å tilrettelegge for kontinuerleg fokus på kva som passar for den vegleidde i forhold til eit arbeid, og er i samsvar med dennes ønske og mål."

Format med vegledning på levande arbeid.

Eit anna hovedpoeng var at vising av levande arbeid, enten i form av direkte-på-staden-vegledning, ved rollespel eller ved framsyning av video-opptak frå vegledning, gir format som opnar for utvida perspektiv. Dette er framgangsmåtar for å utvide forståing og gir på ein unik måte innsyn i eit arbeid som er utført. Det blei formulert slik:

"Arbeidet blir meir frigjort frå den som får vegledning sitt refererande perspektiv, og denne kan også betrakte seg sjølv. Rollespel og direkte-på-staden-vegledning inkluderer ikkje berre den som får vegledning, men også andre sitt syn både på kva som skjer og kva er opplevd som hjelpsomt. Dette opnar i sin tur for ei unik gjensidig læring."

Format som opnar for fleire vegleiings-kandidatar

Eit tredje hovedpoeng vart å tilrettelegge format som opnar for å vere tilstades når andre får vegledning. Denne erfaringa understrekar den gjensidige nytten av å gi vegledning i større fora enn kun for en.

"Ein får her sjå og tenkje over korleis ein sjølv ville ha gjort eller opplevd det. På den måten får ein heilt konkrete

idear om korleis ein kan vidareutvikle eigen praksis i likheit med eller til forskjell frå andre. Ein lærer ved å sjå på korleis andre prøver å forstå og handle. Det gir eit sammenliknede perspektiv. Sjølv om det gir mindre tid til eige sak, vil det samtidig fremje eiga utvikling når vegleinga gir rom for gjensidige tankar og refleksjonar."

Format som opnar for møte mellom fleire vegleingsgrupper.

Ei fjerde hovederfaring vart at på samme måte som vegleingskandidatane lærer unike ting ved å sjå kvarandres arbeid i vegleing, kan dette utvidast til også å gjelde erfaring med møte mellom vegleings-grupper. Det vil sei møte mellom fleire vegleiarar og deira kandidatar. Alle kan her få innsyn i andres pågåande vegleings-praksis, og jamføre med sin eigen praksis.

Format for å veksle mellom berre å lytte og berre å snakke.

Vesentleg vart også å tilrettelegge format som viser svært tydeleg både at og korleis alle, den/dei vegleide og vegleiar, kan veksle mellom berre å lytte og berre å snakke. Dette gir rom for å framføre fritt og å reflektere fritt. Nokre eksempelvis måtar blei trekt fram:

Alle reflekterer fritt på kva den enkelte ser som viktig/nyttig/rett etc, og fortel det på ein slik måte at dette etterpå blir reflektert på av andre, altså ein reflekterande prosess.

Enkeltpersonar kan sjå framlegg utfrå spesifikke perspektiv (problemstillingar eller personar; f.eks. sjå ei heil/eller deler av ei framlegging i mors perspektiv, sons, barnevernets perspektiv osv.), og høyre og vurdere kva som kan vere viktig sett derifrå. I neste omgang kan samme person få i oppdrag å prøve å sjå alt eller deler frå ein ny persons perspektiv. Desse framleggingane blir lytta til og så reflektert på av andre med bestemte perspektiv.

Format som inviterer til samtale om vegleinga.

Ei serskilt erfaring var nytten av å tilrettelegge format som opnar for samtale om vegleiarar arbeid som del av sjølve vegleinga. Ein kan kalle det læring om vegleing frå

perspektivet " å bli vegleia" av deltakarane i situasjonen utfrå deira syn. Denne samtalen om vegleing kan tilretteleggast på ulikt vis. Deltakarane meiner følgande:

"Ein kan invitere både den vegleide og dei denne arbeider med, som ein type kollegaer, der du i ei- på-staden-vegling på systematisk vis spør om kva dei ser som hjelpsomt i dine utspel som vegleiar. Dette kan gjerast f.eks. etter prinsipp for reflekterande prosessar. På den måten får ein direkte - og om ønskeleg, løpande- mulegheit for å tilpasse samtalen til å passe bedre for dei som deltar, og å lære nye perspektiv på det å utøve vegleing."

"Ein kan også tilrettelegge fora for vegleiarar, der vegleiarar møtest, ser på og reflekterer over kvarandres arbeid. Dette er jo svært uvanleg praksis i dag. Det kan skje som i vårt tilfelle, ved at fleire vegleiarar arbeider i lag systematisk over ein tidsperiode. Men det kan like gjerne skje ved enkeltstående invitasjonar av andre vegleiarar inn i ein pågåande vegleings-prosess, som då kan delta i ein samtale der om sjølve vegleinga, slik den foregår."

Alle desse formene er svært uvanlege i norsk praksis i dag. Erfaringane frå prosjektet framheva slike mulegheit for som ein heilt vesentleg måte å utføre vegleing på, som gjer den open for at også vegleiarar kan inngå i ein utviklings- og læreprosess til forskjell frå å bli ein formidlar av tidlegare kunnskap og erfaring. Erfaringa frå prosjektet var at dette burde byggast inn som eit mykje meir vanleg element i all vegleing som foregår.

Alle desse forholda løfter fram som vegleiarar oppgåve å skape format på vegleings-arbeidet som tilrettelegg for fleire perspektiv, eller fleire vegar å gå for ein kandidat, og at dette får direkte betydning for kva som blir innhald i vegleinga. Det viser at format frigjer eller begrensar, opnar for nye spørsmål og svar eller lukkar for spørsmål og svar. Det viser vidare at vegleings-arbeid er tent med å finne format som kan sette vegleiarar sine eige arbeid inn i eit undersøkjende og

utviklende perspektiv, som muleggjer at også dennes fag kan utviklast og endrast som del av det samme vegleingsarbeidet. Ingen av desse formata treng vere meir ressurskrevande, alle kan inngå i ei pågåande vegleing. Det dreiar seg rett og slett om å opne det vegleiande rom.

Dilemma i vegleing.

Vegleiaranes erfaring er at nokre dilemma er del av vegleing. Dei er ikkje nødvendigvis problematiske, men er dilemma å leve med. Dilemma kan vere der ein opplever at ein ikkje har opne val, eller kan lansere ulike mulegheit, eller stille opne spørsmål. Erfaringane kan summerast slik:

Blanding av vegleing, undervising, terapi.

Dette treng ikkje bli opplevd som dilemma:

"All vegleing ber i seg ein mulegheit for og ønske om undervising. Dette kan det lett finnast plass til i vegleing som del av denne, eller det kan visast til andre fagpersonar/litteratur. Også terapeutiske poeng kan finne sin plass i vegleing i den tyding at det som blir opplevd som serleg viktig for den vegleide av meir privat karakter i forhold til eit gitt arbeid, kan finne sin plass som del av vegleinga. Det kan gjelde både det vegleiar og den vegleide ser. Slik sett vil all vegleing kunne ha innslag både av undervising og av terapi, i form av meir privat retta fokus. Dette vil alltid kunne inngå som relevant del av vegleing."

Dilemma kan likevel oppstå.

"Dette kan skje hvis vegleiar opplever seg i klemme med at han/ho oppfattar noko som eit ekstra stort undervisings-spørsmål, eller som ein ekstra forstyrrande personleg faktor. Eg ser at hvis ein slik situasjon oppstår, så kan dette snakkast om som mulegheit, der ein kan finne rom for dette utafor vegleing, ved å anbefale og drøfte sammenhengar for det. Dette vil gjelde både der eg foreslår terapi og undervising. Men også der den vegleide foreslår det."

Vegleing i forhold til kontroll.

Dette er eit dilemma i vegleing avhengig av kva yrkesforhold vegleiar har til den som blir vegleia. Ein del vegleing har

ein formell kontroll-funksjon ved at vegleiar skal godkjenne den vegleiddes vegleiingsarbeid:

"Eg veit at eg fortsatt har ein litt fleirtydig kontroll-funksjon i mi vegleing. Kontroll relaterer seg til fleire kriteriar, avhengig av arbeidsplass og yrkesgruppa's plikter."

"Kontroll ligg innebygd i all mi deltaking i vegleing ved at eg løpande gjer mine vurderingar av det eg høyrer og ser. Dette kan ein ikkje unngå. Berre unntaksvis vil kontroll likevel kunne vere noko som grip forstyrrende inn i vegleing på den måten at vegleiar set standard som den som blir vegleia ikkje er einig i, eller som ikkje lenger gir den som blir vegleia opne val. Slike tilfelle vil kunna oppstå, og er med som ein hypotetisk mulegheit. Hvis vegleiar vurderer at ein slik situasjon oppstår, så er det svært viktig å vere tydeleg på at og på kva grunnlag det er blitt aktuelt, og vurdere muleg endring og konsekvens. Det er framfor alt viktig å ta dette opp innleiingsvis i møte med den vegleidde, slik at det er tydeleg allerede frå starten for dei som deltar, om vegleinga ber i seg ein kontroll- og godkjenning-funksjon, og i så fall om og på kva måte denne kan bli aktivisert for godkjenning eller ikkje-godkjenning, og kva som er mulege klagevegar."

Erfaring med å delta i eit prosjekt.

Kva verdi tilla deltakarane å delta i eit slikt prosjekt? Alle syns at prosjektet har vore nyttig for den enkelte i utøvinga av det daglege vegleiingsarbeidet, både for refleksjon over eigen praksis, erfaring med hensiktsmessige former og utvikling av idear. Det blei gitt uttrykk for at det var verdifullt å kunne møtast i ei gruppe over tid og ha mulegheit til å arbeide med eit område som hittil ikkje har fått så stor plass for fagleg fellesskap. Det blei vurdert som viktig at vegleiingsbegrepet blei snakka om utfrå fleire synsvinklar, og at dette skjedde på ein slik måte at deltakarane sto fritt til å sjå kva som passa med sitt i eigen praksis. Alle var opptatt av den verdi det låg i eit fagleg utviklingsprosjekt med deltakarar både fra barneverns- og BUP-sektoren. Gjennom deltaking i eit slikt prosjekt fekk ein etter manges meining ein heilt annan innsikt og kjennskap både til ein annan

samarbeidande sektor og representantar for denne uten at dette forhindra utvikling og læring i eigen vegleiarfunksjon. Serleg å vere ei sammensett gruppe over tid av fagfolk på tvers av profesjonar og arbeidsplassar blei opplevd som svært betydningsfullt for vurdering av kva som er bra innhald i vegleing. Nokre eksempel:

"Det eg har tenkt om å samle ulike profesjonar frå ulike arbeidsplassar er at då blir heile tida våre ulikheitar tydelege, og dei blir sterke incitament til å holde seg i verkelegheiten, altså kvarandre sin verkelegheit, og prøve å anvenda det konstruktivt - med innhald og begrensingar."

"Det er svært viktig å møte andre yrkesgrupper og frå andre arbeidsplassar. Det er blitt eit møtepunkt på likefot, og det er vel ganske unikt."

"Eg syns personleg det er topp. Som kandidat har eg i psykiatrien trivdes blant sosionomar når det gjeld vegleing. Eg har følt meg uvel, der ein i felles vegleing har dvelt på valet av eit bestemt ord, frå ein med-kandidats skriftlege rapport, eller avfeid magefølelsen til ein som behandla borderline mødre. Det har tatt meg lang tid, syns eg, å innsjå at der var det manko hos vegleiar. Det er muleg at legar i psykiatrien, uten psykoanalyse og uten psykologisk embetseksamen, har meir felles med sosionomar, eventuelt pedagogar, enn det vil innrømmast."

"Eg opplevde det spesielt fint å vere sammen så mange over tid, og å oppleve at vi egentleg hadde mykje av dei samme tankane, erfaringane, berre at vi sa det litt forskjellig. Det dei andre sa frå sin verden, gjorde innimellom at eg fekk augene opp for at det samme foregikk i min verden. Eg håpar at mi yrkesgruppe kan få privilegiet å kome sammen med andre yrkesgrupper, uten ein atmosfære om at det gjeld å vere flink."

"For meg er denne sammenhengen der ein har måtta bli sittande og både sjå kva andre gjer og høyre korleis dei sjølve beskriv det og tenkjer om det, blitt ein situasjon som er heilt unik. Dette fordi alle som deltok, blei aktivt spurt om å kome med

sitt, slik at du måtte berre bli sittande og høyre. Dette har skapt situasjonar der eg elles ikkje ville ha blitt sittande, fordi eg ville ha omdefinert situasjonane til ikkje å angå meg som fagmenneske. For meg har det opna augene for likheitar i vurderingar, og for den enorme betydningen ein persons innspel kan ha for andre på andre måtar enn eg har førestilt meg. F.eks. i situasjonar der eg hadde laga meg klare og avgrensa oppfattingar av kva som ville vere verdifullt/lurt/bra osv., men der andre innspel blei vurdert som mykje viktigare. For meg har dette opna for eit mykje meir relativt syn på kva som er viktig i klinisk arbeid. Og det har understreka sterkt det heilt vesentlege i verdien av å skape kontekstar der ulike perspektiv rett og slett kan kome fram på ein tydeleg måte."

Alle desse erfaringane peikar på ei gjennomgåande svært positiv oppleving med å vere i eit slikt arbeids-og utviklingsforum over 2 år. Det peikar vidare på deltakaranes overrasking og glede over kunnskap som utvikla seg i eit tverrfagleg forum.

Diskusjon og konklusjon.

Det kan vere verdt å merke seg at det var ingen forskjell mellom deltakarar frå psykisk helsevern og barnevern i å vektlegge dei områda som er nemnt ovafor, og at det heller ikkje var motsetningar i kva dei ulike profesjonane la vekt på. Vegleiarane trekkjer fram det dei ser på som vesentlege forhold uten at dette blir gjort til noko som gjeld berre ved vegleing av eigen profesjon, eller ved vegleing mellom senior og junior, eller frå teneste lenger oppe i teneste-hierarkiet til teneste lenger nede. Ingen av dei vektlegg at utføring av vegleing er å bruke samme metode som i terapi, eller at vegleing er å gå gjennom fasar, slik vegleing i stor grad er blitt omtalt i litteraturen. Deltakarane har ulik profesjon og ulike teoretiske preferansar. Likevel trekkjer dei fram det ovaståande i si vurdering som vegleingas praktiske finess. Kanskje kan det vere passande å sjå på dette som deira oppleving av vegleingas G-faktor, altså kva dei ser som vesentlegaste, generelle faktor i vegleiings-arbeid på tvers av deira profesjon og arbeidsfelt.

I erfaringane frå prosjektet kjem det fram eit overordna spørsmål: Korleis kan vegleing leggjast til rette slik at det kan bli nyttig og vegleiar for alle som er inkludert - vegleiar, vegleide og brukarar av vegleiddes tenester? Eller sagt med andre ord: Korleis kan vegleing tilretteleggast for å skape ein gjensidig lærande og kunnskaps-utviklande prosess-til forskjell frå ein læresituasjon mellom ein som gir og ein som får kunnskap? Korleis kan vegleing ta høgde for at kunnskap blir skapt og ikkje berre utøvd/anvendt medan vegleing skjer?

Prosjektets erfaringar viser kor mykje vekt det blir opplevd viktig å tillegge praktiske metodar i vegleing som legg til rette for eit fag som er i utvikling, som ikkje forvaltar kunnskaps-sanningar.

Vegleing er ikkje retta til ein vegleidd åleine, men gjeld den vegleiddes forhold til nokon denne samarbeider med. Vegleiar forhold seg til vegleide som forhold seg til andre (klientar). Å forholde seg til er å danne seg meiningar om, og handle utfrå desse meiningane. Erfaringane peikar på konsekvensane det har for vegleing som arbeidsform å opne for at alle partars perspektiv kan finne plass i sjølve vegleinga, og innlemmast i meiningsdanning og kunnskaps-produksjon. Vegleing står fram som ein reflekterande prosess, der flest mulege perspektiv, både vegleiar, vegleide og dei den vegleide sjølv står i forhold til i sitt arbeid, kan bli innlemma og inngå i eit undrande, forskande arbeid om kva som er aktuell og gangbar kunnskap og forståing i ein situasjon. Dette treng ikkje skje bokstaveleg ved at alle er i rommet.

Det er dette preget av ein reflekterande prosess som gjer at vi hevdar at vegleing blir ein gjensidig lærande prosess, der vegleing ikkje er overføring av ferdige kunnskapar. Deltakarane understrekar at god vegleing er å søkje og utforske multi-perspektiv, der dei aktuelle deltakaranes syn/fortelling /bidrag kan kome fram, bli utforska og få rom. Men deltakarane set opp som ei forutsetting for multi-perspektiv i vegleing at vegleiar respekterer den vegleide sitt perspektiv og utgangspunkt, og ser dette på ein måte som vi velgjer å

kalle første-perspektiv. Vegleing blir eit arbeid for å bevege seg gjennom dette til undring over, og muleg innlemming av, andre perspektiv. Prosjektets erfaring er at nettopp i denne tilrettelegginga/ utvekslinga skjer endring, utvikling, kunnskaps-produksjon.

Erfaringane peikar vidare på korleis ein vegleiar kan gå fram for å innlemme fleire perspektiv, og understrekar at det er nokre gode, konkrete, praktiske vegar å gå. Denne praksisen går ut på å tilrettelegge vegar til å opne det vegleiar rom og å utforske det unike i enkeltvise perspektiv. Eller sagt med andre ord: Vegleingas vesentlegaste, praktiske finess ligg i å tilrettelegge format og å utvikle samtaleformer som gir rom for, utforskar og er nygjerrig på fleire perspektiv og samtale mellom desse. At vegleiar også kan ha både ein anskueleggjerande funksjon og lever med dilemma i vegleing, er ikkje til hinder for at hovedoppgåva til vegleiar blei opplevd å arbeide som den vegleiddes repektfulle, nysgjerrige med-undrar.

Det prosjektet som her er omtalt, er avgrensa i tid og rom. Det er ei erfaring som er gjort i ei gruppe over ein tidsperiode på 2 år, og fortel om kva 16 vegleiarar i psykisk helsevern for barn og unge og i barnevernet vurderer som viktig i si eiga praktiske utøving av vegleing. Vi har festa oss ved Polkinghornes vurdering av forskning: Det er søking etter kunnskap og formidling av denne til eit fellesskap som vurderer den (Andersen,1996). Vi finn den i samsvar med den forståinga vi sjølve hadde ved igangsetting av dette prosjektet som ei deltakande utviklingsforskning. Den kunnskapen som her er presentert, er utvikla av erfarne vegleiarar i vårt fagfelt gjennom ein gjensidig dialog og refleksjon. Vi ønskjer med dette å formidle desse erfaringane til eit vidare fagfelt.

Referansar:

- Andersen, T. (1996). Forskning av behandlingpraksis; Hva skal eller hva bør eller hva kan slik forskning være? (Under trykking).
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergin (Eds.), *Constructing therapy: Social construction and the therapeutic process*. London: Sage Publication.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1990). Supervision as collaborative conversation. In H. Brandau (Ed.), *Von der Supervision zur Systemischen Vision*. Salzburg: Otto Muller Verlag.
- Bernard, J.M., (1981). Inservice Training for Clinical Supervisors. *Professional Psychology*. Vol.12, No.6.
- Bernard, J.M. & Goodyear, R.K. (1992). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn & Bacon.
- Carifio, M. & Hess, A.K. (1987). Who is the ideal supervisor? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 244-250.
- Dannevig, E.T. (1968). Psykoterasupervisjon individuelt og i grupper. I R. Alnæs & G. Johnsen (Red.), *Psykoterasi*. Volum II (pp. 272-288). Oslo: Fabritius.
- Lauvås, P. og Handal, L. (1990). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen.
- Hess, A.K. (1987). *Psychotherapy Supervision: Stages, Buber and Theory of Relationship*. *Professional Psychology: Research and Practice* Vol.18, No.3.
- Heap, K. (1992). *Faglig veiledning-et tverrfaglig perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holloway, E.L. (1987). Developmental models of supervision: Is it development? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 209-216.
- Håland, W. (1995). Veileder som rollemodell. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 135-141.
- Høstmark Nielsen, G. (1995). Klinisk veiledning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 32-42.
- Jørgensen, E.F. (1988). Teorinøytral eller multiteoretisk psykoterasupervisjon. *Psykolog Nytt*, 42, 204-205.
- Reichelt, S. (1995). Upublisert foredrag. Universitet i Tromsø.
- Skovholt, T.M. & Rønnestad, M.T. (1992). *The Evolving Professional Self. Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. Chichester: J.W.Wiley.

- Wangberg, F. (1991). Self reflection: Turning the mirror inward. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, Vol.10, #3 & 4.
- Watkins, C.E., Jr. (1995a). Psychotherapy Supervision in the 1990s: Some observations and reflections. *American Journal of Psychotherapy*, Vol.49, No.4.
- Watkins, C.E., Jr. (1995b). Psychotherapy supervisor and supervisee: Developmental models and research nine years later. *Clinical Psychology Review*, Vol.15, No.7, pp 647-680.
- Worthington, E.L., Jr. (1987). Changes in supervision as counselors and supervisors gain experience: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 189-208.

"DE", "DU" ELLER "DOKKER"?

Tiltaleformer ovenfor pasienter i Nord-Norge.

Anders Forsdahl

Blant leger i Nord

Norge har det vært diskutert om tiltaleformen "du" eller "De" var den mest korrekte overfor pasienter som man ikke kjente. De fleste leger er nok av den oppfatning at du-formen er så akseptert og vanlig benyttet at det nærmest ville være unaturlig å benytte høflighetsformen De. Men det var også de som mente at du-formen på langt nær var så vanlig som mange syntes å tro. Diskusjonen om tiltaleform tok seg opp på Institutt for samfunnsmedisin i forbindelse med spørreskjemaundersøkelser. Skulle man her benytte "du" eller "De"? I 1987 gjennomførte Institutt for samfunnsmedisin og kommunelege Tor Anvik en spørreundersøkelse blant pasienter i Nord-Norge som tok sikte på å kartlegge pasientenes mening om en rekke sider av primærhelsetjenesten. Her tok man også opp spørsmål om tiltaleform i konsultasjoner og spørreskjema.

Materiale og metoder

Opplegget for undersøkelsen er beskrevet i annet arbeid (1). Etter at man i spørreskjemaet gjorde oppmerksom på at det hadde vært diskutert hvilken tiltaleform som var det mest korrekte, ble de aktuelle spørsmål formulert slik: "Hvilken tiltaleform foretrekker du at en lege som du ikke kjenner privat, bruker?" Svaralternativene var "du" eller "De". Samme svaralternativ fikk pasientene til spørsmålet: "Hvilken tiltaleform foretrekker du i et spørreskjema?"

Resultater

3739 pasienter returnerte et utfylt spørreskjema, hvilket utgjøre en svarprosent på vel 60 %. Noen besvarte ikke alle spørsmålene, bl.a. manglet nesten 100 skjemaer angivelse av alder og/eller kjønn.

Svært få foretrakk at legen benyttet De-formen (tab 1), 2,9 % blant menn og 3,4 % blant kvinner. Blant kvinner over 50 år var det et økende antall som foretrakk De-formen, men heller ikke

blant disse var andelen stor. Det var ingen sikre forskjeller mellom by og landkommuner eller mellom fylkene når det gjaldt svarfordelingen. Ikke uventet ble svarfordelingen ganske lik når det gjaldt spørsmålet om tiltaleformen i spørreskjemaer (tab 2). Man skulle forvente at det var de samme pasienter som foretrakk De-formen i begge spørsmålene. Men en nærmere analyse viste at bare 1/3 av pasientene som foretrakk De-formen i konsultasjonene, ønsket dette i spørreskjemaer. Og omvendt var det ca 1/3 av de som foretrakk De-formen i spørreskjema som ønsket det samme i konsultasjonene.

Diskusjon og konklusjoner

Vi tok ikke med den noe gammelmodige og tradisjonelle nord-norske høflighets formen "Dokker" som svaralternativ, da det for de fleste leger, vel også de med nord-norsk tilhørighet vil virke unaturlig å benytte denne formen. Dessuten er det svært mange som ikke er oppmerksomme på at "Dokker" er en høflighetsform. Vi kjenner heller ikke til undersøkelser som viser i hvilken utstrekning denne formen benyttes i Nord-Norge i dag (Institutt for språk og litteratur, Universitetet i Tromsø. Personlige opplysninger 1988).

Resultatene viser at du-formen er den foretrukne blant pasienter i Nord-Norge. I det praktiske arbeid skulle ikke det fåtall pasienter som foretrekker De-formen by på problem. Legene vil raskt kunne orientere seg, og skulle de være i tvil, kan de jo spørre.

Men man skal være oppmerksom på at selv om du-formen er den foretrukne, er det vanlig at man i Nord-Norge benytter vedkommendes etternavn. Til tross for du-formen, benyttes fornnavnet vanligvis bare mellom godt kjente.

Når det gjelder spørreskjema-undersøkelser viser resultatene at man i Nord-Norge trygt kan benytte du-formen. Vi finner det lite sannsynlig at pasientenes svar kan ha vært påvirket av at vi i vår undersøkelse benyttet du-formen.

Men vi vil tro at tiltaleformen er av mindre betydning i forhold til andre sider av legenes væremåte under en konsultasjon på kontoret eller et besøk i pasientenes hjem.

Tabell 1. Prosent av pasientene som foretrakk at leger som de ikke kjente privat benyttet tiltaleformen "De" - etter alder og kjønn

Alder	Menn		Kvinner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
15-29	171	2,9	734	2,0
30-49	352	2,6	796	1,8
50-69	380	3,4	618	5,0
70+	181	2,2	253	8,3
Totalt	1084	2,9	2401	3,4

Tabell 2. Prosent av pasientene som foretrakk "De"-formen i spørreskjema - etter alder og kjønn

Alder	Menn		Kvinner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
15-29	171	4,7	751	1,9
30-49	358	3,4	815	2,1
50-69	392	3,1	650	4,8
70+	183	1,6	268	5,2
Totalt	1104	3,2	2484	3,1

Andre arbeider fra "Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987":

1. Straume B, Aaraas I, Forsdahl A, Fønnebø V, Knutsen SF, Lundevall S, Melbye H, Anvik T. Hva mener pasientene om primærlegetjenesten? En spørreundersøkelse blant pasienter i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen nr 27,1990; 110: 3479-81.
2. Melbye H, Aaraas I. Fast lege, ønsker og realiteter i Nord-Norge. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen nr 27, 1990; 110: 3482-4.
3. Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlege. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen nr 27, 1990; 110: 3484-8.
4. Fønnebø V. Når på dagen ønsker pasienter time hos legen? Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen nr 27, 1990; 110: 3488-90.
5. Anvik T. Doctors in a white coat - what do patients think and what do doctors do? Scand J prim Health care 1990; 8: 91-94.
6. Straume B. Pasientønsker mot medisinsk-faglige vurderinger. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. ISM skriftserie nr 15. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1990: 128-37.
7. Anvik T. Hvor mange leger bør det være på kontoret? Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Manus.
8. Knutsen SF, Straume B, Forsdahl A. Gender and experience of the family physician. Does it matter to the patient? Manus.

THERAPEUTIC COMMUNICATION AS RELATIONSHIP

Kenneth J. Gergen

As I watch Tom Andersen work with his clients, I often feel that effective therapy is magical. A life shattering problem is described in the quiet recesses of a chamber far removed from the site of turmoil. Questions and answers, stories good and bad, emotional outbursts, silence and perhaps some tears - all may (or may not) ensue. And then, almost by miraculous intervention, there is change. The problem is transformed, seems less severe, or is possibly dissolved. Yet, we ponder, how was the result achieved? What is it about this particular configuration of events that brought about change? At least one central candidate for answering this particular form of "miracle question" is therapeutic communication. There is something about the nature of communicative interchange that engenders change. Yet, to answer in this way is scarcely sufficient. What precisely is it about such communication that precipitates transformation? What forms of communication are proscribed; how might we be more effective?

It is this range of questions to which much of Andersen's work has been addressed (see especially, 1991, 1993), and which I shall take up in the present offering. As evidenced in Andersen's writings along with the various contributions from the present volume - there is a significant transformation taking place in many sectors of the therapeutic community. There is broad discontent with traditions that presume the existence of an unconscious, of mental illness, of specifically individual problems, mechanistic models of individual or family functioning, or of value neutral professional knowledge, and many are dismayed by attempts to standardize diagnostic categories and therapeutic techniques. In general these are also therapists who abandon the strategic orientations toward therapeutic communication, in favor of an emphasis on communal meaning making, the co-constructed nature of reality, and the cultural and political character of therapeutic practice(1). In these domains, issues of narrative, metaphor, problem definition and dissolution, and multiple realities are topics

of lively discussion. Although there are many ways of characterizing this transformation, in order to underscore its alliance with sweeping changes elsewhere in the humanities and sciences I would view it as social constructionist(2).

For many, social constructionist dialogues are of enormous importance in terms of the insights, innovations and implications which they offer. However, in spite of the rich resources they provide to the practitioner, they do not yet provide a sufficient answer to the question of how therapeutic change is achieved. We have newly emerging sensitivities, developing languages of understanding, and innovative forms of process - of which Andersen's reflecting team is a stellar example. However, we are still left with the nagging question of precisely how it is that communication engenders change. I don't propose to answer this question in what follows; such an attempt would be irresponsibly premature. However, as a preliminary to such an answer, we require a newly minted understanding of the communication process itself. For although constructionists may agree that understandings of the world are socially constructed, how precisely these meanings are generated in practice has not been articulated. It is in this direction that I wish to proceed. And then, having taken steps toward re-visioning communication, I wish to address three critical issues of therapeutic theory and practice: the self, therapeutic efficacy, and steps beyond narrative. With these clearings developed, I believe we may proceed further in our dialogues toward a sense of how it is that communication achieve (or fail to achieve) therapeutic change.

Communication as Coordinated Action.

In my view the constructionist dialogues have begun to form a major challenge to the traditional view of communication as an intersubjective process. Drawing on wide-ranging works - for example, ethnomethodology (Garfinkel, 1967), the history of science (Kuhn, 1970), the sociology of knowledge (Latour, 1987), discourse analysis (Edwards and Potter, 1994), literary theory (Fish, 1980) and communication theory (Shotter, 1993) - we begin to see that meaning does not reside in the individual mind, and that if effective communication required that people

accurately comprehend the meanings in each other's heads, it could never be achieved. Rather, these and other works lead us to see that the locus of meaning lies within the process of interaction itself. That is, individual subjectivity is abandoned as the primary site on which meaning is originated or understanding takes place; attention moves from the within to the between, and in the realm of between we are confronted with the question of coordinated action.

If we agree on the jointly constructed character of meaning, how can we then characterize the communication process itself? To draw the essence from a more fully elaborated account (Gergen, 1994), let me offer a series of rudimentary propositions and explications concerning the relational character of communication:

An individual's utterances in themselves possess no meaning. Let me first propose that the single utterance of an individual itself fails to possess meaning. This is most obvious in the case of uttering any selected morpheme (e.g. the, ed, to). Standing alone, the morpheme fails to be anything but itself. It is opaque and indeterminate. One may generate a variety of apparent exceptions to this initial assumption - e.g. a shout of "help" on a dark night; or more extended word sequences, such as "Eat at Joe's." However, the communicative value of such exceptions will inevitably prove to depend on a prior history of relationships - in which, for example, shouts and billboards play a role in coordinating human affairs.

The potential for meaning is realized through supplementary coordination. Lone utterances begin to acquire meaning when another (or others) coordinate themselves to the utterance, that is, when they add some form of supplementary action (whether linguistic or otherwise). The supplement may be as simple as an affirmation (e.g. "yes," "right") that indeed the initial utterance has succeeded in communicating. It may take the form of an action, e.g. shifting the line of gaze upon hearing the word, "look!" Or it may extend the utterance in some way, e.g. when "the" uttered by one interlocutor is followed by "end!" uttered by a second.

We thus find that an individual alone can never "mean"; another is required to supplement the action, and through this coordination to give it a function within the relationship. To communicate is thus to be granted by others a privilege of meaning. If others do not treat one's utterances as communication, if they fail to coordinate themselves around the offering, one's utterances are reduced to nonsense.

Supplements act both to create and constrain meaning. The initial action (utterance, gesture, etc.) of the individual does not, in the hypothetical space developed thus far, demand any particular form of supplementation. Standing alone it possesses no implication for what is to follow. The act of supplementation thus operates postfiguratively in two particular ways. First, it grants a specific potential to the meaning of the utterance. It treats it as meaning this and not that, as inviting one form of action as opposed to another, as having a particular implication as opposed to some other. Thus, if you ask me, "Do you have a light," I can react by staring at you in puzzlement (thus negating what you have said as meaningful action). Or, conversely, I can react in a variety of different ways, each bestowing a different meaning on the utterance. For example, I can busily search through my pockets and answer "no", I can answer "yes" and walk away, I can tell you "I am not serving beer", I can ask you what it is you really want, or I can even shriek and fall into a fetal crouch. Each supplement creates the meaning of the preceding question.

At the same time, as I create your meaning in one of these various ways I simultaneously act to curtail its potential in many others. Because I have created it as meaning this, it cannot mean that. In this sense, while I invite you into being, I also act so as to negate your possibilities for action. From the enormous array of actions at our disposal, I thus create direction and temporarily narrow the potential of your identity as a meaningful agent.

But this curtailment must not be viewed as uni-directional, with the supplement both creating and delimiting that which has

preceded. In the roughly ordered state of ordinary cultural life, actions supplement coordinations are already in place. Actions already embedded within relationships thus have a prefigurative function. They invite or suggest certain supplements as opposed to others because only these supplements are considered sensible or meaningful by virtue of our history together. Thus, while falling into a fetal position is possible in principle, it risks abrogating the very possibilities of meaning within the relationship. In this way, the action-supplement relationship is more properly viewed as reciprocal: supplements operate to define and constrain the meaning of actions, while actions create and delimit the possibilities for supplementation.

Meanings are subject to continuous reconstitution via the expanding sea of supplementation. In light of the above considerations we find that whether meaningful communication occurs, and what is communicated among persons, is inherently undecidable. That is, "the fact of meaning" stands as a temporary achievement, subject to the continuous accretion and alteration through supplementary significations. All that is fixed and settled in one instance, may be cast into ambiguity or undone in the next. Sarah and Steve may find themselves frequently laughing together, until Steve announces that Sarah's laughter is "unnatural and forced", just her attempt to present herself as an "easy going person" (in which case the definition of the previous actions would be altered). Or Sarah announces, "you are so superficial, Steve, that we really don't communicate", (thus negating the interchange altogether as a form of meaningful activity). At the same time, these latter moves within the ongoing sequence are subject to negation ("Steve, that's a crazy statement."), and alteration ("You are only saying that, Sarah, because you find Bill so attractive.") Such instances of negation and alteration may be far removed temporally from the interchange itself (e.g. consider a divorcing pair who retrospectively redefine their entire marital trajectory), and are subject to continuous change through interaction with and among others (e.g. friends, relatives, therapists, the media etc.).

At this point, however, we find the exclusive focus on face-to-face relationships is far too narrow. For whether "I make sense" is not under my control, neither is it determined by you, or altogether in the dyadic process in which meaning struggles toward realization. At the outset, we largely derive our potential for meaning in the dyad from our previous immersion in a range of other relationships. We arrive into the relationship as extensions of previous patterns of meaning making. And, as we move outward from our relationship to communicate with others, they also serve as supplements to our relational pattern, thus altering the meanings we have generated. And these interchanges may be supplemented and transformed in their meaning by still others. In effect, meaningful communication in any given interchange ultimately depends on a protracted array of relationships, not only "right here, right now," but how it is that you and I are related to a variety of other persons, and they to still others - and ultimately, one may say, to the relational conditions of society as a whole. We are all in this way interdependently interlinked - without the capacity to mean anything, to possess an "I" - after all, a position within a relationship except for the existence of a potentially assenting world of relationships - which can simultaneously function to rob the both of us of meaning altogether.

These various suppositions also contain a derivative of profound implication. Rather than viewing language in traditional terms - where its capacities to reflect reality, express subjectivity, or serve personal strategies are all focal - we find that language is constitutive of relationships. That is, it forms an integral part of the relationship itself, in the same way as smiles, frowns, hugs, and caresses, or gifts at a birthday or the paycheck presented at the end of the month. To be sure we may treat language as if it describes reality, but such a treatment is itself a relational performance, a "game" in which we agree (explicitly or implicitly) to use certain callings on certain occasions. From this use-based conception of meaning, the central focus shifts to the social ramifications of language use. What follows in a

relationship when self or world is framed in just this way; what dances am I invited into when you use these phrases as opposed to others? We become concerned, then, with the consequences of language as a form of action, but we see these consequences as under the control of neither the actor nor the recipient.

Therapeutic Communication: Toward a New Agenda.

We have here but the beginnings of a new view of human communication; by its own standards its full contours will only emerge with further interchange and its completion shall forever be postponed. However, as the implications of such a view are set in motion we find that many of the difficult questions with which the therapeutic community has long wrestled are transformed. The enigmas change their form, old answers are abandoned and new ones take their place. In important respects a revisioning is required; for many, the conversations are already under way. In the remaining pages I wish to isolate three areas in which deliberation is especially invited.

The Psyche: From the Reified to the Relational.

Traditional theories of communication, with their strong emphasis on human subjectivity, have been closely allied with a more general individualist orientation to therapy itself. That is, therapists have by and large placed their major interest in the states or conditions of individual minds. As we move from Freudian theory of repression, to neo-analytic accounts of object relations, Rogerian concerns with self-regard, and into present day disquisitions on cognitive schemas, the central concern with the individual psyche remains fixed. Even within family systems theory, individual mental conditions have sustained a robust existence (consider radical constructivism).

Yet, as we shift our conception of human communication to the between, this longstanding tradition is called into question. Our attention is soon drawn to the fact that the enormously rich language we have for depicting inner states (of "love," "depression," "fear," "desire," and the like) is itself not a product of such states but of relational coordination. The

language does not thus "depict," so much as it constructs what we take to be the character of subjectivity. Contemporary discourse on mental states - the taken for granted vocabulary of reason, emotion, intention, motives and the like - constitutes an ethnopsychology, a set of culturally and historically situated ways of talking, writing, and acting. In principle, such a language is dispensable.

Such conclusions are of substantial consequence for the practice of therapy. At the outset, they undermine the long-standing practice of mental exploration - at least in the forms we inherit. What is the purpose of exploring the unconscious if there is no such domain; must suppressed emotions be released if the very idea of a suppressed emotion is a cultural myth; must we be concerned with tapping the individual's private construals or cognitions of the world if the presumption of an inner origin of language is politically pernicious? In effect the entire rationale for exploring the client's subjectivity is eroded. But does the relational view of communication mean the death of psychological language; should we now consider abandoning such forms of description and explanation, avoiding all talk of the client's "feelings," "thoughts," or "desires."? In my view such a conclusion is neither intellectually nor practically warranted. The argument for the constructed character of psychological language does not lead to the baleful conclusion that such language should be abandoned. In the same way, we should little wish to abandon our conceptions of good and evil simply because we recognized that they were culturally and historically contingent. To be apprised of one's cultural meanings is not to step out of culture. Thus there is no reason for therapists to abandon deliberation on the client's mental conditions. On the contrary, the enlightened practitioner will see in constructionism a rationale for expanding the presently preferred discourses of the therapeutic community. Therapeutic schools which limit the range of discourse - focusing exclusively, for example, on unconscious motives, self-acceptance, or cognitions - impose arbitrary limits on therapeutic conversations. Further, we might open the door to many other discourses common within the society, but often eschewed by therapists by virtue of their "unscientific"

basis. Here I am thinking of a range of otherwise marginalized discourses - of spiritual life, of the mystical and mysterious. I am not hereby advocating the ultimate reification of these discourses - psychological or otherwise. All therapeutic conversation will necessarily operate to objectify its subject matter during the interactive moment; such temporary effects are scarcely avoidable. However, I am proposing that by expanding the range of what can count as the real in therapy, the range of intelligible and potentially useful moves is also augmented. Each new form of "saying" is simultaneously a new form of relating, and with potentially different consequences.

There remains an additional challenge for the field. Few in the western tradition would wish to part with the language of the self, of subjective states and conditions. Yet, how are we to reconcile this investment with the intellectual and ideological arguments to the contrary? At least one central solution to this dilemma is by refiguring the language. That is, we may reconstruct our conceptions of the self so that mental terminology loses its moorings in the ideology of the self-contained individual, and acquires a more fully social or systemic character. In this sense we may come to use the language in different ways and for different purposes. Movement toward such reconceptualization is already in motion. Relying on the earlier work of Vygotsky and Bakhtin, many developmentalists have begun to reconceptualize thought as internalized language. On this account, cognitive processes are not the possessions of single individuals so much as their relationships speaking through them (see for example, Wertsch, 1991). As I have also tried to demonstrate (Gergen, 1994) we may conceptualize emotions as elements within relational scenarios, actions that gain their intelligibility and necessity from patterns of interchange. Here it is possible to view anger or depression not as a personal event, but as a constituent of a particular relational dance. Ways in which these re-visioned concepts of self can be cashed out in therapeutic practice is nicely demonstrated by Penn and Frankfurt (1994).

Therapeutic Effects: The Transportability Problem.

What is actually changed through therapy? Consistent with its individualist base, this question is typically answered in terms of the individual psyche. It is through the removal or repression, a process of catharsis, a gain in insight, the enhancement of self acceptance, or the alteration in cognitive schemas, as it is variously reasoned, that long term change is effected. Most important for present purposes, the therapist presumes an automatic transportability in effect. That is, once the individual psyche is altered within the therapeutic encounter, the effects are transported into the world. Or, using the common mechanistic metaphor, once the machine has been repaired (by the master mechanic), it is readied for use outside the shop. However, if we de-reify the psyche, as reasoned above, this traditional logic ceases to be compelling. Yet, if we cannot fall back on the assumption that "a change of mind" produces far-reaching changes in individual conduct, how are we to understand therapeutic efficacy? How are the effects of a therapeutic conversation transported into the life world outside? This is no small question, and I can here do little more than open the conversation.

If we follow the constructionist logic, therapy represents a conversation in which participants borrow heavily from their relations outside, but also a relationship which wends its way toward a unique reality (discourse patterns shared distinctively by the participants themselves.) Under these conditions it might be possible for therapist and client to locate a wonderfully functional mode of relating - using discourses that generated a sense of harmony and fulfillment within the encounter. However, this same set of discourses might also be wholly contained within the relationship. That is, it may have little or no "street value," little transportability into other relations. Given the use-based view of communication generated above, the major question is whether the client can "walk the talk," whether the metaphors, narratives, deconstructions, reframings, multiple selves, expressive skills and so on developed within the therapeutic encounter can be carried into other relations in such a way that these relations are usefully transformed.

At one level, I have little doubt that such effects do occur. However, more effective demonstrations of the ways in which the therapeutic conversations or discourses actually insinuate themselves into the life worlds of clients would be very useful. Further, more concerted attention is needed to how the two contexts - therapy and life world - can be made to converge. The most obvious means, and one very congenial to the family therapy movement, is to work with relationships rather than single individuals. In this way new discursive forms and practices are set directly in motion. However, this does not fully solve the problem, as the group reality of the therapeutic hour may not be transportable; group members are also embedded within multiple relationships. I am drawn at this point to a variety of practices that various therapists have developed to move practices into life settings. I am struck by the use made of letter writing, both to and by clients, in the work of White and Epston (1990) and Penn and Frankfurt (1994). In Buenos Aires, Christina Ravazolla has developed means of having client families view relevant videos together. Other therapists have sent therapy tapes home with their clients for discussion in the home. Further and more concerted sharing of ideas and practices seems essential.

Transcendina Narrative: Toward a Relational Sublime.

The concept of narrative plays two significant roles in contemporary thinking about therapy. The first is inherited from the past and concerns the therapist's self-understanding. This is the narrative of progress, wherein the client moves, with the therapist's help, to an enhanced state of well-being - from a poor condition to a better one. In the second role, narrative comes into play as a vehicle for understanding the client. Here the client's life narratives are typically viewed as forms of meaning which themselves either constitute or contribute to the manifest problem. In keeping with the narrative of progress, the therapeutic challenge is to alter (dissolve, deconstruct, reframe, enrich, or multiply) the client's narrative as given. The hope is that with the development of the altered narrative, the individual will be freshly empowered. We have already discussed the challenge of narrative transportability. Yet in light of a relational

orientation to communication, there is a more subtle problem that must now be confronted. I am particularly concerned here with narrative approaches to therapy in the context of the continuous renegotiation of meaning. My concerns here are several in number. The first is with the tendency to view the newly developed narrative as a personal possession of the client. As reasoned above, meaning is jointly negotiated. Thus, while the client may transport the new narrative into the life world, he/she does not control its meaning. Its meaning and implications are open to continuous reshaping as relationships proceed. Second, I am concerned with the capacity of the newly fashioned narrative to remain effective across a wide range of relationships. As reasoned elsewhere (Gergen and Kaye, 1992), it's not clear that a fixed view of oneself or one's conditions can remain functional across a wide range of ever-emergent relationships.

Finally, I am concerned with the presumption of the progressive narrative of therapy itself. As new narratives are placed in action, they have the potential for altering the character of relationships. Indeed, much of the hope for constructionist therapy depends on this view. However, as any given relationship is changed, so are other relationships in which participants are engaged. As proposed, local meaning is always dependent on a broad spectrum; as local meanings change, so do they reverberate elsewhere in the cultural world. The upshot of this process is that where a positive therapeutic outcome (progress) may be immediately discernible in the local sphere of relationship, there is no reason to suspect either that the effects will be of long duration, or that they will be positive for all who are affected. With reverberated meanings, other relationships may be upset, and this upheaval may subsequently impact the local relationships. (Consider the beleaguered wife who through therapy develops a new narrative of strength and independence; she opts for a divorce and soon is harassed by her children, relatives and friends of the couple, the clergy, and the divorce lawyers.)

Such concerns suggest that we must ultimately move beyond narrative as the center of our interest to the relational

matrix from which narrative understandings emerge. We may wish to construct these processes in a variety of ways, and with different possible outcomes. Surely this would be a useful endeavor. However, I wish to close this piece in a more speculative way. Can we envision, I ask, a condition of pure relatedness, a condition in which - like the ocean - all the individual waves are given form by each other, and we recognize with awe the potential of a singular movement of the entirety. I shall call this condition a relational sublime (Gergen, 1995). We cannot articulate the character of the sublime, for our languages are themselves only local manifestations of the whole; they cannot account for origins which supersede them in profundity. However, we may with consciousness of the relational sublime perhaps move more comfortably in the world - with less anguish and more tolerance. Rather than charting a singular course for our swim through life - feeling buffeted by the waves, frustrated by our incapacity to make headway, irritated by the squalls that send us helter-skelter - we might, with consciousness of the relational sublime, more properly see ourselves as at one with our surrounds, our bodies moving in multiple directions as we harmonize with the undulations of the grander force. The term sacred comes now to mind. When our beings conjoin with a relational sublime, perhaps these are moments in which we most fully approach the sacred which unites us all. When Tom Andersen is walking in the mountains, I rather think he would agree.

References:

- Andersen, T. (1991) *The reflectina team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (1992) Reflection on reflecting with families. In McNamee, S. and Gergen, K.J.(Eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Anderson, A. and Goolishian, H. (1992) The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In McNamee, S. and Gergen, K.J. *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Edwards, D. and Potter, J. (1992) *Discursive psychology*. London: Sage.
- Fish, S. (1980) *Is there a text in this class? The authority of interpretive communities*. Cambridge: Harvard University Press.
- Friedman, S. (Ed.) (1993) *The new language of change, constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gadamer, H.G.(1960) *Truth and method*. New York: Seabury.
- Garfinkel, H. (1967) *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gergen, K.J. (1994) *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K.J. (1995) Technology and the self: From the essential to the sublime. In Grodin, D. and Lindlof, T. (Eds.) *Constructing the self in a mediated age*. Beverly Hills: Sage.
- Gergen, K.J. and Kaye, J.(1992) Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In McNamee, S. and Gergen, K.J.(Eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Hoffman, L. (1990) Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Kuhn, T.S. (1962) *The structure of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- Latour, B. (1987) *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press.
- McNamee, S.(1996) Psychotherapy as a social construction. In H. Rosen and K.T. Kuehlwein (Eds.) *Constructing Realities*, San Francisco: Jossey Bass.

Penn P. and Frankfurt, M. (1994) Creating a participant text:
Writing, multiple voices, narrative multiplicity. Family
Process, 33,217-232. Press.

Shotter, J. (1993) Conversational realities. London: Sage.

Wertsch, J.V. (1991) Voices of the mind. Harvard University

White, M. and Epston, D. (1990) Narrative means to therapeutic
ends. New York: Norton.

Footnotes:

1. See especially the work of Anderson and Goolishian (1992),
Friedman (1993), Hoffman (1990), McNamee (1996), and
others mentioned in this chapter.
2. For a discussion of the emergence and development of
social constructionism see my 1994 volume, Realities and
Relationships.

ET POST-INTERVENSJONS INTERVJU

Ivar Hartviksen

Ved Narvik sykehus har man innført den praksis at når en pasient er psykiatrisk ferdigbehandlet blir denne fulgt opp med et intervju av en kollega som ikke har deltatt i behandlingen. Dette blir gjort for å samle kunnskap både om den aktuelle pasient såvel som for terapi og terapeutiske prosesser generelt.

Forutgående terapi ble ledet av forfatter. Pasienten var ved terapistart klart psykotisk og veide 39 kg. Behandlingen har bestått i paralell samtaleterapi og psykomotorisk fysioterapi. Behandlingen ble komplisert ved at pasienten ble kvalm og kastet opp hver gang man kom inn på hennes barndom/ungdom. Selv når hun mellom terapiavtalene gav skriftlig informasjon om disse forhold, ble hun kvalm og kastet opp.

Behandlingen er nå avsluttet, og foreliggende intervju er utført av psykolog Hans Jørgen Rasmussen, Narvik.

HJ: Velkommen

- Jeg forstår det slik at du kom til dr. Hartviksen den 13.10.92. Jeg vil gjerne spørre deg om hva det var som fikk deg til å oppsøke ham.

I: Jeg vet ikke sikkert hva det var som fikk meg til å gå dit, men det er slik at jeg vanligvis bruker dr. Evjen som lege, og han ga uttrykk for bekymring for meg, og forklarte meg at han hadde lagt merke til at jeg var blitt svært tynn og at han reagerte på tankene mine og de pussige bildene jeg hadde for meg, og spurte meg om jeg kunne tenke meg å gå til dr. Hartviksen, og det gjorde jeg, for jeg er vant til å gjøre det som andre ber meg om. Han sa at jeg hadde mistet smilet mitt og at han var svært bekymret over både mageplagene og de merkelige opplevelsene jeg hadde.

HJ: Kan du fortelle meg litt om hva dr. Hartviksen og du gjorde sammen, og hvordan det senere gikk?

I: Ja, nå er det slik at Hartviksen kjenner familien min godt - han pappa har vært alkoholiker, og han har stridd mye med ham bak gjennom tiden. Han kjenner også mange av de andre familie-medlemmene. Det syntes jeg var greit, for da behøvde jeg ikke å gå nærmere inn på de tingene. Vi snakket vel litt om det om hvordan det var med dem, og han spurte om hvordan jeg hadde det nå om hvordan jeg hadde det med å komme hit og hvilke forventninger jeg hadde til det å komme i kontakt med ham. Han spurte meg om mange forskjellige ting og om hva jeg trodde han kunne hjelpe meg med.

HJ: Kan du huske hva du svarte ham på det?

I: Jeg kan huske at jeg svarte at jeg hadde det veldig bra og at jeg ikke visste hva han kunne hjelpe meg med, men jeg skjønnte godt at det ikke var bare å komme til ham å få svar på tingene og så var det litt hokus pokus og ferdig med det men at jeg måtte regne med å bruke en del tid, for det som har tatt lang tid å danne seg er det ikke så enkelt å bli kvitt. Vi begynte etterhvert å snakke en del om barndommen. Det var lengere utpå og jeg skjønnte ikke hva mine plager i dag skulle ha med det å gjøre. Han spurte meg hva det var det første som jeg kan huske, og det var fra jeg var 11-12 år gammel.

HJ: Og det var det første du husker?

I: Ja, det var det første jeg kunne huske da. Nei, jeg kunne ikke huske noe fra tidligere i livet, men han spurte meg, og jeg skrev ned det jeg kunne huske. Og etterhvert som han spurte og jeg skrev og ga det til ham til neste gang jeg kom, husket jeg mer og mer. Det kom sånn hulter til bulter. Jeg kunne plutselig huske noe fra jeg var 5 år og fra jeg var 8 år, og så tilbake til da jeg var 3 år. Jeg skrev det til ham, fordi når jeg skulle snakke om det, ble jeg kvalm og dårlig. Det kom nokså fort og selv når jeg skrev, kunne jeg bli kvalm. Blant annet husket jeg fra da jeg gikk på folkeskolen, 7-8 år gammel, at jeg hadde et utslett i ansiktet og nedover halsen,

og det samme utslettet kom når jeg fortalte om dette og satt og skrev om det. Det gikk over igjen når vi begynte å snakke om andre ting, men jeg fikk nokså mye kvalme da jeg husket at jeg som småpike vasket sengetøyet mitt i badekaret. Da kjente jeg den sterke lukten av urin. Jeg fikk ikke lov å vaske lakenet i vaskemaskinen, og jeg var så liten at jeg måtte dra lakenet gjennom vannbatteriet og snurre det rundt for å vri det. Da kjente jeg lukten av urin og sats. Faren min hadde nemlig satsen stående på badet. Og da ville jeg hver gang kaste opp når jeg skrev om det.

HJ: Dette med å skrive ned tingene, det skjedde på et senere tidspunkt. Kan du si meg hva som foregikk den første tiden?

I: Det handlet svært mye om at jeg hadde slik skyldfølelse for alle ting, både når jeg fortalte om familien og også når jeg kom inn på hvordan jeg var som småpike. Jeg måtte gjøre alt slik som det ble sagt, ellers ble det så galt. Og når mamma var sint og pappa drakk, var det alltid min skyld. Jeg laget det alltid vanskelig for dem. Jeg var sengevæter og jeg strakk ikke til på noen måte. Det hendte aldri at de var snill og god med meg, og det var også min skyld. Jeg fikk ofte vondt i magen, og de måtte ha doktor, og det var alltid noe som skapte store problemer for dem.

HJ: Hva sa han til det at du hele tiden var den som hadde skylda?

I: Han spurte hvordan jeg i dag kunne føle på at en liten småpike kunne ha skylda, men da likte jeg ikke det heller, for jeg ville ikke gi dem skylda for det, så det ble vanskelig uansett. De handla vel og gjorde det beste ut fra det de visste, og de visste vel kanskje ikke bedre. Da spurte han om jeg behandlet min sønn slik, og det sa jeg at jeg ikke gjorde. Så spurte han om jeg hadde så mye bedre forutsetninger enn dem til å vite bedre. Det var litt å tenke på for meg, synes jeg.

HJ: Du var litt inne på at du ikke husker noe fra før du var 11-12 år. Hva skjedde egentlig med den hukommelsesbiten?

I: Du tenker litt på hvordan den - kom at jeg plutselig husker - det kom liksom nokså brått. Han sa at jeg måtte forsøke få fatt i den lille jenta jeg var, og da kom bildene hulter til bulter, og jeg fikk bilder fra jeg var 8, 3 og 12 år alt ettersom, og det var en svært ubehagelig prosess. Jeg hadde det ille i den tiden og var kvalm, måtte slutte å skrive, for jeg ble så dårlig. Fikk fornemmelser i høyre side av ansiktet og fikk disse uhyggelige bildene. Jeg husker blant annet at da jeg var småpike våknet jeg om natten og sto på kne foran sengen og foldet hendene og ba til Gud at jeg måtte bli flinkere og snillere, slik at jeg ikke ble slik belastning for mamma og pappa. Og når jeg satt og skrev det, kjente jeg lukten i rommet og så fargene på lakenet og på sengeteppet og på veggene og bildene i rommet. Det opplevdes som om jeg var der.

HJ: Og hvor gammel kunne du være da?

I: Da var jeg sikkert ikke mer enn 3-4 år.

HJ: Du kunne altså ikke være stort mer enn 3-4 år da?

I: Ja, det samme opplevde jeg også når jeg satt og spiste middag med de andre, det er slik at jeg er venstrehendt, men jeg måtte bruke høyrehanda, penhanda som de sa, og når jeg ikke fikk det til, ble det så vanskelig. Jeg fikk klart for meg at jeg strevde med å spise grøten med høyrehanda. Det var tydelig hva slags mat som var på bordet, fargene, hvordan allting var rundt meg, akkurat som jeg satt der og strevde med det. Jeg var til stede der i den sammenhengen.

HJ: Kunne du kjenne luktene fra barndommen?

I: Ja, de ubehagelige luktene fra satsen som pappa hadde på badet. Lukten av maten og stemningen når mamma var sint. Jeg kunne også kjenne gode lukter, og da var det i forbindelse med minner om farmora mi der var liksom alt så mye lysere. Det merkelige er at jeg syntes at rommet hjemme, stua og leiligheten, ble så mye lysere når mamma var ute, men så snart hun kom inn, var det liksom dårlig lys i leiligheta. Alt virket

mye lysere når hun var borte. Når jeg overnattet hos farmora mi, tisset jeg aldri i senga.

HJ: Hva tror du farmoren din betyr i ditt liv?

I: Det er ho jeg tenker på som min mor. Han Hartviksen spurte om jeg husker noen gode minner... Men det var ingenting ... Jeg kan ikke huske noe positivt hjemmefra, selv om jeg har tenkt og tenkt for å finne noen positive minner.

HJ: Jeg har latt meg fortelle at du i mange år ikke har følt eller kjent noe .. hvordan var det med det, kjente du ikke noe fra kroppen din? Hvordan var det med det?

I: Det var som å være i en grå sky. Jeg gjorde det jeg ble bedt om og svarte på det jeg ble spurt om, og ellers var det ikke noe annet. Det var veldig rart å oppdage at jeg kunne gjøre hva jeg ville. Det med kroppen var en "ikke ting." Jeg husker jeg sa til Hartviksen at kroppen var en god innretning å ha hodet på. Gymnastikken på skolen bydde meg helt i mot. Jeg lurte meg unna gymnastikken.

HJ: Hvordan var det med det som andre betegner som smerte?

I: Ja, det var merkelig. Du vet ute blant kvinner så snakker man ofte om fødslene, og det var underlig for meg fordi de snakket om hvor ondt det var. Jeg skjønnte at jeg da bare måtte jatte med, fordi jeg følte ingen smerte da jeg fikk gutten min. Jeg husker jordmora holdt handen på magen min og sa: Nå må du presse nå har du presserie, og jeg skjønnte ikke det for jeg kjente ingen ting. Det med smerte fra kroppen har jeg ikke kjent, før nå i den senere tid, etter at jeg hadde gått hos han Hartviksen i ett års tid.

HJ: Det var også noe med muskelspenninger og utslett.

I: Ja, da jeg snakket om tiden på skolen da jeg hadde et utslett, fikk jeg et voldsomt utslett i ansiktet og nedover hendene. Det var som et eksem. Jeg fikk også muskelspenninger i nakken og skuldrene. Etter hvert som vi snakket videre om det,

gikk det bort. Muskelspenninger fikk jeg forklart at jeg hadde, men kjente dem ikke til å begynne med. Da jeg var til undersøkelse fikk jeg forklart dette.

HJ: Du sier undersøkelse av hvem?

I: Ester Hammarstrøm.

HJ: Det var altså fysioterapeuten du gikk hos. Hvordan kom det seg at du skulle til henne, og hva kom det egentlig ut av behandlingene der?

I: Først spurte han meg om jeg kunne tenke meg en slik undersøkelse, og da fikk jeg time i Harstad hos fru Øvreberg, hvor jeg var først. Det ble imidlertid så vanskelig å gå til behandling der, så fikk jeg ny undersøkelse hos fysioterapeut i Narvik. Det var svært ubehagelig å bli tatt på det likte jeg ikke. Hun sa at hun så at jeg ikke hadde det godt, og sa da at jeg godt kunne komme til behandling uten at hun tok i meg. Vi kan gjøre øvelser, sa hun, til å begynne med, og så ser vi hvordan det går. Det følte jeg som en lettelse at jeg kunne fortsette med. Senere har hun gradvis kunnet begynne å behandle meg begynte nede med føttene. De første gangene fikk jeg kvalme bare hun tok i foten min, men nå kan hun ta overalt og godt behandle meg også oppe i halsen og ansiktet.

HJ: Du har vært gift i noen år. Hvordan var det med samlivet med mannen?

I: Hvis du tenker på dette med lyst og seksuallivet, så kjente jeg ikke noe som helst. Det var bare ubehagelig, men jeg måtte bare finne meg i det, fordi jeg oppfattet at det var noe feil med meg og skjønnte at dette var noe som han måtte få ha. Jeg kjente aldri noe behag ved det. Sexlivet, det var liksom ikke noe.

HJ: Jeg har forstått det slik at i den tiden du gikk hos fysioterapeuten, var det en direkte sammenkopling mellom time der først og så til dr. Hartviksen like etterpå.

I: Jeg hadde time klokken 10 hos fysioterapeuten, og kl 11 hos dr. Hartviksen.

HJ: Hvordan var denne sammenkoblingen?

I: Spesielt til å begynne med reagerte jeg sterkt på behandlingen, og det var da godt å ha time hos Hartviksen. Jeg ble forberedt på at det kunne bli reaksjoner av det, og det ble det også, men det var litt trygt å bli tatt rede på og snakke om det like etterpå.

HJ: Du sa det ble verre i en periode?

I: Ja, det ble det. Jeg fikk tilbake disse uhyggelige bildene for øynene, og den tunge skyen som jeg opplevde, men jeg var forberedt på at det kunne bli slik. Jeg hadde slike store edderkopper foran meg og delvis sinte ansikter. Det kom spesielt sterkt når jeg skulle legge meg til å sove. Det raste liksom imot meg.

HJ: Hva skjedde med de bildene etter hvert?

I: De forsvant bare litt etter hvert og har ikke kommet tilbake siden.

HJ: Opplevde du det som en sikkerhetsventil at du kunne komme til samtale like etter behandlingene?

I: Ja, jeg følte meg ganske trygg på at det ville gå over igjen, og det ga seg bare jeg fikk anledning til å beskrive det.

HJ: Hva snakket dere om i de timene?

I: Vi snakket da om hvordan jeg opplevde behandlingen hva jeg tenkte og hva jeg følte og kjente i forbindelse med det og ellers om det som falt meg inn. Men i hovedsaken ble det snakket om de aktuelle tingene jeg opplevde og kjente her og nå. Det var en underlig opplevelse å begynne å kjenne kroppen

sin. Det var så nytt for meg. Samtidig som det var truende, var det godt også.

HJ: Men du brukte også en annen måte. Jeg har forstått det slik at du skrev en del underveis.

I: Ja, jeg husker ikke skikkelig hvordan det kom i stand, men det var vanskelig å fortelle tingene direkte til ham. Det var på en måte greiere å sitte og skrive minnene ned, så kunne jeg levere han det i en brun konvolutt.

Når jeg satt og snakket om minnene mine, hadde jeg følelsen av at jeg utleverte andre. Så på den måten var det lettere å skrive det. Så fikk jeg ikke riktig så sterke reaksjoner med kvalme og fysisk ubehag som jeg fikk når jeg snakket om det.

HJ: Ja, hvordan kjente du det når du skrev dette?

I: Ja, det var på en måte lettere for meg å skrive, selv om jeg reagerte temmelig sterkt på det også. Jeg fikk liksom levert det hele fra meg, og jeg hadde en følelse av at jeg måtte gjøre det for å kunne bli bedre. Det ble en lettelse for meg etter hvert, og det gikk lettere med tiden som vi brukte til det. En god ting var at når vi snakket og skrev disse tingene, så ble det ikke sagt noe om hvor trasig det var "oi, hvor vanskelig du måtte ha det". Han bare tok imot og spurte videre. Jeg slapp å høre hvor synd det var i meg, og dermed var det mye lettere å snakke om det.

HJ: Jeg forsto deg slik at du i en periode hadde det verre igjen. Hva var det som var verst i det?

I: Ja, jeg ble i en periode redd for at jeg skulle forbli i den grå skyen, men det ble ikke slik. Det jeg opplevde sterkest var at jeg kjente noe fra kroppen. Det ble liksom så annerledes og så mye bedre liksom å være i den. Det var på en måte som om tankene og følelsene mine i hodet var flyttet, slik at jeg opplevde meg selv mer som et helt menneske. Det ble ikke lengre slik at kroppen var en slik "ikke ting" som jeg oppfattet den tidligere å være. Det hele hang liksom sammen. Jeg visste jo

ikke at det fantes slike følelser, slik at jeg opplevde det hele som en stor gave.

(Intervjueren blir liksom tatt av hele intervjusituasjonen på dette tidspunkt og ber om en pause).

HJ: Ja, så vil jeg gjerne spørre deg om hvordan det var med medisinbruk hele veien, både før og etter at du kom til Hartviksen.

I: Ja, nå er det slik at jeg liker lite å bruke tabletter. Den første tiden, da jeg gikk hos Hartviksen, fikk jeg noe som heter Sarotex, og det brukte jeg noen uker. Men vi ble snart enige om å slutte med dem igjen, og siden har jeg ikke tatt noen tabletter.

HJ: Jeg har lyst til å spørre deg om hvordan det har gått med ditt forhold til foreldrene dine, kanskje spesielt moren din.

I: De har egentlig blitt ganske likegyldig for meg. Jeg kan si det slik at dersom jeg ikke hadde kjent moren min fra før, og vi hadde møttes, ville jeg ikke gjort noe i forhold til å bli mer kjent med henne. Det er liksom et tilbakelagt stadium.

HJ: Jeg har forstått det slik at du i en periode arbeidet for moren din.

I: Ja, det er riktig, men etterhvert ble det svært vanskelig for meg å konsentrere meg om det. Når hun var ute, gikk det bra, men så snart hun var inne i forretningen, fikk jeg det vanskelig. Og en morgen fikk jeg det så vanskelig at jeg ikke klarte å gå på jobb og ringte opp til Hartviksen og ble da sykmeldt. Jeg fikk dårlig samvittighet for dette, men han sa: du skal bare ringe og si fra og sende sykmeldingsblanketten.

Jeg følte det slik at jeg måtte få fred for henne, og han rådde meg til å si klart ifra til henne hvordan det var, og det godtok hun, slik at jeg fikk fred i en periode.

Senere har vi møttes og har kunnet snakke sammen på vanlig måte, men jeg føler ikke noe sterkt for henne, verken negativt eller positivt.

HJ: Jeg lurer litt på hvordan det har gått med ditt forhold til din sønn.

I: Ja, det har gått riktig bra jeg har hele tiden vært svært opptatt av å sørge for at han ikke skulle få det slik jeg hadde det. Jeg setter naturligvis grenser for ham, men jeg snakker mye med ham spør ham om hvordan han opplever tingene, og det ser ut til at han klarer seg godt både på skolen og ellers. Han har kamerater og ser ut til å trives. Ordet "oppdragelse" liker jeg dårlig. Vi lever jo i lag, og derfor er jeg mye sammen med ham og snakker med ham om det vi opplever. Vi blir jo uenige innimellom, men stort sett går det bra når vi bare bruker litt tid på det.

HJ: Hva er det du er mest opptatt av nå for tiden?

I: Ja, ved siden av sønnen min, så er det slik at jeg nå har søkt om plass på kokkeskole. Det var liksom rart for meg at Hartviksen spurte meg om hva jeg hadde lyst til å holde på med og antydte når jeg sa at jeg likte å bake at jeg kunne jo søke på skole. Det å følge det som jeg selv har lyst til, hadde jeg aldri tenkt på før, for det var ikke aktuelt vi skulle bare gjøre det som ble sagt og så tie stille. Så nå er jeg spent på om jeg kommer inn på skolen. Før hadde jeg hatt vaskejobber, sittet på kontor, men dette å lære seg kokkeyrket har jeg alltid drømt om uten å tørre å si det. Det er liksom milevidt bort fra det jeg har gjort før. Bare jeg kommer inn, føler jeg meg sikker på at jeg skal klare det. Det er liksom en ny måte å tenke på. Nå vet jeg at jeg skal klare det, og at jeg ikke skal tilbake i den gråe skyen igjen. Det er som om jeg opplever tingene på en helt ny måte idag enn før. Dersom jeg tidligere gikk ut i vinden, kjente jeg liksom ingenting, men nå kan jeg fornemme at vinden tar i håret mitt. Det har liksom åpnet seg en helt ny verden for meg alt føles lyst og godt for meg nå. Nå kan jeg liksom være glad og glede meg over små ting.

HJ: Og hvordan er det så med behandlingen din er den slutt?

I: Ja, Hartviksen har vært inne på at nå må vi avslutte. Nå klarer jeg meg selv, sier han. Den fysikalske behandlingen er

slutt jeg behøver ikke den lengere, for jeg er svært nøye med å gjøre de øvelsene jeg har lært meg. Jeg gruer meg litt til å slutte med samtalene, men jeg er innforstått med at det snart må skje.

ETTERORD

Behandlingen ble avsluttet våren 1995. Hun fikk plass på kokkeskole. Hun angir at hun fortsatt har det godt sier at det var vanskelig til å begynne med å bli skoleelev, men til jul gikk hun ut som beste elev. I ettertanke er det på mange måter forunderlig å se at hun valgte sin farmors yrke, og hun er allerede i gang med å stille til små private selskaper.

Jeg presenterer dette intervjuet med ettertanker om hvorfor gikk det så godt?

Var det en konstant undrende og spørrende tilnærming?

Var det hennes skriving som var grunnlag for undringen?

Var det den psykomotoriske fysioterapi?

Eller kanskje summen av disse sentrale tingene i tilnærmingen?

I så fall er det grunn for meg å uttrykke takknemlighet til professor Tom Andersen, som har vært med og skapt min tilnærming til faget.

POSTMODERNISM AND FAMILY THERAPY

Lynn Hoffman

I have noticed that due to health care reform, the mental health field is moving in an increasingly biological and behavioral direction. For instance, the lesser orders of the health spectrum are being asked to dress up in medical clothes in order to be presentable to managed care. I recently got a form from the Massachusetts Blue Cross telling me the amount they would pay for a family therapy session, which they are now calling a "family medical interview." I said to myself: What next, white coats?

At the same time, there is a growing subgroup of practitioners who see their work differently. They believe that emotional difficulties, whatever their physical aspects, are socially constructed and collectively construed. For them, stories determine the meaning of facts. This group looks at the way people are positioned in their relational and cultural fields and offers therapies that derive from a narrative and collaborative point of view.

As a result, the field is on the cusp of a philosophical divide. On the one hand you have the traditional or "modern" stance, which is based on the claims to objectivity of modern science. On the other, you have a "postmodern" stance, which is that reality in any complex human sense is never immutably out there, independent of our ways of knowing it. Social psychologist Kenneth Gergen (1994) describes the postmodern position as 1) challenging the supremacy of science in studying human affairs; 2) questioning the correspondence theory of language: that language mirrors the external world, and 3) believing that "reality" is a matter of story and interpretation.

In investigating this position, I became very intrigued with it and began to search for an approach to therapy that would express its values. I was particularly struck by the idea that language is the lattice upon which we build our lives. Since

language arts were my first love, and family therapy a much later interest, I feel that at this point in my life I have come back home. Let me tell my story.

I was an English Literature major in the 40s at Radcliffe, by then part of Harvard, and studied with some renowned New Critics as we called literary critics then. Unfortunately, the only teacher I had who took any notice of me was a poet named Ted Spencer. As he was not a New Critic and only a fair poet, I confess that I underestimated him. However, he remains gratefully in my memory for having told someone that I reminded him of a clear door with fog in front.

He got it perfectly. I graduated first in my class but was cut out of the graduation ceremony because I carelessly had not attended graduation practice. The dean got cross and told me, "You have a certain 'Je m'en fiche,' about you, Lynn Baker." So I watched myself not receive my diploma from the balcony of the auditorium (I got it later), and I never went back to academia. But what my college years left me with was an enduring idea from the New Criticism that a poem - or any literary work - was a "verbal icon," built around a free-standing structure of symbols that only a New Critic could discern.

In the 1963, one marriage and three children later, I stumbled onto the work of the Mental Research Institute in Palo Alto which succeeded Gregory Bateson's ten year research project on communication. I had been asked to edit Virginia Satir's *Conjoint Family Therapy* (1964), a book which located the origins of so-called mental problems in family communication. Twelve years earlier, Bateson (1951) had co-authored a book with psychiatrist Juergen Ruesch called *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Psychiatric symptoms were defined as disturbances of communication and the psychiatrist became a "communications engineer." This was the language that ten years later Satir too was using.

The work of the MRI reminded me of the analysis of texts I was familiar with from the New Criticism. Members of the group were busy analyzing the conversation of families with a child who

had come to community attention. They believed that you could tell from parental communication alone whether the child was "abnormal" and in what way. I remember hearing with fascination someone wonder whether a small baby in a research family might twenty years later become a schizophrenic.

In 1964, Jay Haley presented a paper linking pathology with family organization. I remember being at a research meeting in which he first shared his essay "Toward a Theory of Pathological Systems" (1964) and saying to myself, "This will make history." Unfortunately it did. Haley's theory was the first to spell out an easily apprehended structure of relationships which could account for emotional and behavioral distress. From then on, the concept of the dysfunctional family was on its way to its present status as an icon of popular psychology and the bane of parents everywhere.

At the same time, Haley's colleagues at the MRI, Paul Watzlawick, John Weakland and Richard Fisch (1974), basing their ideas on the work of Milton Erickson, were working toward an approach which asked not so much about the origin of problems as what to do about them. Instead of thinking of themselves as changing pathogenic family structures, they interfered with the behaviors that maintained the problem. If their strategies were working, they believed, the problem would drop away of itself without the customer having to know why.

And so a new industry was launched. Family therapy gained a reputation for a behavioral emphasis, and for discounting psychodynamic or humanistic models as "do nothing" approaches. It emphasized change in the present rather than exploration of the past. And here was the difference from all previous models of therapy: direct observation was possible not only of the family but of the practitioners themselves.

In this way, the field not only prospered but studied itself, going from model to model in a search for a family therapy holy grail. But whatever the model, the work remained highly instrumental, deficit oriented, and what we would now call modernist in spirit. It wasn't until the mid-eighties that

hints of an oncoming shift began to disturb us. Instead of talking about changing systems, we began to talk about interpreting beliefs. The interventionism stamp that had characterized family therapy from the beginning began to break down. I began to think we were approaching a continental divide and looked for a signpost.

I found my signpost in the social constructions views of Kenneth Gergen (1994). In emphasizing the social basis of knowing, Gergen overturns the enlightenment position that consciousness resides in the mind of the individual knower. For him, it is a product of the web of language and communication that weaves us into it from birth. He also states that we are moving from a cognitive to a linguistic lens in describing what we call reality. The truth-bearing function of language, he says, loses ground as the objects of accounts lose their ontological status. Since the so-called treatment of psychiatrically defined problems is highly dependent on this truth-bearing function, Gergen's is a discomfoting point of view. It seems that as soon as you move away from the limited aspect of human difficulties covered by the laws of physics, you find yourself in a Pirandello play.

For a while I thought that a social constructions position was the same as a theory of cognitive development called constructivism, which holds that the nervous system builds up "constructs" about the world through which it apprehends "reality." Strategic therapists, many of whom come from a constructivist point of view, attempt to change this reality for people through carefully designed interventions. They present their work as more or less neutral, like engineering.

I soon learned that social constructionists see the matter differently. They believe that understandings about the world, rather than being the singular product of cognizing selves, derive from on-going negotiations between people through the medium we call language. The idea of the mind as a container of knowledge is replaced by the idea of rich social weavings created by many hands. If, then, you applied a social

constructionist view to therapy, you would experience a sharp challenge to the illusion of therapist control. A therapist who thought he could work strategically would be like the mouse in the experiment who thinks it is his foot on the lever that brings the food. But this thought hardly solved my problem. I was left wondering how to move to a less controlling position without also becoming less relevant.

The Different Voice

Then I read a small book by Carol Gilligan called *In a Different Voice* (1982) Gilligan's research focused on stages of moral reasoning. Finding that studies of moral choice were based on research done on men, she did similar research including women and found that women seemed to have what she called a "different voice." Where men subscribed to abstract standards of truth and justice, women would stretch the rules to preserve relationships. Their principles seemed to be based on what Gilligan called "an ethic of care." I wasn't sure about the ethic of care, but agreed with Gilligan that even if there was only one different voice, it should be honored.

This belief led me to look for therapy formats that would reflect a more horizontal and connecting style. As if I had ordered it, I found one: the "reflecting team," proposed in the mid-eighties by Norwegian psychiatrist Tom Andersen (1987). Andersen would ask a family to listen in as a group of clinicians discussed their "case" and then would ask the family to comment in turn. Interventions were replaced by a potentially infinite succession of folds, as one group commented on the productions of another. This format seemed to tap unexpected depths of imagination and felt not only more democratic but immensely freeing to the therapist.

Another contribution came from two Texas psychologists, Harlene Anderson and the late Harry Goolishian (1988), with their idea of "not knowing." This stance was congruent with the postmodern stricture against foundational truth, but to one used to family therapy's authoritative style, it seemed radical. Harlene and Harry would sit in a family interview and listen to an individual speak at length, apparently doing little to

influence the course of the conversation. I called this "imperceptible therapy." Then I began doing something like it myself and realized that it was just as influential as perceptible therapy, but in a different way. As the professional renounced authority, the capability of the customer seemed to increase.

I should mention here the solution-focused model of the Milwaukee group headed by Steve de Shazer and Insoo Berg because, although not exactly postmodern, it seems to be a bridging approach. It is modern in that it offers a clear formula for change, and emphasizes therapist knowledge. At the same time, therapists are asked to abandon the usual concern with problems, looking instead for exceptions to the complaint or solutions. In this sense, it moves with the postmodern distrust of concepts of pathology.

This aversion to the idea of deficits is particularly evident in the work of therapists Michael White and David Epston (1990), from Australia and New Zealand, respectively. Drawing inspiration from the writings of the French signal philosopher Michel Foucault (Rabinow, 1984), these practitioners see therapy as a work of personal and cultural liberation. More than any other innovators, White and Epston have put methods for "re-authoring lives" (1995) together with a strong pull for agency. Most importantly, through their use of a narrative metaphor, they have severed the tie to family systems modernism.

These revisions became a primary source of influence on my own work. I began to put pieces together of a general approach I called "collaborative," after Anderson and Goolishian's "collaborative language systems" model. I considered using the term "narrative," but felt that White's work deserved the special name he has won for it. Also, when I thought of how to put the discontinuity between a modern and a postmodern stance into words, narrative theory seemed too neutral in regard to therapeutic inequality. Analysts Donald Spence and Frederick Wyatt (Sarbin, 1984) use narrative ideas to downgrade the

truths of psychoanalysis to stories, but the therapist is still in charge of how the story goes.

Picking and choosing, then, I linked the reflecting team, with its democratizing format, to Goolishian and Anderson's not-knowing stance and to White and Epston's use of liberation techniques. The result was a core of beliefs that modified the invisible wall between practitioner and customer and seemed to establish a more level playing field. The move away from pejorative thinking was another important feature. In particular, I wanted to naturalize a process that I had always experienced as an abasing ritual from a very formal world. My "different voice" idea was a way to offer an alternative that would not make people feel so negatively connoted.

However, I did not believe this "different voice" belonged to women. My colleague Mary Olson (1994) has suggested that some women might have a different epistemology from some men for historical, not psychological, reasons. Using linguist Walter Ong's (1982) distinction between an oral and a literate consciousness, Olson surmises that women may feel at home with an oral type of communication because until recently they were excluded from the conversation of literacy (especially philosophy and psychology) that has belonged to men.

In addition, many of the world's countries are steeped in oral forms, which may account for some of the confusion people from other cultures and lower classes have in encountering the Anglo-European therapy ritual, which is based on literacy. An oral style has not been deliberately represented in therapy except perhaps for the work of Carl Rogers. (I think that many home-grown therapists like bartenders and beauticians are naturals who know how to listen and when to talk. We are lucky when such a person happens to become a family therapist. I can think specifically of two cases when it happened, and now these persons are no longer with us: Carl Whitaker and Harry Golishian.)

In practicing a more oral and collaborative style, I was struck by the degree to which it "sheds power." As it is said of the

Tao Master: "When his work is done, the people say, 'Amazing, we did it all by ourselves.'" Social psychologist John Shotter (1993) talks of "knowing of the third kind which he says is not internal knowing, as in the concept of the individual mind, nor outside knowing, as in knowing about the world. What he means is knowing that takes the form of joint action, as in a Ouija Board Game. No one person controls the process; the outcome is the result of many hands pushing the counter about the board. Putting this line of thought into practice, I added the concept of "collaborative knowing" to my lexicon.

Another insight was the notion of a more affirming environment. I was watching Harlene Anderson converse with a teenage daughter in the presence of the family. She sat quietly while the daughter told her story at some length. According to my previous training, giving the floor to one person like that was almost illegal. I later asked Harlene what effect she thought this had on the family. She said she felt that her listening was contagious, and that everyone else in the group listened more attentively and respectfully as a result.

It occurred to me that she was less interested in changing the person than the community. However, this community was not the aggregate we think out as the neighborhood or town but the collection of sensibilities that individuals swim about in, like a school of fish. I called it a "perceiving community." Perhaps, I thought, we have all been mistaken in trying so hard to target the problem - or the solution either, for that matter. Perhaps when therapy works it is because of a change in attitudes within this community rather than anything more specific. Therapy may be closer in this sense to dialysis than to a surgical intervention.

However, we are still talking about a therapy based on ideas about change. I favor dropping this word, associated as it is with modernist approaches, and replace it with the idea of deconstruction as Michael White (1995), Marcelo Pakman (1996) and others have been using it. This concept offers the missing piece, the critical element that comes with the idea of revising the very ground and implications of the therapy

process, as if you were reweaving a carpet while standing on it. I will elaborate below.

Deconstruction Theory

At the same time that I was experimenting with a different voice for therapy, I was very conscious of the effects of Postmodernism's wild child, Deconstructionism. This stance, based on ideas from French social thinkers Michel Foucault and Jacques Derrida, has been used to expose hidden power relations in the discourse of governing institutions and in canonical texts. The idea of deconstruction was first proposed by Derrida (1988), who analyzed the writings of giants like Freud and Nietzsche as if they were rhetorical works like any others. He subjected these texts to literary criticism of a most peculiar kind. As if researching the negative space of the painter, Derrida looked for what was not said or what was contrary to what was said. He claimed that only then could the "ruling illusion" of Western thought - the claims to knowledge of the dominant texts of our culture - be unmasked.

Derrida also gave a definitional character to the term "postmodernism." With his insistence that knowledge consisted of texts conversing with other texts, he shook loose the tie between language and the natural world. References only led to other references, he said, in infinite succession. The effect of this framework on intellectual discourse was equivalent to abandoning the gold standard.

Derrida's compatriot, Foucault (1986), was also questioning the gold standard, though in a different way. By tracing the "genealogy," as he called it, of modern institutions of surveillance and corrections he undermined the atmosphere of impenetrable authority that surrounded them. In former times, Foucault explained, this authority could be clearly traced to kings and rulers; now it emanated from faceless bureaucracies. Foucault's ideas gave visibility to the hidden ways in which modern societies control their subjects' lives.

These innovations became immensely popular with two groups in the US: postmodern social thinkers and critical feminists. I

will describe a few examples of this research to give a general idea of its import. Let me start with the first group, which consists of a small band of revisionist psychologists and social psychologists. Unlike pure feminists, who are mainly concerned with exposing and correcting gender bias, they have used deconstructionist ideas as a way to revise the underlying assumptions of their disciplines. They are academic radicals rather than social radicals. But they have nevertheless made a great contribution in challenging academic psychology from an alternative point of view.

Gergen (1995) has said that he believes that human studies are in the midst of a paradigm shift. He states that a true paradigm exists on three levels: it must have a theory at the level of the discipline, a metatheory, and an application linking it to daily life. In his view, psychology in the first part of the century had put together a behavioral paradigm which contained all three. Its discipline was behaviorism, its metatheory was based on behavioral research, and it included behavior therapies of different kinds. A successor paradigm was suggested by the cognitive movement, but this approach had no metatheory, unless you count Cybernetics. At present, a paradigm based on language and communication, for which social constructionism has become the metatheory, is coming forward. In describing this movement, Gergen says:

"It is a revolution that extends across the disciplines and which replaces the dualist epistemology of a knowing mind confronting a material world with a social epistemology. The locus of knowledge is no longer taken to be the individual mind but rather patterns of social relatedness." (p. 129)

Another social psychologist, Rom Harre (1984), replaces the word "self" with "personal being," which he likens to a gravitational field in physics. Agreeing with Gergen that selfhood is not an internal property, he states that it is only achieved through a public and collective activities that are located in talk." Cultural psychologist J. S. Bruner (1990) is of the same opinion, saying that we must stop thinking of the self as "one enduring nucleus" and see it instead as

"distributed" in books and conversations and "situated" in a community of learning.

These positions dovetailed with my own longstanding discomfort with notions of the self. My particular quarrel has been with the word "psyche". The psyche has been presented as a unit that develops according to the same sort of genetic blueprint as a simple animal or plant. It is as if the foetus, when it is born, has another little foetus inside it that has to grow up. Problems are said to arise when it does not develop properly and this belief is presented as the rationale for many treatments for emotional distress. The psyche is thus presented as an object about which truth claims can be made. This is a modernist position par excellence.

The idea of the "family system" is flawed for the same reason. Harvard sociologist Talcott Parsons' (1951), who was the first person to use the phrase, talked of social life in terms of nested systems, with the larger ones regulating the smaller. Harlene Anderson and the late Harry Goolishian (1988) object to this "onion theory" because it is based on a positivist notion of reality. My own view is that once you define behavior in terms of any unit at all, individual or family or whatever, it is an easy step to defining it as functional or dysfunctional. Then you can create tests to determine where on the continuum the unit goes. This is the slippery path to deficit ideas of human functioning.

Another important idea that social psychologists are tearing down is the life span trajectory, with its thesis that the early years of life determine the adult personality. Gergen (1982) rejects the dictum that maturational development takes place according to a predetermined set of stages, as psychodynamic and developmental theories would have it, saying that outcomes depend on a host of factors such as temperament, environment and luck. An aleatory or chance determined view, he says, would explain the vicissitudes of human experience much better.

It occurred to me that this scepticism could also be applied to the family life cycle. This sequence has also been described as following normative stages: the couple, the young family, the adolescent launching phase, the empty nest. Just as symptoms in an individual are thought to indicate delayed or stunted psychic growth, so problems in a family have been linked to the "stuckness" of the family life cycle. However, this cycle is hitched to the vanishing ideal of the American nuclear family and may soon be obsolete. Current theories on the subject are undergoing intense revision.

Critical Feminism

A complaint common to this movement is that feminist research and opinions are ignored by the male-dominated intellectual establishment. Another is that a male style of academic discourse prevails. Morawski (1990) states that "...what is reflected in the structure of science are social relations that are fitted to the experiences of men and a hierarchical social world." This male discourse, she says, is highly adversarial. Academic achievement, for instance, is attained by promoting one's own framework and denigrating everyone else's. Thus feminists have the job not only of exposing gender bias, but of dealing with the competitive and hierarchical style in which this bias is encoded.

However, feminist research in psychology is beginning to rack up some telling points. After her "different voice" work, Carol Gilligan, with Lyn Mikel Brown (1992), did a longitudinal study of young women as they went into adolescence. They found that these girls, although forthright as children, became uncertain and confused around age 12, almost as if they were having a culture-wide nervous breakdown. This finding bypassed the usual obsession with psychological factors to focus on pressures from the cultural and social environment.

Another milestone is Erica Burman's *Deconstructing Developmental Psychology*. (1994) which exposes the sexist assumptions built into the field as well as its regressive social agenda. Burman remarks on the myopia of early childhood theories like attachment theory, which describes defective mothers as a prime

source of toxic influence. Bonding theory offers another trap: if the mother bonds insufficiently, the child will not grow; if she bonds too much, the child can't leave. And the narrow dyadic focus of infant studies screens out other relational influences.

Mary Crawford is another bright spirit, this time in the area of gender and language. In *Talking Difference* (1995) she derides the enterprise known as assertiveness training as just another sexist pursuit pretending to be help. Where is it written, she asks, that women's deferential speaking style is the problem? What about the oppressive speaking style of men? Crawford also critiques the "two cultures" view of gender roles (Tannen, 1990), which defines difficulties between the sexes as miscommunication. Crawford objects to placing aggressions like rape in this category. Again, she asks, why are women the ones who have to correct the situation by making sure that meanings are clear?

Therapy Under Fire

If the field of psychology has been under small arms fire, one could say that psychotherapy has been lobbed by grenades. A correction is undoubtedly overdue. Most therapies have little in common with hard-nosed science but are really small cultures of faith; mini-religions if you will. Their adherents are correspondingly passionate, and even the most indefensible of these ideologies can have enormous persistence and staying power, despite paucity of proof.

What has surprised me is the relative immunity the practice rationales of therapy have had to scholarly examination. What there is of critical scrutiny does not come from deconstructionists but represents an odd lot of polemicists of many kinds. Robin Dawes' *House of Cards* (1994) with its provocative subtitle, *Psychology and Psychotherapy Built On Myth*, surveys outcome studies for all kinds of therapy, and comes up with a sobering conclusion. Even though most researchers agree that therapy works, "neither professional status, nor experience, nor training, nor model used, seems to make any difference in outcome. Dawes also takes the

opportunity to blast some common myths of therapeutic practice. Examples are the "self-esteem obsession," the belief in the "tyranny of childhood", and the uncritical acceptance until recently of the accuracy of retrospective memory.

An even more unforgiving position is represented in *Against Therapy* by Jeffrey Masson (1988), the former infant terrible of the Freudian Archives. In this persuasive polemic, Masson starts by describing the early treatment of disobedient women who were classified as hysterics and consigned by their families to rest cures in Switzerland. These stories, like the case histories Masson presents of women treated by Freud and his colleagues, are quite disturbing, and would probably invite malpractice suits if they occurred today.

Masson scrutinizes a variety of other approaches: the sadistic treatment of patients by the psychiatrist John Rosen; the fascist sympathies of Carl Jung; the abusive self-importance of some of the gurus who dominated the Human Potential movement. He appreciates the benevolent stance of Carl Rogers, but asks why Rogers condoned inhumane practices in the hospitals where he worked. Only the psychiatrist Sandor Ferenczi comes off well; his belief that the therapeutic relationship was inequitable led him to propose to patients that they should analyze him in turn.

Masson has now been joined by another obstreperous voice, that of Frederick Crews (1995), whose conversations with Freudians in *The New York Review of Books* have been published in one volume. Linking the repression theory of psychoanalysis to the therapeutic beliefs of the recovered memory movement, Crews calls both to task for shaky causal connections between early trauma and symptoms later on. His chief objection is to the renewal of psychoanalysis by means of a "revived seduction theory." I found his arguments compelling, and began to wonder about the many traces of repression theory in the family therapy repertoire (that's another paper).

Deborah Luepnitz is another iconoclast, this time a feminist one. In *The Family Interpreted* (1988) she attacks the family

therapy pioneers, who were almost all male, for their sexist and modernist theories, as if she were some light-winged spirit toppling down the Easter Island heads. When I read her book, I realized for the first time that family therapists had intelligent enemies. I also ran into Gerald Erickson's (1988) scathing indictment of family systems theory. Erickson accuses it of an almost fascist exaltation of the system over the individual, and recommends a social network framework that includes the political and cultural context. I was among those criticized by both these authors, and I had to admit the truth of many of their charges. I date my own distancing from the family systems framework from that time.

Other feminists have done brilliant social criticism on the subject of women and madness. Elaine Showalter, in her book *The Female Malady* (1985), traces male dominance and female subjection in the history of the relationship between women and the psychiatric profession in England. She criticizes not only the patriarchal practices of psychiatry but the anti-psychiatry movement as well. The Kings and Ministers of that latter movement, for all their radical views, never made the connection between schizophrenia and women's oppression. In a wry coda, Showalter points out that the persons they most wrote about in promoting their views continued to be, like Freud's famous patients, women.

Finally, I must mention my admiration for the work of psychologists Janet Surrey, Jean Baker Miller, Judith Jordan and Irene Stiver at the Stone Center in Wellesley (1992). These women, among others, have pioneered a radical departure from the authoritarian treatment practiced in most mental hospitals. In view of research that shows that the majority of patients are women with a history of trauma and abuse, they have moved away from explanations that blame the person. And since they believe with Gilligan that women's developmental pathways predispose them to interdependence rather than autonomy, they have shaped their clinical work to fit these values. They call their approach simply "relational."

The Counter-Conversation

I will now turn to the effect this type of critical thinking has had on what I have begun to call the post-family or "social" therapies. The increasingly rigid dictates of the mental health industry lock people into straitjackets of deficit just as crippling as chemical ones. Relieving distress is only one part of the job, the other is to do what we can to erode these insidious shackles. The approaches I have already mentioned offer some ingenious ways to do this. You could say that a counter-conversation against therapy is taking place.

However, I am not talking about a new kind of therapeutic Marxism. In the past, radical therapy has enobled the therapist as the savior of a downtrodden client against an injurious establishment. The formats I am talking about offer an alternative practice rather than a stance that says "Your way or mine." The outcome does not depend on winning an argument or putting an opponent down. In fact, the heart of it is to start where people are at in an almost dumb-simple way.

The most eloquent examples we have right now originate from Michael White. You could say that he is a one-person filter against the obsession with pathology that medical ideology supports. First, he screens out all that is not evidence on the side of hope. Second, his anti-deficit wordings are like hummable musical tunes; everybody sings them. Third, he undermines the tendency of the professional therapist to turn people into things. By asking people to "historicize" what they say (i.e. give some personal background for it), he gives us a way to neutralize the negative consequences of clinic speak. Finally, in his tone and bearing he deconstructs his own influence. An example is his ability to tune his voice and therapeutic "weight" to that of his most reticent customer.

Another voice adding to this lexicon comes from Argentinian psychiatrist Marcelo Pakman. Pakman (1996) speaks up for an intelligence based on critical thinking. What he means is any conversation that is organized reflectively, so that different stories about accepted ideas, just by being passed back and forth, might implicitly challenge those ideas. A North American

back pain might not be a Puerto Rican back pain, for instance. Thus Pakman defines therapy as a "critical social practice", in other words a deconstruction of what we think of as normalcy. As such, he says, it has a decolonizing role to play, not only for the people we see but for the professionals as well.

Tom Andersen's reflecting teams are another example of an implicitly radical format. These teams merely ask family and therapist to agree to take turns as consultants to a case, but the folding over and over of commenting groups contradicts the hierarchy of therapy and gives everybody a more lateral experience. So does letting the customer have the last word. In my view, the relinquishment of the closing intervention that was such a trademark of systems therapies is due to the influence of these non-intrusive teams.

Harlene Anderson and the late Harry Goolishian introduced an equally powerful counter-conversation when they recommended "coming from a place of not knowing." This was not a popular position. When I tried following their lead, I got terrible reactions. People at workshops where I would do a consultation would ask for their money back because "it wasn't family therapy." I began to set up workshops where I would meet twice with the same family, to test for immediate outcome, but even when both family and host therapist were positive about the event, it did not seem to matter.

An unexpectedly useful change was the idea of placing people so that they were in an overhearing position. Foucault (1973) has singled out the "clinical gaze" as one of the more intimidating gestures used by mental health professionals. Not looking people in the eye, and not being looked at in turn, can be a great freedom in a session. This was one of the great inducements in favor of reflecting teams. In teaching, too, I will often ask smaller units or "pods" to talk among themselves while the rest listen in. In a large group, this allows everyone a voice, while creating a sense of safety for those people who hesitate to speak up when the circle is larger than four.

My "different voice" can itself be a type of counterconversation. Crawford (1995) says that if women compete with men for talk time, this simply reconstructs dominance as a conversational form. Instead, she suggests that women try to establish "a more inclusive dynamic," and presents an anecdote from another researcher about a situation where women in a graduate seminar dominated by men turned the tables:

The professor and most of the male students monopolized talk, controlling the floor through eye contact, interruption, and throwing the floor to one another. Those who were squeezed out analyzed these patterns and set out to change them, not by adopting the dominant discourse, but by empowering one another. They arrived early and sat in a way that diffused eye contact around the group; they built on one another's comments in the discussion, giving the mutual gift of interaction work; they invited the silent to speak. Rather than overvaluing and imitating the dominant style...they used collaborative patterns to draw in, and empower, more participants. (Thorne et. al., 1983; 19)

Another example of a "different voice" tactic is presented by Elliot Mishler (1986) in describing the way researcher Marianne Paget interviewed women on their creativity. Instead of following an interview schedule, she used open-ended questions, deliberately held herself back and created space for her respondents by her silences. If she herself spoke, it was in a hesitant and halting style. Tom Andersen's work in Norway is also known for a modest address.

In my own teaching, I use similar elements. To embolden shy participants, I might ask everyone to share thoughts single file around the room. If I start with the open and honest discussion, that American art form, the more forceful persons in the group invariably start to dominate it. These persons sound, and probably feel, smarter and smarter, while the others look as if they were competing for a prize they will never get. A reflecting format, where everyone gets to talk before any discussion begins, seems to cut into these escalations and literally allows everyone to breathe.

In regard to reflecting teams, I will ask people to refrain from the usual problem-solving efforts because they have the effect of making people feel tense and defensive; they also objectify the persons talked about. One alternative is to offer associations: to books, movies, songs, images, stories. A story from one's own experience that fits the occasion is particularly useful. This sounds like self-disclosure and challenges the sacred icon of the therapeutic boundary, but I think this is one icon that has become a fetish in recent years.

There is one pitfall in asking trained clinicians to reflect in front of a family and/or colleagues: they will use objectifying descriptions. When this happens during a seminar or workshop, I always feel that I have set innocent offenders up to be wrong and so I am reluctant to criticize them. But Michael White's (1995) idea of "historicizing" a comment can release it from its negative valence. For instance, someone else on the team might ask how what the person is talking about relates to the backdrop of their life.

Another concern is how to deconstruct one's own knowledge. Postmodern scepticism about truth claims acts as one kind of brake; another is to historicize one's knowing as above. I will sometimes pull an item out of the bag I have labeled "Biggest Hits of Family Therapy," but I try to include the story of how I came by it and how it is supposed to work. If I do offer an association or idea, it is always subject to discussion. Practicing "imperceptible therapy" is another option. This means you must know the following things: how to wait for an answer longer than is comfortable, how to listen as if you were deaf, how to shut up when you are about to be brilliant, and how to grope mentally in front of families. We do this naturally all the time, but are trained to cover it up.

Another useful idea is to stop having conversations in your head with the field (supervisors, mentors, colleagues, students, books), as in "what would be the right question to ask here?" or "What would X say about that?" "How can I use

this in my next workshop?" because this can cut into what I think of as the proprioceptive flow between people. Communications researcher Jane Beavin (personal communication, (1994) has devised some striking experiments that show the paralyzing effect on a conversation of stopping this flow. Tightly designed therapies almost always have this effect.

Finally, words are important. Some of us have been getting rid of obviously pejorative terms that go with the territory, like calling people "patients" or "clients" rather than customers or consumers or citizens. I realize this sounds like having to be politically correct, but I think that many of the words we are expected to use are a form of clinical hate speech. The word "clinical" is itself suspect. So is "case" for which I substitute "situation." I think that stopping oneself from using these phrases, or putting mental quotes about them if one has no choice, is important, even when not a customer is in sight.

Ending

Family therapy in its first stage distanced us from theories that defined emotional problems as disorders of the mind. Instead, we saw them as adaptive responses to human predicaments. More recently, the constructionists among us have come to the conviction that all we have are stories, accounts by ancient mariners or blessed damozels. And here is where the narrative and collaborative approaches may save the day. The psychological therapies are increasingly buying into scientific models: biological assessments, behavioral treatments and cognitive tests. Traditional psychodynamic and humanistic models, like traditional family therapies, are facing death. But the family field has a record of resistance to its own establishments. The rebels are once more engaged in midnight plots.

As a result, the story about family therapy is itself being transformed. I am wary of the idea of a paradigm shift because it has been used so often to herald a false dawn. Nevertheless, I am convinced that the move from a natural science framework to a sociolinguistic framework offers something truly

revolutionary: the first new philosophical base for human studies since Descartes! As Harry Goolishian used to say." It is no longer "I think therefore I am," but "We speak therefore I am." If one really internalized this changes, one would never again be the same kind of therapist - maybe one would not be a therapist at all.

And so, after thirty-three years of being on this well-worn family track, I see that there is a spur heading off in another direction, through the woods and up the hill and who knows what is on the other side? But I wouldn't encourage anyone to follow it. After all, everybody else is going the other way.

References:

- Andersen, T. (Ed.) (1990) The Reflecting Team. New York: W.W. Norton.
- Anderson, H. and Goolishian, H. (1988) "Human Systems As Linguistic Systems." Family Process. 27: 371-393.
- Berman, A. (1988) From the New Criticism to Deconstruction. Chicago and Urbana, III: University of Chicago Press.
- Brown, L. M. and Gilligan, C. (1992) Meeting at the Crossroads. Ballantine Books.
- Bruner, J. (1990) Acts of Meaning. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burman, E. (1994) Deconstructing Developmental Psychology. London, Routledge.
- Crawford, M. (1995) Talking Difference. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crewes, F. (1995) The Memory Wars. New York: The New York Review of Books.
- Dawes, R. (1994) House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth. New York: The Free Press.
- Erickson, G. (1988) "Against the Grain: Decentering Family Therapy". Journal of Marital and Family Therapy, 14, 225-236.
- Foucault, M. (1973) The Birth of the Clinic. A. Smith (tr). New York: Random House.
- Gergen, K. (1982) Toward Transformation in Social Knowledge. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- (1994) Realities and Relationships. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

- Gilligan, C. (1982) *In A Different Voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Haley, J. (1997) "Toward a Theory of Pathological Systems." in Watzlawick, P. and J. Weakland (eds), *The Interactional View*. New York: W.W. Norton.
- Harre, R. (1984) *Personal Being*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Luepnitz, D. (1988) *The Family Interpreted*. New York: Basic Books.
- Masson, J. (1988) *Against Therapy*. London: Fontana Paperbacks.
- Miller, J. and Stiver, I. (1991) "A Relational Reframing of Therapy." *Work in Progress*, No.52. Wellesley, Ma: Stone Center Working Paper Series
- Mishler, E. (1986) *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA: Harvard U. Press, 1986
- Morawski, J., (1990) "Toward the Unimagined." In Hare-Mustin, R. and Marecek, J. (eds), *Making a Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Olson, M. (1998) "Conversation and Writing: A Collaborative Approach to Bulimia," *Journal of Feminist Family Therapy*, 6, 21 -44.
- Ong, W. (1992) *Orality and Literacy*. New York: Routledge.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe, III: The Free Press.
- Pakman, M. (1996) "Therapy in Contexts of Poverty and Ethnic Dissonance," *Journal of Systemic Therapies*, 14, 64-71.
- Rabinow, P. (1984) *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books, Random House.
- Peele, S. (1989) *Diseasing of America*. New York: Houghton Mifflin.
- Ruesch, J. and Bateson, G. (1951) *Communication: the Social Matrix of Psychiatry*. New York: W.W.Norton.
- Satir, V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Shotter, J. (1993) *Cultural Politics of Everyday Life*. Toronto, Canada: Universal of Toronto Press.
- Showalter, E. (1985) *The Female Malady*. New York: Random House.
- Spence, D. (1984) "Narrative Smoothing and Clinical Wisdom,"

- in T.R. Sarbin (ed.), *Narrative Psychology*. New York, Praeger.
- Tannen, D. (1990) *You Just Don't Understand*. New York: Ballantine.
- Watzlawick, P., Weakland, J., and Fisch, R. (1974) *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton.
- White, M. and Epston, D. (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton.
- White, M. (1995) *Re-Authoring Lives*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Wyatt, F. (1984) "The Narrative in Psychoanalysis." In T.R. Sarbin (ed.), *Narrative Psychology*. New York: Praeger.

EN VANLIG DAG I EN HEIS PÅ KIRBY ISLAND, NEW YORK CITY

Georg Høyer

Vi ankom omsider. Etter to ganger å ha blitt kastet ut av uvennlige taxi-drivere fant vi en mer villig. Som etter en svipptur gjennom Harlem brakte den ulastelige juristen (Kristian Andenæs), og den litt mindre ulastelige legen (undertegnede) til Kirby Psychiatric Center. Enda et stoppested på guttenes turne til ymse institusjoner for slemme, eller gale, eller begge dele, i state of New York. November 1986.

Overalt overøst med amerikansk engangsvennlighet: "Oh, how nice to meet you, I'm delighted, have a nice day...." i det uendelige. Heisen på Kirby Psychiatric Center var intet unntak. En tungt duftene og solid sminket kvinne smatt inn i heisen til de to blonde, besøkende nordmenn i det heisdøren gled stille igjen: Hi guys, where are you from? Oh, Norway.. (og så kommer det, rett på sak): Do you know Tom Ændersn??

Hørte vi riktig?? Der stod en lett sliten og meget amerikansk terapeut i en heis på en institusjon jeg visste Tom aldri hadde besøkt, og spurte etter min kontornabo og venn gjennom mange år med den underforståtte selvfølge at alle fra Norge måtte kjenne mr. Ændersn. For første gang streifet tanken meg at jeg til daglig levde vegg i vegg med en verdensberømt, og det var ikke uten et snev av stolthet jeg kunne berolige vår nye venninne: Yes, yes, of course we know Andersen. Nice guy. Og med et bless you og enda en nice day var heisturen over og damen borte.

Selv om det var godt å kjenne Tom der og da, har vårt vennskap betydelig videre dimensjoner og har gjennom tidene vært grunnlag for langt dypere gleder. Helt fra jeg som søkende student traff Tom i 1970 og til dags dato. Fra første gang var Tom en inspirasjonskilde. Han er en person som tror på deg slik at du får troen på deg selv.

Alltid har han støttet meg i mitt til tider ensomme felttog i grenselandet mellom juss og psykiatri. I vårt faglige samarbeid

har kreativiteten og visjonene vært viktigere enn p-verdiene.
Heldigvis.

Ikke minst har våre daglige refleksjoner om livets små og store
tildragelser vært viktige.

Alltid har du tid. Og alltid lytter du. På alvor.

Jeg ser frem til neste gang jeg kan fortelle noen i en heis at
jeg kjenner Tom Andersen. Da vil jeg legge til at jeg er
takknemlig for akkurat det.

EN DAG ÄGNAD ÅT LOVORD

Eva Kjellberg

Så här kommer några ord från en yngre kollega till en något äldre. Jag kallar dig kollega eftersom jag i första hand tänker på dig som läkare även om du nu råkar vara professor också. Under ett yrkesliv händer det några gånger att du möter en person som har kunskaper och egenskaper som du beundrar och omedelbart förstår att detta är något du bara måste försöka tillägna dig något av för att försöka bli bättre i det du strävar med att göra. För mig och många, många andra är du en sådan självklar förebild. Jag kan bara försöka beskriva vad det har betytt för mig och min förståelse av vad psykiatriskt arbete skulle kunna vara; Att under ett antal år haft den förmånen att då och då se och höra dig utöva ditt yrke. Och läsa det du skrivit. För att kunna vara en förebild måste det vara något som du har, eller är, eller gör som skiljer ut dig från de flesta andra. Och som är värdefullt. Jag har funderat mycket över vad detta något kan vara. Och kommit fram till att det inte bara är något utan mycket och det mesta säkert bortom min horisont. Men detta vill jag ge tillbaka till dig:

Det första mycket ovanliga du gör är att du gör som du säger och att du visar och gestaltar dina tankar främst genom ditt sätt att vara. Det finns väl ingen inom vår profession som inte skulle hålla med om att en grundläggande förutsättning för att inte skada är att visa våra medmänniskor respekt? Och ändå gör vi ofta aningslöst något i förhållande till någon som får den personen att känna sig litet mindre värd än tidigare. Eller mindre aningslöst som ett led i tänkt botande. Jag känner ingen som är så konsekvent respektfull mot andra som du är. I varje möte. Närvarande, lyssnande, reflekterande och omtänksam. Utan att ta över någonting från någon annan, eller låta ditt eget ta över, eller låta dig tas över. Det låter så enkelt och självklart, men är väl bland det svåraste av allt att åstadkomma. När det sker är det läkande. Och något vi kan försöka lära oss av. Helt konkret har du också visat oss verktyg för respekt genom din noggranna bruksanvisning för samtal:

Låt alla tala till punkt. Vars och ens punkt. Tro aldrig att du vet bättre vad som rör sig inom någon än den personen själv eller hur de ska gå vidare. Fråga alltid. Värdera inte. Var lagom ovanlig. Var närvarande för och skydda den som önskar din hjälp.

Att vi skulle behöva någon som lärde oss detta?

Det nästa du gjort är kanske lika ovanligt. I min förståelse har du haft det osedvanliga modet att ta dina egna upplevelser på största allvar och att ta konsekvenserna av detta, och vågat pröva nya vägar, vilket du i sin tur kunnat omforma till inte bara ny teori utan också ett helt nytt sätt att tänka om teori. Du har ju ofta beskrivit den tid som föregick det första samtalet med reflekterande team som många års känsla av stigande obehag inför den samtalsformen ni då använde som försök till att lindra patienternas lidande. Och den rädsla du kände inför att pröva att föra öppna samtal. Och ändå vågade du pröva. Och vågade se och successivt formulera det goda som skedde. Och stå ut med att gå ut i hetluften och försvara dina inte från början så heltäckande teorier genom att beskriva vad som skedde i verkligheten. I mötet med människorna. Och stå kvar när det hotade etablissemanget satt in sina motkrafter och tålmodigt bygga vidare. Vilket vi också kan försöka lära oss något av. Det nödvändiga personliga modet att ta våra egna erfarenheter på allvar och formulera det i möte med andra som då också kan få möjlighet att ta sig själva på allvar och därmed respektera andra. Tåla att en tid stå ensam och ostadigt med tvivel och osäkerhet inför något ännu inte förutsägbart nytt sammanhang.

Behöver jag nämna dina seminarier som varit oerhört betydelsefulla som återkommande mötesplatser för kliniker på Nordkalotten? Hur du skapat rum för yttre och inre samling omramade av den natur som är vår. Du har bjudit in dina vänner från hela världen att föreläsa och prata med oss, och när de varit för strålande har du kunnat översätta för oss vad det är de egentligen sagt så att vi också har tyckt oss förstå något av de komplicerade teorierna, och kunnat delta i diskussionerna. Och ofta med hjälp av den inspirationen kunnat

gå vidare i vår eget sammanhang. Du hade ju likaväl enbart kunnat resa jorden runt och vara berömd, men alltid återkommit och delat med dig av vad du lärt, förstått, men också av tvivel och frågor som dykt upp och gjort oss delaktiga i ett större utvecklingsammanhang.

Det har varit en stor glädje och ett stort äventyr att ha fått ta del av din tanke- och handlingsvärld. Och jag uppfattar det som en stor ynnest att få arbeta tillsammans med dig. Jag kan inte påstå att det har varit särskilt lätt, men det ska det väl heller inte vara att tvingas ifrågasätta etablerade vanor och tankar som man inte undkommer i din närvaro. Och ändå har det varit mycket lättsamt, och roligt och spännande. Det är förunderligt att vi skulle behöva resa till ett annat land för att hitta folk som talar samma språk. Men även om gränsen är påtaglig har den ju aldrig för folken häruppe varit verklig utan Nordkalotten har varit en enhet ofta i motsatsförhållande till Södern i alla våra länder. Och det har du tagit fasta på. Att ta tillvara gamla goda traditioner häruppe i norr att hålla ihop och hjälpas åt ettersom de naturliga livsvillkoren gör att här klarar sig ingen ensam. Och jag glömmer aldrig hur vänligt du tog emot oss när vi började söka oss norrut och helt självklart sedan dess har låtit oss bli en del i ert utvecklingsprojekt. Så det är ju också det: Ditt ovanliga intresse för och omsorg om alla oss vardagsarbetare och din förmåga att få oss att lyfta våra egna erfarenheter till värdefull ny kunskap. Som vi kan lita till kanske mer än det vi en gång lärde. Du sa en gång att ska man bli galen så ska man bli det på Nordkalotten. Är det så, och du brukar ju veta hur det är med saker och ting, så är det mycket din förtjänst. Du lär genom att vara och det är inte alltid vad du säger som är det viktigaste utan hur du säger det, som blir viktigt. Och kanske viktigast att inte säga för mycket, men vara desto mer uppmärksam på vad andra säger. På ditt mycket diskreta sätt har du fått oss att se att det ofta är vi själva som med våra inlärdade teorier om och behandlingsmetoder för så kallad psykisk sjukdom gör saker värre och att det därför blir viktigast att ständigt granska våra egna bidrag till galenskap.

Det är som att du är så försiktig med stora ord att de viktigaste orden oftast dyker upp som i förbigående och ett ord jag aldrig hört dig använda är värme. Och ändå är det kanske det ord som jag först kommer att tänka på i förhållande till dig- och generositet-ett annat ord du sällan använder- men ständigt visar.

Och om jag bara skulle skrivit en enda mening så hade det varit att du har givit den psykiatriska läkekonsten en ny och sant mänsklig innebörd.

Detta börjar nu misstänkt likna en helgonförklaring, men det är nu en gång dagen för lovord och jag vet att de flesta som arbetat och delat tid och tankar med dig instämmer med mig och ser fram mot många nya upptäckter i ditt sällskap. Så lycka till i fortsättningen!

KLIPP FRA KULLBOKEN 1961:

Tom David ("SPARTACUS") ANDERSEN

Født: 2/5 1936

Artium: Ullern 1954.

Ugift.

Turnus: Lillehammer.

Tom er romantikeren fremfor noen. Han får tårer i øynene bare han ser en jente med vindbukse og langrennski. Hans vare og følsomme sinn har mer enn en gang bragt ham i harnisk overfor den mer robuste del av kullet.

Når verden synes lei og urimelig, drar Tom ut i naturen alene — studerer dyrespor, lytter til fuglesangen, og tenner henimot kvelden sitt bål av omhyggelig fuktete kvister, spiser en boks turistproviant og rer seg barseng, trekker Wildenveys samlede verker opp av sekken og lar sin stemme runge mellom de forskrekkede trestammene.

Tom er sportslig, og driver helårstrening etter de mest moderne prinsipper. Som følge herav har han flere år på rad fullført Birkebeinerrennet.

M.m.-----!

Han er en varm beundrer av prof. Schjøtt-Rivers for der fikk han lov å turne i taklampa.

Tom er en god gutt, og han vil nok bli en god lege.

Februar 1996:

Siste halvdel av studiet satt vi ved siden av hverandre på lesesalen på Riket. Jeg lærte da Tom å kjenne slik han er og var; nysgjerrig på utfordringer, og fremfor alt på uprøvde og ikke gitte løsninger. Det var en utfordring og en sterk stimulans å være "co-sitter" med leseplass ved siden av Tom!

På mange områder var han en viktig "sparring-partner" overfor mange "lesehester" på kullet, fordi han tenkte u-ortodokst.

Jeg har senere fått anledning til å treffe Tom som kamerat og som rådgiver. Det har videreutviklet vårt vennskap. Tom har nå fått et betydelig internasjonalt ry, allikevel er han den samme som før.

Bryr seg om "deg" og er liketil.

Hilsen til Tom
fra



TIL EN LÆREMESTER

- så fjern, men likevel så nær

Unni Kristiansen

Når jeg i anledning hans seksti-årsdag
får skrive til min læremester,
har jeg svært mye å si; jeg har behov for et helt orkester
skal jeg kunne uttrykke
bare noen av alle de attester
han antakelig aldri har fått som kvittering på beståtte tester.
Kjære Tom; ta imot - uten protester

Jeg har alltid ønsket å bli psykiater
- kanskje et naturlig ønske for ekte demokrater
men gjennom diverse vikariater
møtte jeg så mange forskjellige kandidater
langs stier og gater
som slengte rundt seg med barbiturater
og andre preparater
i de utroligste salater
at jeg, som jeg ser av mine notater,
forsto at jeg måtte studere andre inserater
for å finne etater
hvor jeg kunne oppnå resultater.

Jeg prøvde lykken som distriktslege
og her møtte jeg tankene som skulle komme til å prege
og bevege
meg til å ta det neste steget.

Jeg ville fortsatt gjerne bli psykiater, men på mitt vis
Jeg forsto at målet ikke alltid må være et paradys,
men jeg tenkte at menneskene måtte kunne gis
pause fra sine sammensatte lidelser uten forlis
og uten opplevelsen av at noen sa: "forvis! "

(Ut ifra mang en erfaring
fikk jeg en slags åpenbaring
om at mennesker ikke må bringes til forvaring,
selv ikke en "raring",
men at andre heller må dra på befaring.)

Hvordan ta tak i egen og andres visjon?

Jeg hørte om noen i min profesjon
som utførte sin misjon
ved å arbeide utenfor institusjon.
En professor ved sosialpsykiatrisk seksjon
brakte begrepet koevolusjon,
ga rom for allmennpraktikerens intuisjon
og kunne via dyp, tenkende inspirasjon
gi instruksjon
i hvordan bruke refleksjon.
Han arrangerte kurs i kommunikasjon
- et mangfoldig tema med variasjon
Ved å ta i bruk observasjon
ga han nytt innhold til begrepet konsultasjon,
og han benyttet enhver situasjon
og presentasjon
til å gi en demonstrasjon
av hvordan ny informasjon
grep forandrende inn i en relasjon.

Hva kjennetegner så en god psykiater?
Jo, det er en som setter seg ned og prater.
Det er en som ikke later
som om hun kan se sannheten i de mange mandater,
men som gir plass for alle adressater
- om det er mater eller pater
- om det er representanter for de forskjellige etater
(en god psykiater lytter også til byråkrater)
Her handler det om å høre alles postulater,
selv de mest hårreisende sitater,
slik ligner vi vel på diplomater?
Er det vi som sørger for å holde det hele i vater;
er det det som er livets teater?

Fra Nord-Kalotten hentet jeg motivasjon
til å bryte med antatt tradisjon.
Fosen- Teamet sto fram som en ny konstruksjon
hvis hovedoppgave var å fremme kooperasjon.
Som overlege hadde jeg en ambisjon
om at vi gjennom koordinasjon
skulle betjene Fosens populasjon
I en hver generasjon
om problemet var depresjon
eller hallusinasjon.

Teamet har ingen fast lokalisasjon,
men som del av en fylkeskommunal organisasjon
er vi stadig rundt på ekspedisjon
Vi følger en form for rotasjon
og våre brukere vet hvor vi holder stasjon.
I starten var vi nok litt av en sensasjon
og vekket ikke lite aggresjon.
Vi merker fortsatt en del reservasjon,
men gjennom erfaringsdokumentasjon
og kontinuerlig argumentasjon
har vi etterhvert kommet i en posisjon
som gir plass for en kombinasjon
av visjon og realisasjon.
Det er i hvert fall min versjon

Hvis vi betrakter et lite tablå,
ser jeg mange måter å være klok på.
Gjennom det hele ser jeg som en rød tråd:
les, lytt og lær - og la så
referansene gå!
Det gjelder ikke å forklare, du må forstå;
du må kunne møte mennesker på alle nivå,
og du må tørre å stå
når det gjør ondt, og.
Som hjelpere er vi ofte svært små.
Forskjellige fagfolk trenger et felles platå
for nettopp å kunne formå
utfordringer hvor vi før gikk i stå.

Det er vanskelig å spå,
spesielt om framtida - men nå
vil jeg presentere hjelpevesenets "art nouveau":

Som leder av et utdanningsprosjekt
kallt VEPS - en edel konfekt
erfarer jeg ofte at mitt og andres intellekt
er så opptatt av å finne det som er korrekt
at det hindrer oss i å møte folk med respekt.

I framtida må vi derfor legge vekt
på å framheve det aspekt
som hittil kanskje har vært litt fordekt:

Det er faktisk det enkelte subjekt
som har de beste muligheter som arkitekt
til å rette opp en eventuell defekt
hos seg selv og hos sin slekt.

Slipp folk til med sin dialekt!
Noen synes dette er frekt;
jeg tror det er henimot perfekt.

Kjære Tom, for meg er du spesiell;
på ditt vis er du også en rebell;
og du er mer og mer aktuell
med den vitenen du har gjort generell
om at en forskjell gjør en forskjell.
Jeg er stolt over å ha deg som modell,
du er faktisk eksepsjonell
når du, svært profesjonell,
viser at kunnskapen er individuell,
men like fullt relasjonell,
samtidig som den er intellektuell
og rasjonell.

Dette kan virke som en bagatell,
men er en viten som blir stadig mer aktuell
og den er universell:
Kunnskapen er sensuell

En hyllest til deg må også omhandle språket,
og jeg vil gjerne inn på det uten å ståke
og bråke
for mye med ord
Det er jo som vi tror
at livet setter sine spor
og uttrykt med en metafor
er den kroppen hvor vi bor
vår eneste rettesnor.
Om vi er liten eller stor;
det er i oss det gror.

Ofte får jeg lyst til å ta en megafon
for å rope ut i desperasjon
min frustrasjon
Irritasjon
og appell til revolusjon
Da kommer over meg en modifikasjon
som stopper meg i den konkrete situasjon,
som får meg til å tenke på respirasjon
både egen og andres eks- og inspirasjon
Jeg husker at noe av min kvalifikasjon
ligger i integrasjon
av assosiasjon
og at noe av min motivasjon
ligger i at det finnes en annen opinion.

Jeg utroper meg selv som talskvinne for en hel nasjon:
Ta imot vår takk og vår gratulasjon

SOME THOUGHTS ON SOCIAL JUSTICE, THERAPY AND THAT
ORIGINAL ELECTRICAL FAILURE

Peter Lebenbaum

What happens to a dream deferred?

Does it dry up

Like a raisin in the sun?

Or fester like a sore--

And then run?

Does it stink like rotten meat

Or crust and sugar over--

Like a syrupy sweet?

Maybe it just sags

Like a heavy load

Or does it explode?

Langston Hughes

A man from another country came to talk with my group some years ago and with one of us he conversed with a family in their home. He came to talk with us about a way of understanding the formation of the painful dilemmas we experience and some ways of helping people find a way through them. As these things often go, we learned more about ourselves and how we work and the potentialities of how we could work than about technique or strategy.

I live in a small community in Vermont, which in itself is a small rural state in Northeastern United States. Forty years ago there were twelve thousand dairy farms here, now there are less than two thousand. While this out-of-the way mountainous state offers beautiful vacations, it also often offers a hard life for peoples whose family once worked on the land, or who refined what the land produced, and who are not easily making the transition to a lap top economy.

The outreach program I work in meets with families who have become fragile enough that their children's safety is in question. Our hope is to help these families become sufficiently resilient so they can keep their children with

them and not be removed to foster care or residential treatment.

When Tom Andersen talked with us about his experience he wept as he described their trailer and his experience of how they occupied their space. We were surprised and moved to silence. Actually, the conditions he observed were not by any means the worst we have known. After all the family wasn't homeless. They usually had enough to eat and to smoke and had running water. They could reasonably be expected to be warm even in a cold winter.

We learned how inured we can become in a dogged pursuit of resources and strategies for increasing empathy between family members to the injustice of structural economic disparity. We see it, but don't feel it and so in a real way this understanding does not inform our work. We continue to explore and challenge each other to resonate to the descriptions families create of their lives in ways which might usefully reflect to them another piece of experience. We struggle to pay attention to the strivings of our heart. There is a surfeit of training available in the permutations of different ways of thinking and "reframing" pain to amplify alternative choices, but little on how we might cultivate and perhaps amplify the internal response which could inform the spoken resonance.

Recently I was called in emergency to the home of a family I have worked with. Although the focus of my conversations had been with a mother and her son and their efforts to reunite after months of escalated rage, this call was about the eldest daughter who is to imminently graduate from high school. She has been, by all accounts, remarkably successful; academically and socially, with reasonable aspirations for a college education far beyond her family's experience of state support in a crowded apartment. For the two previous days she had been inconsolably weeping, unable to get out of bed. Her mother finally prevailed on her to talk with herself and me and this one morning she was able to loosen and pour out what she had been struggling to maintain.

She described the sufferings of guilt. She felt she had betrayed her family by hiding them as she pirouetted through the intricate dance of class and status which permeated her school. In our corner of the world we are primarily racially homogeneous though socioeconomically diverse so that distinctions between groups and differential privilege is based on such differences as parents education and occupation, access to cars and dress, accent and interest and whether you buy food with cash or a free meal ticket. She felt she had been able to negotiate this labyrinth of oppressive stratification by never allowing acquaintances to see her mother and the apartment where children sleep on the couch. She needed forgiveness and understanding for this act of betrayal before she could imagine beginning a new and independent course for her life. And before she could receive this her mother and I needed instruction in the intricate social dance she had learned and how she had trained to contort her body and her heart.

Although it is documented and obvious that misery of all kinds is greater among the poor it is not, for example, mentioned as a predisposing factor for any of the DSM IV diagnoses which are eligible for insurance reimbursement except the conduct and anti-social personality disorders. Not, for example, as a potentiating factor in any of the affective disorders.

Of course we do reverberate to rage. The anger which permeates the antisocial personality captures our attention in a way that other forms of emotional misery do not. Unrestrained anger, or the threat of it, is more often than not the event which triggers my presence in the lives of those I work with. Parents are violent against each other and their children, children against their parents and each other. Much of this we have come to see can be described as "lateral" violence rising from the caldron of frustration, oppression and insecurity characteristic of the lives of people on the economic bottom end of an increasingly bi-polar society.

Clearly, the general level of acceptance of violence in American life offers a clear path for this response in children

and adults already stressed by the uncertainties of life. Our response is one of management--the criminal justice system for adults, behavioral treatment, where available, for children. Programs for "anger management" are in great demand, as well as increased consideration of psychopharmacological interventions designed to soothe the hyper-aroused central nervous system.

If we are to penetrate the myopia of classification and treatment of psychiatry and psychology to illuminate an economic and social context we will need an effort as focused and aroused as that of the feminists in elaborating gender bias in these professions.

One of the obstacles in the way is our occupation with "boundaries." At least in the United States we partake in many conversations about boundaries, wherein we are cautioned against "violation" of boundaries and that "strict" adherence to them is considered best professional practice. While good argument can be made for attending to exploitation of clients by professionals, nonetheless it seems to me this intense concentration on the limitation of communication and role serves another purpose. It seems to me that at least in part it offers a rationale for emotional protection against a painful and sympathetic resonance to clients whose circumstances are miserable and whose lives are circumscribed by the workings of organized injustice.

Often enough when counselors in my line of outreach work get together and we feel safe enough, we engage in a confessional wherein we reveal simple acts of kindness and gratitude which have punctuated our work. We talk about money given or loaned, old toys, bicycles given away, clients introduced to other clients, gifts given on birthdays, etc. Perhaps this is a cultural idiosyncrasy of my tribe of healers but we never offer these experiences in a workshop except, perhaps, as an introduction, as in "this-is-what-I-did-when-I-was-young-and-inexperienced-and-didn't-know-any-better."

It's just a short step from "strict boundaries" to "managed care." Boundaries, which limit information, help us to titrate

care. Such language gets so exquisitely to the heart of the problem of "limited resources;" one will be inevitably less tempted to overspend if one is less attached, hence the logic of limiting care. Engagement is messy, with unplanned twists and turns. As Americans we have been raised with the aphorism "time is money." Contact must be limited and focused if it is to be efficient.

The teachings we are being offered are repetitively infused with "marketplace" perspective. At the moment it seems that no presenter is secure of an audience, no idea willing to stand alone unless modified by the adjective "brief." As the rationale for limiting the resources of physical and emotional healing for the poor gain ascendancy, as it has for assistance for food and shelter, so we might expect that ideas of help will continue to be bagged, eviscerated, dressed and shown by human resource taxidermists offering caricatures of therapeutic involvement.

I am attracted again to the story of a defining moment in the evolution of the reflecting process. As Tom Andersen describes this serendipitous event a failed light triggered a decision by a reflecting team to reveal their conversation to a family and to more authentically engage in conversation. The rest, as they say, is history.

But I come back to this event because I wonder what preceded it--what kind of cultivation enriched this soil so this idea could take hold and flourish. Could it have happened in another country where concerns for ameliorating social and economic equality were less strongly held? Or where there was less interest in involving people from different disciplines in the same conversation? Or where, at least on this team, there was not the fear of unknown engagement with clients?

It seems to me that this act of engagement must be cultivated with the same discipline we use to hone other skills. It requires strength and stamina. As Tom Andersen and the team demonstrated years ago, and then Tom for us when he visited, it

is only with such discipline that moments of awkward intensity can become windows for fundamental change.

Bibliography:

- Andersen, T. (1987) The Reflecting Team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process* 26, 415-428.
- Andersen, T. (1991) *The Reflecting Team, Dialogues and Dialogues About the Dialogues* W. & W. Norton, New York.
- Andersen, T. (1992) Relationship, Language and Pre-understanding in the Reflecting Process, *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* Vol. 13 No. 2 87-91.
- Kleinman, Arthur *Rethinking Psychiatry from Cultural Category to Personal Experience* MacMillan, Inc. 1988.

WAS DER ANDERE SAGT - UND WOVON ER SPRICHT*
Einige Grundlagen einer Theorie Philosophischer Praxis
Anders Lindseth

Ein Kollege von mir an der Universität Tromsø, Tom Andersen ist sein Name, erzählt häufig, wenn wir uns begegnen, von seinen letzten Gesprächen mit Patienten. Professor Andersen ist Psychiater, nicht Philosoph, aber seine Geschichten und seine Arbeitsweise sind gerade für einen Philosophischen Praktiker von Interesse.

Einmal erzählte er, daß er von einem anderen Therapeuten gebeten wurde, mit einem manischen Patienten des psychiatrischen Krankenhauses von Tromsø zu sprechen. Der Patient, ein Mann mittleren Alters, redet ziemlich laut und ununterbrochen, so daß es kaum möglich ist, mit ihm ein Gespräch zu führen. Tom Andersen bemerkt, daß der Patient in seinem norwegischen Redeschwall häufig das englische Wort *space* benützt. Nach einer Weile sagt dann Tom: "Ich höre, daß Sie das Wort *space* benützen. Das ist ein Wort, das ich in meiner Sprache normalerweise nicht gebrauche. Könnten Sie mir sagen, was Sie damit meinen?" Zum ersten Mal legt der Patient eine kurze, nachdenkliche Pause ein, und sagt, er verbinde mit dem Wort *space* einen Raum der Verhandlung, eine Möglichkeit, sich auszutauschen, wie er erlebt, daß Tom Andersen sie darstelle. Nach dieser Klärung, die ja zugleich Verständigung und Begegnung bedeutet, entwickelt sich ein ziemlich erschütterndes, aber durchaus verständliches Gespräch.

Diese Geschichte eines Kollegen aus der Psychiatrie kann ein Licht auf Philosophische Praxis werfen. Mein Kollege macht nämlich das Entgegengesetzte von dem, was die meisten tun würden, die sich beruflich mit menschlichem Leid befassen. Er setzt dort an, wo er berührt ist, aber nicht versteht. Er geht von seinem Nicht-wissen, von einem betroffenen Nicht-verstehen, einem Staunen aus. Das tun wir normalerweise nicht, wenn wir etwas leisten oder den Lauf der Dinge lenken wollen. Von dem Wort *space* würden wohl die meisten Therapeuten ebenfalls berührt werden, und zwar unangenehm berührt, in der Regel aber würden sie behutsam vermeiden, darauf einzugehen. "*Space*,"

würden sie denken, "das hört sich an wie eine psychotische Vorstellung, da wollen wir lieber herumsteuern und versuchen, uns an Realitäten zu orientieren." Nicht von ihrem Nicht-wissen würden sie sich leiten lassen, sondern von ihrem Wissen. So gut wie es geht, würden sie versuchen, sich abzusichern, von Theorien und Therapieerfahrungen auszugehen, die das Nicht-verständliche verständlich und erklärbar machen könnten. Die Rede und das Verhalten des Patienten würden sie ihrem psychiatrischen oder psychologischen Vorwissen anpassen und aus dieser Wissensgrundlage intervenieren. Mein Tromsøer Kollege "intervenierte" nicht, er führt ein Gespräch.

Tom Andersen ist ein ungewöhnlicher Psychiater. Über die letzten Jahre hat er Weltruhm als Familientherapeut erlangt, aber gleichzeitig versucht er, mit Denkweisen und Gepflogenheiten der Psychiatrie und Psychotherapie radikal zu brechen. "In der Psychiatrie," sagt er, "ist das Übliche, daß Patienten dann reden sollen, wenn der Therapeut es will, und sie sollen über das reden, worüber der Therapeut meint, es sei gut zu reden. Ich möchte aber, daß Patienten nur reden, wenn sie selber das wollen, und ich möchte, daß sie darüber reden, worüber sie selber reden wollen." Nur so, meint er, kann ein wirkliches Gespräch zustande kommen, nicht nur ein "Therapiegespräch". Was er macht, wenn er mit Patienten spricht, sollte man nicht "Therapie" nennen, behauptet er im Ernst. Denn er maßt sich nicht an, ein gesichertes Wissen vom Leben des Patienten zu haben, aus dem heraus er "therapieren", d. h. behandeln könnte. Was ihm Weltruhm eingebracht hat, ist ein Gesprächskonzept, "reflektierendes Team" genannt, das ermöglicht, daß die Geschichten aller Familienmitglieder gehört und auf vielfältige Art und Weise beleuchtet werden können.¹ Ein Problem, um das er nicht umherkommt, ist natürlich, daß sein Konzept als Therapiemethode verstanden wird.

Ich werde noch eine zweite, ganz kurze, aber aufschlußreiche Fallbeschreibung von Tom Andersen borgen. In einem Institut für Familientherapie in den USA spricht er mit einer etwa 30-jährigen Frau; das Gespräch ist auf Video aufgenommen. Sie

¹Vgl. T. Andersen (Hrsg.), *Das Reflektierende Team – Dialoge und Dialoge über die Dialoge*. Dortmund: verlag modernes lernen, 1990. (2. durchges. Aufl. 1991.)

erzählt, daß in ihrer Familie Unabhängigkeit (independence) und Selbstvertrauen (self-reliance) Werte sind, die großgeschrieben werden. Wenn sie das Wort 'Unabhängigkeit' - *independence* - ausspricht, wird sie deutlich davon betroffen, und Tom Andersen spürt ebenfalls, daß er betroffen wird, ohne sagen zu können, was er fühlt oder was ihn berührt. Das Gespräch geht weiter, aber Tom will zurück zur Unabhängigkeit. Er weist darauf hin, daß sie das Wort gebrauchte, und sie geht auf die Thematik ein, aber praktisch in der selben Redebewegung schnell wieder davon weg. Dann fragt Tom: "Wenn Sie in das Wort - Unabhängigkeit - hineinschauen, was sehen Sie dann?" (If you look into that word - independence - what do you see then?) Die Frau setzt sich in ihrem Stuhl zurück, ein paar Tränen laufen die Wangen hinunter, und sie antwortet: "I see loneliness." (Ich sehe Einsamkeit.)

Diese zweite kleine Gesprächsepisode zeigt vielleicht noch klarer als die erste, wie Tom Andersen ein hermeneutisches Grundprinzip verfolgt. Ich nenne es "das Prinzip, sich von einem berührten Nicht-wissen leiten zu lassen", oder kurz: das Prinzip des berührten Nicht-wissens. Das Prinzip setzt eine Bereitschaft voraus, nicht zu wissen, eine Offenheit dafür, daß der Andere etwas sagen kann, das man nicht versteht, das man aber verstehen möchte, weil man spürt, es geht einen an, es könnte wichtig, vielleicht sogar entscheidend sein. Das Prinzip ist ein hermeneutisches Grundprinzip, denn das Lesen eines Textes setzt in der Regel die Erwartung voraus, der Text könne etwas Neues und Interessantes sagen. Ich denke, das hört sich ziemlich selbstverständlich an. Wir sollten aber nicht glauben, das Prinzip des berührten Nicht-wissens werde mit Selbstverständlichkeit befolgt. In der Regel wollen wir lieber wissen als nicht wissen, - wir wollen verstehen, begreifen, wir wollen Bescheid wissen, eine Antwort haben. Deswegen setzen wir meistens unser Wissen zu schnell ein. Kaum lassen wir eine Frage in ihrer Offenheit im Raum stehen, bevor wir schon meinen, die Antwort zu haben. Besonders ist dies der Fall, wenn die Frage implizit zum Ausdruck kommt, wenn sie nicht ausgesprochen wird, sondern *nur* in der Form eines berührten Nicht-wissens gegeben ist. Ist sie in einem geschriebenen Text gegeben, kann man die Textstelle noch einmal lesen und sich fragen, was einen da berührt, was da einen unaufgeklärten Rest

hinterläßt. Ist es ein Sprechen, vielleicht ein Wort, das einen betroffen macht, hat man meistens wenig Zeit und Gelegenheit, stehen zu bleiben und nachzuempfinden. Wie leicht würden wir nicht der amerikanischen Frau versichern, wie wichtig Unabhängigkeit sei. "Unabhängigkeit," würden wir sagen, "blabla blabla..." Oder wir würden, als Europäer, etwas kritische Töne über das amerikanische Unabhängigkeitsideal verlautbaren. Oder wir könnten auch, quasi therapeutisch, die Vermutung aussprechen, die Frau habe ein Problem mit der Unabhängigkeit. Auf jeden Fall würden wir meistens in den sicheren Hafen des eigenen Vorverständnisses einlaufen und dadurch die Nähe zum Diskurs des Anderen begrenzen, wenn nicht gänzlich vermeiden.

Das Hören des Anderen stellt eine hermeneutische (und auch ethische) Herausforderung dar. Und das Verstehen des Anderen, über das Hören hinaus, stellt eine Herausforderung dar, die wir ebenfalls hermeneutisch, oder auch phänomenologisch, oder einfach philosophisch nennen könnten. Diese doppelte Herausforderung des Hörens und Verstehens ist, so denke ich, die grundlegende Herausforderung für jeden Philosophischen Praktiker. Ich möchte versuchen zu klären, worin sie besteht, und werde deshalb als erstes auf die Hermeneutik Paul Ricoeurs eingehen.

In seiner Hermeneutik unterscheidet Paul Ricoeur zwischen dem ersten, naiven Lesen eines Textes und dem zweiten, kritischen Lesen. Das erste Lesen entspricht insofern einem normalen Gespräch zwischen Menschen, als der Leser unmittelbar auffaßt (oder nicht auffaßt), was der Text ihm sagt, so wie wir unmittelbar verstehen (oder nicht verstehen), was ein Gesprächspartner sagt. Zwischen diesem ersten, unmittelbaren und dem zweiten, kritischen Lesen muß eine Strukturanalyse der wichtigsten Begriffe und Themen des Textes erfolgen. Diese Analyse darf man aber nicht allzu strukturalistisch sehen, als Analyse sinntragender Elemente, die sich nur auf einander beziehen, als Analyse interner Elemente eines Sprachsystems (wie z. B. Phoneme oder Morpheme). Die Strukturelemente des Textes kann man nur finden, wenn man sich von einem Gespür leiten läßt. Wo macht der Text uns betroffen? Welche Begriffe und Themen gehen uns an? Schon das erste Lesen muß sich also für

die Welt des Textes öffnen. Sie muß sich - in meiner Sprache - von dem Prinzip des berührten Nicht-wissens leiten lassen, (denn nur die Welt des Textes kann einen berühren). Die Strukturanalyse soll also aus dem Text etwas herausholen, was das erste Lesen ahnt und bemerkt, nicht aber wirklich sieht und versteht. Nach der Strukturanalyse ist ein zweites, kritisches Lesen des Textes möglich. Es hört nicht nur, was der Text sagt, es faßt auch auf, wovon er spricht. "Einen Text zu verstehen," schreibt Ricoeur, "ist, seiner Bewegung vom Sinn zur Referenz zu folgen: von dem, was er sagt, zu dem, wovon er spricht."²

Der Text ist so wenig wie die Rede ein in sich geschlossenes System. Text und Rede sind nicht diachrone Begebenheiten eines in sich synchronen Sprachsystems. Sie gehören dem Diskurs des Lebens an. Sie sind Diskursbegebenheiten.

Man darf auch nicht denken, was man leicht vermuten könnte, betont Ricoeur, daß der Text die Fixierung einer vorhergehenden Rede ist. Wir müssen nicht zuerst aussprechen, was wir sagen wollen, wir können es direkt niederschreiben. Der Text ist zwar fixierter Diskurs, der Diskurs muß aber nicht den Weg über das Sprechen gehen, um zum Schreiben (und danach zum Lesen) zu kommen.

Dies zeigt aber: Rede wie Text sind Äußerungen eines Diskurses, die sozusagen durch den Sprecher und durch den Schreiber hindurchgehen müssen, um zur Welt zu kommen. Wir denken zwar gerne, daß wir unsere ganz eigenen Intentionen und Gedanken aussprechen, wenn wir reden. Und weiterhin: daß das Schreiben einfach die Niederschrift dessen ist, was wir sonst sagen könnten. Daß dies ein subjektivistischer Betrug ist, sehen wir am deutlichsten, wenn wir schreiben. Wenn wir reden, merken wir nicht unbedingt, daß wir im Reden an die innere Logik des Diskurses gebunden sind, - daß wir uns nach dieser Logik richten müssen, damit unser Sagen überhaupt etwas besagt. Wenn wir schreiben, bemerken wir eher, daß wir nicht schreiben können, was wir wollen, wenn wir nicht zugleich schreiben

²"To understand a text is to follow its movement from sense to reference: from what it says, to what it talks about." P. Ricoeur, *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*, S. 87-88. Fort Worth: Texas Christian University Press, 1976.

wollen, was wir können. Der Diskurs, der durch uns zur Sprache kommt, stellt eine Forderung an uns dar. Entsprechen wir dieser Forderung nicht, sind die Ungereimtheiten und Unausgewogenheiten des geschriebenen Diskurses sichtbarer als dieselben des gesprochenen Diskurses. Auf jeden Fall ist es so für das Subjekt des Sprechens selbst, das wenig Abstand zum eigenen Reden hat.

Diese Überlegungen machen deutlich: Die Rede geht dem Text nicht voraus, sondern es ist eher umgekehrt: die Rede spricht einen Text aus, an den sie gebunden ist, an dem sie aber auch scheitern kann. Dieser Text, dieser im Reden implizite Text, erhält deshalb nicht immer unsere Beachtung, weil das Reden nicht einfach das Aussprechen des Logos des Diskurses ist, sondern primär ein Handeln. Wir werden beim Reden in ein Handeln hineingezogen, das so sehr in Interessen verstrickt ist, daß wir die Ruhe und die Distanz verlieren, die wir bräuchten, um der Frage nachzugehen, wovon wir denn eigentlich reden. Die Rede überredet uns eher als sie überzeugt. Vor allem durch die starke Sinnlichkeit des Redens - durch Lautbild, Betonung, Rhythmus, durch Gestik und Mimik, durch das Hinweisen auf sinnliche Dinge - wird das Verstehen sozusagen in vorgegebene Bahnen gezwungen. Das muß so sein und ist an sich nichts Schlechtes. Nur, das Problem ist das Scheitern des Diskurses. Nicht das Scheitern des Handelns ist das Grundproblem des Lebens, sondern das Scheitern des Diskurses, der seinen Ausdruck im Leben des Einzelnen sucht.

Ich habe von einer doppelten Herausforderung des Hörens und Verstehens gesprochen, die an den Philosophischen Praktiker gestellt ist. In Anlehnung an Ricoeur können wir präzisieren: Sie ist eine Herausforderung, sowohl zu hören, als auch zu verstehen, wovon der Andere spricht. Wir haben gesehen, daß die Thematik der Rede in dem handelnden Sprechen und Kommunizieren untergehen kann, daß deshalb eine eigene Anstrengung gefordert ist, um die Thematik zu klären.

Es kann hilfreich sein, die Herausforderung in zwei Schritten zu denken, auch wenn sie in der Praxissituation nicht immer in zwei klaren, nacheinander folgenden Schritten bewältigt wird.

Der erste Schritt, das Hören, stellt eine hermeneutische und zugleich ethische Herausforderung dar. Der zweite Schritt, das Verstehen, stellt die eigentlich philosophische Herausforderung dar, aber nur, wenn man mit ihm nicht versucht, den ersten Schritt zu umgehen.

Der erste Schritt ist das Hören des Diskurses des Anderen. Dieses Hören fordert eine Bereitschaft, berührt zu werden, bevor man versteht. Das allzuschnelle Verstehen-wollen behindert ein aufrichtiges Hören. Ein Grund dieser Behinderung sind die (bereits erwähnten) Zwänge und Interessen des Handlungslebens, die ein Mitspielen und Mitagieren verlangen, nicht so sehr ein offenes Spüren und Empfinden. Dieser Grund ist aber nicht der wichtigste. Ein entscheidenderes Hindernis für das Hören ist die verborgene Öffentlichkeit der Rede. Die Rede legt eine Welt offen, sie hinterfragt aber nicht die Offenlegung selbst. Diese bleibt eine selbstverständliche Perspektive. Sie stellt eine verborgene Öffentlichkeit dar, denn als Wirklichkeitsperspektive gilt sie einfach, ohne als solche gesehen zu werden. Als verborgene Öffentlichkeit kann sie aber effektiv ein offenes Hören verhindern. Das sehen wir beispielhaft im Falle der amerikanischen Frau, mit der Tom Andersen spricht. Sie wird ja selbst daran gehindert, zu hören, was Unabhängigkeit für sie bedeutet. Es verträgt sich nicht mit der Sprache ihrer Familie, zu sagen, Unabhängigkeit bedeutet Einsamkeit. Die Sprache nicht nur ihrer Familie, sondern in den USA weit verbreitet, stellt eine verborgene Öffentlichkeit dar, die nicht zulassen will, daß Unabhängigkeit mit einem Makel wie Einsamkeit versehen werden könnte. Es bedarf deswegen der Offenheit des Anderen, des Gesprächspartners, damit einer ausgegrenzten Diskursmöglichkeit zu ihrem Recht verholfen werden kann. Daß es solche Hindernisse gibt, die nicht zulassen wollen, daß legitime und vielleicht sogar befreiende Diskursmöglichkeiten in den Diskurs aufgenommen werden können, ist der Hintergrund, aus dem heraus die sogenannte Verdachtshermeneutik Ricoeurs verstanden werden muß, die er in seinem Buch über Freud entwickelte.³

³P. Ricoeur, *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1969. (Französische Originalausgabe: Paris 1965.)

Daß der öffentliche Diskurs Diskursmöglichkeiten ausgrenzt, deutet darauf hin, daß er sich beschützen muß. Was muß geschützt werden, und was macht die Gefahr aus? Ich erlaube mir, auf die Frage kurz zu antworten: Der Mensch muß sich vor der Gefahr beschützen, daß er seine menschliche Verwundbarkeit erleben könnte. Zum Zwecke dieses Schützens haben wir den öffentlichen Diskurs wie einen Schutzwall aufgebaut. Dank sozialer Konventionen, dank Sitten und Gebräuchen, dank Normen und Rollen müssen wir nicht zu sehr erleben, daß wir von anderen Menschen abhängen. Wir müssen nicht erleben, wie sehr wir in jeder menschlichen Beziehung unser Leben in die Hand des Anderen legen.⁴ Solange wir uns an die sozialen Spielregeln halten, dürfen wir erwarten, daß entgegengenommen wird, was wir vorbringen. Aber in einigen Lebenssituationen können wir uns nicht davor schützen, unsere menschliche Verwundbarkeit zu erleben. In der Kindheit können wir es nicht, denn dann haben wir es noch nicht gelernt. In der Liebe können wir es nicht, denn dort legen wir sozusagen unser ganzes Leben in die Hand des Anderen. Und bei Krankheit können wir es auch nicht, denn dann sind wir nicht nur verwundbar, wir sind verwundet.

Philosophische Praxis ist eine Situation, in der der Besucher etwas von seinem Leben - und zwar nicht wenig - in die Hand des Praktikers legt. Deshalb stellt das Hören des Diskurses des Besuchers für den Praktiker eine ethische Forderung dar. Sie ist ethisch und hermeneutisch zugleich. Denn: Hört man nicht, was der Besucher einem in die Hand legt, hört man auch nicht, was es gilt zu verstehen. "Hermeneutik ohne Ethik ist leer, Ethik ohne Hermeneutik ist blind."⁵

Tom Andersen sagt gerne, daß er nichts anderes vorhat, als normale Gespräche zu führen. Wenn er mit Patienten und Klienten spricht, will er nicht therapieren, sondern einfach normale Gespräche führen. Diese Äußerung eines Psychiaters ist natürlich unter Psychiatern eine Provokation, - eine Provokation, für die ich (zugegebermaßen) einen Sinn habe. Wenn

⁴Vgl. K. E. Løgstrup, *Die ethische Forderung*. Tübingen: Mohr (Siebeck), 1989. (Dänische Originalausgabe: Kopenhagen 1956.) Vgl. auch A. Lindseth, "Leben als Bewegung zum Anderen", *Zeitschrift für Philosophische Praxis*, Nr. 2, 1994, S. 32-35.

⁵H. Nerheim, *Den etiske grunnerfaring*, S. 102. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.

ein Philosophischer Praktiker von sich ebenfalls behaupten würde, er mache nichts anderes als normale Gespräche zu führen, wäre auch dies eine Provokation - für die ich dann allerdings weniger Sinn hätte. Denn das Gespräch der Philosophischen Praxis ist etwas anderes als ein schlichtweg normales Gespräch. Wäre es nichts anderes, wäre es das Ende der Philosophischen Praxis, - so wie es auch das Ende der Philosophie wäre, wenn das philosophische Gespräch ein ganz übliches Gespräch, das philosophische Denken ein ganz übliches Denken wäre.

Schauen wir uns aber die Praxis von Tom Andersen genau an, dann sehen wir, daß er nicht ganz übliche Gespräche führt. Seine Beschwörung des Üblichen und Normalen ist eine Untertreibung, (zu der er neigt). Er hat eine hohe Bereitschaft, dem Prinzip des berührten Nicht-wissens folgend, zu hören, wovon der Andere spricht, und insofern erfüllt er den ersten Teil der Herausforderung, die an den Philosophischen Praktiker gestellt ist. Dem zweiten Teil, dem über das Hören hinausreichenden Verstehen, wird er aber nicht gerecht. So läßt er sich z. B. nicht auf die Thematik der Unabhängigkeit ein, wenn er mit der amerikanischen Frau spricht. Er versucht nicht, die Dialektik von Unabhängigkeit und Abhängigkeit zu klären, oder dergleichen. Er ist kein Philosophischer Praktiker, denn es ist ihm kein Anliegen, diskursiv zu klären, wovon der Andere spricht. Es geht ihm nicht um die Thematik des Diskurses des Anderen, sondern vielmehr um den Diskurs als solchen, (und zwar vor allem um die Verbesserung seiner Freiheitsbedingungen). Der Philosophische Praktiker, dagegen, sieht im Diskurs des Praxisbesuchers ein Aussprechen von Themen des Lebens, das es gilt zu erhellen. Die Philosophische Praxis läßt sich auf eine im Gespräch entwickelte Deutung des Lebens ein.

Als Lebensdeutung ist Philosophische Praxis ganz gewiß eine Anwendung der Philosophie auf das Leben, Wirken und Leiden des Praxisbesuchers, wovon sein Diskurs handelt. Das heißt aber nicht, daß die Philosophie als etwas Festes und bereits Gültiges angewandt wird, als etwas Feststehendes, das es nun gilt, jedem Diskurs überzustülpen oder auch behutsam anzupassen, sondern umgekehrt: das Leben, Wirken und Leiden des Anderen soll auf die Philosophie angewandt werden, und zwar als

deren Prüfstein. Erst im Begegnen des Diskurses des Praxisbesuchers erweist sich die Philosophie als Philosophie. Sie muß sich also immer wieder dadurch aufs Neue beweisen, daß der Diskurs des Anderen sie ins Leben ruft. Diese Anwendung der Philosophie ist das Philosophieren selbst.

OUT OF THE HEAD AND INTO THE DISCOURSE!

Therapeutic Practice as Relational Engagement

Sheila McNamee

Since the pioneering work of the Bateson group in the 1950's¹, the field of family therapy, in particular, and psychotherapy, in general, has been exploding with creative ideas and orientations to therapeutic change. There are many ways to characterize the changes that have taken place during this time (see for example, Sluzki, 1978 and Hoffman, 1981) but, with hindsight, the major transformation could be characterized as a shift from exploring internal aspects of individuals (e.g., perceptions, traits, characteristics, values, etc.) to exploring what people (clients and therapists) do together in conversation. This move has edged the field toward the dialogic, relational emphasis we see prominently today.

While there are many fine illustrations of dialogic therapeutic practice², I am interested at present in offering the work of Tom Andersen (1987; 1991; 1992; 1993; forthcoming) as an illustration of how therapeutic practice can (and does) move beyond the residual individualism of the earlier systems work to center, instead, on the dialogic processes through which we create and live in our worlds. As I will discuss later, to take up a focus on dialogic processes is to embrace what I would like to call "relational engagement." To me, relational engagement requires attentiveness to the process of relating and thereby places great emphasis on the dialogic construction of our worlds. This concern is contrasted to the traditional concern with individuals' essential features. These distinctions will be detailed in what follows using Tom Andersen's work as an illustration of relationally engaged therapeutic process.

From Psyche to System

The Milan Team's introduction in the late 1970's of systemic family therapy was part of a larger movement within the study of human interchange more generally, and specifically within the family therapy profession, to abandon the individualist

tradition (Sluzki, 1978). To this point, most of our understanding of human communication processes had been focused on examination of the individuals who come together to create relationships. With such a focus, emphasis was placed on understanding how individuals are motivated to think and act in particular ways. From this, it was assumed, we could gather greater comprehension of relational patterns and broader social configurations such as families.

The early work of the family systems therapists² serve as illustrations of the long history of attempts (cf., Hoffman, 1981) to move beyond the study of individuals. Yet, like all those other attempts, it moved us closer to a relational understanding of human interchange while maintaining the popular, individual (largely internal) focus on meaning production. In different ways, each forged new territory in bringing our understanding of the human interchange into the relational realm. However, in retrospect we can see that the systems metaphor (Bertalanffy, 1968) -- which was so popular among this group -- quickly became another foundational entity to be examined. Like the "individual" that preceded it, the system (whether couple, family, group, or beyond) became an object of study. The observer (whether therapist or researcher) was still "outside" this object, ready and able to imbue it with all sorts of characteristics (such as feelings, beliefs, attitudes, emotions, etc), styles, traits, and predictable patterns. Commonly heard, and representative of this sort of objectification, were statements like, "The family believes..." or "The family feels..." The "system" was now, in many respects, no different from the "individual." And most important, the reality that was created was created by some merging of individual perceptions. We still were thinking in terms of individuals, who have their own (private) meanings and who come together motivated by these meanings to create particular interactive patterns.

Expanding the System

Greatly influenced by the work of "second order cybernetics" (Forster and Zopf, 1962), the Milan Team extended the early systems work to include the participation of the observer

(therapist/researcher) in the examination of the system. Their work brought us more fully into the relational domain. Here, the reality constructed was seen as a joint achievement by both therapist and client. It is here that many of the ideas central to the systemic movement, such as circular questioning, became generative tools for shifting client narratives.

In original form, techniques like circular questioning, hypothesizing, and maintaining a neutral stance were used by therapists to conduct the therapeutic interview. Basically, the systemic movement in family therapy in general and the specific techniques it spawned were enormously significant in under-scoring the relational construction of family problems. As this work demonstrated, actions traditionally traced to individual motives, were reconstructed as relational accomplishments. The family's descriptions were built on the therapist's questions about relationships. Rather than accept participants' descriptions of the situation (e.g., "My husband is always rejecting me.") as potentially photographic to be compared with the facts of the case, and thus yielding a "problem to be solved" - the therapist now proposed questions that invited descriptions that were embedded within the relationship. Through circular questions, for example, (e.g. "When is your husband most likely to reject you? Are there times when he doesn't reject you? What are you most likely to be doing at those times? If you knew he was going to reject you, do you think you would be able to prevent him?, etc.) the simple description of rejection is located within a complex fabric of interchange. The motive for the rejection, in this case, is removed from the head of the husband, and placed within the patterns of interdependence.

The provocative ideas generated within the systemic movement created the potential for participants to see their conflicts or problems in terms of relational patterns. Through successive comparison and contrast, participants were encouraged to transform accounts of individual wrong doing into stories of complex interaction. The implications of this movement are broad indeed. By placing such an emphasis on participants' ways of talking and relating, (e.g., by asking one person what she

thinks another believes in that other's presence) the therapist was able to introduce new possibilities into the rigid family stories. An interesting by-product of systemic therapy has been the implicit realization that members work together in creating unwanted scenarios -- it is no longer his or her fault that this undesirable pattern has emerged in the family. Rather, members now see these scenarios as joint accomplishments.

The ideas developed within the systemic therapy movement have been particularly generative in crafting new realities that centralize relational processes over individual cognition. However, with hindsight I would say that the techniques and strategies that emerged within the systemic movement were less important than what systemic family therapy did in terms of initiating a discursive, and therefore, truly relational orientation to therapeutic process.

Prior to this movement (as I have tried to illustrate) all attempts to "go relational" were firmly couched within a residual individualism. Therapists were interested in exploring *individuals'* meanings and examining how they "fit" with the meanings and actions of others. Specifically, the *practice* of circular questioning is quite relational while its conceptualization is deeply lodged within the individualist tradition. On one hand, (at the level of practice), circular questioning introduces a variety of new interpretations into the discussion about "problems." For example, asking a wife what she thinks her husband would say she thinks about his drinking invites participants to depart from their own stories and consider the stories of others *in relation to their own*.

The other(s) (husband in this case) might hear a description that is far afield from the one he currently believes. The multiplicity of meanings that emerge are generative in constructing new stories. Also generative is the opportunity provided to participants -- through circular questioning -- to see their unwanted patterns as jointly produced.

However, with all the attention given to relational processes, what is ignored is the implicit design to alter individuals' meanings of actions, events, persons, and relationships. In other words, there is a residual individualism inherent in the goal of circular questions. The unspoken premise is that if participants hear alternative interpretations of their own and others' actions and are given the opportunity to see how their actions *combine* with the actions of others to produce undesirable patterns, they will, in effect, change their own meanings for the situation. In the end, the goal is to change the meanings that individuals hold (internally) for particular situations³.

If the effort in systemic therapy is also an effort to centralize relational engagement, can we not achieve this without retaining a grip on individual meaning⁴? Are there ways to employ the very useful postulates of systemic therapy without retreating, eventually, to an individual's interpretations?

Therapy as Relational Engagement: The Dialogic Turn

An alternative construction of psychotherapeutic practice has emerged within a more fully relational sensibility. Here the relational component is not offered as an addendum to the well established individual focus as we see in the early systems and second order work. It is not simply another element to be examined objectively or whose understanding we approach via words and actions that are meant to represent aspects of essentialized relationships or perceptive/cognitive abilities of those in relation.

Instead, the relational sensibility put forward in more recent constructions of psychotherapeutic practice (see McNamee and Gergen, 1992) draws from a very different set of orienting premises. These premises position *relational engagement* as central rather than as a byproduct of individuals coming together. In other words, any sense of individuality is described now as a byproduct of relatedness. This option centralizes the *processes* by which people come to create particular modes of interpretation and action.

Foregrounding processes of relational engagement rather than their products represents a significant shift.

Psychotherapy from this orientation has little to do with delivering well adjusted individuals, families, or groups to the broader culture. Now psychotherapy takes as its purpose the creation of *conversational opportunities* -- both within the therapeutic context and beyond. In other words, psychotherapeutic practice becomes a *dialogic relationship* where multiple rationalities are discussed. Not all will be treated equally. But none will be demonized out of context. The chore of therapy is to bring significant conversations into the therapeutic conversation just as the therapeutic conversation should be brought to pertinent anterior relationships. Rather than serving as judge to competing identities, moralities and values, psychotherapy serves as the conversational arena within which participants can explore the discursive traditions within which such disparate views have evolved.

It is not so much *dialogue* per se that interests us here. It is *dialogic processes*. Perhaps to avoid confusion with the simple treatment of dialogue, we might call this *relational engagement*. Our attention is turned to the relational. The question that confronts us now is: What would relationally engaged therapeutic process look like?

It is on this point that I question the desire of many in the therapeutic profession to retain individuality alongside the social. If we are to interrupt the long-standing pattern of moving toward a relational sensibility via individualism we need a move toward radical relationalism (Gergen, 1994). Meaning, in a radical relational approach, is a joint performance. It is always a move in an on-going dance. It is not "inside the head." Here, attention is directed toward *the interactive moment* (McNamee, 1992; 1996). Meaning is always transformed in relationships. That is, we reconfigure meaning as we engage with others. Therefore, meaning is social. Such a stance does not strip us of our "uniqueness" in human

interchange. Uniqueness is the confluence of (relational) membership in various and multiple discursive communities. When we place our emphasis on the interactive moment we stand curious about how (not why) particular conversational resources become viable and sustainable at a given moment and not others. To emphasize the interactive moment is to focus on the *social/relational in context*.

The realities we create in any interactive moment are fed not by private meanings but by *conversational resources* engendered (that is, given significance) in relationships -- the present relationship as well as anterior real and imagined relationships. Meaning it is always *local*, and thus our emphasis is on processes of relating.

An Illustration: The Work of Tom Andersen

The innovative work of Tom Andersen is particularly important as an illustration of radical relationalism in practice. He describes his work as centered on exploring with his clients how they might live their lives differently rather than on *discovering* what essentially their lives are. Tom's focus on discursive resources that clients and therapists bring to the therapeutic process is a focus on the interactive moment. He writes, "there is nothing behind or under the words to be interpreted, and nothing behind the person's behavior. There is nothing more than what she or he says and does. Nothing more" (forthcoming).

By putting it this way, Tom is dismissing the need to explore the "real" meaning behind the words and actions. He is, instead, calling our attention to how therapists and their clients work together to create the realities they populate. He is equally disinterested in exploring disembodied behaviors. What Tom is focusing our attention on is the relational communities that clients and therapists bring to the therapeutic conversation as well as the community they create in their therapeutic talk.

We can see in Tom's work an assumption that alternative realities can be crafted when other relational configurations are introduced into the conversation. His description of a therapeutic interview centers on attending to his clients' words, gestures, and movements. Yet he attends to these not from the position of one who knows how to make sense out of them. He enters into conversation with his clients as a curious conversational partner. He invites them to explore their own relationship to their discourse (e.g., "If you looked into that word 'independence' what might you see?") as well as to explore the relationship that others might have to these conversational resources (e.g., "What might your mother see if she looked into the word?"). To Tom, the words do not represent a reality that is immutably there. Rather, following Wittgenstein (1953), Tom orients his work around the idea that "we are *in* movements and *in* feelings and *in* language . . . we do not shape them, they shape us" (forthcoming, p.6). To that end, Tom's inquiry with clients is about how participants (in)form themselves in any given moment. When we shift our inquiry to relational networks in this way, we avoid retreat to individuals' meaning structures and instead explore the relational communities that clients (and therapists) bring to any particular interactive moment. This is, to put it simply, a shift from assuming that people *have* meanings to assuming that we *create* meanings in what we do together with others.

Conclusions

In therapeutic conversations (as in any conversation), expanding the range of resources (i.e., expanding the opportunities for relational engagement) allows us to expand the discourse. Expanding the domain of discourse opens possibilities for participants -- invites new forms of action. Yet, expanding the domain of discourse does not require that we presume a description is in some way representative of some inner essence. Our attention, instead, should be directed toward the relational performances that generate the realities we live. Tom is attentive to the conversational realities his clients bring to therapy just as much as he is attentive to expanding the conversational resources available to all participants.

To fashion psychotherapeutic practice in this way is to sanction the contingency of relational life. It is to normalize (not pathologize) the indeterminacy of the worlds we construct. It is to give voice to the multiple meanings that emerge within varying social communities. To that end, the construction of psychotherapy in a relationally complex world embraces the relativity of meaning but stops short of the nihilism spawned by what some call rampant relativism. It is important to explore ways of acting and making sense of the world in relation to the context within which such constructions emerge. However, one is not free to construct the world alone. Relational engagement is necessary for the viability and sustainability of any rationality.

Tom Andersen's therapeutic practice creates a flexibility for his own and his clients' knowing *how* to find out how to act rather than charting a set of principles about how, actually, to act. There is no prescribed technique. Instead Tom's work encourages a sensibility of relational engagement that fosters continuous dialogue.

To put it this way suggests that therapeutic process gains its significance as a cultural resource available for exploration of relational possibilities. It is the context within which people can survey a wide range of rationalities, problematizing some while privileging others -- but only temporarily. The constant shifting of contexts, relationships, and resources demands that what we problematize today may serve as exemplary performance tomorrow. Because the immediate demands of a social context require some adjudication, the choices we make are genuine choices in that particular interactive moment but may be discarded in the future.

The demands to coordinate our activities in so many differing domains suggests that psychotherapy need be less about the continual reinsertion of a unified, self contained individual and more about the expansion of identities in the ever-changing sea of relatedness. Psychotherapy, in this multivocal world becomes a profession we turn to for an exploration of possibilities. No longer are there clear answers about how

psychotherapy can move individuals, families, and groups toward productive participation in their communities. The form and content of productive participation is in continual flux. Therapy becomes a venue one seeks to engage in "interested inquiry" (Gergen and Kaye, 1992) of the various stories that could become real. Our history and culture have provided us with a limited range of conversational repertoires about psychotherapy. Now we may consider expansion of these repertoires.

Footnotes:

1. See, for example, Jackson (1957), Bateson, Jackson, Haley and Weakland (1956; 1963), Watzlawick (1963), and Haley (1959a; 1959b).
2. See, for example the work of Harlene Anderson and Harold Goolishian (1988; 1992), Michael White (1986), David Epston (1992), Peggy Penn and Marilyn Frankfurt (1994), among others.
3. See, for example, Bateson, Jackson, Haley and Weakland (1956), Watzlawick, Weakland and Fisch, (1974),
4. Now, some would argue that a change in meaning invites new forms of practice and thus is instrumental to the creation of new relational scenarios. In fact, my own interest is in the creating possibilities within new relational scenarios. In contrast to the systemic attempt to alter individuals' meanings, a relational/dialogic orientation moves beyond cognitivism (for problems with cognitivism and individualism see Gergen, 1994) as the starting point and instead takes seriously the Wittgensteinian proposal that meaning is social.
5. It is worth noting here that from a dialogic/relational perspective, individualism becomes a conversational resource -- it is, like any other way of talking, a discursive option. Thus, my argument here is not meant to imply that individualism is wrong or bad but simply to illustrate the limitations of imposing this discourse as the "right" discourse (or the only one) in therapeutic conversations.

References:

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team*. New York: W.W. Norton.
- Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*, 54-68. London: Sage.
- Andersen, T. (1993). See and hear, and be seen and heard. In S. Friedman (Ed.), *The new language of change*. New York: Guilford.
- Andersen, T. (forthcoming). Language is not innocent. In F. Kaslow (Ed.), *The handbook of relational diagnosis*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Anderson, H. and Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-93.
- Anderson, H. and Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*, 25-39. London: Sage.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., and Weakland, J.H. (1963). A note on the double-bind--1962. *Family Process*, 2, 154-161.
- Bertalanffy, L. v. (1968). *General Systems Theory*. New York: Braziller.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., and Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- Epston, D. (1992). Internalized other questioning with couples: The New Zealand version. In Gilligan and Price (Eds.), *Therapeutic conversations*, 183-195. New York: W.W. Norton.
- Gergen, K.J. and Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning (pp. 166-185). In S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications.
- Gergen, K.J. (1994). *Relational Realities*. Cambridge, MA:

Harvard University Press.

- Haley, J. (1959a). An interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22, 321-332.
- Haley, J. (1959b). The family of the schizophrenic: A model system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 357-74.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Jackson, D.D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-90.
- Laszlo, E. (1973). *Introduction to Systems Philosophy*. New York: Harper & Row, Torchbooks.
- McNamee, S. (1996). Therapy and identity construction in a postmodern world. In D. Grodin and T.R. Lindlof (Eds.), *Constructing the self in a mediated world*, 141-155. California: Sage.
- McNamee, S. (1992). Reconstructing identity: The communal construction of crisis. In S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*, 186-199. London: Sage.
- McNamee, S. and Gergen, K.J. (Eds.) (1992). *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications.
- Penn, P. and Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-232.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Sluzki, C. (1978). Marital therapy from a systems theory perspective. In T.J. Paolino and B.S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. (1963). A review of the double bind theory. *Family Process*, 2, 132-153.
- Watzlawick, P., Weakland, J. and Fisch, R. (1974). *Change*. New York: W. W. Norton.
- White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. *Family Process*, 25, 169-184.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*.
(G. Anscombe, Trans.). New York: Macmillan.

SAMTALENS MEISTER

Ole Danbolt Mjøs

Gratulerer med 60-årsdagen!

"Jeg skulle ønske at vi skriver i et dagligspråk, dvs. unngår "ekspert"språket. Jeg kunne også tenke meg at vi legger vekt på å bevege leseren."

Slik skriv Tom Andersen i eit brev til ein del fagfolk som han ber om å vera med på å skriva ei bok om "samtaler med personer med sosiale, psykiske og multiproblem i allmennpraksis". Det skal bli ei bok i psykiatri for allmennpraktikarar og medisinarstudentar. I desse få setningane finn vi fleire nøkkelord som kjenneteiknar Tom Andersen: Han vil at vi skal leggja vekt på samtalen. Han vil unngå ekspertspråket. Og han vil at vi skal bevega leseren. Det siste er ikkje minst viktig. Med slike ord bevegar Tom også medforfattarane og eg trur det blir ei bevegende bok med Tom som hovudforfattar.

Professor Tom Andersen er blant dei som har vore lengst tilsett ved Universitetet i Tromsø. Han er ein av pionerane ved universitetet. Han har heile tida stått for den desentraliserte psykiatrien. Den psykiske helsetenesta må ut til folket, inn i lokalsamfunnet. Psykiatrien må ha si rot i liv og kultur i bygd og by. Ikkje minst i Nord-Norge vil derfor den tverrkulturelle psykiatrien vera viktig. Derfor har Tom stadig vore på reise: til by og bygd i Nord-Norge, til resten av landet, til Europa, til USA, ja, til heile verda. Han lyttar, formidlar samtalens kunst, språkets betydning, han bevegar menneske. Bodskapen er den same anten det er samtalar under fire auge eller det er samtaler på mindre og større konferansar.

Det blir sagt: Ein blir ikkje profet i si eiga bygd eller sin eigen by. Eg vil tru at Tom kjenner til denne problemstillinga. Det har vore vanskelegare å vinna fram med sine synspunkt heime enn ute. Og Tom er beskjeden. Han fortel ikkje i utrengsmål om invitasjonar og internasjonale kontaktar kring i verda. Han fortel ikkje om at han kanskje er ein av dei mest internasjonalt kjende forskarane ved Universitetet i Tromsø.

For mange er han ein guru innan fagfeltet sitt både ute og heime. Han har sett folk i bevegelse over heile verda, og bevegelsen aukar i styrke og vinn ytterlegare anerkjenning frå dag til dag.

Eg er særskilt takksam for ei rekke samtalar Tom og eg hadde medan eg var rektor ved Universitetet i Tromsø. Det var lyttande, konstruktive og fine samtaler om ulike tema: Om språket som kontaktmiddel. Om menneskeverd og respekt for andre. Om å hjelpa andre. Om gjensidigheit i samtalen. Om å lytta. Dette var nære, gode samtalar som var til stor støtte for meg som rektor. Eg er særst takksam for dei.

Eg vil berømma han for openheit og respekt for andre sitt livssyn. Det er umåteleg viktig å møte pasientar - ja, alle menneske - med respekt og toleranse. Det gjev likeverd i behandlingssituasjonen. Det styrker sjølvkjensla hos pasienten/medmennesket. Det er ein føresetnad for eit godt resultat. Då blir det ikkje spørsmål om korleis behandlaren skal overtyda pasienten om kva som er problemet og kor løysinga ligg. Det må pasienten sjølv finna fram til gjennom den nære og lyttande samtalen. Ofte ligg løysinga nærare enn ein skulle tru. Andre gonger krevst det lang tid. Ofte er det viktig at heile familien er med på samtalene. Det bidrar til å få eit meir realistisk og heilheitleg bilde av situasjonen. Dette har Tom mange gode døme på. I Bibelen står det: "Den som trur hastar ikkje". Det høver på Tom. Han er viljug til å bruka tid, bruka av seg sjølv til beste for andre. Fordi han har tru på at dei gode kreftane vinn fram til sist.

Eg er særskilt imponert over det arbeidet som Tom har sett i gang for å forebyggja/behandla psykotiske pasientar i Nord-Norge, Nord-Sverige og Nord-Finland. Gjennom tidleg kontakt med pasienten og familien/nærmiljøet med eit tverrfagleg team som rykkjer ut, er det mogleg å behandla dei fleste psykotiske pasientane i lokalmiljøet utan medikament og utan sjukehusopphald. Resultata er svært gode og burde gje grunnlag for liknande tverrfaglege behandlingstilbod i lokalsamfunnet andre stader i Norden og i verda. Dette er Nordkalott-samarbeid på sitt beste.

Medan mange konferansar blir haldne på Universitetet i Tromsø, arrangerer Tom Andersen helst konferansar ute i lokalsamfunna i Nord-Norge. Det gjeld både nasjonale og internasjonale konferansar. Dermed blir psykisk helsearbeid sett inn i ein større samanheng der kultur og natur blir viktige ingrediensar. For nokre år sidan inviterte Tom meg til å opna ein internasjonal, tverrfagleg konferanse som han arrangerte i Svolve. Her møttest alle "dei store" frå inn- og utland, her møttest fagfolk frå dei fleste helseprofesjonane. Alle ville koma til Svolve-konferansen. Og det slo meg at Tom er ein stor brubryggjar mellom den nasjonale og internasjonale psykiatrien, mellom ulike helseprofesjonar og mellom "fagfolk", politikarar og folk flest. Viktige tema for konferansen var samtalens kunst, respekt for mennesket og det medmenneskelege. Eg blei slått av den gode atmosfæren som rådde på konferansen. Alle kjende seg velkomne. Alle hadde noko å bidra med. Alle let seg bevega.

På Svolve-konferansen avslutta eg mi innleiing med nokre linjer frå diktet: "Ei bøn for år 2000", skrive av forfattaren Alfred Hauge i 1969. Desse linjene har eg ofte sitert i tida mi som rektor ved Universitetet i Tromsø. Dei er sanne og dei gjer inntrykk. Det gjorde dei på Svolve-konferansen. Dei lyder slik og er mi helsing til Tom Andersen på 60-årsdagen:

"Måtte dei i år 2000 søkja visdom framfor kunnskap, kjærleik framfor kløkt, meir ha omsut for andre enn sut for seg og sitt. Herre, eg bed for alle menneske som måtte leva på jorda i år 2000, at ingen barn skulle strekkja hender ut etter brød utan å nå det, men at også menneskets hunger etter det evige varde ved. Døyr vår hunger etter deg, Gud, då døyr også vår hunger etter å bli menneske, uavlateleg meir menneske."

Det er det det dreier seg om: Å vera menneske, uavlateleg meir menneske. Kjære Tom! Du har lært oss mykje om dette. Du har sett oss i bevegelse! Vi takkar deg og ynskjer deg alt godt i åra som kjem.

"WHAT ARE THE THINGS A THERAPIST SHOULD KNOW."

Peggy Penn

Once and sometimes twice a year Tom Andersen stops and consults with Peggy Penn and Marilyn Frankfurt in the Writing Project at the Ackerman Institute. This consult can take several forms: Andersen can sit in the room and do the interview himself with one of us present - in that way, keeping the "home base" for the family. Or, he can sit in the room with one of us and be available for reflections at several points during the interview. When he visits student classes he is always part of the reflecting team with the other students and the supervisor. Lately, other therapists have asked to join us and to bring in families for consultation.

The following description is of one of the three consultations that Tom Anderson and Peggy Penn did in November of 1995. Marilyn Frankfurt was away and a staff member, David Kezur, brought in the third family.

This consultation is with a gay couple who both have AIDS: Joe and Richard. Tom interviewed them while I (PPenn) sat in the interview. I had already told all the families in our Writing Project that Tom Andersen stopped at the Ackerman Insitute when he came through New York and, if it was all right with them, he would join us the following week to consult. We explained that this was a usual practice for us and had proved beneficial to both Marilyn and me and to Tom Andersen. I told our clients we all shared a work history together, that he was from Norway and a very soft spoken man. I think that's about all. In response to some of their questions Tom and I agreed that at the moment our shared work centered around questions of "What are the things a therapist should know." Immediately Richard said, "Feelings." I asked how they would feel if Tom did the interview? That would give me the benefit of the listener's position *in the room* - and, it offered them the new experience of conversing with a man rather than the same two women.

Both Richard and Joe agreed that they were "game." I felt the opening talks to be cheerful, there was some laughter, a sense of relaxation on all our parts as well as a feeling of intensity among us. Richard asked if the family work Tom did included family members. I'm not sure why we both decided to answer that but we did saying, that whoever they chose to invite, was always welcome.

Once our conversation felt safely established, Richard and Joe turned to their thoughts from the previous week with Marilyn and me. The week before we were addressing the idea that the plans for their deaths had not yet been directly addressed. Richard volunteered that I had used the word "muted" in describing our last conversation and he likened that to a mute on a trumpet. He felt this muteness was their avoidance of the big "D" conversation. Though he, Richard, was feeling healthy at the moment, he had already made his living will. But Joe, who had gotten quite ill in the last six months from intense chemotherapy for his Karposi's Sarcoma, had not. Richard commented, "... this subject is like a plane crash, you need a good friend beside you." I hoped he meant us as well as Joe. Perhaps its important to say that these two men have suffered immensely, both physically and emotionally. Though Richard is currently feeling better, within two weeks of my writing this, he was hospitalized for two weeks with a leg infection and a problematic lung condition that remains undiagnosed. Joe has struggled with a profusion of Karposi's Sarcoma on his body and, he suspects, inside as well. They live at home now, resting, preparing their meals and sometimes Richard works a little.

I will try to describe them: Joe, was a cabaret performer and has large eyes and a smile that stretches from ear to ear. I am drawn to the profusion of expressions that go across his face like fast, shifting weather. He will respond to something either you or he have just said with a sense of acceptance: then his eyes crinkle and he laughs in affectionate irony, and finally looks directly at you with a sad and most imploring expression. Richard, an architect, is very tall and handsome. His eyes are focused and shine with intelligence. His head is

always bravely high and led by the expressive thrust of his chin. Somewhere behind all that there is the feeling that he may ultimately have to make the best of things and it won't be fair to anyone. Because of their health, this relationship is like a mountainous island; there is no flat land where agrarian efforts can be cultivated, where things can be grown for the next season. That was what we both felt that day.

Tom began with his first question: "How would you like to use this meeting..." Almost from the beginning of the interview I saw Tom lean toward the men and keep that position almost for the entire interview, either supporting his chin on his hand or, folding his arms and leaning toward them in strong concentration. I was touched by this message from his body; their suffering was being written on him and he accepted it patiently.

In dialogues like these that concern themselves with life and death and are so close to the heart, our own private pasts are continuously invoked. That has been Marilyn's and my experience and I could see that happening to Tom just as it had to us. We met these two men when they came to us over a year ago in order to separate. Nine years ago on the same day they both had found out they had AIDS and decided to marry because they were in love and wanted to care for each other. Now they feel they no longer want their "old relationship" and perhaps they should separate. Joe wants to feel his independence before he dies and doesn't believe they can really change their relationship. Richard feels uneasy about separating and wants to try to change the relationship. During the interview Tom, picking up cues from what I'd said about them, immediately seemed to share a strong attachment to them. I knew no matter what feelings we would be sharing with them today, we could not in any way affect their current and future onslaught. I felt very supported in the session and just let go.

Its important to say that this was not a usual consultation where a colleague engages in the content of a case either by watching you work or by sitting in on the session. Following that model, the therapist and the consultant confer after the

session where the therapist receives the consultant's new ideas which at some later date, are shared with the family. But in this mode, a more socially constructed consultation, we all listen to each other, reflecting on what we have said and paying strict attention to our own feelings that increasingly become a part of this talk. There are no private talks. This listening in the consultation is not just to words but to the family's special words, gaps, tensions, and, of course, their silences. As we listen part of us surrenders our own feelings and ideas in order to take in theirs. Our main concern is the family's comfort and our ability to be fully there with them.

Andersen often follows his first question with one that asks, "Is this meeting together usual for all of you, or is it a bit unusual," thereby attending to the whole family's state of mind, level of anxiety about this meeting, about their talking to a stranger, etc. If in fact they are anxious or unhappy at being in the session, he stays right there, listening to what troubles some of them, or, what troubles all of them. I have seen him devote a whole session just to the idea of "talking" - when, to whom, in what manner, tone, who might begin, etc., inviting all the mixed feelings in special words like anger or sadness or any feelings members of the family might have about the act of talking. By this time, when the family has appraised the pace and depth of the developing dialogue, they no longer feel intruded on and he no longer feels like a stranger: outside the family, fearsome to them or, simply unknown. Families after all, have their own reasons to go slowly on the icy roads and that is respected.

Although there is a pervasive sense that the session is open ended; i.e., many possibilities are present and many roads to the future are open, this particular day all of us were facing a very different future. In our joined aesthetic idiom, which is dependent on language forming us as we proceed, perhaps the most we could hope for was to construct a hammock of words where they could in a sense, lie down and be eased.

The place underneath the talk where we all were joined was the sense of loss, even mourning. I knew Tom felt it as did I. Oddly the appreciation of loss became a connection among us so

now I am not surprised weeks after the event when Tom asks me how are the two men doing? Or, when they ask us when Tom plans to return? The session had a haunting, elegiac tone; they shared their past and future not just with me but with a man they had not seen before. I knew that at any point, if they had wept, we would have wept but they seemed somehow, happy.

.....

In this next section it was as though we were in a vivid dream together; the feeling in the room among us was one of compression; the silences, waiting time, exchange of looks, and the words of loss, all forged a compression of meaning, that was brought to an almost unbearable point. It was the last half hour of the session and both men took the time to describe their current physical and emotional state. In conclusion Joe said he mostly wanted to sleep. Tom asked him, "...would that be a sleep with or without dreams?" Joe said he didn't know. Tom continued, " Which would be best for you? " Joe did not directly answer but volunteered that he was at the bottom and didn't know when he would ascend again. I am "...now abloom with KS" he said. At the same time he thinks a lot about the impact his death will have on other people. He has been a giver in life and its hard to be a taker, as he sees it. Tom asks Richard, " Is it hard for you to think of doing without him? " Richard nods, "Yes, it would be." Richard reminds Joe how many friends are concerned about him, how the people in his Body Positive Group relied on him, etc. At this moment the language carries an almost palpable physical sense for all of us; we are feeling in our bodies every word, look, and connection. Tom is making many small sounds during this part of the conversation; I catch myself filling up with tears but we never look at each other. It is as though we are all experiencing an open largesse toward one another. Tom asks, " Is it possible that your relationship could last forever?" They reel a bit and Richard finally says he plans to save the ashes of whoever of them dies first to be mixed with the ashes of the other. Joe laughs about waiting, being "dust" on the mantle, but Richard is adamant that their families should have a single place to go where they can visit them together: Uncle Richard and Uncle Joe. Richard

adds that he hopes they could plant an azalea bush on the spot. Tom asks, "If the azalea bush could sing a song, what would it sing? " Richard chooses Vivaldi's Four Seasons, even The Pastoral: odes to joy! I remember that Four Seasons is an old favorite of Tom's, but he never indicates this preference. Joe has another thought: he wants a memorial party, with 70's party songs and lots of wine, food and sex for the guests. They should have Fun! He wasn't sure about an azalea bush; instead he might choose a sturdy oak tree.

Joe says his current wish is to have something more than to just stay alive. I was moved by his wish and said so; it continues to stay with me. Since the end of the hour had arrived, they both turned to Tom and asked, " What are your thoughts." Tom began to say, "...I...can't find words...certainly there would be sad words... and words of beauty." Both men nodded in thanks to his offered appreciation and understanding of them. Richard guessed that it was a lot to hit him with. Tom responded, "I don't feel hit, I am touched. Hit is a small word, touched is a much longer word...I know I will always remember this meeting. " It was raining outside but when we left our room it felt bright, not from the video lights but from all four of us being able to move together.

Lingering in my mind was Joe's remark about his life meaning something, that he wants to be more than just alive. The men had agreed that Tom was welcome to a copy of the tape to use for teaching so I asked Tom what he thought of the idea of asking the men to write something about their lives to accompany the tapes. That way each time any of the three of us presented the tape, their words would be present and last. He agreed.

.....

I chose to describe this interview because I feel it is characteristic of how Tom Andersen works and it reflects his hope that people will be able to be emotionally moved inside themselves and then moved toward the others in their lives. I could almost describe this hope as his change credo. He works to create an emotional place where, while talking with him,

people can be together in a different way. The creation of this place relies on his extraordinary ability to listen: an intense taking in that ultimately results in the family's experience of his understanding as new. His deep concentration on words upholds the idea that as we talk together we are forming ourselves and that must be done together. Tom Andersen's questions, often metaphorical in structure, transform themselves and become innovative ways that help families speak. His is a language of agency and feeling. This is his relational form and what he brings to others in the consultative event.

Andeskjærtangen

Ebbe G. Reichelt

Som en forlengelse av Blindleia, lager Nibe og Andeskjærtangen et siste sund før du kommer ut i den åpne Kvåsefjorden. Andeskjærtangen er Anne og Toms sommerparadis og er ulidelig vakkert. Særlig i kveldsbelysningen når losgårdene på Ramsøya og Nibe blir fortrollet av solens siste stråler. Da fylles vi av en lengsel og et vemod som vi ikke ville vært foruten. På den ville og forrevne tomten har Tom bygget sin hyttegrend med egne hender. Knappt synlige fra sjøsiden, får man likevel et panoramaoverblikk innenfra hovedhytta som kan skape en illusjon av å stå på en supertankers kommandobro. All båttrafikk mellom Danmark og Kristiansand og all småbåttrafikk mellom Øst- og Vest-Norge kan overvåkes herfra. Det gir en følelse av å være på toppen av verden. Men frihetsopplevelsen er likevel kanskje viktigere. Med Annes utrolige middager i maven, uten plikter som haster og omgitt av hennes blomster og krydderhave, kan vi hengi oss til uansvarlig intellektuelt svermeri, uten fotnoter og sensur. For en luthersk teolog er dette viktig feriebeskjeftigelse da svermeri er en hovedsynd ifølge vår yrkesetikk. Vi trues av intellektuell inntørkning og trenger å få sverme litt vi også. Det får vi lov til på Andeskjærtangen.

Som søvndrukne fluer i en nyoppvarmet hytte på påskefjellet, dasker vi halvt bevisstløse borti de vanskeligste, underligste og svært interessante problemer. Det kan være vanskelig å hevde seg i konkurranse med Toms kunstneriske kreasjoner. (Bare peisen på Andeskjærstangen er nok til å ta motet fra de fleste.) Jens-Gustav Iversen og jeg prøvde å hevde oss med megalittiske virksomheter. Men da jeg fikk MS, ble også dette umuliggjort. Da står bare det uansvarlige svermeri igjen for meg. Men selv det er ikke lett. Tom er ikke uten evne til svermeri og "Det reflekterende team" viser at hans svermerier ikke er så ansvarsløse og ufruktbare som mine egne. Når jeg nu i det følgende skal ramse opp noen av de problemene vi har kost oss med i sommerferiene, kan jeg ikke med rette ta kreditt for drøftingene. Men jeg lar de teologisk relevante delene få hovedvekten. Da vil det i hvertfall virke som om jeg har

hovedæren. "Ordenes skapermakt " er et grunntema i menneskers religioner. Det ble også en gjenganger i våre overlegninger. Et sentralt område knyttet til dette er det med navngivning som en måte å gjøre seg til "herre" over det man kan sette navn på. Den navnløse angst er da motsetningen. Det vi kan navngi (eller sette en diagnose på), kan vi rå med. I Midtøsten kunne en avsatt konge få nytt navn av sin beseirer, og var dermed omskapt til en relativt trofast vasall. Gud kunne man selvfølgelig ikke gi et navn. Det måtte Han selv åpenbare og tillate brukt bare ved helt spesielle anledninger. Misbruk av Guds navn var derfor en grov synd, - et forsøk på å gjøre seg til herre over Gud. Tom reagerte også helt adekvat da jeg prøvde å sette navn på deler av eiendommen hans. Ifølge en menneskelig urfølelse, truet jeg med å gjøre meg til Konge over en fjellknaus like utenfor hytta hans ved å gi den navnet "Table mountain". Om noen, så burde jeg vite hvor fornærmelig det var. Toms irritasjon var en god illustrasjon til dagens tema (Tom forærte meg forresten en større sten som jeg ikke maktet å hive på havet. Den står som et monument over min evneløshet - og jeg gir den hermed navnet "Skandalen" da det greske "skandalon", høres så unorsk ut.).

Ord er også en bro til virkeligheten som bringer virkeligheten inn i vår bevissthet. Men det rare er jo at jo bedre ordene formidler virkeligheten, jo mere truer de med å erstatte den. Ordene blir en mur mot virkeligheten som stenger oss ute fra den. Og jo bedre de er, jo verre er de. Zen-buddhismen er jo svært oppmerksom på dette. Zen-mestrene ryster stadig sine disipler ved å trække på "hellige" symboler og ord som hindrer oss i å oppleve virkeligheten. Diagnoser gir noe av den samme resultat. De kan hindre innsikt i en pasients virkelighet. De er "stigmatiserende" slik ordet "kriminell" f.eks. er det. Mer eller mindre gjelder det alle substantiver som følger etter ordet "er." Kanskje særlig yrkesbetegnelser. F.eks. Tom er lege. Ordene fører ofte til en autoritær sementering av virkeligheten i falske rammer, kanskje verst i religionens verden, men med medisinernes som en god nr.2.

Men som kart er nyttige for navigatøren, er ord nyttige for oss som skal orientere oss i verden. Det er lett å glemme at kart

og ord er forenklinger av virkeligheten, men vi kunne trenge flere enkle beskrivelser av virkeligheten med ord som kunne lette vårt livs orienteringsløp. I den flora av religiøse forstillinger som for eksempel finnes, kan det være nærmest umulig å se de bærende grunnholdninger. Fra gammelt av er religionene klassifisert på forskjellige måter for å lette oversikten. Jeg synes vi surret oss frem til en innsiktsgivende klassifisering som virker nyttig, om enn svært forenklet, men som var bedre enn mange av de gamle.

Vi fant frem til 3 grunnholdninger som i hovedsak var både - og, enten - eller, og hverken - eller. Natur-religionene og de såkalte polyteistiske religionene hadde mest av "både - og" - holdningen. I de profetiske religionene dominerer gjerne "enten - eller" standpunktet i de fleste spørsmål og Buddhismen har holdninger som best beskrives med "hverken - eller." Vi var vel mest tiltrukket av "både - og" alternativet, men mente at sannheten ofte kan være befriende absolutt selvom den gjerne er komplementær. "Hverken - eller" holdningen kan være en sunn måte å unngå å låse oss fast i våre bilder på og kan minne om forbudet mot Gude-billeder i Israel. Kanskje kunne vi finne frem til "en tid for både - og; en tid for enten - eller og en tid for hverken - eller" å lå det som står i Predikeren kap. 3.

Vår begeistring for en både - og holdning ga oss fornyet interesse for ellipsen som har to brennpunkter. Alle som har tatt realartium kan vel huske sin fascinasjon over det doble kjeglesnitt som frembragte alt fra prikken i origo til hyperbelen i dens absurditet. I den virkelige verden går jo planetene i ellipsebaner med solen i det ene brennpunkt. Men hva er i det andre? Det må jo være hele universets gravitasjon som forhindrer at planetbanene blir rene sirkelbevegelser. Kan avstanden mellom de to brennpunkter fortelle noe om universets masse? Som fluer beruset av vintersøvn hadde vi nok dasket bort i noe som var oss for stort. Som luthersk teolog var jeg heller ikke helt begeistret for tro og gjerninger slik katolikkene opererer med. Vi vil jo hevde "sola fide" = troen alene. En trøst er det jo at jorden går i sin ellipsebane som om den hadde en sol i hvert brennpunkt, mens det er jo bare en sol. Vi har bare en sol, nåden alene, og den troende beveger

seg i en ellipsebane rundt denne ene sol som om også Lovens krav gjelder oss kristne. Det er ikke lett når en metafor overtar logikken og begynner å diktere svar i stedet for ydmykt å illustrere et poeng. For ikke å havne i kjeglesnittenes svermeri, hopper jeg over til dagdrømming om neste besøk om Anne, Tom og Gud tillater.

Da jeg ikke leser tegneserier til daglig, håper jeg på nye møter med Modesty Blaise o.a. Men jeg håper også at det blir litt tid til å sverme med gestaltpsykologien. Onde ånder, gnostikerenes inndeling av mennesker i 3 kategorier nemlig hylikere (de kjødelige), psykikerene (de moralske) og pnevmatikere (de åndelige), hinduenes kastesystem og den tredelte yogiskole (Hata-, Karma- og Raja-yoga), kanskje Marx's klasseinndeling, religionenes skille mellom de innvidde og vanlige troende, antroposofiens diverse legemer, frimureriet og mye annet. Vi kan gjerne ta utgangspunkt i krypdyrhjerne, pattedyrhjerne og menneskehjerne som visstnok er "in" for tiden.

ÅPNINGEN AV DET TERAPEUTISKE ROM

Sissel Reichelt

Da Tom og jeg begynte å arbeide sammen i psykiatrien i slutten av 1960-årene, besto den nesten utelukkende av "lukkede rom". De klientene vi arbeidet med var bokstavelig talt lukket inne, mange av dem på livstid, forfrossent isolert inne i seg selv og fra andre. "Pårørende" befant seg for det meste i journalene. Noen få fikk sjansen til å snakke med terapeuter, men oftest i lukkede rom der ingen hadde innsyn. Staben hadde sine egne lukkede rom der klientenes skjebne ble bestemt, uten at de selv fikk sjanse til å være delaktige i de avgjørelsene som ble tatt.

De lukkede rom eksisterte ikke bare innenfor veggene i de psykiatriske sykehus. Mennesker, det være seg voksne mennesker eller familier med barn, som bekymret seg over reaksjoner hos seg selv eller hverandre og fikk råd om å oppsøke eller ble henvist til psykiatriske fagfolk, ble lukket inne i rom med eksperter som skulle forstå hvor feilen lå. Det kunne gjerne være flere rom med flere eksperter som lette etter ulike typer patologi. Etter undersøkelsene lukket de seg inn i spesialrom, gjerne kalt "staff", og konstruerte en historie om den eller de det gjaldt fylt av patologibeskrivende fremmedord om hva som var i veien. Noe av denne ble skrevet ned og sendt til "henvisende instans". Noe av den ble kanskje presentert for den hjelpsøkende, hvis eksperten mente dette kunne være nyttig. Det meste ble lukket inne i journaler som kunne åpnes av nye fagfolk, slik at en sikret seg at den hjelpsøkendes patologi ikke ble undervurdert i fremtiden. Eventuelle protester fra hjelpsøkende på den historien de ble gjort delaktige i, ble gjerne oppfattet som ytterligere tegn på patologi, som f.eks. "realitetsbrist".

Behandlingsmessige konsekvenser var vanligvis få. Noen ble sendt videre til enda bedre eksperter, noen ble tilrådet å legge seg inn på psykiatrisk avdeling eller behandlingsinstitusjon for barn en periode, noen fikk medisiner som roet ned. Noen få ble tilrådet terapeutiske samtaler, men sjelden

med de ekspertene som hadde undersøkt dem. De hadde det travelt med å undersøke nye hjelpesøkende. "Henvisende instans" fikk råd om hva den skulle foreta seg, men rådene kunne være vanskelige å følge opp. Eksempelvis var det problematisk å gjennomføre et råd om å introdusere terapeutiske samtaler hvis det ikke var noen terapeuter i mange miles omkrets. I ettetid er det vanskelig å se det annerledes enn at ekspertveldet med sine lukkede rom påførte mennesker med tunge byrder ytterligere byrder. De visste nå at de selv eller deres nære led av psykiske lidelser de kunne få mager eller ingen hjelp med. Og henvisende instans, som kunne være en allmennpraktiserende lege, et sosialkontor eller en lærer, fikk nok et menneske de selv ikke hadde midler til rådighet til å hjelpe.

De lukkede rom eksisterte også innenfor forskning. I tråd med en naturvitenskapelig orientert medisinsk forsknings-tradisjon, ble det sett som vesentlig å utvikle faget gjennom bedre klassifikasjonssystemer og ved å spesifisere behandlingsvariabler som egnet seg for ulike tilstander. Forskeren skulle være mest mulig objektiv i forhold til forskningsobjektet, og ble isolert i sitt eget lukkede rom, mens objektet helst skulle være mest mulig intetanende om at det ble forsket på.

Denne historien om psykiatrien i 60-70 årene er en av mange mulige, og mange ville lage historier hvor helt andre elementer dominerer. Det skulle være unødvendig å si at dette er min historie, og jeg tror at det også langt på vei er Toms historie. Slike historier om det faget en er en del av kan virke nedbrytende og passiviserende, og friste sterkt til å forlate faget. Tom valgte istedenfor å bruke sin energi og kreativitet til å bidra til å åpne de lukkede rom. Det var et nødvendig valg for ham dersom han skulle forbli i faget, men det har på ingen måte vært et enkelt valg. Det ligger i sakens natur at de lukkede rom har utstøtningsmekanismer i forhold til personer som forsøker å åpne dem.

Muligheten kom gjennom familie- og systemtenkningen som i utgangspunktet fylte rommene med atskillig flere mennesker, og som så både mennesker og de ulike rommene i sammenheng med hverandre. Tom grep den umiddelbart, og var gjennom de fleste

faser av utvikling av terapeutiske intervensjonsformer som kunne bevege systemer på en måte som ga enkeltindivider større rom og handlingskraft. Enveisspeilet bidro til å bringe flere hjelpere inn i samme prosess. De ble sittende i et tilstøtende rom med muligheter for å delta aktivt i prosessen, heller enn i hvert sitt isolerte rom, og ble ikke lenger enerådende eksperter på atskilte områder. Pårørende ble ikke lenger isolert med "komparentopplysninger" som viktigste bidrag, men fikk sjansen til å tre til som levende mennesker i samhandling med sine nære i samtaler med terapeuten på den andre siden av speilet. Og kanskje det aller viktigste var utviklingen av alternativer til den individuelt orienterte patologitenkningen som, i vår felles historie, bidro til å gjøre isolerte og forfrosne mennesker enda mer forfrosne heller enn til å tine dem opp.

Mens de fleste av oss frydet oss over nye tenknings- og handlingsalternativer, var Tom fortsatt ikke helt fornøyd. Patologitenkningen var ikke fjernet, men overført fra individet til familien. Selv om alle var forsiktige med å si det åpent, var et implisitt premis at familien var ansvarlig for at et eller flere av dets medlemmer hadde utviklet problemer. Og selv om alle var opptatt av sirkulære årsakssammenhenger heller enn av lineære, dvs. av at alle påvirker hverandre på måter som gjør at ingen "egentlig har skylden", var det vanskelig å komme unna mistanker om at foreldre på en eller annen måte var ondets rot. Utsagn som at "den unge psykotikeren ofrer sitt liv for å hjelpe foreldrene til å holde sammen" var ikke sjeldne.

En konsekvens av patologitenkning er at vi trenger eksperter på patologi, på hva som er galt og på hva som skal til for å rette på det. I en viss forstand ble fagfolkene bak speilet slike eksperter. Ekspertiseutøvelsen kunne ha mange former. En av dem var å diskutere seg fram til hypoteser om på hvilke måter den enkelte bidro til at systemet var symptomoppretholdende. Denne type hypoteser ble presentert for familien på en måte en håpet kunne føre til at systemet endret seg, gjerne i form av oppfordringer til alle om å fortsette å gjøre det som ble oppfattet som problemoppretholdende (f.eks. kalt paradoksale preskripsjoner). Presentasjonen, eller intervensjonen, skjedde

gjærne som avslutning på timen etter en pause der terapeutene diskuterte seg imellom, eller gjennom et brev terapeutene konstruerte etter timen. Det ble lite rom for klientenes oppfatninger av ekspertenes intervensjon der og da, noe som nettopp var hensikten. Samtaler om den med terapeutene kunne oppløse effekten, som var rettet mot at familiemedlemmene ville måtte oppføre seg annerledes i sine egne rom uten at en bevissthet om virkemidlene skulle forstyrre denne prosessen.

Tom mislikte denne type ekspertise og denne type intervensjoner i økende grad. Som han selv beskriver det opplevde han gradvis et nærmest fysisk ubehag både ved den praksisen at fagfolkene snakket bak ryggen til klientene, og ved at intervensjonene ble presentert som eksperthypoteser det ikke var rom for å drøfte. Ubegagat, som han delte med de fagfolkene han arbeidet sammen med på den tiden, førte til at lys og lyd en dag ble snudd på enveisspeilet, slik at klientene kunne høre på de refleksjonene fagfolkene bak speilet gjorde seg og etterpå drøfte sine reaksjoner på dem sammen med terapeuten. Dette innebar en markant åpning av det terapeutiske rom. Ideen om det reflekterende team var oppstått; en ide som ble grepet med begjærighet i de fleste land der fagfolk arbeidet med familierapi lenge før Tom fikk formulert den skriftlig i et internasjonalt tidsskrift.

Så kan en jo spørre seg hva som er så galt ved at fagfolk utveksler idéer uten at klientene hører på dem og at de formulerer og presenterer eksperthypoteser. Forvalter vi ikke ekspertkunnskap som det er vår plikt å anvende i forhold til klienter? Er det ikke slik at noe av ekspertisen ligger i at vi forstår mye om klienter som de ikke forstår om seg selv og heller ikke tåler å forstå før tiden er moden for det? Er det ikke slik at mye av vår ekspertise ligger i å kunne predikere menneskelig atferd og forsøke å kontrollere den ved hjelp av nøye uttenkte intervensjoner?

Tom har arbeidet mye for å besvare denne type spørsmål; et arbeid som uvegerlig har ført ham i retning av humanistiske disipliner og filosofiske og vitenskapsteoretiske posisjoner som fjerner seg sterkt fra medisinske og naturvitenskapelige.

I denne prosessen har han, med sin helt spesielle stil, form og arbeidsmåte, bidratt til å flytte grenser i faget. Kan hende er han estet og kunstner heller enn det vi tradisjonelt vil betegne som en vitenskapelig orientert person; kan hende er det esteter og kunstnere som kan hjelpe oss til å utvide fagets grenser så mennesker får tilstrekkelig rom innenfor det heller enn at rommene lukker seg rundt dem.

Som en relativt nøktern og vitenskapelig orientert psykolog, med en god del tro på at vi vet og kan mye, kjenner jeg ingen som provoserer min faglighet som Tom. Jeg blir ikke med til ytterkanten av de grensene han forflytter, men merker hvordan mine egne forflytter seg gjennom disse provokasjonene. Jeg tror det er bra både for de arbeidssituasjonene jeg deltar aktivt i og de jeg bidrar til å strukturere, og har lyst til å si litt om dette, med gleden over de åpnete rom som utgangspunkt.

Innenfor fag som nevrologi, psykologi og psykiatri er det etter hvert utviklet mye kunnskap om mennesker. Samtidig er vi ikke kommet vesentlig lenger når det gjelder prediksjon og kontroll av kompliserte menneskelige reaksjonsmønstre når vi står overfor enkeltindivider. Dette forklares på mange måter, som f.eks. som forårsaket av at vi ikke kan predikere og kontrollere menneskets bevissthet om og tanker om seg selv og sine egne reaksjoner; dets selvrefleksjon. Selvrefleksjon styrer kan hende våre følelser og handlinger mer enn noe annet, mer enn f.eks. såkalte personlighetsvariabler, familievariabler eller alskens ytre og observerbare variabler. Selv de vi står nærmest, og som vi mener å kjenne "til bunns", forbløffer oss til stadighet. Vi sier velmente ting som etter all erfaring skulle virke positivt, og får høre at vi overhodet ikke forstår noe. Spør vi klienter om hva som har betydd noe i samtalene med oss, kan vi bli minst like forbløffet. Det vi tror er såkorn av høy kvalitet plassert på velpløyd og velgjødslet mark, kan vise seg å ha falt på steingrunn, mens reaksjoner vi gjerne skulle ha bitt i oss (som lett irritabel utålmodighet) kan beskrives som utslagsgivende for endring i positiv retning - "endelig viste du et engasjement". Verre enn denne mangelen på forutsigbarhet er klienter som overhodet ikke føler seg møtt og som forlater terapeuten uten å si noe om dette. Det er ikke få

av dem. De fleste klienter er høflige og ønsker ikke å såre, i tillegg til at det skal ganske mye mot til for å anklage en person med autoritet som burde være spesialist på en selv. Selvanklagen ligger nærmere - "igjen er det vel meg det er noe galt med".

Forskjellen mellom terapirelasjonen og forholdet til ens nærmeste er at terapeuten har en makt i relasjonen som det er vanskelig fullt ut å forstå rekkevidden av for snille, velmenende terapeuter som slett ikke behøver å oppleve seg selv som autoritære. Påvirkningskraften - på godt og på vondt - er av en helt annen art enn i en familierelasjon med voksne mennesker. Ekspertposisjonen ligger i sakens natur når den ene part skal hjelpe den andre, og som nevnt er mangelen på tilbakemelding et stort problem. Med det reflekterende teamet brytes de mer og mindre underforståtte reglene om terapeutens selvfølgelige ekspertise, og for hva det går an å snakke om. Andre stemmer kommer inn. De kan være forskjellige fra terapeutens; de kan sette i gang samtaler om samtalen som kan være befriende for begge parter. Terapeuters særegenheter får ikke fritt og uhemmet spillerom. Tilbakemeldinger blir en del av den utvidete samtalen.

Dette med forskjellige stemmer er et sentralt poeng. Som nevnt tror jeg at vi har kunnskap om mennesker og menneskelige reaksjoner som de som oppsøker oss kan ha glede av, og som det kan være viktig at vi formidler til dem. Dilemmaet ligger i det at vi ikke kan vite om kunnskapen passer akkurat denne klienten. Det er derfor ekspertposisjonen kan bli destruktiv, det er derfor det blir viktig å understreke at klienten må være ekspert i forhold til hvor vidt de terapeutiske bidragene er nyttige. Et reflekterende team gir muligheter for å formidle tanker som springer ut av terapeutens erfaring og kunnskap på en ikke-autoritativ måte, som idéer klienten kan reflektere videre over hvis de treffer. En grunnholdning som formidles gjennom denne strukturen er at, på tross av terapeutens kunnskap og ferdigheter, klienten må være ekspert på seg selv i den forstand at ingen andre kan vite hva som vil bidra til en bevegelse i ønsket retning. Og opplevelsen av å måtte være ekspert på seg selv kan være første skritt i retning av å stå

på egne bein. Jeg arbeidet med en misbrukerfamilie der moren var desperat usikker på hvordan hun skulle forholde seg til datteren, og bønnfalt oss om råd og hjelp, samtidig som hun opplevde at det ville føre til katastrofe dersom hun sluttet å gjøre det hun gjorde; ta imot datteren i alle slags situasjoner, gi henne penger til stoff etc. Hun hørte på teamet utveksle forskjellige faglige erfaringer og synspunkter, og beklaget at hun aldri fikk noe klart råd, samtidig som situasjonen beveget seg dit at datteren kom ut av misbruket. Da hun i en oppfølgingssamtale ble spurt om hva som hadde bidratt til at hun hadde klart å hjelpe datteren med disse problemene, var en av refleksjonene hennes at det hadde vært nyttig at fagfolkene hadde så ulike synspunkter. Da skjønnte hun at det ikke var noen absolutt riktig fremgangsmåte, og ble tryggere på sine egne vurderinger.

Strukturen i det reflekterende teamet har også hjulpet meg, som andre, til å snu tankene bort fra detektivvirksomheten i forhold til det å oppdage patologi. Jeg er blitt en bedre detektiv når det gjelder å se hva mennesker kan få til enn hva de ikke kan få til. Når man lytter til en samtale og vet at det når som helst kan bli spørsmål om å formidle de tankene en får til klient og terapeut, vil tankene gå i helt andre retninger enn hvis formålet med lyttingen er å danne seg et bilde av hva som er i veien. Mulighetene springer lettere i øynene, det positive får større rom. En forutsetning for å se på dette som en fordel er selvsagt at en tror at veien videre best blir til gjennom at det åpnes opp for muligheter, heller enn ved at patologi oppdages og korrigeres.

Ideen om det reflekterende teamet har ikke bare åpnet terapirommet for nye typer samtaler mellom fagfolk og klienter; den har også bidratt til å åpne de ofte vanntette eller konfliktfylte skottene mellom de ulike hjelperne i systemene. I de siste årene er det blitt stadig vanligere å innkalle familier sammen med de hjelperne som måtte være involverte; det være seg i barnevernsaker eller familier med medlemmer i andre slags kriser som påkaller manges bekymring. Hensikten med slike møter er ikke nødvendigvis å presse fram en løsning som alle går med på, men å føre samtaler som sikrer at hver enkelt føler

seg hørt og forstått. Det er mange måter å strukturere slike samtaler på; det viktigste er å skape rom for lytting og refleksjon og unngå fruktesløse konfrontasjoner mellom ulike synspunkter der forsvar er eneste mulighet. I et prosjekt om flyktningefamilier og hjelpesystemene rundt dem, der jeg samarbeider med sjefpsykolog Nora Sveaass ved Psykososialt senter for flyktninger, innkaller vi vanligvis alle de impliserte vi kan få tak i til første møte etter at en familie er henvist til senteret for psykologisk hjelp. Flyktninger har ofte et konfliktfylt system rundt seg, samtidig som de selv kan være i konflikt med deler av hjelpeapparatet. Vi bruker ikke enveisspeil, men intervjuer først hjelperne grundig om årsak til henvisning, hva hver især tror vil være nyttig etc. Mens dette skjer lytter familien, og får senere sjanse til å reflektere over det de har hørt. Så gjentas prosessen med flyktningene i sentrum. Ofte kommer det svært forskjellige historier fram som ingen har hørt ordentlig på før, og bare dette kan være nok til at motsetninger oppløses. Avslutningen på en slik samtale kan f.eks. være å drøfte hvem som bør snakke med hvem om hva i neste runde, og hvor og hvordan dette skal skje.

En annen type arbeidssituasjon der det er blitt stadig mer vanlig å bruke ideen om det reflekterende team, er i faglige veilednings- og konsultasjonsgrupper der klienten ikke nødvendigvis er til stede. Tema kan både være den enkelte behandler fastlåsthet i vanskelige saker, og personalkonflikter. En vanlig struktur er at den som "eier" problemet, enten som saksansvarlig eller som den som ønsker å ta opp et personalproblem, intervjues grundig om problemet mens de andre lytter. Gruppen reflekterer seg imellom mens intervjuer og saksansvarlig lytter, og saksansvarlig blir intervjuet om sine reaksjoner på refleksjonene til slutt hvis han/hun ønsker dette. Det rommet som åpnes her, er muligheten for en uavbrutt og nyansert beskrivelse av et arbeidsproblem, og det å få tilbakemeldinger om og kunne si noe tilbake om kontroversielle synspunkter uten å måtte forholde seg direkte med alle sine motforestillinger til den/de som kommer med dem. En videre utvikling i en slik samtale kan være nye refleksjoner over

mulige løsninger, eller et nytt intervju av en annen som er implisert og kan utdype andre perspektiver.

Min drøm er at ideen om det reflekterende team skal trenge inn i "det aller helligste", dvs. de staffmøtene der pasienters skjebne drøftes og besegles. Dette er det mest lukkete, eller lukkende, rom jeg vet, og består av personer som på ulike måter har vært involvert i den pasienten som kartlegges eller diagnostiseres. Mange av dem har høy rang i systemet. Én er gjerne saksansvarlig og har snakket mest med pasienten, mens andre har testet, observert, snakket med pårørende etc. De kan ha laget seg ulike bilder i utgangspunktet, men på dette møtet er poenget å konstruere det riktige bildet, slik at systemet kan samles om en ensartet oppfatning av pasienten. Ofte vil dette innebære en diagnose. På slike møter er forskjeller forstyrrende og ulike oppfatninger tilstrebes homogenisert, ut fra en grunnleggende oppfatning av at det finnes ett riktig bilde. Hvis det blir tid til overs, noe det ofte ikke blir dersom forskjellene er store og alle sier det de må ha sagt minst tre ganger, lages det en behandlingsplan.

En forutsetning for at ideen om det reflekterende team skal trenge inn her, er selvsagt at ideen om at det finnes ett riktig sykdomsbilde gis opp, og at en ser det slik at det er det beste for pasienten at så mange ulike synspunkter som mulig forblir levende. I så fall kunne jeg tenke meg følgende struktur: Saksansvarlig intervjues grundig om sine oppfatninger og sine dilemmaer i forhold til pasienten. Intervjuer og saksansvarlig forholder seg lyttende, mens resten av gruppen reflekterer i forhold til intervjuinformasjonen, med basis i egen informasjon og faglig kunnskap. Saksansvarlig intervjues om sine reaksjoner på refleksjonene, og ber gruppen reflektere over alternative behandlingstilnærminger ut fra sine egne dilemmaer i øyeblikket. Saksansvarlig står etter dette fritt til å foreslå de første skrittene i behandlingsopplegget. De andre forholder seg lojalt uten derved å gi opp egne synspunkter, og et nytt møte om saken berammes relativt raskt hvis forskjellene er store.

Her er vi ved noe av det jeg oppfatter som mest sentralt ved ideen om det reflekterende team - det å åpne opp for forskjeller som et gode. I psykiatrien er det en mangfoldighet av forskjellige synspunkter på mennesker og psykiske lidelser, og for meg er det utenkelig at det skal kunne bli annerledes. Slike forskjeller har oftest en konfliktskapende og eller lammende funksjon i den strukturen som er bygget opp ved de fleste institusjoner. Diskusjoner kan bli endeløse og lite konstruktive. Gjerne blir det slik at noen (dvs. den eller de som er på toppen av hierarkiet) blir autoriteter på den riktige forståelsesmåten, og de fagfolkene som tenker annerledes knebles og gir opp etter hvert. De som har muligheter for det prøver nye institusjoner, eller forsvinner inn i privat praksis. Pasienter som kanskje mest av alt trenger kontinuitet i relasjoner, mister den uopphørlig. Dette kunne endres med en oppriktig glede over forskjeller som stimulans for inspirerende faglige diskusjoner, og som en mulighet til endring av egen fastlåsthed og fordommer. Men dette forutsetter som nevnt det å gi opp det betryggende i at det finnes én sannhet og at en selv har funnet den.

Strukturen i det reflekterende team har åpnet opp for å utnytte forskjeller positivt, og for å minimalisere det destruktive ved ekspertposisjoner i psykiatrien uten at vi derved behøver å erklære at vi hverken vet eller kan noe som helst. Den skaper nye muligheter for gode samtaler som bringer alle parter videre i forståelse uten at det sentrale blir å gi fullgode forklaringer på fenomener som sannsynligvis slett ikke kan forklares.

Som arbeidsform i direkte klientarbeid blir det reflekterende teamet imidlertid svært ressurskrevende, og utfordringen blir å bevare dens positive sider i mer avgrensede terapeut-klientrelasjoner. Som en utpreget praktisk person har Tom selv vært den første til å møte denne utfordringen. Han har utviklet ideen om en reflekterende posisjon, der poenget blir å åpne opp for å trekke seg bort fra samtalen og dens innhold og snakke om selve samtalen eller komme med assosiasjoner til samtalen i en uforpliktende form. Terapeuten kan reflektere over egen tvil i forhold til om dette er en samtale som bidrar til noe

konstruktivt. Klienten kan, på sin side, utfordres til å reflektere over om, og evt. på hvilken måte, samtalen som den foregår i øyeblikket, eller har foregått en periode, synes meningsfylt eller ikke, og til å kommentere fritt på terapeutens ideer. For meg innebærer en reflekterende posisjon også at terapeuten kan komme med egne erfaringer, egen kunnskap og ideer som kanskje kan være nyttige for klienten, i en form som tydeliggjør at klienten står helt fritt til å plukke opp det som måtte være nyttig.

Hvis ikke noe av dette skaper bevegelse, kan en tredjeperson inviteres inn for å styrke den reflekterende posisjonen ved å intervjue begge parter om tanker og følelser i forhold til samtalene. For meg har dette vært fruktbare arbeidsmåter, som har bidratt til å opprettholde et åpent rom der min egen autoritet minimaliseres og klienten kan oppleve seg som ekspert på seg selv, selv i en dyadisk hjelper - hjulpet relasjon.

Til slutt noen kommentarer til åpningen av forskningsrommet, som er noe av det jeg oppfatter at Tom er mest engasjert i akkurat nå. Det er kanskje det vanskeligste rommet å åpne, iallefall innenfor en akademisk ramme. Igjen vil jeg peke på betydningen av å utvide grensene, som f.eks. ved å ta på alvor klienters og terapeuters muligheter for å være samforskere og ikke bare objekter for andres forskning. Hvis vi tar på alvor at mennesker er de eneste som kan være eksperter på seg selv, hvorfor skulle de ikke også kunne være de fremste eksperter på de elementene i terapi som er betydningsfulle? Dette utelukker selvsagt ikke at kvantifiserbare data og objektive mål også kan gi oss kunnskap som kan være nyttig, men det er det hegemoniske ved denne type forskningskriterier som skaper det lukkede rom. En takk til Tom fordi han utgjør en forskjell som er viktig i dette faget. En takk for alle provokasjoner, og for at han uavlatelig og ustoppelig står på for å tøye grenser.

TREATING PSYCHOSIS IN WESTERN LAPLAND:
REFLECTIVE PROCESSES AND OPEN DIALOGUE INSTEAD OF
HOSPITALISATION AND HEAVY MEDICATION

Jaakko Seikkula, Jukka Aaltonen and Birgitta Alakare

The main theme of this chapter is to describe the family and network centred psychiatric treatment system in Western Lapland of Finland for 72 000 inhabitants. Specifically the aims are:

- 1) To introduce the idea of considering psychotic behavior as one narrative of the present interaction where the "reason" for psychotic behavior exists;
- 2) To introduce the idea of open dialogue as a main principle in organising the treatment of psychotic problems;
- 3) To introduce the first results of a research on this kind of treatment system in acute psychotic cases.

"Psychosis" as an active way of behaving

A possibility for integrating different perspectives and different treatment methods has been presented in Finland by the team conducted by Yrjö Alanen (Alanen et al., 1986, Alanen, 1993) when they speak about the need-specific-treatment. Each problem is treated by choosing treatment methods fitting to the actual context and to the actual problem. The main incident is the treatment meeting (Alanen, 1993; Seikkula et al., 1995) where a combined discussion with the team and the patient and his social network aims at increasing understanding about the problem and at developing treatment plans. The choice of the different treatment methods is also made in open discussion. The crucial differentiating factor in the integrated view is that the actual therapeutic context becomes a part of the treatment, and it is no longer a question of applying some special therapeutic method only but, also, of considering one's own position in the mutual interactional system.

In the treatment idea developed in Western Lapland province one central deviation has become if psychosis is seen as a pathology or as patient's active attempt to adapt and manipulate his environment. A patient behaving psychotically becomes an active

agent who is not merely a victim of some disease. Between the different theories and perspectives describing psychotic behavior there are no irreconcilable conflicts, but different perspectives and different therapeutic methods developed on the basis of these perspectives are different voices of the same problem. This idea was the prerequisite for the treatment team being able to open its boundary to the patient and his family by means of starting an open discussion, while family is present all the time, couple them as new voices in the mutual system. Psychosis is no longer seen as some independent quality in the patient, but as one voice of the therapeutic interaction taking place at the moment.

Psychosis and social constructionism

Neither among constructivists nor among social constructionism there have emerged descriptions about psychotic problems called by that term. One reason for this could be the thesis that schizophrenia or psychosis in itself as an independent phenomenon does not exist, but, in every situation where this term could be used, the observer has termed one kind of behavior by that name. Giving some general label has been avoided in order to examine the therapeutic problems occurring in language, in the process where meanings are created.

In general, the description about psychological phenomenon takes place in language and outside the language, we cannot observe or describe any reality. In language we describe incidents, acts, and emotions; descriptions beyond these are already interpretations about something which we cannot observe. So the term psychosis describes something which is not implied in the description by language, it is an interpretation about a phenomenon upon which it has been agreed that they fit in with each other. For instance, Tom Andersen noted in a lecture that he does not see the patient as psychotic but as fearful. If someone says that he is persecuted through TV he is describing his extreme fear and the listener should respond to his fear, not to his psychosis. Fear is an observable emotion, the term psychosis is an interpretation of its effects on the patient.

One quality of language is that it is always embedded within the actual interaction, the conversation creates the meanings of the handled issues. This emphasises the equality and responsibility of each participant in the conversation and thus the patient is an equal voice among others. His psychotic story is one story of all the stories given in one situation, and the aim of therapeutic conversation is to generate dialogue between these different stories. If he starts to speak in a psychotic way during the discussion, he becomes psychotic in this conversation which means the "reasons" for his psychotic behavior can be seen in this conversation.

On the other hand, in a psychotic story there always is implied a possibility for new type of meanings since the patient reaches in his experiences something in the life of those nearest him which is unreachable or unspoken for them. Those experiences do not yet have words and therefore the way to be expressed is a metaphoric one. So, as Karon and Vandebos (1981) note, "in his hallucinations the patient repeats either directly or in a metaphor some terrible situation of his past including feelings of threat or terror." If the psychotic story including those kind of experiences is heard in an equal dialogue the recovery can begin. The odd behavior of the patient can be seen as a sign that he has not been able in language to handle the terrible incidents or the terrible relational totality. For that reason his language begins its living within the experiences of the participants of the treatment meeting since no one who listens to his story or observes his behavior can unambiguously explain his behavior (as could be happen, for instance, in an anxious story) but a part of it stays in the form of a metaphor.

By naming some behavior psychotic the observers become responsible participants in the conversation and in the problem-creating-system. The discussion between different opinions begins to create polyphonic explanations about the patients behavior and on the basis of these polyphonic explanations understanding can be created. Adapting Voloshinov's (1973) notion: "mere recognition of patient's odd behavior is not

understanding, understanding is created in conversation between different observers of the odd behavior."

Psychosis as functional rule

Russian linguist Voloshinov (1973) describes the relationship between the form of language and social context. Each sign and each meaning of these signs, are formed in social organisations of human interaction which means that each social organisation creates its own language in its own special context. Each patient brings with him his own way of acting in therapeutic conversation which way of discussion can be understood as functional rules controlling the way of acting in the beginning of conversation in each special situation.

The psychotic behavior is the crucial part of his functional rules which should not be seen as some quality of his personality or as a part of some inner structure, but they are associated with his behavior with the outer world. Of course, some times, psychotic behavior is also associated with patient's behavior with his inner world if there exists some neurologic damage or alcohol/ drug delusions. In either case the listener can see the odd behavior or see the patient discussing with some voices, but the observer cannot observe some deficiency in psychological or in neurological structure. The functional rules are observable to every participant in the conversation, they are the combination of the rules according to which the patient co-ordinates his behavior. Every other participant, also, has his/her own functional rules and in therapeutic conversation each one couples himself with others in the way determined by these rules. As Bakhtin (1981; 1984) has noted, "these rules are not a permanent structure but, instead, they are constantly tied to the actual situation, each situation creates its own language."

Patient aims at creating a monological language (Markova, 1990; Seikkula, 1993; Seikkula et al., 1995). When dealing with their terror, the individual aims at withdrawing into his own world where the meanings are created in inner monologue. The dialogical exchange with the outer world becomes impossible, at least with the most difficult emotions. (Catatonic state is the

nearest state of perfect monologue, but it never fully succeeds since the patient in some amount communicates with the outer world all the time (Karon & Vandebos, 1981)). The treatment of psychotic patient consists of generating more and more dialogue between him and the outer world.

When the patient acts according to his functional rules, his psychotic experiences, also, begin their living in this co-evolving system. The nature of the co-evolving dialogue determines if the patient needs psychotic stories since the sense of terror behind psychotic behavior is embedded in the actual conversation. If the patient answers psychotically the conversation about these themes is at the moment too dangerous for him and since the team can only change its own behavior, it can, for instance, by reflectively discussing with each other construct new language which makes the world more secure for the patient and for his social network.

Therapeutic conversation creates a place for that kind of reflective process where the participant can proceed with his/her own process. One part of the reflective process is the team's internal discussion which gives the family members a chance, in their inner dialogue, to see their problematic situation in different way.

But since everything is living in co-evolution with the patient and his network, the team is all the time only a part subject of the new story. In some cases this means that nothing helpful at all is achieved, in some cases it seems impossible to construct new, more secure conversation. In the co-evolving process the team becomes entangled with the family's functional structure and the same story continues. In the study (Seikkula, 1991) it was noticed that if the co-evolving process did not start well at the first treatment meeting, it was difficult to change in the course of the treatment.

The case of furious young man

Sakari is one case in the API- research project (see below). His family had noticed odd behavior during the week before contacting professionals. Sakari came alone into the mental

health outpatient clinic and the first treatment meeting started by the following discussion: (There were present two nurses, N1 and N2, and doctor, D)

N1: Where should we start?

S: The whole.... I cant really remember anything.

N2: Has it long time been so that you do not really remember anything?

S: Well... I don't know if it has went that way after midsummer. I do remember if I've been in contact with someone, what has been done in the course of life. But then when I leave my place, I don't know if I even was there, only suddenly come into sight and find myself here and so...

N2: With whom are you living?

S: I've been living by myself but now I've gone to my parents.

.....

N1: Whos idea it was that you came here?

S: Well... mothers.

N2: And what was mother worried about?

S: I don't know if I've been talking with her. I cant remember really anything. I have a feeling that I have even hit someone, but I cant ever remember.

N2: Has someone said it to you?

S: No... I am paranoid and one thinks that something has happened.

Until this Sakari's story seems coherent and understandable. He is by himself telling about his anxiety and the difficult

emotions. Then suddenly the coherence in his utterances disappears, as can be seen in the following sequence.

N2: What about father, is he worried about some specific issue.

S: I don't know but yesterday evening when we were looking at TV he went for sleeping and in the morning he had went for his job.

N2: And what was the situation then?

S: I was afraid, I was quarrelling well with that type of guys, they have the key to my place and them.... they were fucking the asshole on July and did all this kind of things.

N2: On July?

N1: Were they familiar to you or your pals?

S: ... a part of them were pals, they are doing things like that they make you drink some stuff and force in fucking animals and afterwards blackmail you.

N1: Blackmail what?

S: To blackmail for instance someone to look at if they, for instance, have taken some photographs some time. They themselves attacked, not on me but on those who visited my place and then blackmailed those and... they can come to me.

D: What would they want from you?

S: If they think that when there are familiar policemen, that's a thing I remember when I was there on the bank, they tried to force... where they threatening by gun?... they were slashing my balls with the knife and every other place and it should have been done....

After a interview about incidents in Sakari's life he suddenly begins to tell about his incredible experience about guys who "were fucking the asshole". This happens just after Sakari was asked if his father is worried about some specific issue. He said that his father had gone away when he woke up in the morning. Afterwards it seems clear that Sakari's psychotic story had something to do with the theme if the father is worried about something. Perhaps also the theme father being absent in the morning aroused some fear, because later by the treatment process father's heavy drinking problems and mother's and father's conflicts came evident. The "reason" for Sakari's very fearful and psychotic story is brought by the team when they asked if the father is worried about something. Of course, this type of questions cannot be avoided, the team cannot know in advance how to behave without arousing fearful experiences. Team's task is to understand which kind of themes arouses psychotic stories.

Sakari's story becomes more and more violent and simultaneously the structure of the sentences dissolves which can be seen as a sign about Sakari's overwhelming fear and confusion. In the beginning the team asked very concrete questions about Sakari's life and the story was coherent and understandable. It seems, also, that dialogue could be possible between Sakari and the team but this situation is radically changed after Sakari remembered his father being absent in the morning. The story turns more and more threatening and psychotic and the team's confusion grows in the course of discussion. One possibility to take charge of the situation could be team's internal reflective discussion, but each one acts independently from each other which leads to a situation where Sakari is dominating the conversation.

From monologue to dialogue in therapeutic conversation

The conventional psychiatric system can be seen as an example of monological language because all the considerations and plannings and decisions were made on the side of the team, within the treatment system, and the family did not have any place in that process. The treatment meeting-idea is dialogical

in the sense that a joint process is established from the very beginning of the therapeutic discussions.

An example of a monological dialogue is the diagnostic interview of a physician where the physician has to be in dialogue with his/her patient in order to receive information about the symptoms. He/she asks questions about the symptoms in order to be able to accept or reject in his/her inner dialogue the alternatives of different illnesses. Dialogism is a presupposition that discussion can gain some inner meaning (Voloshinov, 1973; Bakhtin, 1981). The interview with a psychiatrist (and other professionals among psychiatry) also often takes monological form, since the psychic symptoms or other problems create an internalised sense only on the doctor's side, but he/she could change this monological context by commenting personally on the answers of the patient. Language comes true between oneself and the other speaker in a social reality. When monological utterances are used, they do not gain any internal meaning or understanding since understanding always pre-supposes dialogue (Voloshinov, 1973). When answering in a dialogical way by, for instance, commenting personally on the patient's story, the psychiatrist could evaporate internal understanding about the problems (Vygotskij, 1972).

In dialogical discussion every utterance is an answer to the previous utterance which, again, waits for a new utterance as an answer to it and this chain does never become completed in the sense that some definite final outcome could be reached. New meanings arises when ever conversation is started and the discourse becomes true at the very moment when it is spoken and after that we are already in a different situation, which follows one after another in a never-ending flow.

Understanding is originated in the dialogue and without answering words the understanding of the speaker and the interlocutor cannot expand. Understanding strives to match the speaker's word with a counter word, or as Lacan similarly states: every word calls for a reply (Lacan, 1981; Patterson, 1988). The meaning of the themes under discussion belongs to a

word in its position on the borderline between the speaker and the listener (Voloshinov, 1973).

Open dialogue as the basic idea in treatment

In the conversation of treatment meeting the meanings of the experiences of the patient and his social network (or the meanings of the incidents inside the ward also) are constructed between the therapist and the client and these discourses can obtain an internal, constructive meaning for the psyche if they expand the already spoken reality or open new perspectives into it. The crisis intervention facilities rather than the hospital have become the most essential sites for this kind of work. The mobile crisis intervention teams - altogether six units for 72 000 inhabitants in Western Lapland- have as a guiding principle to organise the first meeting with the patient and his family and other social network during the first day after the contact. If there is a question of hospital treatment, the admission meeting is arranged before the decision to admit (voluntary cases) or during the first day of inpatient treatment (for compulsory admissions). The patient, relative or referral agency contacts our mobile crisis intervention team which then initiates the first meeting. Any members of the treatment staff - both outpatient and inpatient staff - who have previously participated in the patient's treatment will be contacted and will join the team, if possible. This team takes charge of the whole treatment sequence regardless of whether it is taking place at home or in the hospital. The hospital boundary is thus made flexible in two ways: (1) the team consists of both inpatient and outpatient staff and (2) the team continues its work after treatment in the hospital has ended.

The aim of therapy is to create a new, joint language based on the experiences of the patient and those nearest him. In constructing the new language, the treatment meeting has three important functions; (1) to create the space for joint experience by means of gathering information about the family's life and the events that led to the hospitalisation in such a way that all the team members are expected to participate in the interviewing; (2) to comment the observations made by the team

members by means of openly discussing within the team what each one thinks about the family's behavior, about the relation between the family and the team (e.g., different opinions about the treatment) and about the different views between team members; (3) to contain difficult feelings the problem may call forth in team members since by discussing different ideas arising during the conversation the team can make dangerous issues less dangerous for themselves and for the family (Seikkula & Sutela, 1990). The aim is to improve understanding about the problem and its context, all discussions and decisions are made together simultaneously with the family and within the staff.

All participants in the meeting have their own truths about the theme under discussion and every utterance has an equal value in building up a polyphonic truth; it is not aimed at one solution but at generating a dialogue between the different voices (Seikkula, 1993; Bakhtin, 1984). The task of the meeting is not to decide which opinion or voice is the right one but, instead, to generate dialogue between the different voices and thus make joint understanding possible.

At the treatment meeting the dialogism and the double- or multi-voiced discourse becomes the co-ordinating factor of our clinical practice. The treatment meeting differs linguistically from the conventional family therapy session in the way that both (or all the) parts accommodate their own behavior to the behavior of the other part, the interaction of the participants is based all the time on what was previously expressed by one participant. The other co-ordinates its action according to the answer of the other one and thus the conversation at the meeting becomes open and endless. The team does not plan the themes of the discussion or the way of acting in advance without the family, but in the actual situation and under the "pressure" of the family.

The study of acute psychosis in the new treatment system

The specific Finnish national API-project (The Integrated Approach to the Treatment of Acute Psychosis) consists of first episode psychotic patients. In western Lapland - one of the six research centers - the specific task has been to avoid neuroleptic medication in the beginning and to treat most of the cases in outpatient settings. The following table (Table 1.) describes the material from the first research year and its follow-up period of 2 years.

Table 1. FIRST EPISODE PSYCHOTIC PATIENTS 1.4.92 - 31.12.1993, follow-up period 2 years

Inpatient Classes	days n	Neuroleptic Medication		Treatment completed
		Start	Disc.	
0	16	1	1	13
1-10	7	1	1	5
11-30	2	7	3	0
over 31	10			1
Total	35	9	5	19

¹ :medication discontinued also

Out of 35 cases seen, a great majority have been treated in an outpatient setting, and only 10 of them had more than 31 hospital days. Nine of the cases had been in the hospital for some time (between 1 and 30 days) which often means this was a non-voluntary referral or there was a need to guarantee safety both for the patient and for his/her family during some critical days in the crisis. An about half of the patients (16/35) had no hospital contact at all.

During a two year period the treatment was completed in 19 cases and in the rest of the cases treatment continued over the two year period. These can be seen as the most difficult cases. Neuroleptic medication was used in 9 cases and 5 of these had discontinued the medication. Neuroleptic medication was not necessary in most cases, and if it was used on some occasions, it was also discontinued in most cases. Most of these were in the hospital which means that neuroleptics were used probably in the most difficult cases. There arises, however, a question whether the medication is more automatically used in inpatient setting without enough consideration of other alternatives for taking care of psychotic outbursts at the ward. In two of the cases, violent behavior became a problem in the ward and in three cases at the patient's home. In some other cases there was a fear of violence.

After two years psychotic symptoms were not present in 24 cases and mildly present in seven cases. Out of 35 patients four had still quite severe psychotic problems after two years treatment. In Table 2. can be seen that 20 of the all material were diagnosed as "schizophrenia" and the psychotic problems in the follow-up interview were present in these patients while non of the reactive psychotic and other shorter psychotic cases had symptoms. In the same table can be seen that the psychotic symptoms were present independently whether neuroleptics were used or not.

Table 2. FIRST EPISODE PSYCHOTIC PATIENTS 1.4.92 - 31.12.1993. Psychotic symptoms rating after two year, compared with diagnosis (DSM-III-R) and medication

Variable	Psychotic symptoms after 2 years					Total
	0	1	2	3	4	
Diagnosis						
-schizophrenia	9	7	2	2	0	20
-other psychosis	15	0	0	0	0	15
Medication						
-neuroleptics	5	1	1	2	0	9
-other or none	19	6	1	0	0	26

Classes of psychotic symptoms (Salokangas et al., 1991):
 0=No symptoms;
 1=Mild symptoms almost all the time or moderate occasionally
 2=Moderate symptoms for some time;
 3=Prominent symptoms for some time or moderate for all the time;
 4=Continuous prominent symptoms.

In the end

The main aim of this paper has been to demonstrate the possibilities of open dialogue and reflective processes in the treatment of most difficult psychiatric problems. The presented results of the study are suggestive and no fixed conclusions can be made of them. But perhaps the experiences in Western Lapland supported by the studies indicate that new elements are emerging in the field of psychotherapy. In psychiatry, biological research is not the only perspective for finding new resourceful aspects into the development of the treatment, the same type of process is taking place in the field of psychotherapy.

References:

- Alanen, Y. (1993) Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito.
uva: Wsoy.
- Bakhtin, M. (1981) The Dialogic Imagination, ed. M. Holquist.
ustin. University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984) Problems of Dostojevskij's Poetics.
anchester University Press. Theory and History of Literature,
Volume 8.
- Karon, B. & Vandebos, G. (1981) Psychotherapy of
Schizophrenia. Treatment of Choice. New York. Jason Aronson.
- Keränen, J. (1992) The Choice Between Outpatient and Inpatient
Treatment in a Family Centred Psychiatric Treatment System.
Summary. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and
Social Research, 93.
- Lacan, J. (1981) Speech and Language in Psychoanalysis.
Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- Markova, I. (1990) A Three-Step Process as a Unit of Analysis in
Dialogue. In I. Markova and K. Foppa (eds.) The Dynamics of
Dialogue. London: Harvester.
- Patterson, D. (1988) Literature and Spirit: Essays on Bakhtin and
His Contemporaries. Kentucky: The University Press of
Kentucky.
- Pattison, E., Pattison, M. (1981) Analysis of a
Schizophrenic Psychosocial Network. Schizophrenia Bulletin.
7, 135-143.
- Seikkula, J. (1991) Family-Hospital Boundary System in the
Social Network. English summary. Jyväskylä Studies in
Education, Psychology and Social Research, 80.
- Seikkula, J. (1993) The Aim of Therapy is Generating Dialogue:
Bakhtin And Vygotsky in Family Session. Human Systems
Journal. 4:33-48.
- Seikkula, J. (1994a) When the Boundary Opens: Family and Hospi
tal in Co-evolution. Journal of Family Therapy. 16:401-414.

- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1995) Treating Psychosis by Means of Open Dialogue. In S. Friedman (ed.) The Reflective Process in Action. New York. Guilford Publication. (In press)
- Seikkula, J & Sutela, M. (1990) Coevolution of the Family and the Hospital: The System of Boundary. Journal of Strategic and Systemic Therapies. 9, 34-42.
- Vuorio, K., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993) Akuutin psykoosin integroitu hoito II: Uusien skitsofreniaryhmän psykoositapausten ennuste ja hoitoa ohjaavat kliinisest tekijät. Suomen Lääkärilehti. 48:582-588.
- Voloshinov, V. (1973) Marxism and the Philosophy of the Language. New York: Seminar Press.
- Vygotsky, L. (1970) Thought and Language. The MIT Press. Massachuttes.

'LIVING MOMENTS' IN DIALOGICAL EXCHANGES

John Shotter and Arlene M. Katz

"... the life in which we therapists are particularly interested in comprises meanings and feelings which shift all the time; they are there for a second and have passed away the next second" (Tom Andersen, MS in press, p.2).

"... at the still point, there the dance is..." (T.S. Eliot, Four Quartets)

In the Epilogue to his 1991 book "The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues," Tom notes that among the things he would have omitted if he had been writing it now, would have been the words explain and explanation: "These words belong, as I see it today, to that part of the world where the physical sciences exist," he says (p.157). In other words, the activity of explaining things belongs, Wittgenstein (1953) would say, to a particular "form of life" with its associated "language-game." As such, it is a particular disciplinary sphere of human activity in which one is always trying 'to get things right': one feels that one must act in one's practices according to a set of pre-established standards, and one must talk and write about things in accord with procedures for proving one's statements true. In this limited sphere "the movements of the inner life are so slow that it looks as though (things are) dead," Tom adds (p.158). In contrast, "the world that we who use dialogue as a 'method' for change work in is composed of living people and their meanings... If I had written the book today, the words explain and explanation would have been replaced by understand and understanding," he writes (p.158). For, to continue Tom's comparison, human problems in psychotherapy are not addressed by seeking new facts or new pieces of information, but by trying to help our clients create new ways of understanding, new ways of connecting or relating things already known to them. In such a process as this, "we want to understand something that is already in plain view. For this is what we seem in some sense not to understand," says Wittgenstein (1953,

Wittgenstein (1953, no.89)... the other possibilities open to us that our current forms of talk make unavailable to us.

In this celebration of Tom's work, we want to draw attention to the central value he puts on living activities and processes. We would like to try to fashion a new way of talking and writing that reflects this same value: that relates to human phenomena - not as something dead, to be talked about - but as something living that must be related to in a living way. As we see it, words do not on their own do anything: they do not stand for things, nor represent ideas. They have a meaning only in those situations in which living human beings make some use of them in relating themselves to other living human beings. In these situations, living people bodily respond to each other's utterances and voicings, and in so doing, not only do they relate themselves to each other, but they also relate themselves to their surroundings. However, as already completed patterns, representations of such voicings and utterances risk lying dead on the page (or in the reader?). They lack a living involvement with their surroundings; they do not point or gesture toward anything outside themselves. But, if we view people's words in their speaking as deeds, as actions, as doing something - rather than as already spoken forms or patterns - then we can see people's living, voicing of their words as serving "countless different kinds of use" (Wittgenstein, 1953, no.23). And as Tom says: "The speaker is touched by (certain) words as they reach her or his own ears. Some words touch the speaker such that the listener can see the talker be moved" and, we can add, that as speakers, we can sometimes see listeners moved by our words too - they occasion a shift in a person's way of being, a switch to a different form of life, to a different way of relating oneself to both others and one's surroundings.

And one way in which we can move others, is 'through' or 'with' the saying or writing of certain words at certain moments to draw our joint attention to aspects of their own sayings and doings, to particular details of their lives, that might otherwise pass both them (and us) by unnoticed. This relational-poetic way of talking is in fact - as we shall show

- already a part of Tom's psychotherapeutic practice. We feel it is important to draw attention to it here, however, as it is a way of talking that leads to a kind of understanding that is both extraordinary (in the sense of it is still unfamiliar in our talk and writing 'about' understanding) and ordinary (in the sense of it being utterly commonplace) at the same time. We shall call it a "responsive-relational understanding" (Katz and Shotter, in press) whereby that term, we shall simply mean the kind of understanding which, as Wittgenstein (1953, no. 122) puts it, "consists in 'seeing connections'." It is a form of understanding that begins in just those moments when a speaker may pause and await another's response to them. For it is in such moments as these - if we are not just to act routinely and mechanically, according to pre-established demands - that we must responsively bridge a gap or an opening. And to do that, we must spontaneously create a connection or relation appropriate to the unique circumstances at hand.

But more is at work in these moments in which, to use Bachelard's (1991) terms, a new "poetic image" suddenly originates, in which a new "flare up of being in the imagination" occurs. For, to be 'struck', or 'arrested' by another's words, is not just to responsively understand them in terms of a single kind of connectedness, so to speak, a single form of life - thus merely to elaborate its rule over all else - but to find oneself resonating to a whole multiplicity of other possibilities. These are the moments that Tom explores when he notices a shift in a client's being (in relation both to him and to their circumstances) as they utter a certain word. And he asks: 'If you looked into that word, what would you see?' "Answers to these kinds of questions have let me learn that there are always emotions in the words, there are other words in the words, sometimes sounds and music in them, sometimes whole stories, sometimes whole lives," he says (MS in press, p.6). For such words can take a grip on our being to such an extent that we can find ourselves 'possessed' by them; and as we continue to respond to their reverberations in us, they can change us in our being. As Bachelard (1991) puts it with respect to a poem: "In the resonance we hear the poem, in the reverberations we speak it, it is our own. The

reverberations bring about a change of being. The multiplicity of resonances then issues from the reverberations' unity of being... The image offered us by reading a poem now becomes really our own... It becomes a new being in our language, expressing us by making us what it expresses; in other words, it is at once a becoming of expression and a becoming of our being. Here expression creates being". And it is to the special nature of such poetic images originating in arresting moments - to their possession of a fullness of sense, of seeings and hearings, of touchings and feelings, of flavors and smells, and so on - that we wish to draw attention¹.

Three vignettes

In order to have something to think with or through, we would like to begin with three moments that we were arrested by in practice.

In a halting but increasingly clear voice, in the reverie following a reflecting process consultation (in which Tom was in fact the consultant), after the comments of the reflecting team, the wife in a couple offered:

"It's the tenderness...that's something that is real easy to lose sight of...It gives me the ability to take a deeper breath and go back into the world... It's like hearing English again in a foreign country..."

Another client, at the end of a session in which he had been invited back to reflect on the practice of psychotherapy as he had experienced it, on how things were currently for him, and on what he was now struck by, said:

"Though who I am is nebulous and still emerging, I am no longer confused and lost. The pain that's part of my life is now a sense, not a fixed concept... Maybe something has changed in me that I don't have to know... there are so many mysteries... like life has so many mysteries..."

And in a medical teaching setting, in the course of reflections following an interview, an elderly man - who had been invited

in, not for therapy, but to help medical students learn about interviewing² - shifted from expressing his sense of despair to being a teacher, to telling the students the meaning of an ordinary, but crucial experience for him in his life:

"I think that's true of anyone in a nursing home if there's no place for them to go, they just begin to wonder, 'What good am I?,' I think that's a natural thing."

And in the course of its telling, in the change from 'patient' to 'teacher', his body changed, from that of a man in pain, withdrawn from the world, to that of an active agent, engaged in the life around him.

There is something special, we feel, in the voicing of utterances such as these. They are voiced by people who are speaking, not only for themselves, individually - as they had previously - but now also, with others. Instead of merely talking about themselves, what they say is voiced 'into' a conversational space between them and the others around them; their talk is now relational. In moments such as these, rather than simply having to play out a role assigned them in an alien reality, people feel able to play an immediate and active part in the joint constructing and elaborating of a shared reality. Whereas, previously they had talked mainly of their own past pain and disorientation, their own past confusion, they are now exploring something that has become important to them from within the shared moments between them and the others around them. The first reminds us of how easy it is to lose sight of tenderness - of that special caring way in which one feels valued as a someone, as who one is, without have to 'work at it' - and how she can now take a "deeper breath," for it feels like 'coming home' in a foreign country. The second tells us that his pain has become a part of the background to his daily life, not a foreground 'thing' demanding his continual attention. The third wants to tell doctors an important fact about the lives of those in nursing homes. And there is now a fluidity and energy in their voicing of their utterances, a bodying forth of their words into the world that was lacking in their previous demeanor. Why? Because, we suggest, they have

now become participants in a special form of life; they have come to inhabit a new 'world' such that they now feel invited or motivated to give these kinds of response - a 'world' in which they feel they are safe, in which they have a rightful place.

But what has occasioned such a change as this? What occurred, moment by moment, such that this form of life - in which they feel 'at home' and are now energized to go on with new options, with a new stance - came to replace their previous forms of life in which they were 'stuck', 'imprisoned', 'silenced', or just otherwise 'reduced' in some way. Indeed, to go further, what is it about the 'atmosphere' created in this way of working, of people interrelating with each other, such that its effects can appear, not only in psychotherapy, but in many other different domains: in medicine, clinical work, research, teaching, and in ordinary, daily life? How might we get a grasp, a sense, or a 'picture', of this kind of 'world'? And, is there is something special in Tom Andersen's style of relating to those around him that 'invites' them into such a form of life?

Tom, in his writings, has, of course, discussed the nature of the issues involved here, drawing his inspirations in the past from Bateson, Maturana, and Goolishian. Stimulated by Harry's turn to Wittgenstein and to a more 'conversational' stance - he emphasizes a way of talking with people that is a poetic, lively, involved form of talk. Thus, rather than metaphors emphasizing a single order of connectedness, Tom uses living, moving, feelingful metaphors, such as, exchanges in conversations as the rhythms of inhalation and exhalation of breath, of words as 'touches' or bodily 'movements', of them as having a 'forming' as well as an 'informing' part, and so on. For, as Tom sees it, "talking is a bodily activity, 'and the whole body is formed or re-formed in the moment of an utterance... Life is therefore 'composed' of small events, which, each of them happen only once" (MS in press, p.7); and in this process, "language and words are like searching 'and shaping hands," he says (MS in press, p.7). Indeed, in our use of language, in our speaking of our words, we embody a way of

proceeding, of 'going on', of orchestrating the flow of our energies, a rhythm of acting, shaping, stopping, reflecting, switching positions, revising, looking back, looking forward and sideways, and so on - we embody ways or styles of responsively relating to our circumstances, shifting between different activities at different moments.

Tom's noticing of 'moving moments' in dialogue.

Central to our whole celebration of Tom's style here, then, is our noting of his focus on certain phenomena rather than others: those to do with the fact that we are living. And, just as Wittgenstein (1981) claims that "only in the stream of thought and life do words have meaning" (1981, no.173), so Tom also claims that "every word is part of the moving of the body. Spoken words and bodily activity cannot be separated". Or, to put it another way, "language lives only in the dialogic interaction of those who make use of it" (Bakhtin, 1984, p.183). And there are two points that he especially emphasizes that we would also like to mention: One is, that he attends to the relations between bodily rhythms of breathing and the rhythm of people's shifts between listening, thinking, and talking, the small pauses before the start of inhaling and the start of exhaling, and so on. Indeed, "there are so many similarities between the exchanges of conversation of a fellowship and the exchanges of breathing of an individual that I let the understanding of one," he says, "inspire the understanding of the other... During the cycle of conversation one also (as in breathing) needs a small pause before talking (acting) and a small pause before listening (sensing)... Conversations needs pauses, enough for the thinking about the process of the conversation to take place." About such pauses Bakhtin (1986) remarks, "these pauses differ essentially from both grammatical and stylistic pauses... One expects them to be followed by a response or responsive understanding on the part of another speaker". Indeed, without such pauses, without others responding to details and nuances, without participants taking the time needed to let each other's utterances resonate within them, the conversation between them cannot be a caring conversation. Witness in this connection the words of the first woman mentioned above: for her too, the ability to 'go back

into the world' is associated with the ability to take a deep breath again, to pause, to be able again to take time to 'take in' what is around her.

Tom also notes the fact that "the body works without the mind's noticing it"; or, to put it another way, that "an interesting overall discovery 'over the years has been that practical changes occurred first... 'and are followed by attempts to understand the changes...". Indeed, Tom quotes Harry Goolishian as saying: "We don't know what we think before we have said it" (MS in press, pp.7-8)³. In this respect, not only the remarks of the second client are noteworthy - that something has changed in him that he's not wholly aware of - but also his attitude toward his lack of knowledge: it doesn't upset or disturb him. In fact, as we shall see, he's 'intrigued' by it; it opens a door to new possibilities. To put it briefly: In this sphere, our practices of a new life often seem to precede the theory of them. Indeed, as we shall suggest, once we understand how to reflect on our life's practices... in practice... we can then reflect on our living of our lives... as we live them... moment by moment... rather than, as it were, having to take 'time out' from them, and to view them as if from afar, in terms of a theory.

In making such observations as these, Tom, we feel, has drawn the attention of all of us to something very crucial in the therapeutic process that has not yet been sufficiently articulated or elaborated: the momentary, bodily 'moving', not-easily-picturable, 'living' nature of our conversational practices. He emphasizes the momentary, shifting nature of our responsive-relational understandings. For, as living beings, we cannot be indifferent to the world around us. We must continuously react and respond to it directly and immediately, whether we like it or not, without having 'to work it out', and in so doing, we connect and relate ourselves spontaneously to our surroundings in one way or another. Indeed, it is this that gives the human voice its power: As we give voice to our words into the world, it is not just the static form or the picturable patterns of our words that is important; but our unfolding bodily movement in their production. The others

around us cannot not respond to our voicings, to our utterances. Thus others, in our presence as individual, active "I's," do not move independently of us; their movements are not wholly their own; they are 'colored' by our, individual movements - but our individual movements are also 'colored' by theirs. Thus, the momentary movement between us is not individually ours or theirs alone, but ours as a "we"⁴. In fact, as a result of our involvements in such moments, we come to embody a certain selective sensitivity, a sensibility, a way of reacting and responding to our surroundings. And these jointly shared backgrounds are the "seen but unnoticed" (Garfinkel, 1967, p.41)⁵ backgrounds to all else that happens between us⁶.

Tom's talk of such bodily inter-activities is indicative, we feel, of the fact that all changes in the being of an individual, in their sensibilities, originate in joint, social, or dialogical exchanges, in processes that go on, not first as ideas in one or another person's head, but are woven into the fabric of activities between them, in their practices. Indeed, what constitutes a life with a living flow to it, a life in which one does not feel 'stuck' or 'imprisoned' within a stagnant backwater, is a life in which one feels one understands what is occurring as it occurs, a life in which one can continually creatively respond to the novel and unique features of one's circumstances in an ongoing, shifting manner. Such a form of life seems to involve in its practical conduct just that kind of 'orchestrated' understanding which, as we have already noted, that consists in 'seeing connections', first in one way and then another, which we have called a 'responsive-relational understanding'.

The nature of this kind of 'shifting', 'mobile', relational form of understanding^{7,8} maybe unfamiliar to us - at least against the traditional theoretical and philosophical background of what the nature of our understanding is usually taken to be, i.e., as some thing 'in' our individual heads or minds, rather than something 'in' our social practices. Thus we must try to point out its singular, but nonetheless, everyday 'living' nature straightaway: Consider, for example, living in

a city. After a while, we can develop such a 'sense' of the relations between its streets and squares, and so on, that we can 'move around' in it with a degree of comfort. That is, we can 'go on' from where we are to where we want to get to, without it ever being necessary for us to be able to bring to mind a single, overall, fixed picture of it. Our use of language is somewhat similar: we are confident in our interrelating of its parts, and in relating our use of it to our current circumstances, but we cannot say in any simple sense what its nature as a unitary whole is. As 'in' our journeys through our city so in our talk: we just simply and continually show that we 'know' it in our continual use of it. Indeed, we can exhibit such relational forms of understanding in the same 'moment-by-moment', practical way - i.e., in practice - for instance, our knowings of what a person is, a society, a self, a mind, or a relationship; the style of an artist's paintings, a genre of writing, our grasp of a philosophy or a theory, etc, and so on.

These are all concepts with "blurred edges" (as Wittgenstein (1953, no.71) put it in discussing our knowledge of games); they are 'things' or 'styles' that we know in practice, without the practice yielding up to us, any single, fixed and distinct picture upon which it is seemingly based. Thus, if we do have to explain to someone what "games" are, we cannot do it by giving a simple definition or single example; we give a whole range of examples. As Wittgenstein (1953) remarked: "One gives examples and intends them to be taken in a particular way. - I do not, however, mean by this that he is supposed to see in those examples that common thing which I - for some reason - was unable to express; but that he is now to employ those examples in a particular way" (no.71). And the fact is, there are many living human activities, practices, of this kind, in which never seem to come to possess a single, overall, final, fixed, God's-eye-'picture' of their overall character. Yet, we can often become fairly sure of the kinds of phenomena that nonetheless will 'belong together' to make up a whole. So, although we cannot form a simple, describable image - for there is always something else any such a image always fails to capture - we are nonetheless able to continually and

confidently 'make connections' in various spheres of activity as required in practice. In other words, what we grasp in our living involvements with cities, language, with a collection of paintings, with a friend's behavior, with all human phenomena that are in some sense in a living relation to each other, is an embodied way of acting in relation to them, i.e., what we have already called either a form of life, or a practice.

This is why the differences that make a difference (Bateson, 1972, p.453) are so hard to locate and to identify in such forms of understanding. For the differences are not to be found in static pictures, nor in fixed inner mental representations or ideas, but in the moving, momentary, dialogic, living relationships that occur in the streams of life between us. Or, to put it another way, the new ideas, or thoughts, or images that we think of as coming to guide our ways of acting in the world do not just spring into our heads 'out of the blue'; they originate in differences (in relations) which have a sensed connection: whose origins are to be found in our spontaneous, unnoticed, responsive or dialogic bodily reactions and relations to our surroundings. Where, as Tom (1991) says, a idea has the character of a "glimpse," a momentary noticing of an aspect of a "moving picture," containing "all the qualities that correspond to the senses of seeing, smelling, tasting, touching and also sensations from 'inside' the body...". So how can we capture what is meant by such a kind of momentary understanding if we cannot capture it in a single, fixed and comprehensive picture?

Paradoxically, we can still do it by the giving of pictures, but now we must do it by the giving of two or more pictures, with the hope that the kind of understanding "which consists in 'seeing connections'" will emerge in us 'seeing' the relations or connections, the 'movement', between them. As Tom comments: "Many people have not grasped Bateson's idea. They believe that there is one correct history and one correct picture... (But) those following Bateson's idea might be intrigued by what they heard that another person saw or heard or smelled or tasted or touched in the situation - things which s/he did not notice. These new aspects of the moving 'picture' of the situation

could stimulate differences in his/her own evolving 'picture'.. And these differences contribute to the person's shading his/her moving picture". Hence his additional comment that "questions that often clarify problematic situations are those that comprise comparisons and relationships".

Putting Bateson's 'idea' in the language of ideas, however, still too easily invites, we feel, the language of static pictures; we move too easily back into talk of things hidden inside the heads of individuals, and fail once again to take notice of events happening out in the space between them. Thus, we would like to try to steer a course toward a language of momentary doings, of changing activities, of practices and movements. For if, as Tom remarks, the meanings and feelings in which we are interested are there for a second and have passed away the next, then one of the tasks of a therapist is to say something that that will help people both recollect what they already know, but now re-arranged so as to reveal new connections and relations not before grasped or even glimpsed... at the moment it will help! To do that, we must say something about the special nature of such moments. So let us begin to move in that direction by introducing the notion of dialogic, living relationships - and the idea of reflecting on our practices in the practice of them - through some examples.

Reflecting on practices in practice

"... And do not call it fixity

Where past and future are gathered..." (T.S. Eliot)

An example of the kind of momentary, ongoing circumstance that intrigues us, is mentioned in Tom's (1991) book. He writes of a meeting with a family, in which the teenage daughter of the mother's first marriage often ran away, and also did some shoplifting. The mother had had two new babies, and the stepfather seemed more attentive to his own two children than to his stepdaughter. As Tom puts it, the nature of the crucial event is as follows: "One of the team members, feeling that the teenager had been excluded from the new family, talked about how he thought the girl might feel. When he reached the words,

"Maybe she feels she is excluded," he had difficulty continuing. The feelings in the team member were so strong that he had to take several breaks to be able to finish. The family was stunned, and the runaway and shoplifting disappeared overnight".

How should we understand the family's understanding of such an event? What is it to be momentarily 'stunned', to be 'struck', 'arrested', or 'moved', by another person's words? What is occurring in such a moment? How is it, that the crucial change seemed to emerge from out of the exchange without any problem-solving thought, argument, deliberation, reasoning, persuading, etc., having to take place?

With these questions in mind, we return to the second client mentioned above: after finishing therapy, he was invited in to reflect on how things are now, as well as affording us another vantage point from which to articulate our practice in practice - another form of reflecting process that adds the voice of the client (Katz, 1991). In the course of these reflections, this young man talked of his initial sense of alarm and loss of intuition: "When I first came in, I was suffocating, now its changed in intensity and in proportion to the rest of myself. Though who I am is nebulous and still emerging, I am no longer confused and lost. The pain that's part of my life is now a sense, not a fixed concept. A lot of the time, it's just normal... It may be there but the sense of alarm is gone." This alarm - about the sudden onset of strange, involuntary, bodily movements that had at times been accompanied by shaking, screaming, and even striking himself - had been increased by the range of explanations of those he consulted with previously: a meditation teacher, body workers, a psychic, a Jungian analyst and two past-lives therapists. In contrast, he now described the recent clinical work... as "just talk," but of a particular sort: "...it was different because we just talked... we could like bite off what we could chew or something. And so we just focused on my family and things like that mostly, which was really helpful, and sort of stabilizing in a way, you know"... "It opened up new ideas... the kind of

talk we have here; on the way here I may have a thought, and it opens a new door - it just seems to fit."

As he looked back, he recounted that early on in the work the movements began to die away gradually. Though he now had a different sense, or understanding of these movements, he still could not explain them. "And maybe that's something changed in me, that I don't have to - like there's so many mysteries... " As he now spoke, this sense of 'mystery' seemed very different from the bewildering nature of his initial alarm: "You don't have to be threatened by a mystery. And before I'd felt threatened. It was like a... darkness... I was petrified by it. Now I sense a lot of depth in myself or something; somehow it's not so threatening." And when asked what he thought had got the movements to die away, there was a long, long pause; he took deep breaths, and answered:

Well... (long pause)... I'm not sure, but, maybe - though this is just a thought - it was something that was trying to draw my attention to certain things, like my relationship to my family, and once I'd started paying attention - and I know there's a lot more work, and a lot's been done - that maybe that was... kinda like a message... although I don't know, to tell you the truth... But I'm not sure how important it is to know... (our emphasis)

And, as he talked of his past experiences, he 're-experienced' the alarm of the 'movements' and loss of his intuition 'in' his talking of them. He 'showed' in his embodied gesturing of his words how the sense of ease in his body had been previously replaced by a fixed sense of disconnection. He recounted how his need to know, or sense of 'not knowing', had previously 'arrested' him, how back then, it had felt like choking - a fixed sense of terror. As he spoke now, in direct contrast, there was a sense of movement, that he could 'go on' with his life. What he was struck by at this moment had a very different character to it: rather than fixity or stuckness, there was a shifting, moving stance, a coinciding of both stillness and movement. As he moved back and forth from being in the experience to reflecting on it, new possibilities emerged, and

with it a new "sense of his own agency" (Goolishian, pers. comm). In his words, he described a journey of how his initial sense had changed from 'alarm' to 'mystery', and then to 'just one of those things': "One thing is that it's over and it doesn't really matter... Its not like arresting my life the way it was before.. it was really choking...Coming to psychotherapy was really healing... now a different thing I'm dealing with - a new day, a new problem."

Let us underscore this: the energetic way he spoke embodied a new ability to reflect on his living of his life, not just with us, but with and for himself, in the course of his living of it. His utterances contained multiple stances, and as he spoke, his movements were now fluid and responsive rather than static and repetitive. In coming to embody these poetic-relational forms of talk (as is clear from the transcripts above), rather than his body being alien to him, he became re-embodied: that is, as Tom notes (see above), he was 'struck' or 'moved' to reflect on his own words by his own very speaking of them. He shifts continually, moment by moment, between different ways of being, different 'worlds'. In such shifting moments, as we have said, there is a simultaneity of both stillness and motion. His talk is now rooted in his life's experiences - "though who I am is nebulous and still emerging, I am no longer confused and lost" - and he now speaks from within each experience, moving back and forth from the past to his present sensibility, and to possibilities for the future. And as he does so, he shifts from reflecting on new possibilities from within a past experience, to looking back on it from the present... all the time navigating in these shifts, between the past alarm, the equanimity of the present, to the possibilities he now saw in the future... In his utterances, he seems to fluctuate, moment by moment, between participating in a number of different dialogues that all, however, seem to have a similar focus... within the 'movement' of his talk, there now seems to be a "still point," a sense of where for him "the dance is." He seems to possess, not a single "poetic image" of his life's course, but a way of creating such images as and when required: "... the pain that is a part of my life is now a sense, not a fixed concept," he says. The move to this state of affairs

seemed to have been occasioned by a "something that was trying to draw my attention to certain things, like my relationship to my family..." (see note three). He has become the beneficiary of a new, dialogical way of being, a new relational practice, that was created jointly, by him and his therapist, as the openings (the gaps and pauses) unfolding in the dialogue between them were spontaneously bridged.

Thus now, it is as if this client has come to incorporate within himself a variation of the kind of dialogue involved in the reflecting process. And so doing, he can move from talking with the therapist (reflecting on her practice), to a similar dialogue within himself, and from being within it to reflecting on it, and so on. In this shifting dialogicality, he can move among and be responsive to a whole range of situated realities, and in speaking and recognizing all the different voices arising from them, he shows that he now knows his 'way about' in his own life; he has come to feel 'at home' in it. So, although he cannot predict all his life ahead of time, he is only alarmed about not knowing how to 'go on' when it arrests his life, if there were to be a fixity, a stuckness... if the 'shifting movement' in his life were to get stuck...

Conclusions

Above, then, we have focused on the importance Tom attaches to the special, living moments in people's talk when they are 'moved', 'struck', or 'arrested' by what they say, when a shift in their (and our) being occurs. As he himself remarks, "the words that prompt these movements are the ones that particularly attract my interest" (Andersen, in press, p.5). Such moments can only occur between living human beings, in reacting and responding to each other's speech, as they spontaneously bridge the gaps opened up between each other in a dialogue. They are of crucial importance because it is in these fleeting moments that something utterly extraordinary, utterly new and unique, spontaneously occurs: new "poetic images" (Bachelard) are created in the dialogical spaces between people... that can, perhaps, if responded to appropriately, become incorporated into people's ways of being in the world. The essence of a poetic image, as Bachelard (1991) notes, is its "fullness," it is "essentially variational, and not, as in the case of the concept, constitutive"; it has a sensed, complex, mobile 'shape' to it rather than a stable, fixed structure. Thus, instead of specifying a single order or dimension of connectedness, they seem to awaken indefinitely many forms of connectedness that afford unending exploration. Again, as Bachelard (1991) puts it, they take "root in us," they "become a new being in our language, expressing us by making us what it expresses"; they originate new forms of life in us.

These open, poetic forms of talk can appear, however, in many contexts, not only therapeutic ones. Indeed, because they are originating forms of talk, they can be carried outside the consultation room - witness the evidence from our second client above. For they involve ways of talking, the use of words, that gesture toward something in one's circumstances at the moment of their use. Let us finally, return to a glimpse of the old man in our third vignette above. In the initial medical interview his despair was palpable as he recounted his past experiences of being in a rehab center following surgery, and his sons came to him to inform him that he was going to a nursing home. His life had become more and more narrow and

unfamiliar to him. Unfamiliarity turned to loneliness and loneliness to isolation. A shift in his whole demeanor came, however, when, after the interview, he was included in the reflections on the interview. He began to participate in a quite different way; he shifted from being the object of their concern, to being there with them, in the moment, with something of worth to tell them. From being a patient, he shifted to being a teacher, as he, among other things offered, "Well, I would have liked to have been asked 'about going to the nursing home. I would have liked to have a try on my own. The outcome probably would have been the same, but I would have liked to try a bit on my own.'" The change in the old man's 'energy' and sense of connection was striking; he sat up, became active and alert, his attention now fluctuating between what the others were saying and what he wanted to say himself. Now, the momentary space between all present was open to a multiplicity of possibilities, to other ways the old man could 'be'. He became someone with dignity and self-worth.

Tom (MS in press) discusses precisely this circumstance as he talks about the shift from professional language to ordinary language, to the words of the client: "Neither individuals nor families is a certain way. They change all the time. In periods a family is enmeshed, in others disconnected. In some contexts social... Being a therapist it is most easy to make a family that appears happy to feel guilty and ashamed and angry... And it is not the most difficult to make a family that appears sad to feel happy. The therapist I try to be myself is not to concentrate on what the family is, but to find out, together with them, how they might live their lives differently" (MS in press, p.10). But to do this, he must help to set a certain scene, to stage a certain form of life, one of an open, creative, conversational kind that invites or affords the clients the opportunities to entertain (to play with) different meanings that are meaningful to them. How he does this, the nuances and details of it, is what we have tried to celebrate in what we have written here: how people can be afforded the dignity to explore possibilities for living their lives differently, and more fully.

Notes:

1. Elsewhere, we have called this the practice of a "social poetics" (Katz and Shotter, in press).
2. Katz, A.M. and Martin, M. (1994)
3. Here, we can add Wittgenstein's (1953) comment: "Let the use of words teach you their meaning" (p.220).
4. Elsewhere, one of us (JS) has called this "joint action" (Shotter, 1993a and 1993b). A special property of joint action is that, what is created within it, is experienced as an 'it', as an external, objective entity - not yours nor mine - that has its own kind of existence in the reality constructed between us.
5. Actually, Garfinkel's (1967) account of our stance toward the expressions of another person in our conduct of our ordinary, everyday, practical affairs - what we could call our 'relational expectancies' in common discourse - is quite detailed. He lays out the character of the connections and relations we ordinarily expect those around us to make (on the basis of what we say and do), as well as how we expect others to talk and act in allowing us to make similar such connections and relations, as follows: "The anticipation that persons will understand, the retrospective prospective sense of the present occurrence, waiting for something later in order to see what was meant before, are sanctioned properties of common discourse 'we question the talk of others when it lacks such properties. They furnish a background of seen but unnoticed features of common discourse whereby actual utterances are recognized as events of common, reasonable, understandable, plain talk. Persons require these properties of discourse as conditions under which they are themselves entitled and entitle others to claim that they know what they are talking about, and that what they are saying is understandable and ought to be understood. In short, their seen but unnoticed presence is used to entitle person to conduct their common conversational affairs without interference. Departures from such usages call forth immediate attempts to restore a right state of affairs" (pp.41-42). These properties belong to our 'methods' or 'ways' of making sense of our own and other people's behavior.

6. And these backgrounds can be of varying extents, stabilities, durations, and depths: from our shared cultural background to the briefly existing background to a once-off conversation. It is these 'background' phenomena - just because they pre-exist and make possible everything we talk of as existing - that are so hard to grasp.
7. Elsewhere, one of us (JS) has called it a "knowing of the third kind," to distinguish it from the knowledge possessed by individuals of either facts or skills (Shotter, 1993a and b). However, this may be misleading. For, while theoretical and practical ways of knowing can give rise to 'bodies of knowledge', this way of knowing does not; it is never-ending; it does not give rise to a third kind of knowledge. It is always opening up new horizons of possibly new relations and connections. It is a 'way' of knowing.
8. Elsewhere, we describe the practice of one of us (AMK), in a medical-teaching setting, as a reflecting practice in practice, it entails the mentor-consultant operating as a "cultural go-between," switching between different cultural ways of being, thus to see new possibilities in the client's words (Katz and Shotter, in press).

References:

- Andersen, T. (1991) *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (MS in press) Language is not innocent. In F. Kaslow (Ed.) *The Handbook of Relational Diagnosis*. New York: John Wiley and Sons.
- Bachelard, G. (1991) *The Poetics of Space*, trans. by M. Jolas. Beacon Press: Boston.
- Bakhtin, M.M. (1984) *Problems of Dostoyevsky's Poetics*. Edited and trans. by Caryl Emerson. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M.M. (1986) *Speech Genres and Other Late Essays*. Trans. by Vern W. McGee. Austin, Tx: University of Texas Press.
- Goolishian, H. (pers. comm to AMK)
- Katz, A.M. (1991) Afterwords: continuing the dialogue. In T. Andersen (Ed.) *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York: W.W. Norton.

- Katz, A.M. and Martin, M. (1994) *The Patient as Teacher: Multiple Perspectives on the Interview Process*, (instructional videotape), Boston, Harvard Medical School.
- Katz, A.M. and Shotter, J. (in press) *Hearing the patient's 'voice': toward a social poetics in diagnostic interviews*. *Social Science and Medicine*.
- Shotter, J. (1993a) *Cultural Politics of Everyday Life: Social Constructionism, Rhetoric, and Knowing of the Third Kind*. Milton Keynes: Open University Press.
- Shotter, J. (1993b) *Conversational Realities: the Construction of Life through Language*. London: Sage.
- Wittgenstein, L. (1953) *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.

RUNDT ET BÅL I KALAHARI

Per Stensland

Noen jobber er mer eksotiske enn andre. Dermed husker du dem bedre. De to årene jeg jobbet i Botswana er en slik periode. Landet er annerledes - varmen, tørken, landsbyene, solnedgangene med lukten av kveldsbål der folk lager middag. Folket lever et annet liv og har andre samtaler å by på enn de jeg kjenner hjemme. Dette innlegget skal handle om en samtale ved et kveldsbål i Kalahari. Av alle ting handlet samtalen om psykiatri. Men før jeg kommer til bålet, må jeg si litt om.

Landet:

Stort som Frankrike og med en million mennesker blir det god plass. Rolige politiske forhold har gjort det mulig å satse på planmessig utbygging av primærhelsetjenesten. Landet har idag et i u-landssammenheng sjelden godt helsevesen.

Som eksempel på denne utbyggingen kan jeg ta distriktet jeg arbeidet i, på størrelse med Nordland fylke og med 150 000 innbyggere. Ved frigjøringen i 1966 fantes en klinikk utenom lokalsykehuset. Idag er tallet økt til 45. Med basis i et slikt nett av klinikker, var bordet duket for å desentralisere også andre helsetjenester. Landet satset dristig på desentralisert psykiatri.

Inntil midten av 70-årene fantes ett overfylt asyl som tok seg av nær sagt alle alvorlige psykiske lidelser som ble presentert for den nye helsetjenesten.

Etter denne tid ble psykiatriske sykepleiere sendt ut - fra institusjonen - til alle landets fylker. Pasientene blir nå behandlet ute i landsbyene av spesialsykepleiere som besøker klinikkene jevnlig - vanligvis en gang i måneden. Med visshet om snarlig supervisjon, greier det lokale helsepersonellet de fleste behandlingsoppgavene mellom besøkene. En liten sengeavdeling på lokalsykehuset demmer opp for henvisninger til institusjonspsykiatrien. Det psykiatriske sykehuset har redusert belegget til en tredel av tidligere nivå.

Basic Medicine inkluderer psykiatri

Denne omleggingen forutsetter reisende helsepersonell. En høstuke i 1988 reiste teamet vårt ut på en av mange rundreiser til landsbyer i Kalahari. Vi startet med småfly og ble plukket opp av biler med utstyr ute i en ørkenlandsby. Jeg klipper fra dagboka:

Vi er fire dager på vei, teamet på 9 medlemmer har kommet inn i rutinen og blitt vant til å leve oppå hverandre. Det er frokost nå, vi er samlet rundt frokostbålet der den afrikanske mabelegrøten har kokt i snart en time. En radio spyr ut de siste reggae og marimbalåtene.

Denne tida av året kan være uutholdelig varm. Sist vi var her, satt vi under lastebilene for å finne effektiv skygge i lunsjpausen. Denne gangen har regnet fulgt oss. Vi har kjørt fra boplass til boplass og møtt hutrende mennesker samlet rundt bålene sine med ullteppe rundt seg. Nølende går de fra varmen og følger med til legeundersøkelse.

I går gikk regnet over til skurer. Vi samlet en stor flokk voksne og unger som ble vaksinert og behandlet. Teamet fikk låne ei svær hytte der vi rigget til helsestasjon, to legekontor og laboratorium. Men da var det også temmelig trangt. Mens ungdommer hvasket fram prevensjons-behovet, ble bestemor tappet for blod to meter unna og minstebarnet vaksinert i den andre enden av hytta. Mye lyd både inne og ikke minst ute, der 60-70 satt og ventet. Etter fire timer i arbeid var vi temmelig kjørt.

Sist vi var her fantes ikke vann. De fleste ungene hadde skabb, hud- eller øyeinfeksjoner. Nå er vannet her. Ungene er renere og overflateinfeksjoner sjeldnere.

Ved frokosten i går, før vi startet, nevnte jeg for folk at jeg gjerne ville høre tradisjonell musikk, - var det noen av dem som kunne spille på tradisjonelle instrument? Da vi kom ut etter en lang økt, hadde de hentet gamlefar med et hjemmelaget strengeinstrument bygd over en oljekanne med bue. Til lunsj

fikk vi underholdning med gamlefar på "fele" som gav tonefølge til syngende kvinner. Vi aner hvordan disse folkene bruker lange kvelder under stor måne, med sang og prat.

Vi tilbyr "basic medicine". Vi stiller sekke-diagnoser, spiller på det medisinske orgelet uten kryss og b'er. Men "basic medicine" med ernæringsråd, vaksiner og antibiotika er slett ikke mindreverdig. Vi har til og med psychiatric nurse. Oppmøtet i går viser at vi har tillit.

En kveld sitter vi der rundt bålet etter middag. Teamet har lært meg sin introduksjonssang, den de tar når de opptrer på helsekomitemøter og trenger en fyndig entrance. Når skal vi sette igang og lage en skikkelig entrance-song hjemme? Tiden er inne til å snakke med Letsomo, vår psykiatriske sykepleier, om noe jeg har lurt på en stund:

Paranoia og hekseri

Alle her i Botswana vet om og snakker om hekseri. Landsbyfolk vil si at alle psykiske plager på en eller annen måte skyldes hekseri. Ganning og forhekselse er en del av livet. Liksom idag, da jeg snakket med en kvinne på 30 år som har kommet til landsbyhelsearbeideren flere ganger siste par måneder for hjertebank og tilbakevendende kroppssmerter.

Kvinnen har blitt mer og mer nedfor. Mannen gjeter andre folks kveg og tjener lite. Hun kommer dårlig ut av det med svigerforeldre som aldri ønsket henne velkommen i familien. For to år siden hadde de en familiefæide. Etter dette har det gått litt bedre, men hun er stadig bitter på mannen som verken ga henne eller ungene penger så lenge striden pågikk. Han ga pokker. Det som hjalp, slik hun ser det nå, var at hun bragte inn familiene. Først gikk hun til hans, og deretter til egne foreldre og forklarte dem saken. De gamle hadde møttes for å diskutere hva som kunne være veier ut av uføret. Mannen ble instruert av sine egne om å oppføre seg. Da ble det bedre en stund. Men det er stadig ikke lett å stole på hans familie. Søsteren hans har sagt at hun vil gå til en sterk "traditional doctor" for å rydde henne av veien. Selv har hun gått til en

annen tradisjonell lege som mener at svigerforeldrene planlegger å drepe henne.

Kvinnen spurte meg direkte: - Hjertebanken og kroppssmerten jeg kjenner idag, må ikke dette være det første utslaget av hekseriet ?

Per: Du Letsomo, hvordan kan du, som er oppvokst i en landsby og kjenner heksedoktorene der, skille mellom forhekseelse, fortvilelse og det du seinere har lært om forfølgelsestanker - paranoia?

Letsomo: Doctor, det er da ikke så vanskelig. Det eksisterer alt sammen ... både hekseri og paranoia. Det er ikke noe sykt i å føle seg forfulgt. Men du vet, de som er forhekset vet at de må være forsiktige når de snakker om hekseri ... slik at den som har forhekset dem ikke får høre om det. Ellers vil de bare forsterke skaden. Derfor er det bare mulig å snakke om slike emner ... meget ... konfidensielt.

P: Så de kan snakke om det til deg?

L: Ja ... når vi er godt kjent og de stoler på meg. Den paranoide, derimot .. han er så syk at han ikke lenger skjønner dette og snakker derfor om hekseri til alle og enhver Nei, jeg er aldri i tvil om hvem som er forhekset og hvem som er syk.

Her bryter vår misjonsflyver inn. Han har sittet og hørt på oss og kjenner igjen emnene fra forkynnelsen hjemme på prærien i USA, der han kommer fra:

Jeg har kjent Satans kraft og vet hva det er - jeg vet at onde makter er til.

Plutselig er jeg rykket tilbake til vår vestlige utgave av tro på åndemakten.

Ølet, kroppen og galskapen

P: Hva ser du ellers når du reiser rundt?

L: Folk drikker for mye. Kanskje en fjerdel av problemene jeg ser har med alkohol å gjøre. Ølet har blitt billig nå som de har bygget bryggerier overalt. Folk har tid og noen har penger. Mennene har færre landsbyoppgaver enn før. Politi og ledere tar seg av oppgaver som mannssamfunnet tok seg av i fellesskap i vår tradisjon. Våre menn har en vanskelig tid, doktor.

P: Mange mennesker kommer på grunn av "smerter i kroppen"?

L: Jeg kaller det psykosomatiske nevrosener. Det skyldes ofte vansker i familien. Folk går dels til meg for dette og dels til tradisjonelle behandlere. Det er kanskje 20 ganger flere tradisjonelle enn moderne helsearbeidere. De kjenner både landsbyene og familiene godt. De vet hvordan de kan hjelpe disse menneskene.

Du vet, hos oss går vi sjelden og sier vi er nedfor. Det du og jeg kaller depresjoner presenterer seg i kroppen. Slike plager kan arte seg som hjertetrøbbel eller hodesmerter. Erfaringen min er at landsbyfolket mener at sjelen sitter i hjertet, og kanskje har de tendens til å kalle uroen sin: "for mye hjerte" eller hjertebank. Botswanere med høyere utdanning mener oftere at "selvet" eller sjelen sitter i hodet, og klager over hodepine når de er nedfor. Det er hvertfall slik jeg tror at det er.

Jeg pleier å snakke med dem og henvise dem til de lokale helsearbeiderne. Noe ganger gir jeg dem antidepressiva - ikke minst når jeg er redd for selvmord, og det er ikke så sjelden lenger.

Dette samfunnet er i endring. Vi ser idag flere skilsmisser enn før blant de som kommer til oss. Det er ikke lenger uvanlig å være enslig forsørger, men denne rollen medfører store påkjenninger. Tidligere kunne du stole på storfamilien, men nå får mange utdanning og flytter vekk fra hjemstedet. Kvinnene som blir alene med barna møter problemene dette fører med seg og ikke så få sliter seg helt ut. Infanticidene er økende.

Dette forekommer selv blant kvinner som jeg finner er psykisk normale. Ikke minst ser jeg infanticid når kvinnene har blitt sviktet av sine menn.

Mennene reagerer sjeldnere med depresjon på familiekonflikter. Når de er deprimerte skyldes det oftere pengeproblem eller problemer knyttet til arbeidsløshet.

P: Hjemme hos oss i Norge hender det at folk blir "maniske".

L: Jeg vet det, men sånt ser jeg nesten aldri. Folk i Botswana trenger ikke bli maniske. Dessuten er jeg ikke sikker på at vi ville reagert så kraftig på endel av det dere kaller mani. Vi har bedre mulighet til å slippe opp kontrollen enn du og de andre fiskespiserne (europeere).

P: Er det mange som har tilbakevendende episoder med psykose?

L: Pasienter med schizofreni utgjør mesteparten av arbeidet mitt. Når jeg møter dem i klinikkene, hører jeg hvordan det går og gir dem depotsprøyte. Det blir de bedre av. Nå kan de dessuten bo hjemme istedet for å bo på sykehus. De fleste kommer seg med medisin selv om plagene kommer tilbake mange ganger. Økende sløvhet og isoleringstendens er ikke så vanlig hos oss.

P: Hjemme har psykiaterne noe de kaller angstnevroseser.

L: Jeg vet det, men det er uvanlig her. Angst henger kanskje sammen med at du føler skyld, eller med en følelse av ikke å strekke til. Her vil nok folk heller se seg om når de føler utilstrekkelighet. Ofte vil de finne en årsak i omverdenen. De opplever at omgivelsene er urimelige eller at det faktisk er personer som forgifter eller forhekser dem.

Teamets tilbud til folk er en medisinsk praksis der behandlingsprogrammer og faglige retningslinjer står sterkt. Dette gjelder også psykiatri. Letsomo har stor tillit til denne moderne psykiatrien. Hun bruker språket den har lært henne og hun bruker pillene og sprøytene den gir henne. Og ikke minst forteller hun folk at de har kommet til en person som kan faget

sitt og som kan gjøre dem bedre. Å kombinere psykiatri med den gamle folkekunnskapen, opplever hun ikke som noe problem: - "Doctor, this is actually no big thing". Det betyr at teoriene må kunne tilpasses den virkeligheten hun kjenner: - "Det er vel ikke noe sykt å kjenne seg forfulgt."

Men når folks plager blir satt inn i en sammenheng, har hun erfaring for at kunnskap om psykiatri gir henne ideer og hjelpemidler som virker - også her ute i jungelen.

For en som ikke ser verden så klart som Letsomo, kan det oppleves problematisk å balansere mellom ulike tenkemåter - for eksempel mellom ulike tenkemåter om psykiatri. Til tider søker folk hjelp fordi de handler som om de er gale, (selv om handlemåten oppleves rasjonell og forståelig). Noen ganger kan hjelpen hentes fra psykiatriens språk, sprøyter og piller. Det handler om å kontrollere symptomer og handlinger. Andre ganger kan hjelperen finne at det er mest fornuftig å konsentrere seg om å få tak i hvordan folk forstår det de gjør. Denne tilnærmingen har avstand til ordet "kontroll".

Ofte må du likevel prøve å kombinere flere tenkemåter. Ikke så sjelden er det mulig å være i tvil om hva som er rett å gjøre - hvor skal hovedvekten ligge i det tilfellet jeg står overfor i dag? Her er det ikke så mye hjelp å hente fra behandlingsprogrammer. For den som jobber ute blant folk i de norske landsbyene og kjenner person, familie og boforhold, kan vekten på "den enkelte" representere en påtrengende utfordring.

Letsomo svarer: "Doc, you're making too much trouble out of this."

Hennes svar passer kanskje i hennes landsby. Jeg har min.

HVEM SNAKKER OM GLEDER OG SORGER MED FAMILIE OG VENNER?

Resultater fra Hjertekar undersøkelsen i Finnmark 1987-88.

Anne Johanne Sjøgaard og Vinjar Fønnebo

Innledning

Å ha nær sosial kontakt med familie og venner er av mange regnet å være et tegn på en tilpasning som fremmer både fysisk og psykisk helse. I Alameda County i USA fant man at dødsrisikoen var mer enn fordoblet hos de med minst sosial kontakt(1). Både Cullberg(2), Kringlen(3) og Dahl et. al.(4) har i sine psykiatriske lærebøker fremhevet sammenhengen mellom lav sosial kontakt og både fysisk og psykisk uhelse. Bjerkedal forklarer i sin siste bok om forebyggende medisin dødelighetsforskjellene mellom ugifte menn og kvinner med at "kvinner i større utstrekning enn menn har et støttende nettverk utover ektefellen"(5).

Det som er noe problematisk i alle undersøkelser av sammenheng mellom sykkelighet og sosial kontakt, er andre mulige forklaringsvariable. Kanskje noen kommuniserer og samhandler mindre fordi de enten er syke eller har en livsstil som i stor grad er forbundet med sykdom. Enkel statistisk justering for disse mulige konfunderende variable er som oftest ikke metodisk avklarende.

Samtalen er en viktig del av den menneskelige samhandling. Innenfor psykiatrien har man gjennom årtier brukt og utviklet samtalen som terapiform, og har solid empiri på effekten av slik terapi - alene eller sammen med andre tiltak(3,4). Derimot har vi i litteraturen, ikke funnet noen undersøkelser som har studert sammenhengen mellom kommunikasjon og psykisk helse i en befolkningsgruppe.

Hensikten med den foreliggende studie var å undersøke hvilke variable som er assosiert med det å snakke med familie og venner om gleder og sorger. Vi har spesielt studert sammenhengen mellom slike samtaler og selvrappørterte symptomer på psykisk uhelse.

Materiale og metode

Dataene er hentet fra den tredje Hjerter-kar undersøkelsen i Finnmark i 1987/88. Materiale og metode er i store trekk beskrevet tidligere (6,7,8). Invitasjon til undersøkelsen ble sendt til alle menn og kvinner i alderen 40-62 år bosatt i fylket, samt alle i alderen 20-39 år som var invitert til forrige befolkningsundersøkelse i Finnmark (Finnmark II), og som fremdeles bodde i fylket. I tillegg fikk et tilfeldig 10% utvalg av de øvrige i den yngste aldersgruppen invitasjon. Det ble brukt tre spørreskjemaer, det første var trykt på baksiden av invitasjonsbrevet. Spørreskjema 2 ble delt ut ved slutten av undersøkelsen til alle som møtte, sammen med en frankert svarkonvolutt. Spørreskjema 3 ble sendt ut 4-8 uker etter at undersøkelsen var avsluttet i hver enkelt kommune. Det ble sendt purring på spørreskjema 3, men ikke 2. De dataene som er analysert i denne artikkelen er fra spørreskjema 1 (etnisitet), spørreskjema 2 (søvnløshet og utdanningslengde) og spørreskjema 3 (resten). Alder og sivilstatus ble innhentet fra folkeregisteret. Antall som svarer på de ulike spørsmålene varierer på grunn av ureturnerte spørreskjema 2 og 3, samt ufullstendig avkryssing på innsendte skjemaer. Mens 77.7% av de 22 941 personene som ble innkalt, møtte til undersøkelsen, returnerte 73.3% av de fremmøtte spørreskjema 2. 69.8% av de innkalte returnerte spørreskjema 3. Bortfallet og konsekvensene av dette er analysert og drøftet i tidligere arbeider (8,9).

Totalt besvarte 13 653 personer både spørsmålet om kommunikasjon om gleder og sorger med familie - og spørsmålet om kommunikasjon med andre utenfor familien om det samme. Spørsmålene som er analysert i denne artikkelen er gjengitt i tabell 1. Konstruksjonen av kommunikasjonsvariabelen og indexen for psykisk helse er også forklart i samme tabell.

Statistiske analyser

Faktoranalyse viste at de 5 variablene trist/nedfor, fornøydhet, mestringsproblemer, ensomhet og søvnløshet ladet på samme faktor. En index for psykisk helse ble derfor konstruert, der angivelse av problem fikk score 1 på hvert av symptomene (tab 1). For øvrig er det gjort krysstabuleringer med kji-

kvadrat tester - og signifikansnivå er satt til 5% der ikke annet er angitt.

Resultater

80.8% av kvinnene og 65.2% av mennene ($p < 0.001$) sa de hadde snakket med noen i familien eller andre om gleder og sorger i løpet av de siste 14 dagene (tab 2). Etter justering for utdanningslengde og nivå av psykisk helse var denne kjønnsforskjellen nesten forsvunnet blant personer under 40 år, men var fortsatt sterk i de eldre aldersgruppene.

De som hadde snakket mest de siste 14 dagene var personer som tidligere hadde vært gift (separerte/skilte/enker/enkemenn) og personer med lang utdanning. Når det gjaldt sammenhengen mellom kommunikasjon og selvrapporterte symptomer på psykisk helse, fant vi ulike resultater for de forskjellige enkeltsymptomer. Mestringsproblemer og søvnløshet hang sammen med høyere grad av kommunikasjon, mens de som var misfornøyd med tilværelsen og ensomme snakket mindre. Den samlede score for psykisk helse viste mer kommunikasjon blant de med dårligst helse, men sammenhengen var bare statistisk signifikant blant kvinner.

Over 45% av de spurte rapporterte ingen psykiske symptomer, mens nærmere 30% hadde 2 eller flere symptomer. Kvinner rapporterte mer symptomer enn menn, de eldste noe mer enn de yngre - og de som var separert, skilt, eller enke(menn) mer enn andre. Personer med kort utdanning rapporterte mer psykiske symptomer enn de med lengre utdanning.

Siden det er en sammenheng mellom det å ha snakket, psykiske symptomer og utdanningslengde, viser vi i tabell 3 kommunikasjon om gleder og sorger for menn og kvinner i undergrupper av utdanning og psykiske symptomer. Andel som har snakket med familie eller andre om gleder og sorger varierer sterkt med utdanningslengde uavhengig av psykisk helsetilstand. Graden av psykiske symptomer har bare liten sammenheng med kommunikasjon når det er tatt hensyn til utdanningslengde. Sammenhengen er imidlertid forskjellig i ulike utdanningsgrupper. Blant de med 13 år eller mer skolegang var det ingen sammenheng mellom kommunikasjon og psykiske plager,

mens vi fant en sterk sammenheng blant de med 9 år eller kortere utdanning - jo dårligere helse dess mer kommunikasjon.

Diskusjon

Vi finner at kvinner snakker mer om gleder og sorger enn menn, men at kjønnsforskjellen er mindre blant de yngste. Den klareste forskjell i kommunikasjon innen hvert kjønn finner vi mellom de ulike utdanningsgruppene. De velutdannede snakker langt mer enn de med kortere utdanning. Vi finner dessuten at de med lengst utdanning samtaler mye - uavhengig av om de rapporterer psykiske symptomer eller ikke, mens de med kortere utdanning snakker mer hvis de samtidig rapporterer psykiske symptomer.

Det er to hovedtyper av mulig bias i denne undersøkelse - seleksjonsbias og informasjonsbias. Generaliserbarheten fra denne undersøkelse er begrenset siden bare ca. 60% av de innkalte svarte på alle de spørsmålene som vi analyserer her. Dette problemet er mest uttalt når det gjelder angivelse av andeler som har snakket, andel som rapporterer psykiske symptomer osv. Når det gjelder assosiasjoner mellom to variable innenfor gruppen som vi har svar fra, er sårbarheten for seleksjonsbias noe mindre. Informasjonsbias er et potensielt mer alvorlig problem. Kan det være slik at mennesker med lav utdanning forstår spørsmålene annerledes enn mennesker med høyere utdanning? Eller er villigheten til å gi positive svar forskjellig avhengig av utdanning eller andre faktorer? Det er vanskelig å spekulere på i hvilken retning en slik mulig informasjonsbias ville slå ut, og vi har ingen muligheter til å validere realiteten bak de avgitte svar hverken på kommunikasjons- eller symptomvariablene.

Det er i denne tverrsnittsundersøkelsen ikke mulig å angi at høy utdanning i seg selv er årsak til at mennesker snakker mer med familie og andre om gleder og sorger. Det er også en mulighet for at det å være en åpen mennesketype fører til at man tar høy utdanning. En tredje mulighet er at høy utdanning bare er en markør for andre forhold som fasiliterer åpen kommunikasjon også om følelseslivet. Vi har ikke funnet andre studier som kan gi oss svar på hvilke av disse 3 mulige

forklaringene som er den mest sannsynlige. Forskere i Connecticut, USA fant en positiv sammenheng mellom utdanning og antall tilgjengelige samtalemuligheter, men de målte ikke i hvilken grad personene brukte de samtalemulighetene de hadde(10).

Det er vanskelig å vurdere hvilke praktiske implikasjoner våre funn kan ha. Dersom det å ta lang utdanning fører til mer samtale om gleder og sorger, kan det umiddelbart virke positivt - og i tråd med psykoterapeutiske teorier.

At høyt utdannede snakket mest, uavhengig av nivå av psykiske symptom - og at de samtidig har bedre psykisk helse, kan bety at det å snakke er en beskyttende faktor i seg selv. Vi trenger imidlertid mer forskning før vi kan trekke denne konklusjon. Selvom økt utdanning - og en mulig samvarierende økt kommunikasjon kan være positivt i forhold til psykisk helse, kan en slik utvikling også ha andre effekter. Fylkesnes (9) har f.eks. vist at samtaler med familie og andre om helsespørsmål har sammenheng med økt bruk av helsetjenester - og at personer med høy utdanning bruker spesialisthelsetjenester mer enn andre. Dersom høy utdanning og mer kommunikasjon fører til mer opptatthet av helse - og følgelig at flere mennesker søker det profesjonelle hjelpeapparatet med mer bagatellmessige problemer, vil klientifisering og medikalisering kunne bli resultatet. Vi fant en tendens til økende anbefaling av bruk av det profesjonelle hjelpeapparatet ved mindre psykisk besvær etter den norske opplysningskampanjen om psykisk helse i 1992, men det var de med kortest utdanning som i størst grad ville henvisse til profesjonelle hjelpere (11) - og kommunikasjon om gleder og sorger eller helsespørsmål hadde ingen betydning for hva man anbefalte (upubliserte data).

Det trenges mao mer forskning på dette området før vi kan si noe sikkert om hvilke implikasjoner våre funn kan ha for hjelpere og de som skal hjelpes i den psykiatriske helsetjenesten.

Referanser:

1. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204.
2. Cullberg J. Dynamisk psykiatri i teori og praksis. Oslo: Tano, 1986.
3. Kringlen E. Psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
4. Dahl AA, Eitinger L, Malt UF, Retterstøl N. Lærebok i psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
5. Bjerkedal T. Forebyggende medisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
6. Bjartveit K et al. The Cardiovascular Disease Study in Norwegian Counties. Background and organization. *Acta Med Scand* 1979 (Suppl 634).
7. Bjartveit K et al. The Cardiovascular Disease Study in Norwegian Counties. Results from first screening. *Acta Med Scand* 1979 (Suppl 675).
8. Westlund K, Søgaard AJ. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III. ISM skriftserie nr. 28. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1993.
9. Fylkesnes K. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services. ISM skriftserienr. 19. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1991.
10. Thoits PA. Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *J Comm Psychol* 1982;10:341-62.
11. Søgaard AJ, Fønnebø V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992. Part II: changes in knowledge and attitudes. *Health Education Research* 1995;10:267-78

Tabell 1. Spørsmål stillet om kommunikasjon om gleder og sorger og om psykisk helse i Finnmark III (1987/88)

1. Har De i løpet av de siste 14 dagene snakket med:
 - noen i familien om gleder og sorger
 - andre utenom familien om gleder og sorger (Ja/nei)

Kommunikasjon om gleder og sorger ble slått sammen til en 0-1 variabel:
1: De som snakket med familie og/eller venner i løpet av de siste 14 dager
0: De som ikke snakket med noen i samme tidsrom
2. Hender det at De i lengre perioder - i minst 14 dager - er trist og nedfor? (Ja/nei)
3. Er De stort sett fornøyd med tilværelsen? (Meget fornøyd/ganske fornøyd/litt misfornøyd/meget misfornøyd)
4. Har De i de siste 14 dager følt Dem ute av stand til å takle Deres vanskeligheter?
(Nei/av og til/ofte/nesten hele tiden)
5. Hender det at de føler Dem ensom? (Nei/av og til/ofte)
6. Hender det at De er plaget av søvnløshet? (Ja/nei)

Psykisk helse index:

De som svarte at de var trist/nedfor, at de var litt eller meget misfornøyd, at de av og til/ofte/nesten hele tiden var ute av stand til å takle vanskeligheter, at de ofte var ensomme og svarte "ja" på søvnløshet, fikk alle score 1. Score på alle 5 variable ble summert til en index (0-5), som ble 3-delt i:

- God psykisk helse - score 0
- Middels psykisk helse - score 1
- Dårlig psykisk helse - score 2-5

Tabell 2. Andel som snakket om gleder og sorger med familie og/eller venner o.l. siste 14 dager - etter alder, utdanning, sivilstatus, etnisitet og subjektiv oppfatning av psykisk helse. Finnmark III (1987/88)

	Menn % (n=6934)	Kvinner % (n=6719)
Alder i år		
20-39	64.7	82.4
40-49	65.1	80.7
50+	65.5	79.8
<i>p</i>	0.860	0.121
Sivilstatus		
Ugift	54.7	80.6
Gift	68.0	80.2
Tidligere gift	70.2	89.9
<i>p</i>	<0.001	<0.001
Utdanning i år		
< 9	59.7	76.9
9-12	66.4	81.1
13+	75.7	89.9
<i>p</i>	<0.001	<0.001
Trist og nedfor		
Ja	63.0	79.9
Nei	65.7	80.9
<i>p</i>	0.08	0.389
Fornøydhet		
Litt/meget misfornøyd	61.3	79.5
Ganske/meget fornøyd	65.9	81.0
<i>p</i>	0.008	0.337
Mestringsproblemer		
Av og til, ofte, nesten hele tiden	70.6	85.6
Nei	63.6	78.5
<i>p</i>	<0.001	<0.001
Ensom		
Ofte ensom	62.4	77.5
Nei/Av og til	65.4	81.1
<i>p</i>	0.227	0.044
Søvnløs		
Ja	65.6	82.8
Nei	63.8	78.1
<i>p</i>	0.248	<0.001
Psykisk helse (score)		
God (0)	63.6	77.0
Middels (1)	65.8	81.5
Dårlig (2+)	66.3	83.3
<i>p</i>	0.162	<0.001
Totalt	65.2	80.8
<i>p</i>		<0.001

Tabell 3. Andel som snakket om gleder og sorger med familie og/eller venner ol. siste 14 dager - i undergrupper av psykisk helse, utdanning og kjønn. Finnmark III (1987/88).

	Menn % som snakket (n=5338)			Kvinner % som snakket (n=5130)		
	Psykisk helse			Psykisk helse		
	God	Middels	Dårlig	God	Middels	Dårlig
Utdanning i år						
< 9	56	63	64	67	73	78
9-12	67	75	69	78	81	84
13+	77	80	79	88	91	90

DE SOM INGEN HAR LYSSNAT PÅ TIDIGARE

Judit Wagner

Det var under slutet av 80-talet som jag fick höra talas om ett sätt att arbeta med familjer som andra kallade för reflekterande team. Några pratade om det som en metod eller ett verktyg som man kunde använda sig av. Sådant brukar inte fånga mitt intresse.

Under mina studier läste jag en bok, författad av en norsk läkare verksam i det för mig okända och annorlunda Nord-Norge, som väckte mitt intresse. Den handlade inte om metoder eller ett annat verktyg man skulle kunna tillskaffa sig, utan något helt annat. Boken berättade på ett fängslande sätt om människor, om deras samtal och om tankarnas kommande och gående. Den boken fick mig att tänka många nya tankar och fråga många nya frågor.

En tid senare hörde jag denna norrman på en föreläsning i Stockholm. Det var ett för mig märkligt vis han arbetade på. Hans låga tempo och eftertänksamma sätt blev en öppning till aldrig tidigare tänkta eller kända möjligheter. Han hade inga åsikter, han uttalade inga bestämda påståenden om människor. Det var han orubblig i.

Hans sätt att samtala bjöd på en frihet både för ens egna tankar i ens arbete och i att möta andra.

Kunde det vara något att ta hem till mina kolleger, till den lilla stad på Östkusten i Sverige där jag arbetade?

Det var under den tiden jag gjorde ett försök att i all sin enkelhet arbeta på stadens fängelse. Det fick många av mina kolleger att höja på ögonbrynen, men inte Tom Andersen. Vi arbetade ett år innan han fick det berättat i form av en sammanfattning.

Tom Andersens kommentarer var av ett helt annat slag än vad jag var van vid att få, nämligen engagemang och intresse. Han

föreslog till och med att få besöka fängelset och möta de intagna samt personalen som hade samtal med dem.

Det tog en stund innan jag hittade ett sätt att introducera en sådan idè, att ha en professor från ett universitet innanför murarna, samtalande med intagna och de anställda i denna slutna och speciella värld.

Det är min historia bakom bekantskapen med denna märkliga norrman som i år fyller 60 år. Det var ju du Tom som representerade det reflekterande teamet, skrev boken om samtal och föreläste i Stockholm och i Kalmar.

Mötet i fängelset mellan de intagna, personalen och oss blev en stark upplevelse för oss alla. Vi fick många tankar och många frågor att arbeta vidare med. Vi lärde oss mycket från de intagna. Om väsentligheter i livet. Om respekt för människoliv. Om integritet. Om längtan att bli behandlad rättvist och vänligt. Om att kunna möta intresse och engagemang hos andra. Om brott och straff, om moral. Om våra mycket olika villkor att vara i världen på. Vi fick lära känna dessa män som så generöst delade med sig av sina upplevelser, erfarenheter och funderingar. Det lärde oss ödmjukhet.

Vi lärde oss mycket av dig. Det jag mest tänker på är att lyssna. De som ingen har lyssnat på tidigare, eller lyssnar förstrött och oengagerat på, kan du tålmodigt, koncentrerad och med intresse höra på, vänta ut, fråga. När flödet av ord avtar brukar det bli en paus då du tillsammans med oss alltid hittar den känslan, det ordet som ger samtalet en sådan intensitet, djup och innehåll. Det får oss att stanna upp och tänka och uttala nya tankar och fråga oss nya frågor. Det har hänt att vi kunde följa den intagne i tankar enda in i döden. Det har också hänt oss att den stora bitterheten, hopplösheten och förtvivlan som de intagna känner i den situation de befinner sig i, fått oss att reagera kraftigt och fått oss att prata i andra sammanhang om deras angelägenhet så att rutiner har kunnat förändras på anstalten för dem. Vi har kunnat följa samtal med dig som gjorde det möjligt för den intagna att i tankarna och i ord få beröra en begravd och hatad kontakt med en far. Jag har

också erfarit hur det är möjligt att prata med dem som inte är positiva till arbetet vi gör i dess nuvarande form, men framför allt att vi bör lyssna på dem.

Arbetet i Kalmar framskrider. För mig tog det fem år innan jag kunde tänka tanken att nu känns det som att det kan fortleva. Det var många hinder vi fick ta oss igenom. Vad var det för samtal som pågick? Hur vågar man låta de anställda samtala med de intagna? Hur kan man förena att vara vakt och kontrollant med att vara samtalare? Hur ska man prata med de intagna? Vad är det lämpligt att prata om? Vem ska vara med i dessa samtal? Hur ska man kunna anpassa resultatet av dessa samtal, nämligen de uttalade orden som kanske innehåller önskemål, längtan eller krav på ett annorlunda bemötande, till fängelsets övriga verksamhet samt kriminalvårdens intentioner?

Fängelset i Kalmar är en sluten rixanstalt vilket betyder att hit skickas de dömda från hela landet och att de är dömda till många års fängelse för grova brott. Vad vi började arbeta med och som efterfrågades 1991 var att hjälpa de anställda hitta ett sätt att arbeta med de intagna som personalen inte kände sig bekanta med. Det var de unga våldsdömda och sexualvåldsdömda. En grupp av unga män som samhället är föga intresserad av. Vi har haft dig i alla de former av samtal vi arbetar med, i de enskilda samtalen med en intagen, i de med ett par av de anställda och en intagen och i grupper. De intagna känner till dig nu och uppskattar att de har förmånen att träffa dig, en person som är intresserad av dem på ett annorlunda sätt än det vedertagna. De värderar högt samtalen med dig och återvänder gärna till dem även efter frigivningen. Du fick snabbt tanken att bjuda in din kollega Georg Høyer i arbetet. Numera har vi ofta två besökare från universitet i Tromsø på fängelset i Kalmar. Jag är övertygad om att vårt arbete har kunnat komma så här långt just på grund av att det i Tromsø, Nord-Norge på universitetet finns minst en person som väljer att arbeta på det kloka, fascinerade och mycket respektfulla sättet med de mest marginella på Sveriges Östkust. Med denna berättelse vill jag och de som mött dig på Kriminalvårdsanstalten i Kalmar komma ihåg dig på din 60-årsdag.

SOKRATISK IKKE-VITEN

Åge Wifstad

Harry Goolishian, som Tom Andersen i flere år hadde et nært samarbeid med, beskriver psykoterapi som det å stille spørsmål fra en "ikke-vitende" posisjon (Anderson & Goolishian 1992). Dette i kontrast til at en "ekspert" spør på grunnlag av en forhåndsdefinert metode, hvor det er bestemte svar som forventes. Goolishian anser at terapeutens oppgave først og fremst er å skape rom for samtale-prosesser. Begrepet om ikke-viten refererer da til en bestemt måte å lytte på: Terapeuten må nærme seg hvert enkelt tilfelle med den holdning at hun kommer til å høre noe nytt. "To do otherwise is to search for regularities and common meaning that may validate the therapist's theory but invalidate the uniqueness of the client's stories and thus their very identity," hevder han (op.cit.).

Han bruker blant annet Gadammers hermeneutikk som teoretisk referanseramme for denne psykoterapi-modellen. Men med valget av begrepet 'ikke-viten', er det opplagt at også den sokratiske samtalekunst her eksplisitt blir gjort til et sammenligningsobjekt for moderne psykoterapi.¹ Det er nettopp en sokratisk spørrende holdning Goolishian beskriver. Som Sokrates, skal terapeuten lytte etter hva den andre sier, ikke hva han tror den andre "mener" med det hun sier.

Tom Andersen har ikke like tydelig som Harry Goolishian, knyttet an til begrepet 'ikke-viten'. Allikevel kan "det reflekterende team" (Andersen 1991) utvilsomt sammenlignes med den sokratiske samtalekunst. Likheten går nettopp på at "ekspertens" kompetanse i det reflekterende team kan beskrives som en bevisst ikke-vitende innstilling. Formålet er, som hos Sokrates, å få den andre i tale.

¹ Gadammers vektlegging av "for-forståelse" synes dog vanskelig å forene med "ikke-viten"; men Goolishian går ikke nærmere inn på dette problemet.

Alle som har arbeidet i psykiatrien, vet imidlertid at dette er lettere sagt enn gjort - og da ikke bare fordi de som søker hjelp, kan være mer og mindre plaget, slik at det bokstavelig talt er vanskelig å snakke; men også fordi de samtaleformer som psykiatrien tradisjonelt tilbyr, ikke alltid gir dem muligheter til å fortelle sin historie. Og det er her det reflekterende team viser sin styrke, genialt som det er i sin enkelhet.

Men samtidig er det minst én avgjørende forskjell mellom den sokratiske samtalekunst og såvel Harry Goolishians ikke-viten som det reflekterende team: Sokrates søker først og fremst begrepsmessig klarhet. De sokratiske dialoger er "begrepsanalyser", sier vi gjerne, hvor målet er å nå fram til definisjoner. Men verken hos Goolishian eller Andersen er det en slik klarhet som etterstrebes. I sitatet ovenfor, går det klart fram at Goolishian ikke lytter etter "common meaning", men etter den unike fortelling. Og Tom Andersen liker å sammenligne målsettingen i psykoterapi med det Wittgenstein sier om sin virksomhet: Det avgjørende er å vite hvordan man skal komme videre. Og denne "viten" er ikke en bestemt begrepslig fastholdelse av et meningsinnhold, men erfaringen av at visse problemer er blitt borte, kanskje fordi perspektivet har endret seg.²

Det kan allikevel være viktig å studere nærmere hvordan den sokratiske samtalekunst eventuelt kaster lys over moderne psykoterapi. Foreliggende artikkel har i denne sammenheng to formål; (a) å skissere noen hovedtrekk ved den sokratiske ikke-viten, samt (b) å antyde noen berøringspunkter til psykoterapi.

Hva vet vi så om den sokratiske ikke-viten? Siden Sokrates ikke skrev noe selv - sannsynligvis kunne han verken lese eller skrive -, er vi henvist til hva andre beretter. Det vil i praksis si fire kilder: Platon, Aristoteles, Aristofanes og Xenofon. Platons dialoger er hovedkilden. Det er en vanlig oppfatning i dag at særlig de tidlige Platondialogene, samt

² Jfr. Wittgenstein (1980/1953: §309): "Was ist dein Ziel in der Philosophie? - Der Fliege den Ausweg aus dem Fliegenglas zeigen".

elementer av de noe senere Menon og Symposion, gir oss et portrett av personen Sokrates.³

Innen Sokrates-forskningen har det vært diskutert hva denne portrettlikheten egentlig består i. Vlastos argumenterer godt for at Platon neppe søker å gjengi hva Sokrates faktisk sa i ulike situasjoner. Det er mer rimelig å anta at Platon ved hjelp av fiktive dialoger, vil gjenskape den sokratiske samtalekunst.⁴

Gitt denne forutsetningen, hva sier så Sokrates om sin ikke-viten? Vi har flere dialoger å velge mellom. I Charmides sier han for eksempel:

"Men hør, min Kritias, sa jeg. Du tiltaler meg som om jeg påstod at jeg selv har greie på de ting jeg spør om, slik at jeg kunne være enig med deg bare jeg ville. Men det forholder seg ikke slik. Tvertimot må jeg bestandig undersøke de fremsatte påstander sammen med deg fordi jeg selv ikke har greie på dem. Vel ferdig med å undersøke tingen kan jeg gjerne si om jeg er enig eller ikke. Men vent så lenge undersøkelsen pågår."

(Charmides 165b, Wyllers oversettelse)⁵

Mot slutten av Laches, der Sokrates blir bedt om å være lærer for de unge, svarer han:

"... om jeg - i motsetning til våre to venner her - under samtalene nyss hadde vist meg innsiktsfull, ville det ikke

³ For en diskusjon av kildeproblematikken i sin helhet, se Guthrie (1971:5-58) og Vlastos (1991:45-131). Ellers gir Wyller (1985) en grei oversikt over kildetilfanget.

⁴ "... Plato is producing, not reproducing, Socratic philosophizing. Employing a literary medium which allows Socrates to speak for himself, Plato makes him say whatever he - Plato - thinks at the time of writing would be the most reasonable thing for Socrates to be saying just then in expounding and defending his own philosophy" (Vlastos 1991:50).

Vlastos behandler på dette punkt de tidlige dialogene under ett. Det er imidlertid grunn til å anta at Platon i Apologien i stor grad gjengir hva Sokrates faktisk sa under rettsaken mot ham, se nedenfor, fotnote 6.

⁵ Jeg har valgt å anvende Stephanus-pagineringsen, selv om denne er sløffet i både Wyllers og Stigens norske utgaver.

være mer enn rimelig å innby nettopp meg til denne oppgaven. Men faktisk stod vi tilslutt alle like utveisløse. Hvem skulle da hvorfor foretrekke hvem av oss? Selv vet jeg ihvertfall ingen."

(Laches:200e, Wyllers oversettelse.)

Og i Gorgias, mot slutten av samtalen med Kallikles, sier Sokrates:

"No fører eg denne utgreiinga vidare slik eg synest er rett, men synest nokon av dykk at eg godkjenner som sant noko som ikkje er det, då må han gripe inn og motprove meg. For eg berre leitar saman med dykk, så om nokon legg imot meg og det viser seg å vere noko i det han seier, då skal eg vere den første til å gå med på det."

For min egen del blir det jamt den same saga at eg ikkje veit korleis samanhengen er."

(Gorgias: 506a; 509a, Stigens oversettelse)

Men begrepet 'ikke-viten' refererer ikke bare til Sokrates selv. Ett av kjennetegnene ved den sokratiske "jordmorvirksomhet", er at også Sokrates' samtalepartnere bringes til erfare sin uvitenhet. Dette aspektet ved de sokratiske dialogene tydeliggjøres for eksempel i Menon, i samtalen med slavegutten. Henvendt til Menon, kommenterer Sokrates denne samtalen:

"Sokrates: Ser du, Menon, til hvilket Punkt han [slavegutten, Å.W.] nu er nået i sin Generindring? Til at begynde med vidste han ikke, hvad Siden er i et Kvadrat på otte Fod, så lidt som han ved det nu; men dengang troede han at vide det, og han svarede frejdigt og med Overbevisning og syntes ikke, han var i Forlegenhed for Svar. Men nu har han allerede en Fornemmelse af at være i Forlegenhed; og så vist som han ikke ved det, tror han nu heller ikke længere, at han ved det.

Menon: Det er sandt nok.

Sokrates: Er hans Forhold til det Spørgsmål, som han ikke kunde klare, ikke også nu bedre end før?

Menon: Jo, også det finder jeg.

Sokrates: Tror du, at vi har gjort han Fortræd ved at sætte ham i Forlegenhed og lamme ham ligesom den elektriske Rokke?

Menon: Nej, det synes jeg ikke.

Sokrates: Tværtimod, vi har åpenbart bragt ham på Gled i den rigtige Retning, henimod at finde ud af Sammenhængen; for nu vilde han vist med Glæde søge at finde ud af det, netop da han ikke ved det; før derimod vilde han sagtens påtage sig at give den nydeligste Forklaring, til hvem der vilde høre ham, og fortælle dem, så tit det skulde være, at det dobbelte Kvadrat skal have en Side, der er dobbelt så lang.

Menon: Det lader til det.

Sokrates: Tror du nu, det før er faldet ham ind at undersøge og prøve at nå til Klarhed over den ting, som han troede at vide - skønt det ikke var Tilfældet -, uden han først var sat således i Forlegenhed ved at opdage sin egen Uvidenhed? Og kunde han så have fået Lyst til at vide det?

Menon: Nej, det tror jeg ikke, Sokrates.

Sokrates: Har han altså ikke haft Gavn af at blive lammet?

Menon: Jo, jeg tror det."

(Menon:84a-c, Foss' oversettelse)

Platon bruker her et så sterkt uttrykk som "lamme", om den effekt Sokrates har på andre. Men det er en lammelse som paradoksalt nok setter slavegutten i bevegelse. For han forholder seg til problemet på en ny måte: Det har blitt vekket et ønske i ham om å finne løsningen. Av to uvitende, er den best stilt, ifølge Platon, som også fornemmer at han er uvitende. For dette skaper en undring hos ham. Med Robinson (1971) kan vi si at samtalen gjør slavegutten nysgjerrig.

Primærkilden for vår forståelse av den sokratiske ikke-viten, er imidlertid Apologien, med historien om Oraklet i Delfi som det sentrale element. Apologien er en unik dialog, blant annet i den forstand at den egentlig ikke er noen dialog. Bortsett fra at Sokrates for en kort stund innleder en samtale med hovedanklageren Meletos, er det en monolog vi her står overfor. Sokrates forsvarer seg mot de, for en athener, alvorlige anklagene om å ha fornektet statens guder og å ha forledet

ungdommen. Situasjonen ligger imidlertid ikke til rette for at han på vanlig måte kan trekke de tilstedeværende inn i en samtale. I Apologien er ikke Sokrates lenger en fødselshjelper for de andre. Han må selv stå til ansvar. Han er tvunget til å gjøre opp regnskapet, det vil si forklare for juryen hvem han er og hva han står for.

Dette er en av de ting som gjør Apologien spesiell som kilde til forståelsen av Sokrates. Fraværet av samtale innebærer riktignok at Apologien ikke gir noe godt bilde av den sokratiske samtalekunst som sådan. Men denne svakhet mer enn oppveies av at Sokrates gjør rede for seg på en måte som ellers er ukjent i andre dialoger. Og vi kan gå ut fra at Platon i store trekk er etterrettelig i sin gjengivelse av hva Sokrates faktisk sa under rettsaken.⁶

Forsvarstalen åpner med at Sokrates tar avstand både fra den politiske tradisjon i Athen, fra den oppfatning mange hadde om at han drev med naturfilosofiske spekulasjoner og fra sofistene. Med unntak av det kontroversielle i å distansere seg fra demokratiet, kan en lett få det inntrykket at Sokrates' forsvarsstrategi i første omgang er å understreke at det ikke er noe spesielt ved ham, men at han er en vanlig athener som ikke fortjener å få rettet så alvorlige beskyldninger mot seg. Men, som West (1979:104) påpeker; det synes som om Sokrates på dette punkt er klar over at en slik strategi neppe vil føre fram, og at han innser nødvendigheten av å gå nærmere inn på hva som kan ligge bak den sterke motviljen mot ham. Han setter seg derfor fore å forklare hva hans egen "visdom" består i:

"Til vitne om visdomen min - om eg har nokon, og korleis han no er - vil eg føre fram for dykk guden i Delfi.

De kjenner sakte Kairefon. Han var vennen min frå ungdomen av og heldt seg til dykk i folkepartiet, han drog i utlegd saman med dykk og kom att i følgje med dykk. Og de veit korleis Kairefon var, kor ihuga i alt han tok seg føre.⁷ Ein

⁶ For en diskusjon av Apologiens verdi som historisk kilde, se Burnet (1977/1924:143-146).

gong drog han tilmed til Delfi og våga å spørje oraklet - kom no ikkje med tilrop, som sagt, godtfolk - han spurde verkeleg om det fanst nokon visare mann enn eg. Da svara Pytia at det ingen visare fanst. Og dette vil bror hans her bere vitnemål om, for han sjølv er avliden."

(Apologien:20e-21a, Stigens oversettelse)

Sokrates sier at han hadde vanskeligheter med å forstå Pytias svar, fordi han visste med seg selv at han slett ikke var vis. Han satte seg derfor fore, fortsetter han, å vise at oraklet tok feil. Derfor forsøkte han å oppspore en som virkelig var visere enn ham selv.

Hvordan skal dette forstås? Her er det ingen enighet blant Sokrates-forskere. West (1979:106f) hevder for eksempel at Sokrates med dette har manøvrert seg inn i en svært vanskelig posisjon, med tanke på at hans overordnede siktemål er å forsvare seg mot anklagene. For han stiller her dommerne overfor følgende to alternativer: Enten kan de velge å ikke tro på denne historien om oraklet i Delfi. Men dermed er det nærliggende å konkludere med at det ikke er nok med at Sokrates skryter, han spotter til og med gudene ved sine løgnaktige historier om dem. Hvis dommerne på den annen side fester lit til historien, kan de ikke unngå å legge merke til at Sokrates faktisk tviler på gudens sannferdighet - men dermed bekrefter han anklagen. Guthrie (1971:86f) hevder på sin side at man her lett kan misforstå hvordan oraklet i Delfi ble oppfattet i samtiden, og hvordan folk forholdt seg til orakelsvarene. Det Sokrates satte seg fore å overprøve, var den umiddelbare betydning av orakelsvaret. Enhver atthener, sier Guthrie, var klar over at oraklet snakket i gåter. Det gjaldt derfor om i hvert enkelt tilfelle å løse gåten. Og det var dette Sokrates satte seg som mål. Han satte seg ikke til dommer over oraklet.

⁷ Det virker rimelig at Sokrates henviser til Kairefon, i og med at sistnevnte, i motsetning til Sokrates selv, hørte til den politiske gruppering som sto bak anklagene mot Sokrates. Men samtidig er det grunn til å undre seg. For beskrivelsene av Kairefon for øvrig, er ikke flatterende. I innledningen til Charmides kaller for eksempel Platon ham en "galfrans" (Platon 1963:13); i Skyene kaller Aristofanes ham for et "beinrangel" (504), og i Fuglene gir Aristofanes ham klengenavnet "flaggermusen" (1296, 1564). Se for øvrig Burnets anmerkning til Apologien (20 e8), Burnet (1977/1924:169).

Burnet⁸ peker derimot på at den alminnelige athener på denne tiden ikke lenger nærer synderlig respekt for oraklet i Delfi, etter alt som hadde skjedd blant annet i Peloponneserkrigene.

Det faller utenfor rammen av denne artikkelen å gå videre inn på disse fortolknings spørsmål. Men Burnets synspunkt er kanskje det mest problematiske. For hvorfor skulle Sokrates velge å basere sitt forsvar på vitnesbyrd fra en instans folk flest ikke hadde tillit til?

Sokrates satte seg altså fore å undersøke om det fantes noen som var visere enn ham selv. Først gikk han til politikerne. Og han valgte seg ut en som "...sakte gjekk for å vere vis i mange andres augo og mest i egne..." (Apologien, 21c). Men han fant fort ut at denne representant for politikerstanden ikke var vis. Og slik gikk det med alle de politikerne han snakket med. Så gikk han til poetene, forteller han, "...for der meinte eg å gripe meg sjølv på fersk gjerning i å vere meir uvitande enn dei" (Apologien, 22b). Men det viste seg at dikterne kanskje var de som hadde minst greie på meningen med sine egne diktverk. Han kom til, fortsetter han, at dikterne heller arbeider ut fra en slags guddommelig inspirasjon, enn ut fra innsikt i det de skriver om. Til slutt gikk han til håndverkerne. Og riktignok hadde de hver for seg greie på mange ting. Men de gjorde også krav på å være kompetente på helt andre områder enn deres eget håndverk, "... og dette fåvitet skugga over all visdomen deira elles" (Apologien, 22d).

Etter denne rundspørringen forstod han, sier han, hva atternes uvilje bunnset i:

"For dei som er til stades, trur støtt at eg må vere vis i dei tinga som eg provar at den andre ikkje har vit på. Men, godtfolk, i røynda er det vel guden som er vis, og med dette orakelsvaret sitt vil han seie at den menneskelege visdomen er lite eller inkje verd. ... liksom han ville seie: 'Den av

⁸ (Burnet 1977/1924:172, anm. til 21 b8).

dykk, menneske, er den visaste, som liksom Sokrates har skjøna at han ikkje har nokon verkeleg visdom'".

Apologien (22e-23b)

Og dermed er vi kommet til den klassiske formuleringen av den sokratiske ikke-viten: Den vise er den som vet at han ikke er vis. Den sokratiske ikke-viten er slik en reflektert uvitenhet.

Som nevnt innledningvis, er det minst én prinsipiell forskjell mellom den sokratiske samtale-praksis og psykoterapi: Psykoterapi er ingen begrepsanalyse. Sokrates' reflekterte uvitenhet har derfor en annen funksjon enn den psyko-terapeutiske ikke-viten. Allikevel, her finnes analogier verdt å utforske. La meg til slutt antyde noen av dem:

Sokrates' tilbakeholdenhet er selv-refleksjon. Selv om Sokrates vet at han ikke er vis, så vet han hva han gjør, når han snakker med folk. Den sokratiske ikke-viten er ikke naiv og tilfeldig, men gjennomtenkt. Og det Sokrates gjør, er nettopp å ikke innta standpunkt, men i stedet holde ut usikkerheten ved ikke å vite. Dermed kan han lære noe nytt. Denne selv-reflekterte tilbakeholdenheten skaper en tilsvarende selv-refleksjon hos samtalepartnerne. De "lammes", men på en slik måte at deres integritet som tenkende, re-etableres. Hegge (1988:17) sier det treffende slik at deltakerne i de sokratiske samtalene "våkner opp" til selvstendighet - som individer. Den sokratiske samtalekunst er, slik sett, den kanskje første ansats vi kjenner, til den senere så viktige idé om individualitet som har preget Vestens historie.

Det er likheter mellom denne sokratiske induserte selvrefleksjon og det rom for mulige indre (og ytre) samtaler som det reflekterende team skaper. Dette blir for eksempel tydelig når Tom Andersen spør hva den andre ser, når hun ser "inn i" et ord. Eller når han motstår fristelsen til å slå fast "hva som er problemet", og i stedet lar den andre fortelle sin historie. "Lamme" er vel ikke et riktig ord å bruke om hvordan den hjelpesøkende erfarer det reflekterende team. Men den reflekterte ikke-viten kan være en sterk påvirkning. Som hos

Sokrates, er det i det reflekterende team et mål å bevege de(n) andre. Målet er å skape en forskjell. Denne forskjellen gjør det mulig å spørre: Kanskje er det måten vi tenker og snakker om "problemet" på, som i stor grad skaper det? Eller som Tom Andersen liker å si: Det er viktig å reflektere over de "tenke- og talevaner" vi har.

Kierkegaard (1962:76f) beskriver den sokratiske sensibilitet ved å si at for Sokrates, er ingenting betydningsløst. Sokrates kan begynne hvor det så skal være og ta det som utgangspunkt for en begrepsanalyse. Slik skapes det en interessant konflikt, sier Kierkegaard, mellom de mest dagligdagse uttrykksformer og Sokrates' perspektiv, fordi han både bekrefter og negerer disse uttrykksformene. Han bekrefter dem ved at samtalen nettopp skjer i "gatas språk" - og det i bokstavelig forstand: Sokrates stopper folk på gatehjørnet og begir seg i snakk med dem. De store spørsmål - Hva er viten? Hva er skjønnhet? Hva er det gode? - hører hjemme her. Men samtidig benekter han, ved sin ikke-viten, gatehjørnets perspektiv: Ved ikke å ta standpunkt, blir Sokrates en truende skikkelse, et samtalens sorte hull, som samler all energi rundt seg, uten at det kommer noe bestemt svar ut igjen.

Vi skal ikke trekke analogien for langt. Men en kan kanskje fornemme noe av den samme dobbelhet i det reflekterende team: Prosessen foregår fullt og helt i det daglige språk. Samtalene kan dreie seg om enkle og alminnelige ting. Men formen gjør at dagligspråket lades med nye betydninger. Formen bryter gjennom tilvante og forventede samtale-forløp og gir deltagerne hittil uprøvde refleksjons-muligheter - muligheter som nettopp synes å bli skapt av det uvanlige ved terapeutens reflekterte ikke-viten, hvis karakter av "tomrom" inviterer til at den andre kan lære noe nytt om seg selv og sin situasjon.

Den forskjell som skapes, er således at vi blir minnet på noe vi alltid har visst: Det er mulig å se problemer fra en annen kant.

Den sokratiske ikke-viten utfordrer enhver profesjonalisering av menneske-kunnskap. Hans kritikk av sofistene er nettopp en kamp mot de som mener å være livsførsels-eksperter. Og med sin ubehagelige taushet hva gjelder eget standpunkt, avdekker han hulheten i en "viten" innhyllet i store ord og fine talemåter.

I en tid hvor vi tilsynelatende vet mer enn noen gang, også om mennesket, er det all grunn til å bemerke denne utfordring - så paradoksalt den enn blir i et skrift utgått fra universitetet.

Litteratur:

- Andersen, T. (ed.) (1991) The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues, New York: Norton.
- Anderson, H. & Goolishian, H. "The Client is the Expert", McNamee, S., Gergen K.J. (eds.) Therapy as Social Construction, London: Sage: 25-39.
- Burnet, J. (1977/1924) Plato's Euthyphro, Apology of Socrates and Crito, Oxford: Clarendon Press.
- Guthrie, W.K.C. (1971) Socrates, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hegge, H. (1988) Frihet, individualitet og samfunn, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kierkegaard, S. (1962) Om Begrepet Ironi. Samlede værker I. København: Gyldendal.
- Platon (1932-41) Skrifter, Udgivet ved C. Høeg & H. Ræder. København: C.A. Reitzels Forlag.
- Platon (1963) Erkjenn deg selv. Fire små sokratiske dialoger. Oversatt fra gresk med innledning og etterord av Egil A. Wyller. Oslo: H.Aschehoug & Co.
- Platon (1979) Gorgias, omsetjing og innleing ved Anfinn Stigen. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Platon (1990) Sokrates' forsvarstale, omsetjing og innleing ved Anfinn Stigen. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Robinson, R. (1980) "Elenchus", Vlastos, G. (ed.) The Philosophy of Socrates. A Collection of Critical Essays. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press: 78-93.
- Vlastos, G. (1991) Socrates. Ironist and Moral Philosopher. Cambridge: Cambridge University Press.

- West, T.G. (1979) Plato's Apology of Socrates. An interpretation, with a new translation. Ithaca: Cornell University Press.
- Wittgenstein, L. (1980/1953) Philosophische Untersuchungen. Schriften 1, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Wyller, E.A. (1985) "Sokrates-skikkelsen, en presentasjon",
Wyller, E.A. (red.) Sokrates i historiens lys. En samling nordiske studier. Oslo: Solum Forlag.

OM PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI.

EN BEHANDLINGSMETODE - ET MENNESKESYN - EN SAMARBEIDSMODELL -
FØLELSENE LIV I KROPPEN OG KROPPENS LIV I FØLELSENE -
I EN BEVEGELIG BALANSE.

Gudrun Øvreberg

HVORDAN BLE DET TIL:

Det var en gang en Oslopике som ikke ville sporte eller gå på skole. Hun ville bare lese og se seg om. Faren, overlege på Sofies Minde, så at datteren var nygjerrig, selvstendig, modig og fantasirik. Hun ble sendt på landet en sommer slik bybarn ble i de dager. På gården deltok hun bl.a. i melkingen. Der imponerte hun fjøsansvarlig med sitt håndlag i melkingen. Det var en kunst å kunne melke juret tomt, slik denne byjenta gjorde.

Da sa faren, kanskje kan du bli sykegymnast (fysioterapeut). Til det må du ha både styrke, følsomhet og ledighet i hendene. Og det ble hun. Aadel Bulow-Hansen heter hun den dag i dag, 89 år. Med kunnskaper fra sykegymnastskolen, gode hender, følsomhet, fantasi, iakttagelsesevner og litteraturkunnskaper ble hun en spesiell utøver av faget fysioterapi.

Fra Sofies Minde til privat praksis, til Ullevåls 6 avd. i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy, til egen praksis - ble Adel Bulow-Hansens fysioterapi til. En prosess fra den arbeidene hånds følsomhet, sammen med øyets inntrykk, hørselen, kroppens bevegelse og balanse, spørsmål og svar - og intuisjon, til en anderledes fagutfoldelse. Hun fikk anatomien til å leve. "Det er i arbeidet med pasientene dere erfarer og modner. Stopp opp og tenk dere om. Når dere står fast, prøv en annen vri. Få pasienten til å kjenne etter. Spenn dere selv. Kjenn hva som skjer. Hvordan komme ut av det. Bruk fantasien. Ikke gå på kurs. Dette er ikke noe dere lærer fra en bok. Vær i dagliglivet." Dette var og er hennes råd i vårt faglige arbeide. For ABH var dette naturlig, selvstendig og sterk som hun er.

HVA DREIER DET SEG OM?

Det handler om bevegelser. Om bremsete bevegelser.

Det handler om pusten. Den livsnødvendige bevegelse. Ikke bare lungenes gassutveksling, men den naturlige emosjonelle dynamikk mellom det å måtte holde pusten av spenning og slippe et lettelsens sukk.

Det handler om balanse. Om å være ute av balanse...

Det handler om plager, om forholdet til smerte.

Det handler om å uttrykke seg eller holde på følelsene, ordene, tankene.

Det handler om holdninger, muskulære og følelsesmessige.

Det handler om hele mennesket, også sett i forhold til omgivelser.

Det handler om å kjenne etter.

Det handler om å finne egen ledighet i en bevegelig balanse.

En slik opplisting gir forhåpentligvis mange assosiasjoner. Flere fagretninger kunne liste opp noe lignende. Her presenteres disse tanker fra denne fysioterapeutiske vinkel. Vi snakker om anspenhet. Om anspent muskulatur og pust som reduserer våre muligheter for utfoldelse. Anspenhet som gir ulike plager i kroppen. Det kan være tretthet, svimmelhet, tungt å puste, hodepine, verk, stivhet, klump i halsen, øresus, mageverk, underlivsplager, leddproblemer, søvnvansker osv. osv. Listen kan bli svært lang. En og samme person kan ha alle disse plagene. Da er ikke bare listen lang, det har også tatt lang tid å vikle seg inn i den.

Tidsperspektivet er viktig i denne sammenheng.

HVA LEGGER VI I BEGREPET TID?

Vi beveger oss, lager lyder og sanser før vi snakker ord. Slik kommuniserer vi i starten av livet. Det er en naturgitt logisk rekkefølge av bevegelser og sansing vi gjennomgår fra fødsel til vi er utvokst. Av forskjellige årsaker kan det bli brudd, avvik eller forsinkelser i denne prosessen. Veien til oppreist stilling er en kombinasjon av naturgitt læring og påvirkning. Med sterkt varierende resultat av bevegelsesmønster. Så forskjellig at selv innballet i vinterklær ser vi på avstand våre kjente, før vi kan skjelve ansiktet. Og vi ikke bare

kjenner gangen, men også variasjonene i ganguttrykket. Også alderen vises på gange og bevegelser.

Altså begynner våre muskulære vaner ved livets begynnelse. Slik at vi senere i livet ikke kan huske opprinnelsen. Huske hvorfor jeg f.eks. begynte å knipe setet eller stramme skuldrene? Hvorfor jeg holder pusten? Hvorfor jeg ikke klarer å rope, gråte, le? Hvorfor jeg ikke tørr ditt eller datt, men derimot tør andre ting. Hvorfor jeg stivnet ved nærhet, men likevel savnet det. Hvorfor jeg mislikte gymnastikken? Hvor ble det av bevegelsesgleden som fryder barnet? En sum av ubeviste og beviste påvirkninger former vaner og uvaner i pustemåte, reaksjoner, holdning, tanker og bevegelser.

Tilstivningsprosessen eller mønsteret har m.a.o. en tidlig debut. Langsamt formes vår utfoldelse, det personlige nevromuskulære uttrykk. Hvor pustebevegelsene er vårt fingeravtrykk nummer en.

SAMTALEN VED FØRSTE MØTE.

Når vi samtaler med pasienten har vi tidsperspektivet i bakhodet. Det er ikke slik at det plutselig ble ondt i nakken f.eks., selv om det kan synes slik for pasienten. Over tid ble det slik at til sist var det kanskje en tilfeldighet som gjorde at nakken ble symptomvarsleren. Derfor samtaler vi ikke bare om nakken. Derfor behandler vi ikke bare nakken selv om det er bestillingen. Pas. er ikke bare en nakke. Det er Hans eller Kari som har vondt i sin nakke. Er Hans blitt en stivnakke med årene? Eller hører han dårlig på det ene øret slik at han hele tiden må legge hodet på skakke? Eller har han fått arbeidsoppgaver hvor hodet holdes i ro? Eller har han fått mange bekymringer på "nakken"? Det er mange ting som kan ta nakketak på noen hver. "Har jeg tatt faen på nakken får jeg bære han frem" heter et ordtak. Det har sin pris.

Derfor spør vi etter tidligere vondter, belastninger (for mye for lite eller feilbelastninger), sykdommer, skader, aktiviteter osv. Kvinner får spørsmål om menstruasjon, graviditeter, fødsler, barselperiode da dette er faser som

setter krav til omstilling. Plager kommer oftest i overganger med utfordring til endring. En tidsepoke for kvinner helst, heter også overgangs-alder, en aldersgruppe som er sterkt representert i pasient-mengden. Omstillingen går ikke knirkefritt, bokstavelig talt.

Samtalen åpner gjerne med beskrivelse av symptomene. Hvordan forstår pasienten plagene? Hva gjør det bedre eller verre? Hva hindrer det pasienten å gjøre? Hvem førte pasienten til oss? Vi spør om tidligere behandlinger, hjelpetiltak, sykehusopphold, operasjoner. Vi spør om barnealderens plager. Vi spør om flytting av bosted, skolesituasjon. Har symptomer kommet i tilslutning til endringer som nevnt ovenfor?

Samtalens intensjon er ikke bare informasjonsheving, men få pasienten til å forestille seg sammenhenger i eget livsløp. For å påvirke bestillingen fra "bare nakken" til en videre opplevelse av sammenhenger. Gjøre det uforståelige tilgjengelig for eget resonement. At forståelsen ikke bare tilhører fagfolk. Inkludere pasientens refleksjoner.

Lykkes ikke dette, lykkes vi dårligere i behandlingen også.

SAMTALEN UNDERVEIS I BEHANDLINGEN.

Samtalen under selve kroppsbehandlingen kan ikke skilles fra øyeblikkets bevegelser, massasjen, instruksjonen, reaksjonen, smerte osv. I seg selv er terapeutens hånd mot pasientens hud en kontakt, en samtale. Den de forventer. Samtalen, både den verbale og nonverbale, springer ut fra det som skjer og kjennes der og da. Terapeutens utfordring er å være i den "samtale" som bringer pasienten på konstruktivt spor til rett tid.

Samtale, sier prof. Tom Andersen, er å dele pust. Ordene bæres frem i pusten. Pusten gir ordene betydning. Og pausen hvor pusten holdes før tanken blir ord eller holdes tilbake. Lyder eller enkelt bokstaver blir mening etter som pusten nyanserer. Det blir mye lyder i en kroppsbehandling. Vi oppfordrer til det. Et spontant au er viktig. For da slipper de til pusten, og dermed bevegelsene. Det er en grunnregel i psykomotorisk behandling.

Det er ikke uvanlig å prate seg fra nærværelsen. Ikke slippe til "auet". Vri seg unna. Unngå å være i øyeblikket, i pusten, i kroppen. Det gjelder både pasient og terapeut. Enten talen ikke har relevans til det vi gjør. Eller de prater hele tiden for å unngå å kjenne. Eller de forholder seg bare til en del av problemene hele tiden. Eller de er mest interessert i hva jeg kjenner, ser og tenker. Ikke i egne fornemmelser.

Hva unngår de å prate om? Akkurat som hva unngår de å bevege? Hvor unngår de å puste? Hvor eller hvordan arbeider jeg når de holder pusten? Hva får pasienten til å sukke lettet? Hvordan være tilstede i de magiske øyeblikk med ord, med grep, med pause? Årvåkenhet og varhet er stikkordene. Det er mye å passe på for pasient og terapeut. Noe så enkelt som å ha egne behandlingsrom uten forstyrrelser er en forutsetning.

Store deler av behandlingstimen uttales det kanskje ingen ord. Likevel er det kontakt. Pasienten blir hele tiden bokstavelig tatt hånd om ved massasje, aktive og passive bevegelser, forklaringer og instruksjoner. Ikke for nær og ikke for fjern. Ikke for uvant så pusten stopper. Helst akkurat så passelig at det slipper. Opplevelsen kan ordsettes senere. Kanskje er det bare fornemmelser? Kanskje vil de holde det for seg selv? Kanskje modnes det til en annen gang?

Hver eneste behandling innledes med en samtale. Hvordan hadde du det etter sist? De første timene og to dager etter. Det er gjerne i den tiden eventuelle reaksjoner viser seg. Ved å gjenta dette hver gang øver pasienten på å kjenne etter, være i kroppen. En konstruktiv selvopptatthet, en læring til å lytte til kroppens signaler. En slags indre samtale. Denne samtalen må være naturlig tilgjengelig for å kunne ta vare på seg selv. Aadel Bulow-Hansen ville at behandlingens navn skulle inneholde noe om "hjelp til selvhjelp". Skal det være en hjelp til selvhjelp må en slik indre samtale leve. Og ikke gå i ring, bli statisk - som bevegelsene.

HVA GJØR VI ?

Vi undersøker kroppens og pustens bevegelighet, - bøyelighet og strekkbarhet. Hvor er det naturlig ledighet og hvor er det stivt? Er det en del som er lite bevegelig, eller to, eller er hele kroppen stiv? Se på ben i forhold til bekken, bekken i forhold til rygg, rygg i forhold til mage, brystkasse i forhold til skuldre, nakke i forhold til kjeve osv. Delfunksjoner i forhold til hele kroppen. Hvilke deler av kroppen er ute av balanse? Hvilke konsekvenser har det for hele funksjonen at f.eks. bekkenet holdes bakover? Da må pasienten i stående avbalansere med å spenne bl.a. i nakken. Spenner han så nakken når han sitter eller ligger?

Vi leder pasienten til bevegelser hvor vi ser dette. Vi kjenner med hendene om muskulaturen er spent. Spent muskulatur er mer eller mindre hard og øm. Avspent er elastisk, myk og uømfintlig. Når det er vondt, holder pasienten pusten, men slipper han den så etterpå? Puster de fortere når de legger seg ned, eller sukker de? Kan pustebevegelsen få plass i mage, rygg, bryst, eller må de hjelpe til med hals? Det er muskulatur som utfører pustebevegelsen, ikke lungen.

Når vi strekker armen slipper de pusten spontant til eller holdes den? Når de beveger på kjeven eller tungen vil de spontant slippe inn pusten for så å slippe den ut og sveige? Eller stiver de av i nakken og dermed sperrer den naturlige refleks? Det er nemlig en rekke slike naturlige funksjoner som henger sammen. Som det at når du gjesper så strekker du deg. Er du mye anspent så skjer ikke dette.

Ligger du på rygg og bøyer opp i ankelen, vil om du er avspent, kneskjellet spenne seg slik at kneet strekkes og du slipper pusten inn. En del av en løsgjørende strekk som vi stimulerer til ved massasje og bevegelser. Som pasientene må øve på hjemme.

Det er altså naturlige bevegelser som er sluknet, mer eller mindre. Behandlingen søker å vekke til live det som engang var.

Bokstavelig talt å puste til live det naturlige. Det er ikke å lære noe nytt, men avlære det som hemmer.

HVEM ER PASIENTENE?

Vi deler ikke menneskene inn etter diagnoser. Men beskriver tilstander og funksjoner. Hva er bremset hvor og hvordan, og er det mulighet for endring. Da blir det på en måte uinteressant å lete etter diagnoser.

Det er samarbeidsforholdene som avgjør hvilke pasienter vi får. Terapeutens erfaring og tid setter også grenser.

Slik skrev Aadel Bulow-Hansen i 1965: (forkortet av meg)

Erfaringsmessig kan pasientene deles i tre grupper:

1. Pas. med organisk betingende muskelspenninger.
2. Pas. med emosjonelt betingede muskelspenninger.
3. Pas. med spenninger forårsaket av dagliglivets stress.

I stående stilling skiller p. i de forskjellige gruppene seg lite. I horisontalt leie vil gruppe 3 la holdningsmuskulaturen gi etter, pusten blir dypere og roligere. De angir velvære. Pas. i gruppe 1 og 2 opprettholder sitt holdningsmønster i horisontal stilling, mer eller mindre. Det skjer liten endring i pusten. Ved massasje viser p. i gruppe 3 øm men ikke tilstivnet muskulatur, mens de to andre gruppene er hard og uelastisk, ofte så hard at den ikke en gang er vond. Pas. i gruppe 1 angir smerte, men synes det er godt-vondt. Pas. i gruppe 2 angir følelsen av ubehag, kvalme og uro, lukker seg, klarer ikke slippe til pusten, men holder den ytterligere. Et forsvar mot endring og frigjøring.

Stort sett vil holdningen være det primære hos pas. i gruppe 1 og 3, men spenningen hos gruppe 2 vesentlig skyldes hemmet pust. Disse pas. tør av en eller annen grunn ikke puste, de stivner. De "tør" ikke befris. Denne gruppen trenger som oftest også samtalehjelp.

En slik inndeling er selvsagt svært firkantet. Men det sier noe om hvordan vi ble ført inn i det å se tilstander. Det var en hjelp for meg innledningsvis da jeg i 1961 kom i kontakt med

Aadel Bulow-Hansen. Det var å lære ved å få behandling, spørre og få veiledning på pasientbehandling. Om igjen og omgjen. ABH overlot den terapeutiske samtale til sine samarbeidspartnere. De sterkt emosjonelt betingete mønstre hører hjemme i poliklinikker hvor samarbeidet er tettere. Pyskiatriske tilstander behandles ikke med psykomotorisk fysioterapi. Instituttpraksis behandler i hovedsak almenlegens pasienter. Behandlingen tar tid. Et kriterium blir derfor at terapeut og pasient er og blir på stedet over tid.

Det er mest kvinner, hos oss som i all fysioterapi, ca. 70 %. Hvordan kan det forståes?

Menn beskriver mer ryggplager. Det ser ut som de foretrekker kjapp, symptomorientert og pågående terapi som kiropraktor og "tøffere" fysioterapi.

HVA MENER VI MED REAKSJONER?

Opplevelsen i kroppen etter behandlingen kaller vi reaksjon. Den forteller om endring. Er det samsvar mellom de endringene vi kan registrere og det pasienten beskriver? Endringen skal ikke være mer enn pasienten kan "svelge unna".

Reaksjonene kan være fra muskulatur, indre organer, emosjonelle stemninger til mer generelle fornemmelser. Noen kroppslige reaksjoner forteller mer om emosjonelt innhold enn andre. Pasienten bes om å gi rom og tid for reaksjoner og ettertanke. Blir de trette, kvalme, frosne, skjelvne, svimle, urolige, rastløse? Kjenner de seg mørbanket, stive, lette, åpnere? Får de trang til å strekke seg eller lukke igjen? Forteller de om sine fornemmelser til noen? Ser noen i omgivelsene om de endrer bevegelser, humør, rytme o.l.

Er reaksjonene de samme hver gang? Skjer det ingen endring etter åtte til ti ganger, er ikke dette terapien for tiden. Slik sees etteropplevelsene i forhold til siste time, og det vi kjenner og ser i neste time. Som blir retningsgivende for timens innhold.

AVSLUTTENDE TANKER.

Aadel Bulow-Hansens fysioterapi, en hjelp til selvhjelp, overleveres fra fysioterapeut med videreutdanning til fysioterapeut som videreutdannes. En mester - svenn modell, ved egenbehandling, ved veiledning og supervisjon. En prosess som tar tid. Ser du det? Kjenner du det? Følg pusten med syn, hørsel og hånd. Bare denne læring gir håndverket reflektert erfaring. Aldri er man utlært. Aldri blir to terapeuter like i sin fagutfoldelse. Aldri blir to behandlinger helt like.

Teoretisering og forskning innen dette fagområdet vil aldri fange hele virkeligheten. Deler kan bli forsterket, andre oversett og dermed fordreie forståelsen. Prof. Tom Andersen gikk inn i vår virkelighet, tok oss med i sin faglige virkelighet, til gjensidig berikelse. Samtalen med pasientens og fysioterapeutens kroppslig utgangspunkt ble ved vårt samarbeide enda mer meningsfull og hensiktsmessig. Det tydeliggjorde det uadskillelige i tankemønster, bevegelsesmønster og funksjonsmønster.

**Stor er den som vet,
men større
den som vet,**

hvor(dan) man kan spørre. Gruk 11, Piet Hein.

Referanser:

Andersen, Tom: Reflekterende Processer. Dansk psykologisk forlag.

Braatøy, Trygve: Pasienten og Lægen. Cappelen, Oslo 1952.

Braatøy, Trygve: Sorger og Sinnslidelser. Tiden Norsk Forlag, Oslo

3 opplag des. 1945.

Bulow-Hansen, Aadel: Problemer ved behandling av muskel-
spenninger. Den Norske Tannlægeforenings Tidende. 1967.

Bunkan, B.H., Thornquist, E. Radøy, L.: Psykomotorisk behandling.

Festskrift til Aadel Bulow-Hansen. Universitetsforlaget
1982.

Thornquist, E. Bunkan, B.H.: Hva er psykomotorisk behandling? Oslo
Universitetsforlaget, 1986.

Øvreberg, G, Andersen, T: Aadel Bulow-Hansen`s fysioterapi, eget
forlag, Tromsø 1986.

Dyade, tidskrift for kultur, filosofi, psykologi, samfunn nr. 3, 95.

INTERAKSJONSSEMINARET

Ivar Aaraas og Inger Njølstad

Introduksjon

I målsettingen for medisinstudiet i Tromsø heter det (1): "Mennesket er mer enn en biologisk maskin, og vi legger derfor vekt på å gi studenten innsikt i de fag som arbeider med menneskets psykiske og sosiale utvikling og problemer. Målet for denne del av utdannelsen er å fremme en holdning som er basert både på innsikt og medmenneskelig ansvarsfølelse". Interaksjons-seminaret skulle være et viktig instrument for å oppnå dette. Her skulle studentene gjennom intervjutrening og supervisjon i grupper lære om atferd og gjensidige påvirkninger i lege-pasientforholdet og oppdage hvordan deres egne holdninger påvirker kommunikasjonsprosessen. Et gjennomgående trekk ved interaksjonsseminaret har vært organiseringen av kullene i mindre, tilfeldig sammensatte grupper på ca 10 studenter. I begynnelsen var gruppelærerne oftest psykiatere og psykologer. Men etter noen år ble allmennpraktikere og etter hvert også sykehusleger trukket inn.

Delte meninger

Det har alltid vært delte meninger om interaksjonsseminaret. Fra kull-73, det første medisinerkull i Tromsø, het det: "Det eksisterer et dilemma i forholdet mellom holdningbearbeidelse og personlig integritet. --- Det var vanskelig for vår gruppe å holde engasjementet høyt og jevnt - selv om frammøtet viser forpliktelse overfor undervisningen. Dette kan skyldes at "myk" undervisning nedprioriteres framfor det "matnyttige". --- Det kan også skyldes for liten evne og vilje hos læreren til å bryte gjennom forsvar og påpeke personlige holdninger. Mange av studentene påpeker at de i retrospekt hadde ønsket seg mer påpekning av personlige holdninger."

På kull-81, åtte år senere, gjennomførte to grupper hele seminaret (fire semestre). En gruppe sluttet etter tre semestre, den fjerde sluttet etter to semestre. En av gruppene som fullførte syntes særlig positiv. Noen av studentene gav

uttrykk for at de var blitt mer bevisst på hvordan de selv fungerte, at de hadde blitt annerledes i sin omgang med andre; i alle fall var de blitt mer oppmerksom på sin egen måte å være på og oppmerksom på hvordan de selv kunne påvirke en person i en situasjon. Noen mente medisinstudiet ville vært utrolig kjedelig uten et slikt kurs. Lærers kommentar var følgende: "Gruppen har fungert optimalt av hva jeg tror en interaksjonsgruppe kan fungere. Samtlige studenter har vist enorm interesse og aktivitet i planlegging og gjennomføring av kurset. De har vært entusiastisk, kritisk og reflekterende gjennom samtlige epoker."

Om de to gruppene som sluttet før tiden sier evalueringssrapporten:

"Den ene av de to gruppene klager over mangel på struktur og fast leder, den andre over for sterk ledelse. Muligens ligger svaret noe midt i mellom og det faktum at man kanskje bør bruke mer tid på å presisere overfor studentene hva hensikten med interaksjonsseminaret er og på den måte bygge opp større forståelse for seminarets intensjoner"

Revisjoner

Det ble gjennomført en moderat revisjon av seminaret etter to kull på bakgrunn av forholdsvis gode erfaringer til da. Det ble bestemt at opplegget ikke skulle være bundet av et fastlagt pensum. Målsettingen skulle være å gi større forståelse av de emosjonelle sider ved pasient- og legerollen, og undervisningen skulle benytte seg av det som skjer mellom personer og i en person over tid i en langvarig sammenhengende gruppeprosess. Ut fra kritikk etter 6 kull ble det gjennomført en forholdsvis omfattende endring der man gikk over til et mer strukturert opplegg med en viss progresjon gjennom fire semestre fra rollespill av kliniske situasjoner og intervjuer til videoopptak av student-pasient samtaler. For enkelte grupper fungerte dette nærmest ideelt, for andre endte det med frustrasjon og oppløsning, slik som for kull- 81. På kull-85 fungerte bare én gruppe slik at studentene var fornøyd med utbyttet. Kullet mente at mangel på stabile lærere, det at

enkelte studenter ikke følger opp undervisningen og at gruppene løses opp før tiden er ute er problemer som har vist seg gjennom flere år. De foreslo at det på ny ble nedsatt en komité som skulle revurdere interaksjonsseminarets hensikt og plass i studiet. På bakgrunn av deres og flere andre forslag er interaksjonsseminaret revidert på nytt. Fra og med kull 91 er interaksjonsseminaret spredd over flere år i korte bolker knyttet til ulike tema i de forskjellige organkurs. En hensikt med dette har vært å få et mer strukturert seminar som er integrert i studieplanen forøvrig. Interaksjonsseminaret skulle helst bli oppfattet som et naturlig element i studiet knyttet til annen undervisning og ikke som et fremmedelement.

Vanskelig undervisning

Ikke bare studentene, men også mange av lærerne har opplevd interaksjonsseminaret som vanskelig. Erfarne undervisere i psykologi og psykiatri har omtalt seminaret som den største pedagogiske utfordring de har hatt. Noen har opplevd at utfordringene har vært knyttet til lederrollen, andre til uklarheter mht faglig innhold og usikkerhet mht pedagogisk metode.

Interaksjonsseminaret er en kontrast til resten av studiet - ikke bare fordi det tar opp såkalt "mykt stoff" og oppleves som lite eksamensrettet - men fordi selve læringsprosessen er ment å skulle være annerledes. Mange studenter har problemer med dette og ønsker at "undervisningen burde være mer lik den øvrige undervisning" - mer rettet mot faktakunnskaper som ikke krever samme personlige engasjement av dem selv.

Interaksjonsseminaret har i stor grad villet ta utgangspunkt i studentenes egne erfaringer. I tillegg trengs faglige faktakunnskaper som knagger å henge erfaringsbasert lærdom på. Kan hende ligger kjernen til det pedagogiske dilemmaet i spørsmålet som en erfaren seminar- lærer stilte i sin rapport: "Kan kognitiv og emosjonell læring kombineres?" Han svarte selv: "etter min erfaring er det mulig, men vanskelig."

I undervisning om lege-pasientforholdet er det sentralt å skille mellom å lære studentene "riktige" holdninger og å medvirke til at framtidige leger selv i sine møter med pasienter kan finne fruktbare balansepunkter mellom omsorg/krav, nærhet/distanse, tillatende/grensesettende - balansepunkter som er unike for hvert lege-pasient forhold. Skyldes vanskelighetene med interaksjonsseminaret at vi ennå ikke har klart å finne balansepunktet mellom kognitiv og emosjonell læring?

Tom Andersen

Alt i 1974 var Tom Andersen koordinator for den langsgående undervisningen i "individual- og utviklingspsykologi og interaksjon". I 1976 foreslo han sammen med andre lærere at seminaret skulle konsentreres om pasienten og dennes sykdom, forholdet mellom student og pasient, og studentenes forhold til framtidige legeroller. Lærergruppen antydet følgende sentrale tema:

- hvordan kan en opptre for å forstå pasienten og hans problemer
- om å forstå pasientens sykdom som en del av pasientens totale situasjon
- hva skaper tillit
- behandler-rolle og menneskelighet
- maktforholdet mellom lege og pasient og dette forholdets innvirkning på legens opptreden
- samarbeidssituasjoner mellom leger og andre yrkesgrupper
- den dødssyke pasient
- informasjon til den alvorlig syke
- ansvarsforhold til pasienten ved journalopptak og undersøkelse

I dag, 20 år seinere, og etter flere revisjoner der mange ulike personer har fått delta i utviklingsprosessen, kan vi kanskje si at vi nærmer oss det som den gang ble holdt fram som viktige tema. De ulike bolkene i det "nye" interaksjonsseminaret tar nettopp opp de skisserte temaene. I noen av bolkene møtes medisin- og sykepleiestudenter i felles forelesninger. De møtes også i smågrupper der de lærer om og av hverandre. Lærere for

begge yrkesutdanningene deltar i de felles interaksjonsgruppene. På en konkret måte oppfylles målsettinger om samarbeid på tvers av utdanningene, men likevel er tverrfagligheten et ledd i en større kontekst, der målet ikke er å oppfylle helseutdanningspolitiske intensjoner, men å utvide hver enkelt sin forståelse og toleranse for andre.

Mer enn 20 år etter oppstart av interaksjonsseminaret er Tom Andersen fremdeles i hovedrollen som koordinator. Underveis har han møtt vansker og kritikk med åpenhet og vilje til endring. Tålmodig, uten å presse sine meninger og holdninger på andre har han latt utviklingen av interaksjonsseminaret ta den nødvendige tid. Samtidig har han selv vært aktiv deltaker i endringsprosessene. Han har ledet arbeidet med revisjoner av seminaret, veiledet lærerne, vært lærer for studentene og han har selv ledet det praktiske arbeidet med å organisere gruppene. Han er en vedholdende talsmann for at medisinstudiet skal ha rom for opplevelsels-læring og for at det å kunne og ville reflektere over egne erfaringer er viktig for å modnes fram mot legerollen. Men det er enda en side ved interaksjonsseminaret som Tom Andersen ofte har trukket fram: seminaret gir en mulighet til å utvikle toleranse for andres meninger og holdninger, toleranse for annerledeshet, det kan lære oss å tåle å leve med tvetydigheter.

La interaksjonsseminaret leve!

Vi som skriver dette har begge i vår legegjerning følt at det er viktig at emosjonelle forhold, som alltid spiller med i vårt møte med pasienten, blir erkjent og håndtert på en nyansert og profesjonell måte. Dette er vanskelig i praksis og kanskje enda vanskeligere å undervise. På et nordisk møte i Tampere i 1990 opplevde vi hvordan andre studiesteder var opptatt av å få de emosjonelle sider ved legerollen inn i undervisningen, men hadde problemer med å få innpass i tettpakkede og tradisjonelle studieplaner. Skal man få inn mer undervisning om lege-pasientforhold, synes det som om man må lage helt nye studieplaner, slik vi i 1990-årene ser i Trondheim og Oslo. Begge steder har man gitt betydelig plass i studiet til det man bestemte seg for

i Tromsø allerede for 25 år siden gjennom interaksjonsseminaret. Som vi har forsøkt å vise, har dette ikke vært enkelt. Men å skape en undervisningssituasjon som gir rom for å utvikle medmenneskelighet, selvinnsikt og empati i sin profesjonelle rolle kan vel aldri bli enkelt. Det er grunn til å takke Tom Andersen for hans tålmodighet og pågangsmot gjennom alle år. Han fortjener kolleger og etterfølgere som evner å ta vare på og utvikle interaksjonsseminaret til beste for framtidige Tromsøleger og deres pasienter.

Litteratur:

1. Medisinsk studieplan. Universitetet i Tromsø. Universitetsforlaget. Tromsø-Bergen-Oslo 1971.

FORFATTERLISTE

- Birgitta Alakare Overlege, Västerbotten sjukvårdsdistrikt, Tornio Finland
- Harlene Anderson Psykolog, Houston Galveston Institute, USA
- Anna Margrethe Flåm Psykolog, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Tromsø
- Anders Forsdahl Professor i allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- Gerd Furumo Konsulent, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- Vinjar Fønnebø Professor i forebyggende medisin, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- Kenneth J. Gergen Professor i psykologi, Swarthmore College, USA
- Vidje Hansen Førsteamanuensis, Seksjon for klinisk psykiatri, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- Ivar Hartviksen Avdelingsoverlege, Psykiatrisk Senter for Midt-Troms, Silsand
- Lynn Hoffman Familieterapeut, Massachusetts USA
- Georg Høyer Professor i sosialmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- Arlene M. Katz Psykolog, Department of Social Medicine, Harvard Medical school, Cambridge USA
- Eva Kjellberg Overlege, PBU Gällivare
- Erik Korvald Overlege, Buskerud fylkeskommune

Unni Kristiansen	Overlege, Fosen-teamet, Nord-Trøndelag
Peter Lebenbaum	Psykolog, Programkoordinator, Community Mental Health Center, Middlebury, Vermont, USA
Anders Lindseth	Førsteamanuensis, Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø
Sheila Mcnamee	Assosiert professor, Department of Communication, University of New Hampshire, Durham USA
Ole D. Mjøs	Professor, Institutt for medisinsk biologi, Universitetet i Tromsø
Odd R. Nilssen	Professor, Seksjon for sosial-psykiatri, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Inger Njølstad	Amanuensisvikar, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Peggy Penn	Familieterapeut, The Ackerman Institute for family therapy, New York
Ebbe G. Reichelt	Høgskolelektor, Sagene Lærerskole, Oslo
Sissel Reichelt	Førsteamanuensis, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo
Jaakko Seikkula	Sjefpsykolog, Keropudas sjukhus, Tornio, Finland
John Shotter	Professor, Department of Communication, University of New Hampshire, Durham USA
Per Stensland	Kommunelege, Sogndal

Anne Johanne Søgaard	Professor i forebyggende medisin, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Pål Talberg	Klinisk pedagog, konsulent, Studentenes sosialtjeneste, Tromsø
Judith Wagner	Sosionom, Socialförvaltningen, Kalmar
Åge Wifstad	Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Gudrun Øvreberg	Fysioterapeut, G. Øvrebergs Fysikalske Institutt, Harstad
Jukka Aaltonen	Professor i familieterapi, Universitetet i Jyväskylä, Finland
Ivar Aaraas	Førsteamanuensis i almenmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. Reformen i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
- 9.* "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.
11. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.

- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.
13. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Sjøgaard, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Høltedahl, 1991.
17. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønnebø Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønnebø, 1992.
22. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.

24. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønaa, 1992.
26. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Sjøgaard, 1993.
29. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.
33. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.
34. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996.

De som er merket med * har vi dessverre ikke flere eksemplar av.