

Lidbom, P. A. & Hillesund, O. K. (2025). Familieterapeutiske perspektiver: Et bidrag til psykososialt helsearbeid?. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 275–287). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550216>

Kapittel 16

## **Familieterapeutiske perspektiver**

*Et bidrag til psykososialt helsearbeid?*

**Per Arne Lidbom og Odd Kenneth Hillesund**

Innen psykiatri og psykoterapi er det en lang tradisjon for å sette individ og individets symptomer i sentrum. Dette gjenspeiler seg i en økende tendens til kartlegging, diagnostisering, individuelle behandlingsplaner og bruken av medisiner. Noe av grunnlaget for denne praksisen er knyttet til at man forstår psykisk lidelse som en psykisk sykdom.

Det som har gått tapt i denne utviklingen, er menneskets grunnleggende behov for sosial tilhørighet og samvær (Lieberman, 2013). Denne mangelen og den ensidige fokuseringen på symptomer, sykdom og medisinerer førte til at man i 1998 etablerte videreutdanning i psykisk helsearbeid, en utdanning som erstattet tidligere videreutdanninger i psykiatri for dem som hadde bachelor i for eksempel sosialt arbeid, sykepleie eller fysioterapi (Borge, et al., 2018). Fagfeltet psykisk helsearbeid minner oss på at det er en klar sammenheng mellom sosial tilhørighet og vår helse (Kirkengen & Brandtzæg Ness, 2015). Vi fødes inn i, lever våre liv og dør innvevd i ulike relasjoner og sosiale sammenhenger. Denne forståelsen av mennesket som aktivt deltagende i relasjoner og sosiale sammenhenger er en forståelse som fagfeltene familierapi og psykososialt helsearbeid deler. Når mennesker får det vanskelig, betraktes deres utfordringer og muligheter ut ifra disse perspektivene. I dette kapitlet vil vi forsøke å løfte fram sider ved familierapien, og dens historie, som kan være til nytte i videreutviklingen av fagfeltet psykososialt helsearbeid. Vi vil forsøke å løfte fram sider ved familierapien, og dens historie, som kan være til nytte i videreutviklingen av fagfeltet psykososialt helsearbeid.

## **Familierapiens opprinnelse**

Allerede tidlig på 1900 tallet var sosialt arbeid nært knyttet til det å hjelpe fattige familier med de problemene de opplevde i sin hverdag (Guman & Kniksern, 1981). I en tid hvor det var det få offentlige hjelpetiltak for fattige familier både i Europa og USA, utviklet frivillige organisasjoner og ulike stiftelser tiltak rettet mot de aktuelle familiene. Dette var tiltak som hadde som mål å skape sosial trygghet, bedre den psykiske helsen og minske kriminaliteten (Beel, 2002). Dette var også en tid hvor psykoanalysen var i framvekst, med

sin forståelse av psykiske symptomer som et uttrykk for psykiske konflikter knyttet til indre representasjoner av tidligere konflikter i familien. På den måten ble familien en viktig faktor i forståelsen av hvordan psykisk uhelse kunne oppstå, men samtidig «tilsidesatt» i selve behandlingen. Nå i ettertid kan vi se den betydningen begge disse måtene å forholde seg til familier på er med på å løfte fram familien som en viktig kilde til utviklingen av psykisk uhelse. På hver sin måte er de begge opptatt av samspill, kommunikasjon og relasjoner, noe som blir framtrædende i etableringen av familieterapi som en egen terapeutisk retning.

## **Fra sosialt arbeid til familieterapi**

I dette avsnittet vil vi presentere noen av de viktigste utviklingslinjene innen familieterapien og hvordan disse har bidratt til forståelsen av, og hvordan man kan jobbe med, psykisk uhelse. I begynnelsen av 1950-tallet var familieterapi i sin spede begynnelse og vokste fram som en reaksjon på datidens dominerende individuelle perspektiv i forståelsen av psykisk uhelse. Med sitt søkelys på samspill, kommunikasjon og relasjoner ble familieterapi betraktet å representere et paradigmeskifte innenfor det terapeutiske miljøet (Tjersland & Eriksen, 1999). Et paradigmeskifte som førte til at man i langt mindre grad fokuserte på enkeltmenneskets indre liv, men løftet fram relasjon, samspill og kommunikasjon som vesentlige faktorer i forståelsen av, og behandlingen av, psykisk helse. På 70-tallet ble familieterapi en akseptert arbeidsform både innenfor familievern, barne og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og rusomsorgen her i Norge. Familieterapien har etter dette gjennomgått ulike utviklingsfaser. Fra kommunikasjon til systemforståelse, videre til språkets betydning for hvordan vi forstår oss selv og den verden vi er en del av. Sentrale familieterapeutiske metoder i dag er emosjonsfokusert familieterapi, narrativ terapi, dialogiske nettverksmøter samt ulike programmer basert på tilknytting og traume.

## Fra dyader til systemer

I begynnelsen konsentrerte familieterapien seg om ulike typer dyader (mor – barn, ektemann – kone o.l.) og kommunikasjonen mellom de som utgjorde denne dyaden. Dette to-persons-perspektivet utviklet seg etter hvert til det som ble en systemisk forståelse av menneskelige relasjoner. En systemisk enhet kunne være familien og/eller parforholdet. Hovedtanken med dette perspektivet var at det var systemet som styrte og kontrollerte menneskene og ikke omvendt. Dersom de personene som utgjorde systemet skulle endre seg, var det ikke tilstrekkelig at personene i systemet endret atferd. Systemet ville «motsette seg» denne endringen, og problematferden kom gradvis tilbake. For at man skulle oppnå en vedvarende forandring måtte systemet endres. I denne perioden utviklet det seg tre ulike familieterapeutiske retninger. Strategisk familieterapi ble utviklet i Palo Alto USA og var knyttet til Watzlawick, Weakland og Fisch. De rettet interessen mot hvordan familiens egne løsninger på det som opplevdes problematisk, bidro til å opprettholde problemet. Denne forståelsen førte til at de utviklet ulike redefinerende metoder og paradoksale intervensjoner (Watzlawick et al., 1974).

I samme periode utviklet barnepsykiateren Salvador Minuchin den familieterapeutiske retningen strukturell familieterapi. Som navnet tilsier, var man innenfor denne retningen opptatt av å beskrive ulike familiestrukturer ved hjelp av begreper som hierarki, grenser, subgrupper og allianser (Minuchin, 1974). På den måten kunne de avgjøre om den aktuelle familien passet inn under det de beskrev som «emmeshed families» (familien har tydelige grenser utad, men er på mange måter grenseløs familiemedlemmene imellom) eller «disengaged families» (familien har ikke så tydelige grenser utad, og familiemedlemmene er i liten grad tilknyttet hverandre). Et annet viktig bidrag fra denne måten å gjøre familieterapi på var at terapien skjedde i selve timene. Terapeuten kunne styre både interaksjonen og kommunikasjonen ved å iscenesette ulike sekvenser og handlinger i løpet av terapitimen. Dette i motsetning til andre metoder som ga familier og familiemedlemmer hjemmelekser de skulle gjøre mellom timene (Tjersland & Eriksen, 1999).

På samme tid var det fire psykoanalytikere i Milano som dannet en arbeidsgruppe med interesse for familieterapi. Dette var Selvini Palazzoli, Boscolo, Checcin og Prata, som på den tiden arbeidet med spiseforstyrrelser. Dette var terapeuter som i starten av prosessen med å utvikle sin egne familie-

terapeutisk praksis var preget av sin psykoanalytiske utdannelse. Dette førte til at de ofte framstod som objektive og nøytrale. Gruppen etablerte etter hvert et samarbeid med Paul Watzlawick fra den strategiske tradisjonen, noe som skulle påvirke deres videre utvikling. En annen viktig inspirasjonskilde ble Gregory Bateson og hans bok *Steps to an Ecology of Mind* (1972). Med disse inspirasjonskildene ble denne gruppen opptatt av sirkularitet, hypoteser og hypotesedannelse (Selvini-Palazzoli et al., 1980). Dette førte til at de i enhver familieterapeutisk time hadde et team bak speilet som skulle hjelpe terapeuten med å danne sirkulære hypoteser om sammenhenger knyttet til familiens problemer og ut fra det danne intervensjoner som hadde en paradoksal karakter. Et eksempel på dette var det de kalte positiv konnotasjon. Et eksempel på det kunne være et barn med enurese (ufrivillig vannlating) i en familie hvor mor og far hadde ekteskapsproblemer. Den positive konnoteringen (finne en ny forståelse av det problemet som ble presentert av familien), kunne da være at barnet fikk ros for sin omtanke for de andre i familien fordi enuresen førte til mindre kranling mellom foreldrene. I dag blir Milano skolens videreutviklet og videreført av bl.a. Bertrando (Bertrando, 2007; Boscolo & Bertrando, 1993), som bl.a. har inkludert dialog og dialogisme i tillegg til andre forandringer knyttet til denne retningens teoretiske grunnlag.

Felles for disse ulike retningene var at de var systemiske og normative, dvs. at de hadde en ide om hva en «godt fungerende familie» var, og med det hva familier som strevde, trengte for å fungere bedre. I tillegg ble terapeuten betraktet å være utenfor det systemet vedkommende skulle hjelpe. Påvirket av bl.a. andre ordens kybernetikk ble dette endret slik at man betraktet den hjelpesøkende familien og terapeutene som et eget system i de terapeutiske møtene. Med andre ord så ble terapeuten en del av systemet.

## Språket tar over for systemet

På 80-tallet oppstod det flere epistemologiske debatter (hva kan vi vite, og hvordan kan vi vite det?) i det familieterapeutiske miljøet. Dette hadde sammenheng med at feltet lot seg inspirere av den chilenske biologen og filosofen Humberto Maturana, som bl.a. studerte frosker og gjennom sin forskning

kom fram til at frosker i stor grad forholdt seg til sine egne konstruksjoner av virkeligheten, og i mindre grad til virkeligheten slik den er. Konstruktivismen ble etter hvert en vesentlig del av ulike familierapeutiske teorier. Med utgangspunkt i at vi forholder oss til våre konstruksjoner av virkeligheten og ikke selve virkeligheten, ble objektivitet, fakta og sannheter begreper man gikk bort fra, og på den måten inntok man også et distansert forhold til det naturvitenskapelige forskningsidealet (Tjersland & Eriksen, 1999).

Senere på 80-tallet blir familierapien påvirket av Kenneth Gergen og hans forståelse av sosialkonstruksjonisme. På flere måter kan man betrakte sosialkonstruksjonismen som en relasjonell og kontekstuell utgave av konstruktivismen. Sosialkonstruksjonismen har som utgangspunkt at kunnskap ikke er noe universelt, og noe som er gitt utenfra. Sannhet finnes ikke, og vi kan aldri være sikre på at noe hen mente, eller uttrykte, er slik verden er. Gergen (1994) mener at kunnskap og mening konstrueres i fellesskap, og at en «sannhet», et uttrykk eller en teori får mening og verdi i et sosialt system, som for eksempel en kultur eller familie. Gergen hevder videre at i samskapingen av konstruksjoner er språket viktig. Hvordan vi snakker om personer og fenomener, påvirker hvordan vi forstår dem.

Familierapifeltets påvirkning av konstruktivismen og sosialkonstruktivismen førte til at man i den terapeutiske praksis ble interessert i klientenes konstruksjoner av den verden de levde i, og at disse konstruksjonene kunne endre seg i møte med terapeutenes konstruksjoner. Påvirkningen av sosialkonstruksjonismens førte også til at språket ble viktig i det terapeutiske arbeidet. Man kan si at språket mistet sin uskyld, og ble en skapende kraft i dannelsen av konstruksjoner og ikke bare noe som representerer verden. Tjersland og Eriksen (1999) omtaler denne utviklingen på følgende måte:

Oppmerksomheten rettes på en helt annen måte enn tidligere mot de ord og uttrykkene terapeuter og klienter benytter seg av i sitt samspill. (s. 142)

Denne økende interessen for språket og språkets betydning påvirket i stor grad praksisfeltet. Familierapeuter som Harleen Anderson og Harry Goolishian (1988) og Tom Andersen (1987) ble sentrale bidragsytere i denne sammenhengen.

For å beskrive og utforme teorier om sin egen praksis måtte tidligere familierapeuter og forskere henvende seg til andre fagområder for å finne begreper som kunne romme, og gjenspeile, deres praksis. På den måten «lånte» man begreper fra ingeniørfaget, dette gjelder begreper som for eksempel system og kybernetikk. Anderson og Goolishian (1988) var kritiske til dette og mente at teoriene, og dermed forståelsen av mennesket og terapi, ble for mekaniske. For å gjøre dem mer menneskelig foreslo de at mennesker måtte forstås som lingvistiske enheter, hvor språk, kommunikasjon og samhandling ble det sentrale.

Anderson (1997) oppsummerer denne utviklingen på følgende måte:

**Tabell 16.1**

*To ulike forståelser av terapeutisk praksis: en utvikling fra en ekspertorientert, hierarkisk tilnærming til en relasjonell, samarbeidende tilnærming*

Fra ...	Til ...
1. Sosiale systemer, definert ved roller og struktur	1. Et system som er kontekstorientert og et produkt av sosial kommunikasjon
2. Et system bestående av individer, par eller en familie	2. Et system bestående av individer som står i forhold til hverandre via språket
3. Terapeutdrevet hierarkisk organisasjon og prosess	3. En «filosofisk holdning», en samarbeidsorientert relasjon og prosess
4. Terapeuten er ekspert, og de som søker hjelp er «vanlige» mennesker	4. Et samarbeid mellom mennesker med forskjellige perspektiver
5. Terapeuten er en person som har kunnskap, og som samler og kartlegger relevant informasjon	5. Terapeut som en person som ikke vet og som er i en posisjon hvor vedkommende tar imot informasjon
6. Terapeuten er en ekspert som vet hvordan andre skal leve sine liv	6. Terapeuten er ekspert på å skape et rom som legger til rette for dialog
7. Terapeuten har full oversikt og søker etter årsaker	7. Et terapeutisk søkelys rettet mot å skape muligheter. Vedkommende har tillit til alle deltageres bidrag og kreativitet
8. Terapeuten tviler ikke om sin egen kyndighet. Vedkommende vet eller tror at han/hun vet	8. Terapeuten som en «ikke-vitende» person, som er i tvil og som betrakter ny viten som utviklende
9. Terapeuten som en person som tar utgangspunkt i sin egen privilegerte kunnskap og personlige antagelser/tanker	9. Terapeuten er åpen deltagende og reflektert over sin viten, antagelser, tanker, spørsmål og holdninger

Fra ...	Til ...
10. Terapeuten som person intervenserer på bakgrunn av sin strategiske viten og tilhørende generelle ferdigheter og teknikker	10. En felles utforskning som bygger på alle deltagerens erfaringer og kunnskap
11. Terapeuten har til hensikt å skape forandring hos en annen person eller medlem av et system	11. Forandring oppstår som en naturlig følge av en skapende dialog og en relasjon utviklet av et samarbeid
12. En type terapi hvor menneskets «selv» antas å inneholde en kjerne (kjerneselvet)	12. En terapi hvor mennesker antas å være mangfoldig og «selvet» antas å være konstruert gjennom språket
13. Terapi som aktivitet blir undersøkt av en forsker som har et «utenfra»-blikk	13. En terapi hvor terapeut og hjelpesøkende er forskere sammen. Søkelyset rettes mot det de skaper sammen

Tabell hentet fra H. Andersons bok.

En annen familierapeut som lot seg inspirere av den utviklingen fagfeltet befant seg i, var Tom Andersen. Han var i utgangspunktet utdannet lege og psykiater, men vendte seg etter hvert til familierapifeltet. Hans mest kjente bidrag innenfor familierapien er innføringen av reflekterende team (Andersen, 1987). Han opplevde det ubehagelig at det reflekterende teamet og terapeuten trakk seg tilbake til et eget rom hvor de snakket om de tanker og ideer de fikk i møte med familien. Ut ifra dette ubehaget kom tanken om at familien kunne ha nytte av å høre noen av disse refleksjonene. Ved en anledning valgte derfor Tom Andersen og hans team å «snu speilet». Det vil si at de dempet belysningen i terapirommet, samtidig som de slo på mikrofoner og lys for dem som satt bak enveisspeilet. Deretter ga teamet uttrykk for sine refleksjoner med familien til stede. Om familiemedlemmene tok disse refleksjonene til seg eller ikke, var opp til det enkelte familiemedlemmet. Noe av hensikten med dette var at familien kunne se seg selv utenfra og på den måten få ny tanker og ideer knyttet til den situasjonen de befant seg i.

## Fra familie til nettverk

Anderson og Goolishian (1986) mente at man måtte forlate den forståelsen at det var systemet som skapte problemer, og heller forstå det slik at det var problemer som skapte systemer. For praksisfeltet fikk dette den betydning at det ikke nødvendigvis var familien som skulle ta plass i terapirommet, men de personene som ble berørt av problemet. På den måten kan man si at Anderson og Goolishian åpnet opp for det vi i dag kaller nettverksmøter og åpen dialog, samtidig som de oppløste familien som den eneste terapeutiske enheten. Ved å bevege seg fra det systemskapte problemet og til det problemskapte systemet var det ikke lenger kjernefamilien som nødvendigvis var med på å skape og opprettholde problemet, det kunne like godt være lærere, venner, arbeidskollegaer eller andre betydningsfulle personer som skapte og opprettholdt det problemskapte systemet. Dette åpnet også opp for at familieterapeutiske forståelsesrammer og metoder fant sin plass utenfor terapirommet og til de ulike sosiale arenaer som vi mennesker befinner oss i. Nettverksmøter basert på en familieterapeutisk forståelse kunne derfor skje hjemme hos folk, på skole, arbeidsplass o.l. Denne utviklingen av familieterapien med styrket søkelys på kontekst, relasjoner, samhandling, kommunikasjon og endring ble på den måten også aktuell innenfor fagområdet psykisk helsearbeid. Denne utviklingen har ført til at familieterapi og familieterapeutiske teorier og metoder har funnet veien ut av terapirommet og til arenaer hvor menneskers virkelige liv utspiller seg.

## Forskning og evidensbasert kunnskap

På slutten av nitti-tallet ble det fra flere hold rettet kritikk mot familieterapien fordi den i for liten grad kunne underbygge sin praksis med forskning (Flaskas, 2002). Det ble hevdet at familieterapien, slik den ble betraktet da, hovedsakelig var basert på ideologi og i langt mindre grad på forskning og evidensbasert kunnskap (Nortvedt & Grimmen, 2004). Denne kritikken førte til at familieterapeuter begynte å søke evidensbasert kunnskap fra fagområder de mente var relevant og viktig for å kunne hjelpe de familier som søkte hjelp.

På den måten integrerte man evidensbasert kunnskap fra utviklingspsykologi, tilknytningsteori og terapeutisk behandling av spesifikke diagnostiske tilstander, med familierapeutiske teorier.

Denne utviklingen gjorde at familierapifeltet delte seg i to ulike retninger. På den ene siden hadde man de som førte den «tradisjonelle» familierapien videre (gruppe 1). Deres filosofiske og teoretiske grunnlag er sosialkonstruksjonisme, generell systemteori, kommunikasjonsteori og dialogisme. Her forstår man familierapi som samskapende prosesser hvor språket har en sentral rolle, og hvor terapeuten en del av det terapeutiske systemet. Eksempler på denne typen terapier er åpen dialog (Seikkula & Arnkil, 2017), samarbeidende praksis (Anderson, 1997), narrativ terapi (White, 1995) og dialogisk familierapi (Rober, 2017). Forskning innenfor denne familierapeutiske gruppen er hovedsakelig kvalitativ forskning som er knyttet til personlige opplevelser og erfaringer fra terapi og livshendelser. Det er mindre kvantitativ forskning som skal avsløre, eller avdekke, universelle sannheter.

Den andre gruppen (gruppe 2) har med seg deler av det systemiske og relasjonelle perspektivet inn i sin forståelse og utførelse av familierapi. I tillegg integrerer de kunnskap om individet og spesifikke diagnostiske kategorier, noe som får en sentral plass i forståelsen og utøvelsen av denne typen familierapi. Dette har medvirket til at man innen denne retningen i langt større grad er normativ når det gjelder hva som er bra / ikke bra for familier, noe som igjen har ført til at denne typen familierapi ofte er manualbasert. Eksempler på denne typen familierapi er Multisystemisk Familierapi (Cunningham & Henggeler, 1999), Attachment based Family Therapy (Diamond et al., 2014) og Maudsely-modellen (Lock & Grange, 2013). Forskning innenfor denne retningen er opptatt av både kvalitativ og kvantitativ forskning, men da i hovedsak for å finne ut hvilke faktorer som er viktige i terapeutisk praksis.

Dette mangfoldet innenfor familierapifeltet har ført til at familierapi har blitt en «paraplybetegnelse» for en lang rekke terapeutiske praksiser. En tendens i denne utviklingen synes å være at det individuelle/subjektive feltet styrkes, mens familien som en terapeutisk enhet svekkes (Thorsteinsson, 2019). Generelt ser vi en utvikling som vender seg bort ifra familierapien slik den opprinnelig var, et alternativ til individualterapi basert på en medisinsk modell med individuelle diagnoser. Denne utviklingen førte til at helsedirektoratet (2008) gikk bort fra begrepet familierapi som den overordnede betegnelsen for de ulike familierapeutiske tilnærmingene og erstattet det med «familiebasert praksis».

Ut ifra ovennevnte kan man lett trekke den konklusjonen at gruppe 2 bedriver en mer evidensbasert praksis enn gruppe 1, men er det virkelig slik?

Dette er en stor og pågående debatt som vi ikke skal trekke ut i sin fulle bredde her, men vi vil løfte fram det vi tenker er vesentlig i denne debatten, og det er spørsmålet: «Hva er evidensbasert praksis?» I sin utredning i hva som ligger i evidensbasert praksis, skriver American Psychological Assosiation bl.a.:

Evidence based practice... as being the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient preferences and values (Barlow, 2004, s. 871).

Ifølge denne beskrivelsen hviler evidensbasert praksis på tre grunnleggende fundament: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser. Bredden i denne beskrivelsen ble dessverre svekket da beste forskningsevidens ble formulert etter den biomedisinske modellen hvor det eksperimentelle designet ble tildelt en særstilling, og hvor randomisert, kontrollerte studier (RCT) er gullstandarden. Når man på den måten setter ulike forskningsmetoder opp mot hverandre ved å favorisere den ene, står man i fare for å forenkle det som i utgangspunktet er komplisert, og på den måten miste av syne kunnskap som har betydning for utøvelse av klinisk praksis. Forskjellen mellom de to tidligere nevnte gruppene handler derfor mere om hvordan man som terapeut forvalter den kunnskapen man besitter i utøvelsen av terapi, og i mindre grad om hvorvidt kunnskapen er evidensbasert eller ikke.

## **Hvor er vi og hvor går vi? Hvilke utfordringer står familieterapi og psykisk helsearbeid overfor?**

I dagens mangfold av teorier og metoder som gjenspeiler seg både i familierapien og psykisk helsearbeid har begge disse fagområdene til felles at de vektlegger flerpersoneperspektivet, fokuserer på muligheter og mindre på årsaker og at forandring i stor grad handler om å tilrettelegge for at forandring kan skje gjennom en gjensidig dialog med den det gjelder og vedkommendes nettverk. Innen begge disse fagområdene vil dette være vesentlig når man skal hjelpe barn, ungdom og voksne som søker hjelp.

Dette krever administrative systemer som gir anledning til å jobbe på denne måten, noe dagens administrative systemer dessverre gir mindre og mindre rom for. Dermed står man i fare for at denne typen hjelpetilbud kan forsvinne. En slik utvikling vil også medføre at den kunnskapen og erfaringen begge de aktuelle fagfeltene har ervervet gjennom flere tiår, kan gå tapt i konkurranse med hjelpetilbud som er individorientert og som de administrative systemene legger til rette for.

Jerome Bruner (1960, 1990) har utviklet teorier om hvordan mennesker tenker og lærer. Han skilte mellom to hovedtyper av tenkning: paradigmatisk tenkning og narrativ tenkning.

- Paradigmatisk tenkning kan hjelpe både familieterapeuter og psykisk helsearbeidere til å anvende systematiske og logiske tilnærminger til diagnostisering og behandling av en families utfordringer. De kan gjenkjenne ulike samspilsmønstre og roller, og basert på dette gi ulike intervensjoner.
- Narrativ tenkning kan hjelpe familieterapeuter og psykisk helsearbeidere til å forstå klientens livshistorie, kontekst, relasjoner og deres subjektive opplevelse av verden. Ved å anvende en narrativ tilnærming kan de hjelpe klientene til å omforme sine opplevelser og med det forholde seg til sine narrativer på en ny måte, noe som kan føre til en mer helhetlig forståelse av seg selv og den verden man deltar i.

Ifølge Bruner er begge typer tenkning likeverdige og nødvendige for å forstå og navigere i verden på en fullstendig måte. Han mente at begge tenkningstyper kan komplimentere hverandre, og at en kombinasjon av dem kan føre til en mer helhetlig forståelse.

I vår kultur, som er preget av høyt tempo og behov for effektivisering og raske prosesser, vil arbeidsmåter som vektles mot narrativ forståelse kunne tape til fordel for mer paradigmatisk og standardisert tenkning. Som et motsvar til denne tendensen, og for å forbli det alternative familieterapien og psykisk helsearbeid representerer, vil det være viktig å ikke sette den paradigmatisk og den narrative måten å tenke på opp mot hverandre. Begge disse utgjør en dynamikk som kan bidra til en positiv utvikling dersom de gjensidig aksepterer hverandre. Å tilstrebe enfoldighet vil være et svik mot menneskers mangfoldighet.

## Referanser

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428.
- Anderson, H. (1997). *Samtale, språk og terapi: Et postmoderne perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1986). Systems consultations to agencies dealing with violence. I L. Wynn, S. McDaniel & T. Weber (Red.), *The family therapist as systems consultant* (s. 284–299).
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Barlow, S. H. (2004). The history of group counseling and psychotherapy. I J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner & M. T. Riva (Red.), *Handbook of group counseling and psychotherapy*. Sage Publications.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Ballantine.
- Bertrando, P. (2007). *The dialogical therapist*. Karnac.
- Borge, L., Juritzen, T. & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjuve år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(4), 360–367.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09>
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1993). *The times of time: A new perspective in systemic therapy and consultation*. W. W. Norton.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Cunningham, P. B. & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned through the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38, 265–281.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M. & Levy, S. (2014). *Anknytningsbaserad familjeterapi för «deprimerad ungdom»*. Studentlitteratur.
- Flaskas, C. (2002). *Family therapy beyond the postmodernism*. Brunner Routledge.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships*. Harvard University Press.
- Gurman, A. & Kniskern, D. (1981). *Handbook of family therapy*. Brunner Routledge.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Lieberman, K. (2013). *More studies in ethnomethodology*. State University of New York Press.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Tavistock.
- Nordtvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Sigma Forlag.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 38, 3–12.
- Rober, P. (2017). *In therapy together: Family therapy as a dialogue*. Red Globe Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2017). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Thorsteinsson, V. W. (2019). Familieterapiens historie. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familjeterapi*. Fagbokforlaget.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Dulwich Centre Publications.

