

De tre bølger i systemisk tænkning

Af Jacob Mosgaard

Fra *Systemisk Forum*, vol. 16, nr. 3, 2003.

Hvorfor gør vi, som vi gør? Der har længe været inspirerende og inspirerede artikler i Systemisk Forum om forskellige anvendelsesområder inden for den nyere systemiske tænkning, men måske er det tid til igen at vende os imod grundlaget. Inspireret af temaet på STOKs kommende årsmøde, kunne det være interessant at genopdage meningen i "galskaben". Med denne artikel tilbyder jeg én konstruktion af baggrunden for den systemiske tænkings nuværende tilstand, og inviterer andre til at deltage med deres forståelser.

Jeg selv er meget inspireret af socialkonstruktionismen. En af den nyere systemiske tænkings pudsigheder er, at denne regnes for en del af den systemiske familierapi. Flere socialkonstruktionistiske terapeuter kalder sig stadig systemikere, og flere kalder sig stadig familierapeuter. Dette ses bl.a. afspejlet i bevægelsens tidsskrifters navne – tag blot *Systemisk Forum* og *Fokus på familien*. Der er da også en del ligheder, men nok mest af alt et historisk slægtskab.

Jeg vil nedenfor forsøge at beskrive udviklingsprocessen fra klassisk systemisk terapi til den nyere socialkonstruktionistiske terapi ved at fremdrage to karakteristika ved hver af de tre bølger. Processen er en bevægelse fra sociale systemer og relationelle mønstre til kulturelle diskurser og individuelle narrativer. Dette skift i opfattelsen af, hvad menneskelivet er, medfører også forskelle i forståelsen af terapeutisk intervention. Processen går her fra terapeuten som kontrollant og observatør til terapeuten som demokratisk medskaber af nye sociale konstruktioner.

Opdelingen i tre bølger er min egen, men er inspireret af forskellige teoretikere. Der findes inden for systemisk og familieteoretisk "historieforskning" en vifte af metaforer for de forskellige retninger og deres vide forgreninger: Paradigmer, bølger, faser. Jeg bruger begrebet bølger (fra Hårtveit & Jensen, 1999), da det signalerer noget organisk og noget dynamisk. Samtidig indikerer det ikke kun en udvikling, men også forskellige terapi-teoretiske bevægelser, som stadig eksisterer side om side og måske endda er gensidigt forbundne og influerer på hinanden.

Klassisk systemisk psykoterapi

En ung mand, som er indlagt på et psykiatrisk hospital på grund af et akut psykotisk sammenbrud, får besøg af sin mor. Han er glad over at se hende og lægger impulsivt sin arm om hendes skuldre. Hun stivner. Han trækker armen til sig. Moderen spørger derefter: "Elsker du mig ikke mere?". Den unge mand rødmer. Moderen siger: "Kære ven, du må ikke føle dig genert og bange for at vise dine følelser". Umiddelbart efter besøget, som kun varer nogle få minutter, bliver den unge mand meget voldsom, angriber en plejer og må fastspændes. (Bateson et al., 1956)

I 1950'erne opstår langsomt en ny praksis inden for psykoterapi (se f.eks. Haley, 1963). Som den første er denne som nævnt grundlæggende socialpsykologisk. Ikke sådan at forstå, at den nye terapiform i sin egen selvforståelse var inspireret af socialpsykologiske teorier, men dens basale enhed for undersøgelse var *relationen*, ikke individet. Der har før været forsøg på at bedrive terapi over for grupper, men disse har bestået af mere eller mindre direkte overtagelser af individualpsykologiske teorier, således at eksempelvis psykodynamiske modeller blev benyttet til forståelse af gruppedynamikker.

Opfattelsen af psykisk sygdom og lidelse var af denne grund også grundlæggende anderledes fra de eksisterende terapiretninger. Den systemiske familierapi er på den ene side udsprunget af et opgør med individ-centrerede (især psykodynamiske) teorier og praksisser, herunder især hele den diagnostiske stemping af mennesker. Den er således tæt forbundet til den antipsykiatriske bevægelse og følger dennes fremvækst. På den anden side opstår systemisk terapi som en følge af udviklingen af særlige teorier, som kunne forklare menneskets handlinger i sociale termer. Disse er først og fremmest systemteorier og kommunikationsteori. Min beskrivelse af den teoretiske grundlag for systemisk terapi er derfor delt op i to, som beskriver hhv. systemers struktur og kommunikation.

- 1) *Struktur*. Grundmetaforen i den systemiske teori er naturligvis systemet. Inden for den systemiske terapi interesserer man sig således for menneskelige systemer, altså de sociale grupperinger, som mennesker indgår i (se f.eks. Schødt & Egeland, 1992). Særligt fokuseres på familien. Familien er nemlig som udgangspunkt en persons stærkeste og mest oprindelige system.

En grundantagelse er, at et system er mere end summen af enkeltdelene. Mennesker genererer således noget nyt i mødet med hinanden. Denne forståelse medfører, at systemer kan beskrives som organismer i egen ret. Medlemmerne af et familiesystem er eksempelvis på dette beskrivelsesniveau blot en slags organer i denne organisme, og systemet kan i sig selv forstås som havende særlige egenskaber, såsom intentioner og "vilje" til stabilitet eller udvikling.

Menneskelige systemer er økologiske – de påvirker og påvirkes af deres omverden konstant og fundamentalt. På samme tid er de også kybernetiske – altså

selvstyrende. De er således både påvirkelige og sig selv nok, og systemers fornemste opgave bliver derfor at beskytte sig selv imod forandringer udefra såvel som indefra. Kybernetiske systemer søger nemlig i denne tankegang *homeostase*. Dette vil sige, at de søger at vedligeholde en ligevægt og et stabilt udseende gennem bekæmpelse af det anderledes.

Paradoksalt nok er systemer nødvendigvis under konstant forandring, så disse bestræbelser er hårde kampe. Menneskelig adfærd internt i systemet er derfor intimt forbundet med dets strukturelle sammensætning. Vi handler således på baggrund af vores position i familiens hierarki og søger gennem disse handlinger at kontrollere familiens udseende. Dette har medført, at metaforerne til beskrivelse af det familiens logik hentes fra krigens verden. Familiestrukturen hænger derfor i denne tankegang sammen med grænser, alliancer og konflikter (Minuchin, 1978).

- 2) *Kommunikation*. Menneskelige systemer påvirker hinanden og påvirkes internt gennem kommunikation. Ifølge Watzlawick og kolleger (1967) er al mellemmenneskelighed nemlig styret af kommunikation. Fordi al mellemmenneskelig kontakt er kommunikation: Det er umuligt at ikke-kommunikere, som de siger. Vi kommunikerer nemlig både digitalt og analogt – såvel vores verbale udvekslinger som vores adfærd formidler et budskab. Til tider kan adfærden afvige fra den talte kommunikation, og i sådanne tilfælde indtager adfærden rollen som metakommunikation: Min adfærd kan således sige noget om hele vores relation, frem for blot om budskabet i den konkrete meddelelse.

Kommunikation er altså et kompliceret fænomen med masser af muligheder for misforståelser og misbrug. Menneskelige relationer påvirkes nemlig af, hvordan sekvenserne i en kommunikation interpunkteres, dvs. hvordan de tolkes. Tolkningen er afhængig af, hvad de to så at sige *har for* med hinanden. Interpunktionen er med andre ord afhængig af den relationelle dagsorden. Hvis den ene part i en relation siger "Jeg elsker dig" og på samme tid kropsligt viser afsky, er tolkningen ikke givet på forhånd, men derimod afhængig af den ovennævnte strukturelle fordeling af positioner. Al kommunikativ udveksling er f.eks. enten symmetrisk eller komplementær, afhængig af om den er baseret på lighed (symmetri) eller ulighed (asymmetri). Kommunikation er med andre ord et spil om, og baseret på, de interne magtforhold.

Interessen for de systemiske interaktioner medfører en afstand til traditionel psykoterapi og psykiatri. Det betyder også en ændret praksis, hvor de, der søges hjulpet, ikke er syge individer, men hele grupper – især familier. Henvender en familie sig med eksempelvis en skizofren søn, opfattes de skizofrene symptomer som delvist relationelt skabt, relationelt opretholdt og med store relationelle konsekvenser. En hyppig formulering er, at det er familiens adfærd, ikke patienten, som er syg.

Den skizofrene opfattes blot som *den identificerede patient*, skabt for at fastholde familiens nuværende struktur på trods af ydre og indre pres for at skabe forandringer. Skizofreni

forstås gennem doublebind-teorien (Bateson et al., 1956). Denne teori understreger psykopatologi som et fænomen forbundet med systemisk struktur og kommunikation. Simpelt fortalt skal skizofreni ifølge doublebind-hypotesen hænge sammen med en grundlæggende selvmodsigende kommunikation som en slags basis for familiens adfærdsmønstre. Skizofrenien er på en måde en sund tilflugt i en usund situation, og på samme tid en magtfuld position i forhold til definitionen af familiens nye ligevægt. Skizofrene familier er de tydeligste eksempler på sammenblanding af ellers uforenelige kommunikative aspekter, såsom digital og analog kommunikation, symmetri og asymmetri og en samtidig kommunikation og metakommunikation, samtidig med at de strukturelle vilkår forvirres gennem en samtidig overskridelse og fastholdelse af grænser, således at magtkampen bliver uklar.

I sådanne forvirrede sociale mønstre kan problemet – ”jeg har det skidt” – blive løsningen – ”at have det skidt skaber orden i det systemiske kaos”. Terapeutens opgave er i denne sammenhæng at være den køligt analyserende og intervenserende ekspert, som ser igennem selvmodsigelserne og fører en forandring igennem på et overordnet niveau. Da klienterne ofte ikke selv kan se løsningerne klart og desuden kæmper for homeostase, må interventionerne ofte ske indirekte, gennem eksempelvis paradoksale eller strategiske indgreb. Terapeutens rolle er inden for den første bølge kort fortalt den udenforstående observatør og behandler.

Konstruktivistisk psykoterapi

En 23-årig pige har gennem de seneste seks år lidt af anoreksi. Familien har søgt over hele landet efter terapeuter, som kunne hjælpe, men ingen af disse terapeuter har været i stand til at gøre mere end en flygtig forskel. De nuværende behandlere har derfor søgt hjælp udefra af Milano-teamet, som har nogle få konsultationer med familien. Gennem konsultationerne udvikles skiftende hypoteser om, hvorfor pigen besluttede at blive anorektisk. En hypotese handlede om, at det anorektiske symptom begynder, når en af forældrene begynder at foretrække et barn frem for et andet og derefter benægte denne forkærlighed. Men: "Faren ved denne hypotese er, at vi kan lide den alt for godt" (s. 229). En ny hypotese opstår, som handler om hele familiens sammenfiltrethed og om konkurrence som familiens måde at leve på. I løbet af samtalerne bliver det klart, at den store mængde af opsøgte og afviste terapeuter tjener det formål at holde familien sammen. Hypotesen er, at terapi for denne familie medfører en risiko for adskillelse. De mange terapeuter indgår således i familiens spil, som handler om konstant at søge hjælp og konstant at afvise denne. (Boscolo et al., 1991)

Den systemiske terapies anden bølge opstod sammen med en voksende interesse for begrebet epistemologi. Hvordan kan vi opfatte, hvad vi gør? Interessen hænger sammen med to nye hovedideer: anden-ordens kybernetik og konstruktivisme. Disse to ideer påpeger for det første, at terapeuten ikke kan forstås som en udenforstående reparatør af klienternes problemer, og for det andet og følgende heraf, at ingen hypotese om eller forståelse af klienten, hendes problemer og disses løsning kan påstås at være objektivt korrekt.

- 1) *Anden-ordens kybernetik.* Med interessen for epistemologi følger en genopdagelse af Bateson (2000) og hans økologiske menneskeforståelse. Systemer er nemlig ikke blot systemer flydende rundt blandt hinanden i et vacuum, men er forbundet af et omfattende net af over- og undersystemer. Konsekvensen af dette bliver i den anden bølge en særlig interesse for terapeuten og dennes specielle systemiske position og rolle i den terapeutiske forandring.

En pudsig følge af den ny anden-ordens familierapi (fra Hoffman, 1985) er introduktionen af det nye begreb *autopoiesis* til forståelse af systemer. At et system er autopoietisk, vil sige, at det er informationsmæssigt lukket, altså hermetisk lukket for direkte manipulation fra andre systemer. Systemer kan højst *påvirke* hinanden – og i så fald med tilfældige eller uforudsete følger.

Tænkes terapeuten således som en del af et andet system end den behandlingskrævende familie, må tilfældigheden i resultaterne af hans påvirkning gøre, at enhver intervention er uønsket. Derfor begynder man nu at operere med en forståelse af terapeuten som del af et system, der indeholder familien (de Shazer, 1984). Dette system er selvsagt anderledes end familie-systemet i sig selv, og af

denne grund vil adfærden i det potentielt kunne blive anderledes end adfærden i familien før indgåelsen i det.

Terapeuten kan i denne forståelse ikke træde uden for systemet for at påføre det en særlig intervention. Man kan nemlig ikke observere sig selv, for man kan ikke se, hvilke ting man ikke kan se. Forandringen må således findes internt i systemet gennem deltagelse og samkonstruktion af nye problemfrie måder at være sammen på. For at denne samkonstruktion skal virke, må alle dele af systemet reelt deltage. Alle skal høres. Dette søges sikret fra terapeutens side gennem en samtidig alliance med alle og med ingen. Denne måde at holde sig på afstand fra familiens allerede eksisterende strukturer og kommunikationsmønstre kaldes for neutralitet (Selvini Palazzoli et al., 1980) og søges ofte støttet af et observerende terapeut-team.

- 2) *Konstruktivisme*. Ideen om samkonstruktion går hånd i hånd med den nye overordnede ideologi, konstruktivismen (Von Glasersfeld, 1984). Konstruktivismen har dybe filosofihistoriske rødder (f.eks. Kant), og dens grundantagelse er, at menneskets tilgang til verden er indirekte. Vi har ikke muligheden for at opleve virkeligheden, uden at denne oplevelse er filteret gennem vores sanseapparat. Vi har forskellige medfødte forståelsesmåder (mht. f.eks. tid og rum) og visse indbyggede skemaer eller lignende, og disse danner rammer om perceptionen og dermed vores opfattelser af verden.

For den terapeutiske relation betyder dette, at klient og terapeut har hver sin opfattelse af de rette måder at leve på, og at ingen af disse er korrekte, men afhængige af de konstruerende personer. Koblet med den autopoietiske tankegang er terapeut og klient ikke i stand til at læse hinandens konstruktioner, men terapeuten kan forsøge fra et metaniveau at påvirke den anden gennem billedligt talt at skubbe til ham og blot håbe på en forandring til det bedre.

Anden-ordens kybernetik og konstruktivisme medfører hos terapeuter ændringer på to områder i forhold til den første bølge. For det første forsvinder troen på muligheden af terapeutisk kontrol. For det andet opstår en mere ydmyg terapeutstil baseret på erkendelsen af ikke at besidde sandheden om den ideelle familie eller den korrekte og eneste løsning på en klients problemer. Disse to ændringer i terapeutisk holdning kan dog også føre til en følelse af afmagt i forhold til den terapeutiske opgave: Nemlig den opgave at være den hjælpende hånd, der skaber den forskel, der gør en forskel.

Socialkonstruktionistisk psykoterapi

En sekstenårig afro-amerikansk pige sulter sig og får diagnosen anoreksi. Hendes udmattede far udtaler på et tidspunkt: "Hvorfor har du denne eksotiske sygdom for hvide kvinder?" Hun bliver hospitaliseret og vækker store kvaler for personalet, der ser sig ude af stand til at hjælpe hende. En læge karakteriserer hende som den mest besværlige og udspekulerede anorektiker, han havde mødt. Faderen anses for bizar og umulig at samarbejde med på grund af sin anderledes opfattelse af datterens tilstand: Han er frikirke-præst og tænker på anoreksien som djævelens værk og som en prøvelse af datterens åndelige styrke.

På et tidspunkt kommer familien i kontakt med en terapeut, som til at begynde med overtager spiseforstyrrelses-eksperternes forståelse af anorektikere som rigide, hemmelighedsfulde, uærlige, kontrollerende, isolerende perfektionister. Jo mere terapeuten forsøger at behandle diagnosen, desto mere lever familien op til forestillingerne om anorektikere og deres familier og bekræfter dermed diagnosen. Efter længere kendskab til familien fremstår de dog mere og mere som personer, og ikke blot som en anorektiker og en dysfunktionel familie. Det ændrede billede ændrer også terapiens udseende. Samtalerne kommer til at handle om familiens egne opfattelser, og temaerne bliver spiseforstyrrelsens private betydning – religiøst, kulturelt og politisk. Specifikt for pigen er temaerne bl.a. det svære ved at udtrykke vrede og bekymringer over at skulle leve op til familiens forventninger, ængstelse over social kejtethed, drenge, mørket, ensomhed, at være "den grimme ælling", og ønsker om at kunne være sig selv.

Med udvidelsen fra diagnosens snævre rum af mulige betydninger kommer den dysfunktionelle families handlinger og ideer til at give mening – for dem. Med ændringen af fokus opdager terapeuten også hos sig selv en stigende tiltro til, at pigen vil finde sin egen vej igennem problemerne. (Gergen et al., 1996)

Med denne fortælling er vi så fremme ved i dag, og ved vore dages fokus på narrativer og på virkeligheden som socialt konstrueret. Den tredje bølge er på den ene side et totalt paradigmeskift og på den anden en naturlig reaktion imod konstruktivismens yderste konsekvens: Apati. Påstanden er nu, at det er muligt at skabe terapeutisk forandring, for vi mennesker er *ikke* isolerede enheder kun i stand til tilfældige påvirkninger af hinanden.

Hvis der forudsættes, at mennesket konstruerer sin verden som *individ*, må de skabte konstruktioner reelt være uforståelige for alle andre end netop dette individ. Vi kan højst hver især konstruere forståelser af de andres konstruktioner. Det kan være svært at undgå at bevæge sig i cirkler – med mindre grundelementet i analysen ikke er det konstruerende individ, men den sociale eller ligefrem *kulturelle* konstruktion. Vi er fundamentalt forbundet og ude af stand til at undgå påvirkninger. Vi lever rigtignok vore liv i og igennem vore konstruktioner, men disse er ikke individuelle og idiosynkratiske, men derimod skabt i fællesskab (Gergen, 1994). Vores verden er på mikroniveau skabt i relationer, og på makroniveau igennem kulturen og dennes diskurser.

Den nye bølges centrale begreber vil jeg sammenfatte som postmodernisme og diskurser. Det førstnævnte søger at indfange en opsplittet og kompleks verden, mens det sidstnævnte handler om vores fællessproglige måde at gribe denne tilstand. Lad mig uddybe:

- 1) *Postmodernisme*. Postmoderniteten er et udbredt begreb til beskrivelse af vores nuværende kulturelle vilkår (Brügger, 1999). Den siges at være karakteriseret ved på den ene side en hurtig samfundsmæssig – især teknologisk – udvikling, og på den anden side en svindende tro på de store fortællinger om verdens sande tilstand. Det er med andre ord karakter-trækkene ved en kultur uden valide eller vedvarende traditioner at bygge på. Identitets-moden skifter simpelthen for ofte.

Postmodernisme er denne tilstands tilknyttede ideologi. At leve overbevist om vigtigheden af de postmoderne betingelser er at være postmodernist, og det er selvsagt muligt at forbinde dette ståsted med enten optimisme eller pessimisme (Rosenau, 1992). Den skeptiske, pessimistiske postmodernist ser for sig en verden fuld af fragmentering, desintegration, meningsløshed og endda fravær af moralske parametre. Den postmodernistiske terapeut er typisk fortrinsvis positivt indstillet og ser *mulighederne* i en verden uden uimodsigelige sandheder. Dette betyder nemlig, at der i terapien kan skabes *nye* sandheder. Individet kan således få indflydelse på verden politisk, socialt, økonomisk og endda økologisk. På trods af en fragmenteret og meningsløs verden er det muligt at have stærke holdninger, blot under den forudsætning, at disse er åbne for mulige ændringer.

Bevægelsen fra modernisme til postmodernisme kan siges at gå fra et fokus og en tro på logik og dermed en basal instrumentel fornuft i verden til en interesse for diskurs og relativisme. Mennesket forstår ikke verden logisk og objektivt, men gennem deltagelse i den kultur med dets tilhørende historisk opståede konstruktioner.

- 2) *Diskurser*. En grundantagelse i socialkonstruktionismen er, at vi med vores fælles sprog skaber verden. Vi lever med hinanden gennem dynamiske *sprogspil* (fra Wittgenstein, 1954). Gennem vores forestillinger om fortid og nutid formes fremtiden, og de terapeutiske konsekvenser af dette er, at terapeutens specifikke diskurs er medvirkende til at forme behandlingens retning og indhold. Jeg benytter her begrebet "diskurs" frem for "narrativ" som en understregning af for det første det grundlæggende kulturelle aspekt af konstruktionen af virkeligheden – en diskurs er således i min anvendelse de fælleskulturelle måder at forstå verden på, mens et narrativ lige så vel kan ejes af enkeltindivider. For det andet finder jeg begrebet diskurs bredere, fordi det implicerer andre konstruktioner af verden end blot dem på fortællingens form. En brugbar metafor for en diskurs er derfor snarere et billede end en historie.

Et terapiforløb vil altså afhænge af hvilke diskurser, psykoterapeuten arbejder efter. Et eksempel på diskursers påvirkning af et terapiforløb handler om et fiktivt møde

med en familie (fra Sluzki, 1992). Natten før sessionen læser terapeuten en vægtig bog, som inspirerer til særlige måder at forstå, tale og handle over for denne familie. Denne bog kunne indeholde teorier om familielivscyklus, om sorg, om strukturel familierapi, eller om antropologi, men uanset teoretisk fortælling viser det sig, at terapien former sig på en givende, spændende og helbredende måde. Pointen her er, at *alle* disse teoretiske diskurser kan ledsages af følelse, intensitet, overbevisning og en oplevelse af relevans. Alle danner et lige plausibel billede af problemets rødder og løsning.

Det afgørende i terapi er at medvirke til en udskiftning af de diskurser, som klienten lider under lige nu. Da disse jo er kulturelle "sandheder", er de ikke mulige blot at ændre, men kan fravælges, mens andre kan tilvælges. Psykoterapi bliver således en mulighedernes praksis, hvori endnu ukendte diskurser præsenteres for eller findes sammen med klienten. Allerede kendte problemløsninger kan nemlig nemt *fastholde* problemet, fordi de er ureflekterede dele af klientens kultur (og problematisk nok ofte også terapeutens). Der ses af denne grund fejlede forsøg på reelt at løse et problem gennem problemet selv – fordi klienten tror, at det er en nødvendig del af hendes handlerepertoire. For socialkonstruktionismen handler det derfor ikke om at *løse* problemer, men derimod om helt at *opløse* dem (fra Anderson & Goolishian, 1988). At definere et liv uafhængigt af problemet kan lade sig gøre, når problemet ikke anses for at være en del af personen, men kun en konstruktion. Konstruktioner kan ændres – egenskaber er det straks noget vanskeligere med.

Socialkonstruktionistisk terapi indeholder for mig at se to hovedretninger, baseret på hver deres forståelse af terapiens opgave. Begge tilgange har som grundpræmis en deltagerorienteret terapeutrolle – terapeuten og klienten skaber i demokratisk samvær nye diskursive virkeligheder. Men forskellen ligger i deres opfattelser af de diskurser, som terapien søger at erstatte. Hvor den ene retning arbejder målrettet med bekæmpelse af problemet, arbejder den anden sig lige så målrettet uden om det. Denne skelnen er af betydning for, hvilket forhold terapeuten har til det præsenterede problem, og derfor af betydning for de benyttede metoder.

Eksisterer problemet som en slags stærk modstander, som skal bekæmpes med hele terapeutens arsenal af teknikker? Dette er en tanke, som bl.a. ses i den narrative terapi (White & Epston, 1990), hvor der indgås en slags alliance klient og terapeut imellem – en alliance, hvis formål er at undergrave det hidtil alt for undertrykkende problem. Overkommes problemet, italesættes klienten som en helt, som tog kampen op og vandt. Målet er således en styrkelse af et klientens nye narrativ om sig selv.

Den anden type forståelse ser ikke problemet som eksisterende i sig selv, og det tænkes at forsvinde, hvis det ikke længere har en plads i klientens liv. Arbejdet drejer sig derfor om at opbygge nye forståelser hos klienten om sig selv – forståelser, hvori problemet ikke spiller en rolle. Denne tanke ses i den selverklærede socialkonstruktionistiske terapi

(Hoffman, 1990), hvor problemet som i den narrative terapi ses som en ikke-gavnlig konstruktion, men hvis metode er noget anderledes. Her drejer det sig ikke om at bekæmpe problemet, men om som nævnt at opløse det. Gennem etableringen af en ny diskurs, hvori problemet ikke findes eller ikke længere er et problem.

Mange har kritiseret socialkonstruktionismen. En kritisk linje peger på følgerne i praksis, og den bør nok tages alvorligt. Socialkonstruktionismens problem ligger nemlig for mig at se i dens indeholdte *relativisme*. Generelt og overordnet kan relativisme ses som et tveægget sværd (fra Cromby & Nightingale, 1999). Den positive side må være en større tolerance over for anderledes tænkende og en større mulighed for at træffe personlige valg. Den negative side kan være en udbredt meningsløshed eller ligegyldighed, født af socialkonstruktionismens evne til at ophæve sig selv. Relativismens har nemlig en iboende vanskelighed ved at vedligeholde en sammenhængskraft: Når intet nogensinde behøver at blive taget for bar, åbenlys, objektiv og ukonstrueret sandhed, opløses nemlig alle *løsninger* lige så hensynsløst, som *problemer* opløses. Men blot fordi en sandhed er relativ, behøver det ikke betyde, at vi ikke må brænde for den. Virkeligheden bliver jo ikke mindre virkelig af at være konstrueret. Konklusionen må være: Der er nødt til at være en retning på problemløsnings-processen – selv om der ikke kan tales om den *rette* retning. En socialkonstruktionist er nødt til at ville noget med terapien, have et særligt engagement, have en dagsorden.

Bevægelsen gennem de tre bølger er som nævnt på én gang en fremadskridende historisk udviklingsproces, en stribe af opgør med andre retningers begrænsninger og fejl, samt en kulturel udvekslingsproces, i hvilken tanker og praksisser inspirerer hinanden gensidigt. Sammenhængen er med andre ord af kompleks karakter, og derfor er de tre bølger for mig spændende – på hver sin måde.

Diskussioner af grundlaget for vores tænkning er i mine øjne ikke blot for os med historisk interesse. De kan forhindre os i at smide nyttige erfaringer og erkendelser væk i glæden over nye erfaringer og erkendelser. De kan også lede til interessante overvejelser over, hvor vi vil hen. Spørgsmål om, hvorfor vi gør, som vi gør, kan føre til spørgsmål, hvordan vi ønsker at gøre i fremtiden. Er der eksempelvis mulighed for at tage kritikken af socialkonstruktionismen alvorligt i vores narrative praksis? Og er der mulighed for at genopdage og genbruge "gammel visdom" – under hensyntagen til den "nye visdom"? Jeg tror nemlig, det er vigtigt med engagement i en terapeutisk retning – men endnu bedre koblet med *nysgerrighed*.

Litteratur

- Anderson, H. & H.A. Goolishian (1988): Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, vol. 27, nr. 4.
- Bateson, G. (2000): *Steps to an ecology of mind*. 2. udgave. The University of Chicago Press.
- Bateson, G., D.D. Jackson, J. Haley & J. Weakland (1956): Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, vol. 1, nr. 4.
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman & P. Penn (1991): *Systemisk familierapi: Milanometoden*. Hans Reitzels Forlag.
- Brügger, N. (1999): Lyotard, det postmoderne og det politiske. I: Laustsen & Berg-Sørensen (red.): *Den ene, den anden, det tredje*. forlaget politisk revy.
- Cromby, J. & D.J. Nightingale (1999): What's wrong with social constructionism? I: Nightingale & Cromby (red.): *Social constructionist psychology: A critical analysis of theory and practice*. Open University Press.
- de Shazer, S. (1984): The death of resistance. *Family Process*, vol. 23, nr. 1.
- Gergen, K.J. (1994): *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Harvard University Press.
- Gergen, K.J., L. Hoffman & H. Anderson (1996): Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. I: Kaslow (red.): *Relational diagnosis*. Wiley.
- Haley, J. (1963): *Strategies of psychotherapy*. Grune & Stratton.
- Hoffman, L. (1985): Beyond power and control: Toward a "second order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, nr. 3.
- Hoffman, L. (1990): Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, vol. 29, nr. 1.
- Hårtveit, H. & P. Jensen (1999): *Familien – plus én: Innføring i familierapi*. Tano Aschehoug.
- Kierkebøen, G. (1993): Fra naken keiser til bare klær: Konstruksjonen og "dekonstruksjonen" av kybernetisk familierapi. *Fokus på familien*, vol. 21, nr. 2.
- Minuchin, S. (1978): *Familier og familierapi*. Socialpædagogisk Bibliotek, Munksgaard.
- Rosenau, P. (1992): *Postmodernism and the social sciences: Insights, inroads, and intrusions*. Princeton University Press.
- Schødt, B. & T.A. Egeland (1992): *Fra systemteori til familierapi*. Paludans Forlag.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin & G. Prata (1980): Hypothesizing–circularity–neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, vol. 19, nr. 1.

Sluzki, C.E. (1992): Transformations: Blueprints for narrative changes in therapy. *Family Process*, vol. 31, nr. 3.

Von Glasersfeld, E. (1984): An introduction to radical constructivism. I: Watzlawick (red.): *The invented reality: How do we know what we believe we know?* W.W. Norton & Company.

Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1967): *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes.* W.W. Norton & Company.

White, M. & D. Epston (1990): *Narrative means to therapeutic ends.* W.W. Norton & Company.

Wittgenstein, L. (1954): *Filosofiske undersøgelser.* Munksgaard, København, 1999.