

# Hvordan samtaler terapeuten med den eldre brukeren - med mål om endring?

---

**Janne Helen Svendsen**

03.11.2014

Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis

Veileder: Randi Bagge

Antall ord: 25.736

## SAMMENDRAG

Prosjektets formål er å studere diskursene som viser seg i samtalen mellom terapeut og bruker på eldresenter, når målet er endring. Jeg ønsker å observere i praksis, hva det er som åpner for og lukker samtalen. Samtidig er jeg interessert i hvordan språkbruk og humor påvirker samtalen. I terapeutiske samtaler er begrepene makt og avmakt sentrale.

Forskning fra feltet handler bl.a. om hvordan terapeuter/fagpersoner som samtaler med eldre, forventer at samtaletempoet går saktere. Mitt ønske å få frem større variasjon i kunnskap vedrørende samtaler med eldre. Datasamling av empirisk materiale foregår ved observasjon av samtalen. Jeg har en sosialkonstruksjonistisk tilnærming. Jeg har valgt diskursanalyse som analysemetode. Analysemetoden er en kombinasjon av diskursiv psykologi og Foucaults diskursanalyse, basert på Carla Willig (2008).

De aktuelle diskursene går igjen i alle transkripsjonene. Jeg har valgt ut fem diskurser i empirien; ”terapeuten er ekspert”, ”terapeuten er samarbeidspartner”, ”alder er ingen hindring”, ”alderdom er synonymt med skrøpeligheit, sykdom og forfall”, ”humor skaper terapeutisk allianse”.

Diskursen ”terapeuten er ekspert” er konkurrenten og motsatsen til ”terapeuten er samarbeidspartner”. Det samme gjelder for diskursen ”alder er ingen hindring”, som konkurrerer med ”alderdom er synonymt med skrøpeligheit, sykdom og forfall”. Førstnevnte diskurs skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker, mens konkurrerende diskurs åpner handlingsrommet. Tredje diskurs åpner handlingsrommet, mens den fjerde skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker. ”Humor skaper terapeutisk allianse” åpner handlingsrommet. De tre diskursene som åpner handlingsrommet, er ressursorienterte. De andre to er problemorienterte.

Dette har betydning for vår praksis, hvordan vi møter menneskene, om de får være aktører i eget liv eller blir passivisert (objekt).

Til slutt presenterer jeg tiltak som kan bidra til positiv utvikling innen feltet, lanserer nye spørsmål for videre forskning, samt hva dette prosjektet har medført i min prosess.

## Forord

Endelig kan masteroppgaven innleveres. Jeg vil starte med å takke pasientene jeg har møtt gjennom flere år i alderspsykiatrien, som har bidratt til faglig og personlig refleksjon. Disse møtene har gitt magiske øyeblikk av nærvær. Det har inspirert meg til å ta fatt på dette prosjektet. Jeg retter også en takk til tidligere kollegaer.

Informantene på eldresenteret, både terapeuter og brukere, har vært generøse og har delt av sin tid. Jeg vil takke dem hver i sær for at de valgte å stille opp! I den forbindelse vil jeg også takke lederen av eldresenteret som gav tillatelse til dette prosjektet.

Jeg vil takke Gert Henrik Vedeler for en inspirerende fagdag om det å være eldre og å være en erfaren terapeut. Samtidig vil jeg takke lærere og medstudenter for en inspirerende og berikende studietid. En spesiell takk rettes til Heidi Eng og Randi Bagge, som har vært mine veiledere på masteroppgaven.

Ikke minst vil jeg takke min kjære mann, Per, og min kjære datter, Anna, for deres oppmuntring og støtte i denne prosessen med å skrive masteroppgaven.

Veien har blitt til, mens jeg har gått.

## Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG .....	2
Forord .....	3
1.0 INNLEDNING .....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	7
1.2 Presentasjon og utdypning av problemstilling og forskningsspørsmål .....	8
2.0 BEGREPSAVKLARING.....	9
3.0 FORSKNING PÅ FELTET .....	10
4.0 RELEVANS FOR FAGFELTET .....	12
5.0 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	14
6.0 TEORI .....	14
6.1 Kommunikasjonsteori.....	14
6.2 Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning i den terapeutiske samtalen.....	18
6.3 Aldring og kognitiv funksjon .....	22
6.4 Diskursteori .....	32
7.0 METODE .....	35
7.1 Rekruttering av informanter .....	35
7.2 Datasamling av empirisk materiale ved observasjon .....	36
7.3 Forskningsetiske betraktninger .....	38
7.4 Diskursanalyse som analysemetode .....	40
8.0 ANALYSE OG DRØFTING .....	45
8.1 Terapeuten er ekspert.....	46
8.2 Terapeuten er samarbeidspartner.....	52
8.3 Alder er ingen hindring.....	56
8.4 Alderdom er synonymt med skrøpeligheit, sykdom og forfall.....	60
8.5 Humor skaper terapeutisk allianse.....	65
9.0 OPPSUMMERING .....	69
9.1 Formålet med prosjektet .....	70
9.2 Oppsummering av vesentlige funn .....	70
9.3 Forskningsetiske betraktninger .....	72
9.4 Tiltak som kan bidra til positiv utvikling innen feltet .....	73
9.5 Nye spørsmål for videre forskning .....	74
9.6 Hva har dette prosjektet medført i min prosess? .....	74

LITTERATURLISTE .....	76
Vedlegg 1: Konesjon fra NSD .....	88
Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....	90
Vedlegg 3: Samtykke for å kunne sitere i masteroppgaven .....	95



## 1.0 INNLEDNING

I innledningen beskriver jeg bakgrunn for valg av tema for masteroppgaven, problemstilling, forskningsspørsmål, og valg av forskningsmetode. Jeg vil undersøke om ”samtales” mellom terapeut og den eldre fungerer. Kontekst er et eldrecenter. Samtale er den sentrale metode for å skape dialog med den eldre og skape endring. Temaet er altså samtalen, dialogen mellom terapeuten og den eldre brukeren. Jeg er opptatt av hvordan terapeuten samtaler med brukeren, med mål om endring.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg ønsker å høre de eldre stemmer, at de får uttale seg om hva som er vesentlig i samtale med terapeuten. Min mormor er den som har inspirert meg til å interessere meg for samtalen, da hun i eldre år fikk meg til å forstå samtals betydning. Samtalen skaper kontakt og fellesskap ved å dele erfaringer. Derved skaper samtalen rom for refleksjon og mulighet for å kjenne på og uttrykke følelser i forhold til de menneskene vi omgir oss med privat og profesjonelt.

Fra jeg var sykepleierstudent, for over 30 år siden, har jeg vært opptatt av samtals betydning i forhold til å føle seg sett, hørt, bekreftet og forstått. Å føle seg forstått er et grunnleggende behov for oss mennesker. Eldre personer mister nære venner, slektninger og ektefelle ved dødsfall og kontakten endres ved at noen blir demente. Å ha noen å føre en samtale med er av helsebringende betydning for de eldre. Jeg er opptatt av hvordan den terapeutiske samtalen oppleves av den eldre brukeren, når temaet for samtalen f.eks. er sorg over å miste funksjoner som hørsel. Erfaringen min er at sorg over tap av funksjoner som hørsel, og sorg over å miste familiemedlemmer som ektefelle er sentrale temaer i forhold til eldre.

Min arbeidskontekst har vært en alderspsykiatrisk poliklinikk, der behandlingen hovedsakelig består av individualsamtaler og gruppebehandling for pasienter over 65 år. Antagelsen er at det er få studier om eldre og samtale. Det interessante er relasjonene mellom de involverte i samtalen. Samtalen er den måten vi formidler oss selv til andre mennesker på ved at vi forteller historier om oss selv. Eldre mennesker liker å fortelle historier om seg selv. De har levd et langt liv og de har mye å se tilbake på. Å sette ord på det som plager oss, sies å hjelpe til å erkjenne følelser.

## 1.2 Presentasjon og utdypning av problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling: Hvordan samtaler terapeuten med den eldre brukeren -med mål om endring?

Forskningsspørsmål: Hvilke diskurser viser seg i samtalen mellom terapeut og bruker, når målet er endring?

Dette er spørsmål som har inspirert meg til denne oppgaven; hvordan viser allianse seg i en terapeutisk samtale med eldre, hvordan virker språket inn på samtalen, hvordan skaper terapeuten en terapeutisk samtale som virker/har effekt, og hvilke faktorer er vesentlige for å skape ro og trygghet hos den eldre brukeren.

I samtaler mellom terapeuten/fagpersonen og den eldre brukeren; hvilke diskurser er det som fremmer endring, og hvilke diskurser er det som står i veien for endring?

Her vil jeg komme med et par diskurser: ”Eldre kvinner er engasjerte og snakker gjerne i samtalen med terapeuten”. ”Eldre mannlige brukere har ofte vanskelig for å sette ord på og uttrykke sine tanker og følelser”. Hvilke diskurser er virksomme i dialogen mellom terapeuten og et eldre menneske? Hvilke diskurser hindrer at terapien virker? Hvilke diskurser gjør de terapeutiske samtalen gode eller virksomme?

Jeg undrer meg på hvordan våre fordommer, forforståelse, påvirker hvordan vi møter den eldre brukeren på eldresenteret, hva vi forventer av dem i den terapeutiske samtalen. Jeg har erfaring med kollegaer som sier, at de eldre ikke vil endre seg. Når endring skal kunne skje, må vi gi slipp på noe for at noe nytt kan tre frem. Dette er allmennmenneskelig. Vi trenger tid for å ville og kunne endre oss, og motivasjonen må være til stede. Ingen kan endre en annen, vi kan kun endre oss selv.

Anderson (2003) hevder at klienten skaper en ny fortelling i samtalen med terapeuten, noe som medfører endring. Vi fungerer i relasjoner til andre. Kvaliteten på dem er avgjørende for vår trivsel, at vi har noen å dele sorger og gleder med. Noen mennesker synes å ha et tilfredsstillende liv med få nære relasjoner. Hva er det som skaper kontakt, og åpner opp, og hva er det som lukker for samtalen? Kan terapeutiske samtaler medføre endring? Moltu (2011) hevder at terapi virker, at det er relasjonen mellom terapeut og pasient som er det sentrale, ikke hvilken type terapi som anvendes.

Det finnes både utfordringer og muligheter i terapeutiske samtaler med eldre. Eldre kan ha store hørselsproblemer, de kan se dårlig og ofte har de flere somatiske lidelser som medfører



sterke, kroniske smerter. Eldre har også ofte mistet mye av nettverket sitt på grunn av sykdom som demens og død. En ekstra stor påkjenning for de eldre blir det, når deres voksne barn dør før dem. En utfordring er også kognitiv svikt som følge av demens, eller ved depresjon av forbigående karakter. Ved psykosedagnoser kan kognitiv svikt være av mer varig karakter.

Reidun Ingebretsen (2005) hevder om eldre demente at hvilken evne de har til å bruke språket og hukommelse, påvirker hvordan de eldre demente fungerer i samtaler. Kognitiv svikt medfører glemsomhet og språkproblemer, som vansker med å finne ord, at terapeuten/samtalepartneren helst skal bruke lukkede spørsmål, der den eldre demente kan svare ja eller nei.

Mulighetene ligger i at alle mennesker anses som unike, og at vi kan både lære og ha mulighet for å endre oss i eldre år. Jeg tror at alle mennesker har mulighet for å skape forandring, også de eldre. Det er opp til den enkelte om vedkommende har ønske og vilje til å skape forandring. Jeg mener jeg av erfaring kan si at følelsene våre er viktige for evnen og muligheten for endring (Hart 2009).

Det finnes mange diskurser om eldre og terapi, og jeg er interessert i å finne ut hva det er som gir opplevelsen av endring, at terapien fungerer. Det kan vi kalle de magiske øyeblikkene i de terapeutiske samtaler, dialogene. Her kommer diskurser om eldre og terapi; at eldre trenger ro, tid for å fortelle ting og fordøye ting; at eldre trenger struktur, at terapeuten må være bestemt og styrende, at eldre har vansker med å endre seg.

Jeg planla opprinnelig å observere terapeutiske samtaler på en alderspsykiatrisk poliklinikk mellom behandlere og pasienter. Dette prosjektet ble skrinlagt da det krevde godkjenning av Regional Etisk Komite (REK), og det ville bli en for tidkrevende søknadsprosess. Prosjektet ble endret til å observere samtaler mellom terapeuter/fagpersoner og brukere på eldresenteret. Det krever konsesjon fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Datamaterialet skal samles inn i en kvalitativ studie. Metoden jeg vil benytte, er å observere samtaler mellom terapeut og bruker på et eldresenter. Jeg velger diskursanalyse for å analysere og drøfte de innsamlede dataene.

## **2.0 BEGREPSAVKLARING**

I det følgende vil jeg foreta begrepsavklaringer av hvordan jeg forstår og anvender følgende begreper i denne kontekst: terapeut, terapeutisk samtale og endring.

## Terapeut

Jeg velger å kalle fagpersonen for terapeut i denne konteksten, eldresenteret, med den begrunnelse at samtale de har med brukerne kan ha terapeutisk effekt.

De kaller seg selv saksbehandlere. Jeg begrunner at jeg velger å kalle dem terapeuter med at de er fagpersoner med lang yrkeserfaring, og i samtale de har med brukerne tar de noen faglig funderte grep som jeg opplever har terapeutisk effekt.

## Terapeutisk samtale

Terapeutene har planlagte samtaler med de eldre brukerne, der fokus ofte er på praktisk bistand. Samtale dreier seg også om vanskelige, følelsesmessige temaer som f.eks. angst og depresjon. Angst og depresjon er ikke uvanlig hos eldre brukere.

Terapeutiske samtaler skaper mening og forutsigbarhet. Det vil si at den har terapeutisk effekt for brukeren ved at den gir mulighet for endring. Den påvirker uro, angst og depresjon.

## Endring

Terapeuten hjelper brukeren til å skape en ny fortelling, en ny historie om en spesifikk hendelse. Ved å bekrefte eller validere brukerens opplevelse og følelser, skaper dette trygghet og ny mening. Et nytt perspektiv kan oppstå som følge av denne samtale med terapeuten. I forhold til eldre er det ofte relevant å snakke om små endringer. Bateson (2000) definerer informasjon som en forskjell som gjør en forskjell.

Endringen består i at den eldre brukeren kan tenke annerledes om et praktisk problem og dermed finne en løsning som fungerer for vedkommende selv. Følelsesmessige vansker kan overvinnes ved å samtale om det som er vanskelig og problematisk, og dermed se andre perspektiver og muligheter.

## 3.0 FORSKNING PÅ FELTET

Så vidt jeg vet er det gjort lite forskning i forhold til å observere samtaler mellom en terapeut og bruker på eldresenteret. Samtale er et viktig verktøy i møte med brukerne av eldresenteret. Christian Moltu (2011) vektlegger i sin doktorgrad at terapeuten må lytte oppmerksomt, være åpen, empatisk og skape trygghet overfor pasienten. Terapeuten driver et indre arbeid, indre dialog, der selvregulering av tanker og følelser er i fokus. Hvis terapeuten selvregulering svikter, må terapeuten være modig nok til å sette ord på dette i terapien med pasienten.

Joan T. Erber (2010) fokuserer på hvordan vi kommuniserer med eldre mennesker:

Kemper (1994) demonstrerte at omsorgsgivere har en tendens til å redusere lengden og kompleksiteten på grammatikken av hva de sier, å snakke annerledes når de henvender seg til en gruppe eldre enn når de henvender seg til en gruppe yngre voksne.

”Elderspeak is characterized by shortened sentence, simplified grammar, and slower speech, but often by exaggerated pitch and intonation (exaggerated prosody) as well “ (Erber 2010: 119).

De eldre lytterne fant selv ut at en ekstremt sakte hastighet i talen ikke var hjelpsomt. Denne talen innebar mange pauser eller overdreven versekunst eller prosodi. Det er åpenbart at å snakke til eldre i en saktere enn normal hastighet, og i korte fraser med overdrevent stemmeleie og intonasjon, ikke gjør noe for å fremme deres evne til å forstå samtalen (ibid., s. 120).

Stereotypier om eldre, som at vi forventer at eldre ikke kan høre, er avhengige og kognitivt inkompetente, medfører at vi ofte modifierer våre talemønstre for å tilpasse oss disse antagelsene. Denne formen for kommunikasjon kan resultere i “the communication predicament of aging model” (Ryan, Humbert & Boich1995), der samtalepartnerens bedrevitende måte å kommunisere på legger unødvendige begrensninger på interaksjonen med den eldre. Dermed har både terapeuten og den eldre lytteren en tendens til å unngå å kommunisere om fremtidige hendelser (Erber 2010: 120).

En potensiell negativ konsekvens er at alderstereotypier griper inn i vår evne til å bedømme og vurdere en (spesifikk) eldre person som et unikt individ (Hummert 1999). Noen ganger er vi ikke bevisst disse stereotypiene. Når disse ubevisste stereotypiene er aktivert, kan de influere vår atferd uten at vi er klar over det (Erber 2010: 248). Stereotypier om eldre er ofte negative ved å karakterisere dem som fjerne, glemske, sta, og deprimerte (Heckhausen & Baltes 1991). Videre er ofte eldre sett på som overforsiktige og avhengige (Heckhausen et al. 1989). Sosiale utvekslinger som er balansert i begreper som støtte gitt og mottatt, har gjensidighet. Der utvekslinger ikke er gjensidige, kan et individ gi mer enn han eller hun mottar, eller omvendt motta mer støtte enn han eller hun gir. Et forslag er at vi har ”depositum i en støttebank” ved å gi mer støtte enn vi har kapasitet til, vi føler at det er legitimt å ta uttak fra støttebanken (Antonuccio et al. 1996).

Utadvendte personer har større sosiale nettverk enn innadvendte helt inni 90 årene (Lang, Staudinger & Carstensen 1998). Likedan har eldre personer, som er mer åpne for nye erfaringer, større sosiale nettverk enn de som er mer lukkede. For å si det kort, eldre som er sosiale, utadvendte og søker nye erfaringer, har en tendens til å opprettholde større sosiale nettverk enn de som er mindre sosiale, mindre utadvendte og mindre åpne for nye erfaringer .

I følge Hege Bøens (2011) doktorgradsavhandling om brukere av eldrecentre og forebygging av depresjon blant brukerne, har Byrådet i Oslo uttalt at eldrecentre er et satsningsområde innen eldreomsorgen for å forebygge psykiske lidelser hos eldre. Bøen hevder at de godt bemidlede med høy utdanning ikke bruker eldrecentrene, fordi de sannsynligvis har andre muligheter for møtesteder for sitt sosiale nettverk. Videre henviser Bøen til at det er en viktig motivasjon for å bruke eldrecenteret som møtested for venner, for å opprettholde og utvide sosiale nettverk. De sykeste eldre kommer seg ikke til eldrecenteret grunnet funksjonstap og psykiske lidelser som angst og depresjon.

#### **4.0 RELEVANS FOR FAGFELTET**

Problemstillingen for dette prosjektet er: Hvordan samtaler terapeuten med brukeren av eldrecenteret, med mål om endring? Forskningsspørsmålet er: Hvordan viser diskursene seg i samtale mellom terapeut og bruker, når målet er endring?

Dette er spørsmål som har inspirert meg til denne oppgaven; hvordan viser allianse seg i en terapeutisk samtale med eldre, hvordan virker språket inn på samtalen, hvordan skaper terapeuten en terapeutisk samtale som virker/har effekt, og hvilke faktorer er vesentlige for å skape ro og trygghet hos den eldre brukeren.

Jeg opplevde interesse for prosjektet på eldrecenteret. Døråpneren der ivret for å formidle og få frem mer kunnskap om å arbeide med eldre mennesker. Hun viste et sterkt faglig engasjement. Samtidig trodde hun at det er mulig å kunne hjelpe eldre til bedre livskvalitet. Det er behov for mer kunnskap og erfaring på dette området.

Min erfaring er at samtalen med terapeuten oppleves som betydningsfull. Eldre gir uttrykk for at det er godt å ha noen å snakke med om de vonde og vanskelige tingene i livet. De er spesielt opptatt av å fortelle historier. Den terapeutiske samtalen kan åpne opp for at eldre brukere forteller historien om sitt liv, som inneholder erfaringer og opplevelser de ikke har fortalt noen andre enn terapeuten. Det er min erfaring at den generasjonen som er over 74 år,

har opplevd en del traumer under annen verdenskrig. De kan også ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep i barndommen. Jeg valgte å fokusere på dialogen, fordi eldre er opptatt av å fortelle historier og anser samtalene med terapeuten som betydningsfulle.

Den befolkningsgruppen som består av eldre over 65 år, øker hvert år. De eldre lever lenger, og de har ofte kompliserte sykdomsbilder. Depresjon er relativt vanlig hos eldre, og den kan være ubehandlet. Tap av nære relasjoner, som at ektefellen dør, kan medføre sorg og depresjon. De eldre klager over at mange nære og kjære blir borte. Sorgen kan medføre økt risiko for depresjon.

Grunnen til at jeg valgte diskursanalyse, er at jeg opplever at det er mange diskurser om eldre. Flere av diskursene handler om begrensninger og er problemfokuserende. Det finnes mye ressurser hos eldre mennesker. Eldre begynner å stå opp for seg selv. Ressursfokusering ble poengtert av Wormnes (2013). Jeg tror ikke endring er mulig uten å fokusere på ressurser. Det er min erfaring fra flere års arbeid i alderspsykiatrien.

Prosjektet er nyttig og har relevans for fagfeltet, fordi jeg tenker det er viktig å tenke på eldre som noe mer enn skrøpelig, sykdom og forfall. Eldre har mange ressurser, selv om mange har kroniske smerter og kompliserte sykdommer. Depresjon er utbredt blant eldre. De mister ektefelle/partner og venner. Samfunnet vårt har fokus på eldres problemer og sykdommer. Dermed ses de på som en byrde og utgiftspost. Eldre besitter vesentlige ressurser, som kan være til nytte og hjelp for andre. Det innebærer å inkludere eldre i fellesskapet der de bor.

Det handler om brukermedvirkning og brukerrettigheter, noe som er lovfestet. Det er av avgjørende betydning at brukerens stemme blir hørt i de terapeutiske samtalene. Det innebærer at terapeuten og brukeren er likeverdige samtalepartnere. De viser hverandre gjensidig respekt. Rogers (1957) poengterer at brukeren er ekspert på sitt liv.

Jeg vet i utgangspunktet ikke hvilke diskurser jeg vil finne i datamaterialet mitt. Relevansen for fagfeltet er at jeg kan utdype min problemstilling.

Min erfaring innen alderspsykiatrien har lært meg, at den hjelpesøkende, må bli hørt på et likeverdig nivå. Fagfeltet *er dominert av diskurser, som på en måte, skaper et trangt handlingsrom, egentlig både for terapeuten og den eldre*. Jeg er opptatt av å finne frem diskurser som åpner opp for et større handlingsrom, og ikke skaper dette trange handlingsrommet.

Det er viktig for fagfeltet å få og erverve seg denne kunnskapen om samtalen, av den grunn at det er viktig å kjenne til hva terapeuten gjør som åpner for samtalen og hva som lukker den. Det er viktig at denne kunnskapen kommer ansatte på eldresentrene og aldersinstitusjonene til gode.

Ved å samle teori og forskning i denne masteroppgaven, samtidig som jeg gjør en diskursanalyse av materialet, skapes ny kunnskap.

## **5.0 OPPGAVENS OPPBYGNING**

Masteroppgaven inneholder ni kapitler, inkludert innledning. De fire første kapitlene handler om formulering av problemstilling og forskningsspørsmål, begrunnelse for hvordan jeg vil gjennomføre denne oppgaven, samt avgrensning. De fire siste kapitlene begrunner og beskriver valg av metode for innsamling av empirisk materiale og analysemetode, samt analyse og drøfting av datamaterialet og til slutt oppsummering av prosjektet.

## **6.0 TEORI**

Dette kapittelet handler om hvilke teorier jeg finner relevante og hvilke begreper jeg er opptatt av å bruke for å analysere og drøfte materialet, knyttet til noen temaer som er viktige i studien. Teoriene inkludert begrepene i teoriene er valgt fordi de skal besvare problemstillingen min, om hvordan terapeuten samtaler med brukeren av eldresenteret med mål om endring. I tillegg skal forskningsspørsmålet besvares: Hvordan viser diskurser seg i samtaler mellom terapeut og bruker, når målet er endring?

Det baserer seg på de fire spørsmålene som har inspirert til denne oppgaven; hvordan viser allianse seg i en terapeutisk samtale med eldre, hvordan virker språket inn på samtalen, hvordan skaper terapeuten en terapeutisk samtale som virker/har effekt, og hvilke faktorer er vesentlige for å skape ro og trygghet for den eldre brukeren.

Temaene i disse teoriene handler om 6. 1 kommunikasjon; 6. 2 relasjonens, alliansens og kontekstens betydning i terapeutiske samtaler med eldre, 6.3 aldring og kognitiv svikt, og 6.4 diskursteori.

### **6.1 Kommunikasjonsteori**

Jeg anser Batesons kommunikasjonsteori som sentral for å kunne forstå alle aspektene ved samtalen, inkludert metakommunikasjon. Språket vårt skaper virkeligheten, det perspektivet

vi ser verden med. Det avhenger av konteksten, og de gitte sannhetene som vi lever i, opererer med til enhver tid beskrevet som diskurser og diskursive konstruksjoner.

Batesons kommunikasjonsteori forsøker å fange de intuitive, irrasjonelle og tause sidene ved menneskelig kommunikasjon og erkjennelse (Ulleberg 2014: 48-49). ”Det artistiske ubevisste” har man ofte hørt Bateson si, ”vil alltid triumfere over selv den mest sofistikerte computer” (Stierlin 1983: 419).

Bateson (1972) hevder at den som observerer, skaper virkeligheten, samtidig som vi tolker det vi oppfatter. Av den grunn kan ingen oppfatte objektivt, så budskap er ikke objektive størrelser. Ifølge Inger Ulleberg (2014: 19) er dette et nytt perspektiv på menneskelig erkjennelse. Bateson mener at all erfaring er subjektiv, samtidig er relasjon helt grunnleggende. Følgende grunnreglene gjelder (Ulleberg 2014: 20-23):

- 1) Det er umulig ikke å kommunisere.
- 2) Vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold.
- 3) Samspill må forstås sirkulært.
- 4) All erfaring er subjektiv, all persepsjon er en tolkning.
- 5) Relasjonen er grunnleggende og basis i kommunikasjon.

Når vi møter andre mennesker, kan vi innta to holdninger (Skjervheim 1976). Den ene holdningen kan føre til en *toleddet relasjon*, der vi setter likhetstegn mellom den andre og hans ytringer. Dermed kan vi gjøre den andre til et objekt, ved å innta en tilskuerholdning. Den andre holdningen kaller Skjervheim *en treleddet relasjon*, der det er et subjekt-subjekt-forhold. ” Vi har ein treledda relasjon mellom *den andre, meg og sakstilhøvet* som er slik at vi deler sakstilhøvet med kvarandre” (Skjervheim 1976: 56). Dermed er begge interessert i å utforske en felles sak. Den andre får muligheten til å være deltaker eller aktør. Dermed kan vi bidra til at den andre utvikler en nysgjerrighet på egen historie og relasjoner.

”For en utenforstående observatør kan en serie av kommunikasjonshandlinger bli sett på som en uavbrutt serie av utvekslinger” (Watzlawick et al. 1967: 54). For å kunne forstå en sammenheng, punktuierer vi ved å mene noe om hvor samspillet oppstår (Ulleberg 2014: 36). Gregory Bateson uttaler at uten *kontekst*, har våre ord og handlinger ingen mening. Watzlawick sier: ”Et fenomen forblir uforklarlig så lenge observasjonsrammen ikke er vid nok til å inkludere konteksten fenomenet befinner seg innenfor” (Watzlawick et al. 1967: 20). Bateson (1972: 187) hevder at ”I mange sammenhenger er rammen bevisstgjort og til og med

representert i vokabularet” (‘lek’, ‘kino’, ‘intervju’, ‘jobb’, ‘språk’ etc.). Vi vil tolke ulikt og ha ulike assosiasjoner om hvordan konteksten kan forstås.

Det er viktig å være oppmerksom på at kontekstforståelsen for en stor del er ordløs, intuitiv og taus (Ulleberg 2014: 53). Bateson snakker om kultur eller lokal kontekst: ”...hvert kulturelt, religiøst eller vitenskapelig system framelsker spesifikke epistemologiske vaner” (Bateson & Bateson 1987: 31).

Bateson definerer informasjon som *en forskjell som utgjør en forskjell*. Min førforståelse og våre erfaringer påvirker det jeg anser som informasjon for meg. Andre kan oppfatte det samme helt annerledes. Bateson hevder at ”... en verden av form og kommunikasjon framkaller ikke ting, krefter eller støt, men bare forskjeller og ideer” (Bateson 1972: 271). Vi lærer i relasjon til våre medmennesker. Læring foregår ved å sammenligne, se sammenhenger, forskjeller og likheter, oppdage mønstre og utvikle kunnskap (Ulleberg 2014: 47-48).

Fra den polsk-amerikanske filosofen og semantiker Alfred Korzybski har Bateson hentet ideen om *kart og terreng*, der ”... kartet ikke er terrenget” (Bateson 1972: 449). Vår tids sannheter, diskursene, viser at vi tror vi har sett terrenget.

*Analog og digital kommunikasjon* : ”Digit” betyr egentlig tegn eller siffer. Det er den betegnelsen Bateson bruker på det entydige i kommunikasjonen. Dette er en kommunikasjonsmåte der ”budskapene overføres ved hjelp av tilfeldige tegn som kan byttes om etter bestemte regler” (Ølgaard 1986: 51). Entydigheten kjennetegner det digitale nivået i kommunikasjonen, og at det må læres for å bli forstått. Mye kunnskap om objekter blir delt ved bruk av digital kommunikasjon.

Det analoge nivået i kommunikasjonen er alt det vi kommuniserer parallelt med ordene; tonefall, kroppsholdning, gester, ansiktsuttrykk, stemmebruk og rytme. Vi vil som regel stole mer på det som er kommunisert analogt, enn på det som blir sagt hvis de to nivåene motsier hverandre. Vi kan si at det analoge nivået er meta til, sier noe om det digitale uttrykket. Det analoge hjelper oss med å tolke det som blir uttrykt.

Å oversette det analoge nivået til et entydig, digitalt uttrykk er umulig. Det analoge og det digitale nivået i kommunikasjonen er knyttet sammen på en dialektisk måte slik at nivåene gjensidig bærer mening til hverandre. Det analoge nivået vil oftest være det som hjelper oss å tolke det digitale, men vi kan også prøve å oppklare og lette forståelsen av det analoge uttrykket. Utsagnene må virke troverdige.



Det analoge nivået i kommunikasjonen er kjennetegnet ved at

- Det er mangetydig.
- Det blir tolket, ofte intuitivt og ordløst.
- Det henvender seg til relasjonen.
- Informasjon går tapt når vi oversetter.
- Det gjør dobbeltkommunikasjon mulig.

Enkelte kan oppleve det som ubehagelig når deres analoge uttrykk blir tolket og kommentert. Bateson sier et sted: "... den tåpelige ideen at det er en god ting å være bevisst på at alt vi er ubevisst om" (Bateson 1972: 138).

I artikkelen "A Theory of Play and fantasy" er Bateson opptatt av språklig uttrykt metakommunikasjon om relasjonen. Han sier der: "... menneskelig språklig kommunikasjon kan operere og opererer alltid på mange abstraksjonsområder som står i motsetning til hverandre. Det første nivået han nevner, er *metalingvistisk*. Det andre settet av nivåer abstraksjon vil vi kalle metakommunikativt... I disse er samtalens tema relasjonen mellom deltakerne". (Bateson 1972: 178).

Vi *metakommuniserer* ved blant annet kroppsspråk, tonefall, pust, plassering av kroppen, og dette fungerer som klassifisering og tolkning av de budskapene jeg gir. I metakommunikasjon henvender vi oss til relasjonen og definerer den slik vi opplever den. Bateson sier: "... de fleste samtaler handler bare om hvorvidt folk er sinte eller noe sånt. De er opptatt av å fortelle hverandre at de er vennlige" (Bateson 1972: 12). Bateson mener altså at vi i kontakt med andre definerer vårt forhold til dem, hvordan vi ser dem, relasjonen og oss selv. Dette blir hovedsakelig gjort implisitt og automatisk (Ulleberg 2014: 74).

En ramme fungerer metakommunikativt. En ramme er ikke en ytre størrelse, men en psykologisk forståelse og er nært knyttet til begrepet "kontekst". I kommunikasjonens verden oppstår misforståelser og paradokser, vi kommuniserer på mange nivåer og når sjelden klarhet. Bateson kommenterer: "Livet ville da være en endeløs utveksling av stiliserte budskap, et spill med rigide regler, som ikke blir avløst av forandring eller humor" (Bateson 1972: 193).

"Å lære seg livets sammenhenger er noe som må diskuteres, ikke internt, men som noe som handler om den eksterne relasjonen mellom to skapninger. *Og relasjon er alltid et produkt av en dobbel beskrivelse.*" (Bateson 1979: 146).

Bateson (2005: 210) uttaler om humor: Når vi ser på vår konvensjonelle kommunikasjon innbyrdes, veiver vi disse logiske typer sammen med en utrolig kompleksitet og en ganske forbausende letthet. Vi spøker, noe en utlending vanskelig kan forstå. De fleste vittigheter, både kjente og spontane, er sammenvevninger av multiple logiske typer. Ironi og satire står og faller på om den som utsettes for dette, kan innse hva det er snakk om. Når vi møter disse multiple identifiseringer av budskap, ler vi og gjør nye psykologiske oppdagelser om hva som foregår inne i oss.

## **6.2 Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning i den terapeutiske samtalen**

For å kunne forstå hva som skjer i terapeutiske samtaler, er det sentrale hvor samtalen foregår hen og hensikten med den (kontekst), at samtalepartnerne ”kommer på bølgelengde” (relasjon); og at brukerne føler seg forstått.

I samtaler med brukerne utvikler terapeuter gode dialoger (Håland 2008). Dialog er nødvendig for å uttrykke følelser, skape samhold og opprettholde mening. De utveksler følelser, samtidig som blick, mimikk, kroppsholdning og pauser styrer dialogen. Ord kan ikke erstatte dette, og derved skaper det en dypere kontekst. Det nonverbale oppfatter vi som mer ærlig, noe som hjelper oss til å vise tillit og stole på våre medmennesker.

Watzlawick, Beavin og Jackson (1967) hevder at for å forstå dialogen som pågår, kan ofte metakommunikasjon være avgjørende og grunnleggende. Hvordan vi tolker metakommunikasjonen, bestemmer relasjons- og samarbeidskvaliteten. I dialogen er det viktige hvordan mottakeren oppfatter senderens budskap. Watzlawick (1976) uttaler at mottakeren vektlegger senderens nonverbale signaler og samtals kontekst mer enn de verbale utsagnene.

Wampold (2001) er opptatt av betydningen konteksten har for behandlingen. Det som er karakteristisk for dyktige terapeuter, er at de evner å åpne opp for tilbakemeldinger og er trygge på gi dem (Miller 2011). Når brukerne er trygge nok til romme toleranse for forskjellene, åpner muligheter seg for å lære på en ny måte som overskrider de tidligere rammene (Håland 1986). Nevrogenese er utvikling av nye nerveceller og nervesynapser (Siegel, 1999, Siegel, 2007). Gode, trygge tilknytningsrelasjoner, uansett alder, er en forutsetning for å utvikle og stimulere nevrogenese.

## Vesentlige faktorer i psykoterapi

Wampold (2006) hevder at effektive terapeuter vektlegger relasjonens betydning mer enn mindre dyktige terapeuter. Goodhart (2004) definerer klinisk ekspertise i psykologi som evnen til å integrere kunnskap og erfaringer med teknisk og relasjonell dyktighet. Dette er andre viktige egenskaper hos dyktige terapeuter; evne til kritisk tenkning, god prediksjonsevne, evne til å bestemme seg og god selvvurdering i en kontekst der kommunikasjonen ofte er tvetydig og uoversiktlig.

## Empati

Å forske på empati oppfattes som interessant og aktuelt (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson 2002). Empati er sett på som en hovedbestanddel i det vi kaller *emosjonell intelligens* (Bar-On & Parker 2000). Ifølge Mayer, Salovsky og Caruso (2004) har emosjonell intelligens fire hovedkomponenter: 1) persepsjonsevne for emosjoner, 2) evne til å bruke emosjoner for å lette tanken, 3) evne til å forstå emosjoner og 4) kapasiteten til å håndtere emosjoner. Empati viser personens evne til å leve seg inn i et medmenneskes livssituasjon, samt evnen til å kontrollere og kjenne på egne emosjoner. Vi berører andre, og vi lar oss berøre.

Jeg velger å definere empati i samsvar med Rogers (1980): ”behandlerens sensitive evne og vilje til å forstå pasientens tanker, følelser og strev ut fra pasientens eget synspunkt. Denne evnen til fullstendig å kunne se situasjonen gjennom pasientens øyne og å tilpasse seg hans eller hennes referanseramme” (Wormnes` oversettelse, 2013: 85).

Empati er avgjørende for om terapeutiske samtaler blir virksomme. Om terapeuten er empatisk, vil brukeren aktivt involvere seg. Av den grunn hjelper empati til å mobilisere brukerens ressurser (Bohart & Tallman 1999). Brukernes egen oppfatning om at de er forstått av behandleren, korrelerer med behandlingsresultatene (Bohart et al. 2002). Den dyktige behandleren må forstå brukerens opplevelse dypere enn de uttalte ordene, noe de gjør ved å vise empati.

## Alliansens betydning

Wormnes (2013:58) definerer myndiggjøring eller empowerment som ”en prosess som øker individuell eller politisk makt slik at individet kan gjøre forordninger som bedrer deres livssituasjon”. Det styrker troen på at vi kan påvirke situasjonen vår. Av den grunn er det sentrale å se sammenheng mellom individets livssituasjon og problemer, og de strukturelle eller samfunnsmessige forhold den enkelte befinner seg innenfor. Det krever økt bevissthet om hvordan de skal vinne og gjenerobre makten over eget liv. I det viktige arbeidet med å

myndiggjøre brukerne våre, viser psykoterapiforskningen at *arbeidsalliansen og samarbeidsrelasjonen* er to avgjørende faktorer (ibid., s. 58).

Når vi aksepterer og viser hverandre gjensidig respekt, øker troen på at den enkelte kan ta myndighet og ansvar for seg selv og sin livssituasjon. Hovedmålet i behandlingen må være å bedre den enkeltes realistiske tro på seg selv, i samarbeid med behandler. Terapien reduserer ikke bare symptomer. Den vil medføre meningstransformasjon. Det eksisterer aldri bare én måte å forstå en situasjon eller hendelse på. Gjennom en positiv ressursorientering skaper vi visjonene i pakt med fremtidsbildene, målene og arbeidsoppgavene for å nå målene (ibid., s. 59).

En god allianse er en forutsetning for endring i all psykologisk behandling. Bordin (1979) definerer *alliansen* som klientens/brukerens og behandlerens felles forpliktelse og enighet mot felles oppgaver og mål. Alliansen kan beskrives å bestå av tre uavhengige komponenter: *oppgaven, målet og tilknytningen i kontakten*. Alliansestyrken vil avhenge av enighet mellom behandler og bruker, både bevisst og ubevisst, og om innholdet i alle de tre komponentene.

Vi forhandler hele tiden, både bevisst og ubevisst, om hva som skal være de nyttige og effektive *målene, oppgavene* og den beste *tilknytningskontakten*. Den gode og trygge behandleren vil møte denne gjensidige myndiggjøringsprosessen med åpenhet og undring. Brukerens motivasjon må oppfylle de tre grunnleggende behovene i selvbestemmelsesteorien: tilknytning, kommunikasjon og autonomi (Deci & Ryan 2002). Når disse behovene blir ivaretatt i behandlingen, vil alliansen utvikles og bedres (Wormnes 2013: 60).

De kognitive allianseelementene som mål, oppgaver, innlevelse og samarbeidsform, samsvarer godt innbyrdes; sett fra brukerens perspektiv. Den affektive siden av alliansen, personlig tilknytning, fremstår ofte som atskilt fra de kognitive allianseelementer (Hatcher & Barends 1996). Forskningen viser at det er en klar og signifikant sammenheng mellom alliansevurderinger og behandlingsresultat (Horvath & Bedi 2002). Tilknytningsstil og tilknytningserfaringer er viktige kvaliteter i behandlingsrelasjonen og bestemmer behandlingsresultatet (Barber et al. 1999).

Betydningen av at vi alltid må ha oppmerksomheten rettet mot konteksten, relasjonen og alliansekvalitetene, understrekes av at forskning på dette feltet heller støtter en kontekstbehandlingsmodell enn en medisinsk modell (Norcross & Wampold 2011).

Når alliansen er god, opplever brukeren håp og forventer bedring. Dette kan medvirke til raske og overbevisende behandlingsresultater. Håp og forventning er to grunnleggende elementer i placeboeffekten. Brukeren tror da han kan mestre livets påkjenninger og fungere bedre (Wormnes 2013: 63).

Terapi fungerer ikke etter en standardoppskrift, som kirurgi. I terapeutiske samtaler er personen i sentrum, ikke diagnosen eller problemet som sådan (Messer 2006). I kirurgi er det en kroppsdel som må opereres, et sykt område. Messer (2006) vektlegger å kjenne personen godt og slik ta hele mennesket på alvor. Dermed fokuserer han på personens ressurser. Bowen (1978) hevder at behandling er en vekselvirkning mellom tilknytning og individuering. Alliansen og relasjonen til behandler blir derfor avgjørende faktorer for tilknytning og individuering, noe som er en forutsetning for et godt behandlingsresultat (Wormnes 2013: 64).

*Ordene* vi anvender, beskriver og påvirker vår opplevelse. Disse ordene gir og fastholder mening, som kan avgjøre hva vi forstår og får kunnskap om. Språkbruken vår rommer psykisk energi. Den gir muligheter for meningsdannelse. Forventninger og meningsdannelse skaper resultatene (Kirsch 1985, 1999). Forandringer av mening og tolkninger er et viktig redskap i terapeutiske samtaler.

Kontekstuell familierapi (Boszormenyi-Nagy & Ulich 1981) hevder at styrken og kraften i en psykoterapeutisk intervensjon nettopp er forankret i relasjonelle faktorer. Konteksten er uttrykt gjennom metaposisjonen ”det er ikke behandlingen, men hvordan du behandler, som blir avgjørende for et godt resultat” (Wormnes 2013: 69). For å få et godt behandlingsresultat, vil en relasjon preget av *respekt* ha vesentlig betydning. Dette fremmer den nødvendige trygghet, forståelse og aksept. Dermed er brukeren mottakelig for ny forståelse og håp, der undring og åpenhet vil være tilstrekkelig til stede. Erfaringene i denne prosessen er konkrete og reelle i samarbeid med behandleren. I dette arbeidet betyr det at brukeren og terapeuten har respekt både for seg selv og den andre. En trygg kontekst er forutsetningen for å være mottakelig for utvikling og bedring (Wormnes 2013: 70).

I forskningslitteraturen diskuteres og beskrives respekt som det Carl Rogers (1957) kalte ”*positiv oppmerksomhet*” (positive regard). Rogers (1957) trodde ikke på at noen, innbefattet behandleren, kunne være mer ekspert på eller kunne ha mer kunnskap om pasienten enn pasienten selv. Kvaliteten i denne holdningen formulerte Rogers med denne påstanden: ”Ved at jeg selv kan tillate meg å oppleve positive holdninger mot den andre personen –holdninger

som innbefatter varme, omsorg, interesse, respekt og at jeg liker dem, viser jeg positiv oppmerksomhet” (Rogers 1958: 12, Wormnes` oversettelse).

### **Den diagnostiske kulturen**

Wachtel (2008) fremhever terapeutens kontinuerlige fokus basert på medisinsk forståelse i psykiatrisk behandling. Han uttaler (ibid., s. 283, Wormnes` oversettelse):

Konstruktivistiske terapeuter er nært assosiert med et relasjonelt grunnsyn og en humanistisk teori. Konstruktivismen lærer oss at det er mange like valide måter å forstå tankemønstre, følelser og atferd som plager pasienten, på. Poenget er for oss å velge hvilke av disse flere mulige beskrivelsene og forståelsesformene som er mest nyttige for å nå et terapeutisk mål.

Den konstruktivistiske tankegangen åpner opp for andre og nye forståelsesmåter. Psykologisk behandling blir ikke bare et spørsmål om symptombedring, men like mye om meningstransformasjon. Wachtel (2008) påstår at pasientens vansker ligger i deres manglende evne til å se sine egne styrker og nyttige egenskaper.

Pedagogisk er det lettere å forsterke ressurser hos et individ. Det viser seg å være mye vanskeligere å skape fremgang gjennom å endre og utvikle svakheter (Wormnes & Manger 2005). Ved å fokusere på ressurser, kommer personen inn i en god sirkel, forsterker innsats, energi og krefter. Ressursfokusering danner grunnlaget for bedring. Terapeutens oppmerksomhet rettes mot å oppdage muligheter og løsninger.

Forskning viser at håp ofte er en nøkkelfaktor i alle profesjonelle hjelperelasjoner. Håp er sterkt influert av konteksten der behandlingen skjer, og språket som brukes (Elliott 2005, Elliott & Oliver 2002).

### **6.3 Aldring og kognitiv funksjon**

Aldring og kognitiv funksjon er sentrale begreper for å forstå det spesielle med å samtale med eldre i forhold til yngre. Dette bringer inn alderdomsperspektivet. Aldring henger sammen med utviklingen av vår kognitive funksjon, som kan svikte i eldre år.

#### **Aldringens forløp**

Ut i fra et sosialgerontologisk perspektiv ses aldring sirkulært, der aldring påvirker samfunnet og omvendt (Daatland og Solem 2011).

Sju teser om aldring lansert av Paul og Margaret Baltes (1990):

- 1) Det er forskjell på normal, optimal og patologisk aldring.

- 2) Det er stor forskjell i aldringens forløp.
- 3) Det er store latente (ubrukte) reserver.
- 4) Maksimale prestasjoner reduseres.
- 5) Ulike tilpasningsmekanismer kan kompensere for reduksjon.
- 6) Balansen mellom tap og vinning (vekst og forfall) blir mindre positiv.
- 7) Selvet beholder evnen til å tilpasse seg endrede forutsetninger, slik at trivsel og selvoppfatning kan bevares. (Kilde: Baltes & Baltes 1990) .

Livsløpsperspektivet bygger på Elder (1992, 1995) på fem sett av prinsipper:

- 1) Utvikling og aldring er livslange prosesser.
- 2) Mennesker er aktører (agenter) i sitt liv og kan gjøre valg som modifierer gamle og skaper nye virkninger.
- 3) Tidsrytmen av hendelser –*når* i livet ting skjer –kan være avgjørende.
- 4) Vårt liv er forbundet med andres liv og påvirker hverandre gjensidig.
- 5) Folks liv og erfaringer, herunder aldring, preges av skiftende historiske tider og hendelser.

Denne tenkemåten er påvirket av sosialkonstruksjonismen. Vi forholder oss til verden slik vi *tror* at den er, ikke slik den faktisk måtte være. Det såkalte Thomas-teoremet uttrykker ”If men define situations as real, they are real in their consequences” (W. J. Thomas, referert i Merton 1968). Daatland og Solem (2011: 29) hevder at alder og aldring er sosiale konstruksjoner og kan dermed ikke reduseres til kun biologi.

Klaus Riegel (1977) har foreslått at utviklingsteorier, inkludert teorier om aldring kan inndeles i forhold til tre paradigmer. Disse tre paradigmene har preget forskning om utvikling og aldring. De tre paradigmene er (1) det mekanistiske, (2) det organismiske og (3) det kontekstuelle paradigmet.

Det mekanistiske paradigmet ser mennesket som en maskin, som hovedsakelig formes av påvirkning utenfra. Kritikken av dette paradigmet omfatter ”det overdeterminerte mennesket”, som ikke gir rom for individet som aktør med egen vilje. Tendensen er å vektlegge kvantitative forskjeller og gradvise endringer. Aktivitetsteorien hører inn under denne tenkemåten.

Det mentalistiske paradigmet ser utviklingen som primært styrt av indre krefter, enten med vekt på personens egne valg (mentalistisk paradigme) eller på indre utviklingskrefter

(organismisk paradigme). Det sistnevnte fremhever kvalitative sprang og gradvise endringer. En underliggende og typisk utviklingsbane vokser frem innenfra, når mennesket er tilstrekkelig modent. Eriksons utviklingsteori, den såkalte tilbaketrekningsteorien og teorien om gerotranscendens hører inn under dette paradigmet. De ulike typer av stadiekategorier hører hjemme her.

På hver sin måte er de to nevnte paradigmer ensidige og forenklede. De tar ikke hensyn til at andre faktorer er virksomme. Det dialektiske eller kontekstuelle paradigmet forsøker å kombinere de to ved å se utviklingen som et samspill mellom ytre og indre krefter, med rom for individet som handlende aktør. Individ- og miljøpåvirkninger virker i samspill med hverandre og driver utviklingen fremover. Ressursmodellen baserer seg på denne tenkemåten (Daatland og Solem 2011: 37).

### **En lærer så lenge en lever**

Dette gamle ordtaket har god støtte i moderne forskning. De viktigste aldringseffektene er at:

- Kognitive prosesser skjer i et langsommere tempo med økende alder.
- Arbeidshukommelsen har mindre kapasitet til å gjøre flere ting samtidig.
- En blir lettere avsporet av egne assosiasjoner og irrelevant informasjon.
- Sansesvekkelse kan gjøre læring merkbart vanskeligere (Jones & Bayen 1998).

De middelaldrende og eldre har et fortrinn i tilegnelse av helheter, sammenhenger og dypere forståelse, fremfor ungdom som behersker detaljkunnskaper bedre (Daatland og Solem 2011: 75-76).

### **Tap som tjener vekst**

Denne tenkemåten, som på det kognitive området særlig er utviklet av Labouvie-Vief, er kalt hypotesen om tap som tjener vekst (loss in the service of growth) (Adams 1991). En dypere forståelse oppnår man sannsynligvis ved å gi slipp på en faktaorientert detaljorientering. For å erverve en mer avansert evne, må mindre avanserte evner bli borte. Labouvie-Vief & Blanchard-Fields (1982) har påpekt dette om barns kognitive utvikling. Hvis en senere i livet vil utvikle visdom, kan en ikke henge seg opp i detaljer og formalistisk logikk.

En annen teoretisk forståelse av den kognitive utviklingen kan knyttes til den generelle modellen som selektiv optimalisering med kompensering (Baltes & Baltes 1990). Teorien bygger på at aldring medfører svekkelse, og at negative følger av svekkelse kan motvirkes ved kompensering. Ifølge denne teorien utvikles det nye egenskaper for å kompensere for



svekkelser. Eldre konsentrerer seg i så fall om helheter fordi de ikke lenger greier å huske alle detaljer (Daatland og Solem 2011: 80).

### **Kognitiv plastisitet**

Graden av endringer i kognitive funksjoner kan variere mellom ulike kulturer. Kognitive funksjoner (som læring, hukommelse og intelligens) er formbare (plastiske) gjennom miljøpåvirkning. Samtidig endres kognitive funksjoner gjennom kroppslig aldring, særlig i hjernen. Høyt utdannede holder seg mer i mental aktivitet. På den måten bevarer de kognitive funksjoner bedre (Kramer et al. 2004). En engasjert livsstil i eldre år med høy grad av aktivitet og deltagelse bidrar til å motvirke kognitiv svekkelse. Eldre deltakere i kompliserte situasjoner der måtene å løse problemer på ikke er åpenbare, men krever engasjement, vurderinger og valg av handlinger; synes også å bevare de mest aldringsutsatte evnene i flytende intelligens (Stine-Morrow et al. 2008). Dette synes å gjelde på kort sikt når en blir eldre, men også på lang sikt, f.eks. gjennom den type arbeid en har hatt gjennom livsløpet (Schooler et al. 1999, 2004). Variert arbeid som krever beslutninger basert på kontinuerlige vurderinger, disponerer for fleksibilitet i eldre år.

Kognitive ferdigheter kan trenes i høy alder, inkludert ved betydelig kognitiv svikt. Trening gir først og fremst spesifikke effekter; for eksempel hvis en trener på tallhukommelse får en bedre tallhukommelse. Det gir nødvendigvis ikke bedre hukommelse generelt.

Dokumentasjon foreligger for overføringseffekter (generalisering) ved mental trening av personer i 80-åralderen (Buschkuehl et al. 2008). Når den eldre personen er rammet av alvorlig kognitiv svikt, er generelle virkninger av mental trening på hukommelsen minst sannsynlig.

Kognitiv aktivitet kan, som nevnt, gi positive effekter på kognitive funksjoner både på kort og lang sikt. Det kan være aktivitet som involverer hjernen gjennom variasjon, tilstedeværelse og refleksjon. Hjernens fleksibilitet i eldre år kan ses i en tendens til å bruke større deler av hjernen når det trengs. For eksempel aktiveres oftere begge hjernehalvdelene samtidig hos eldre enn hos yngre (Cabeza 2002). Det er uvisst om det er uttrykk for sviktende evne til fokusering eller en mekanisme for å mobilisere større deler av hjernens ressurser (Daatland og Solem 2011: 81-82).

De kognitive aldersforandringene er plastiske, de kan påvirkes. Grunnlaget for kognitive ferdigheter som ligger i hjernen, kan også påvirkes. Omgivelsene, et stimulerende miljø og en engasjert livsstil kan endre hjernens struktur. Mulighetene for påvirkning og bedring er til

stede i alle aldersgrupper. Plastisitetens begrensninger blir tydeligere med økende alder, særlig under tidspress og i kompliserte situasjoner som krever oppmerksomhet (Willis et al. 2009).

### **Kognitiv svekkelse og demens**

Alderen medfører en økende risiko for kognitiv svekkelse, som nevnt tidligere. Noen ganger kan det arte seg som en normal og godartet, men ofte irriterende glemsomhet, for eksempel at en glemmer navn. En alvorligere grad kalles ”mild kognitiv svekkelse” (MCI: mild cognitive impairment). Hukommelsen er da mer enn normalt svekket. Personen opplever det som et problem, men uten at det i vesentlig grad går ut over evnen til å klare seg i hverdagen. Det påvises ikke noen sykdommer som kan forårsake demens (Petersen et al. 2009). Mange betrakter MCI som en overgangsform mellom normal aldring og demens. Imidlertid er det ikke noen automatikk i at MCI går over til demens. Det eksisterer ulike vurderinger av risikoen for en alvorlig utvikling, noe som varierer fra 3 til 23 prosent i ulike befolkninger over 65 år (Petersen et al. 2009).

Vi kan snakke om demens, at alvorlighetsgraden av den kognitive svekkelsen går ut over hvordan eldre fungerer i dagliglivet. Dermed medfører det at den eldre har behov for hjelp eller tilsyn. Demens betyr ”fra vettet” og viser til en betydelig kognitiv svikt. Glemsomhet er det mest karakteristiske symptomet. Det finnes flere forskjellige symptomer, der grader av kognitive utfall varierer i ulike former for demens. Formene for demens betegnes oftest etter årsakene til den kognitive svikten, f.eks. Alzheimers sykdom eller vaskulær demens som er de to viktigste årsakene. Disse hjerneorganiske forandringene ligner det som skjer normalt ved aldring. Ved demens skjer det vanligvis i større omfang. Forekomsten av demens øker med alderen.

Bruken av MCI som diagnose kan ha sammenheng med ønsket om tidlig diagnostisering av Alzheimers sykdom og andre hjernesykdommer, som kan gi demens. Tidlig diagnostisering vil kunne øke mulighetene for å iverksette tiltak, som kan mildne symptomene og eventuelt på lengre sikt helbrede sykdommen. Bennet (referert i Bain et al. 2008) hevder at hele 60 prosent av alle over 65 år har alzheimerforandringer i hjernen. Det er så mange at grensen mellom patologisk og normal aldring blir ganske flytende. Vi kan stille spørsmål ved om slike anslag skaper en sykeliggjøring av normal aldring, noe som i så fall er betenkelig fordi det ennå ikke er mulig å helbrede demens.

Diskusjonen pågår om demens er vesensforskjellig fra normal aldring, eller om det bare er en gradforskjell. Walters (2010) har analysert resultatene på nevropsykologiske tester for 13 000 personer som har søkt alzheimersentre (hukommelsesklinikker) i USA, eller har meldt seg frivillig til forskning. Han fant glidende overganger i de kognitive prestasjonene mellom normal aldring, MCI og demens (særlig av Alzheimers type). Dette kan tas til inntekt for at demens av Alzheimers type er resultatet av en akselerert aldring. Kanskje skyldes akselereringen sykdomsprosessen, uten at de resulterer i en distinkt demenskategori. Høy alder er den viktigste risikofaktoren for å utvikle demens (Engedal & Haugen 2009).

Det er ikke mye en vet om demens og Alzheimers sykdom. Mens det forskes på årsaker og medisinsk behandling, lever mange mennesker med demens. Både pårørende og personell må forholde seg til de menneskene som rammes, og da kan forholdet til personen være viktigere enn oppfatninger om hvilke hjerneorganiske forandringer som måtte ligge bak (Daatland 2011: 83-84). Dette gir grunn til å skille mellom symptomer (demens) og de hjerneorganiske forandringene (for eksempel Alzheimers sykdom).

Den engelske psykologen Tom Kitwood har særlig lagt vekt på å forholde seg til dem som lider av demens som *personer* (Kitwood 1999, Baldwin & Capstick 2007). Den demensrammedes atferd vil, ifølge Kitwood, være preget av vedkommendes personlighet, livshistorie, helse og hjerneorganiske forandringer. I tillegg er det vesentlig hvordan denne personen blir møtt av andre. Måten terapeuter møter den demensrammede på, vil den demensrammede kunne oppleve som ”ondartet sosialpsykologi”. Det vil bidra til å forverre symptomene og til og med forsterke en hjerneorganisk svekkelse. Ondartet sosialpsykologi kan for eksempel bestå i at en ikke hører på det personen har å si, avfeier det som tull, ignorerer det, avbryter, korrigerer, truer eller holder for høyt tempo i tale, gange og andre aktiviteter. I motsatt fall kan ”positivt personarbeid” bestå i å anerkjenne, vise respekt, lytte, samarbeide, gi rom for innflytelse, stimulere og støtte. På denne måten kan terapeuten bidra til de demensrammedes trivsel og velvære, samt til deres evne til å oppleve og uttrykke både positive og negative følelser. Når den kognitive funksjonen svikter, er fortsatt følelsene intakte. For den personen som er demensrammet, er det av stor betydning for trygghet, trivsel og velvære å ha mulighet for å uttrykke sine følelser.

I følge Kitwood kan måten omgivelsene møter personer med demens på, påvirke det hjerneorganiske grunnlaget for demensen. Ondartet sosialpsykologi kan skape eller forsterke hjerneorganisk svekkelse. Positivt personarbeid kan bidra til hjerneorganiske eller

nevrokjemiske endringer som reduserer demensen. Et hovedpoeng er at personens trivsel, glede, misnøye eller uro ikke er et direkte resultat av de hjerneorganiske forandringene. Kitwood uttaler at vi kan forstå det som uttrykk for hvordan personen opplever situasjonen her og nå. For eksempel kan det å ville hjem til mor, være uttrykk for en følelse av utrygghet. Omgivelsene har da utfordring å bidra til trygghet; for eksempel ved å være til stede, lytte til følelsene og bekrefte personen.

### Gerotranscendens

Teorien om den sosiale konstruksjonen av selvet er preget av postmoderne tenkning. Den vektlegger at sosiale fenomener ikke kan forklares gjennom universelle prosesser; som er uavhengige av kultur, historisk epoke, kjønn og andre faktorer som skaper variasjon og endring gjennom sosial interaksjon. Tilbaketrekkingsteorien er et eksempel på en teori som forstår sosial aldring gjennom universelle, genetisk forankrede prosesser. Nyere konstruksjonistisk tenkning har forkastet tilbaketrekkingsteorien. I teorien om gerotranscendens tar den svenske sosiologen Lars Tornstam (1989, 1997) utgangspunkt i Jungs psykologi om individuering og økt åndelig interesse. Teorien er i slekt med tilbaketrekkingsteoriens universelle forklaring på atferdsendring i eldre år. Den forutsetter ikke at aldringen fører til redusert sosial deltakelse.

Tornstam postulerer at aldringen i seg selv (den primære aldringen) kan karakteriseres ved en generell dragning mot det han kaller gerotranscendens. Metaperspektivet endres fra et materialistisk og rasjonelt til et mer kosmisk og transcendent perspektiv. Aldersforandringene skjer ifølge teorien langs tre dimensjoner. For det første er det en kosmisk dimensjon med økt følelse av samhørighet med universet, økt følelse av samhørighet med tidligere og kommende generasjoner, en endret oppfatning av liv og død og mindre frykt for døden. Det er videre en selv-dimensjon med mindre selvopptatthet, større opplevelse av sammenheng, mening og helhet i livet. Den tredje dimensjonen har med kvalitative endringer i sosiale relasjoner å gjøre. I den inngår mindre interesse for overfladiske sosiale kontakter, større behov for å være alene, mindre behov for aktivitet og mindre interesse for materielle ting.

Empiriske tester av teorien har gitt blandede resultater, både støtte og kritikk (Tornstam 2005b, Dalby 2006, Braam et al. 2006). Særlig dens universelle forståelse av sosiale prosesser er kritisert på teoretisk grunnlag, at endringer er ledd i en primær aldringsprosess (Blaakilde 1994, Solem 1995, Thorsen 1998b). Uten å diskutere teorien om gerotranscendens direkte, antar Brandtstädter et al. (2010) at perspektivskiftet er en konsekvens av en stigende

bevissthet om livets grenser. Yngre som opplever at livet ikke er uendelig, kan få et nytt perspektiv på livet. Alderen er ikke utslagsgivende.

Universelle teorier er problematiske ved at vi antar at de gjelder for alle og til alle tider. Vi vet at alt liv eldes kroppslig og dør. Det er universelt og trenger universelle teorier. Vi lever våre liv til vi dør. Dette livet vil variere med historiske hendelser, personlige erfaringer og levekår. Vår oppfatning av hva som er det gode liv, vil variere. Det finnes neppe noen universelt god og ”riktig” måte å eldes på. På bakgrunn av teorien om gerotranscendens er det utarbeidet retningslinjer for pleie og omsorg overfor eldre (Wadensten & Carlsson 2003).

Retningslinjene søker gjennom en blanding av respekt og mild styring å støtte opp om utvikling av gerotranscendens (Daatland og Solem 2011: 97). En anbefaler blant annet å gi brukerne informasjon om gerotranscendens, oppmuntre dem til tilbakeblikk på livet, vise åpenhet om de ønsker å snakke om døden, stimulere dem til å ta ”stille stunder”, meditere og samtale om drømmer. Det er foreløpig ingen forskning som kan vise hvilke virkninger disse retningslinjene har (Wadensten 2010).

Mange av de aldersrelaterte endringene som postuleres i teorien om gerotranscendens, finnes også i andre teorier. Det gjelder f.eks. Eriksons utviklingsmodell (Erikson et al. 1986), Carstensens sosioemosjonelle selektivitetsteori (Carstensen 2006) og Brandtstädters dualistiske utviklingsmodell (Brandtstädter 2009, Brandtstädter et al. 2010). Felles for disse teoriene er at de ikke knytter endringene til alder, men til gjenværende tid, eller ”awareness of finitude” (bevisstheten om det endelige, at livet har en grense).

### **Tilbaketrekkingsteorien**

Tilbaketrekkingsteorien er i realiteten et av de ytterst få forsøk på å utarbeide en detaljert og systematisk teori på det sosialgerontologiske området. Det sentrale i teorien er ideen om en gjensidig tilbaketrekking mellom den eldre og samfunnet. Den eldre har en tilbøyelighet til å trekke seg tilbake fra sosiale roller og kontakter og å rette sin mentale energi innover. Samfunnet på sin side løsner båndene til individet og stimulerer og forsterker den individuelle tilbaketrekkingen. Disse prosessene blir sett som funksjonelle og gunstige for begge parter. Individet forbereder seg på døden, og samfunnet legger til rette for en myk overgang og gir rom for neste generasjon. Parallellen til biologisk aldringsmodell er tydelig. Tilbaketrekkingen blir ansett å være en universell prosess som aktiveres innenfra og er uttrykk for primær aldring.

Tilbaketrekkingsteorien var på mange måter en vitenskapeliggjøring av dagligdagse oppfatninger om aldring og eldre, slik det lar seg symbolisere ved gyngestolen. I denne teorien ligger tankegods som har kunnet legitimere en passiviserende behandling av eldre, for det er til deres eget beste. Teorien ble imidlertid heftig kritisert allerede fra starten, ikke minst fra praktikerne i eldresektoren som hadde behov for andre tenkemåter og verktøy. Gyngestolen kunne være et godt bilde av de idealene som hadde preget omsorgen til da, men i årene som fulgte, var det aktivisering og deltakelse som kom til å bli normen, godt forankret i det alternative paradigmet i tiden –aktivitetsteorien.

### **Aktivitetsteorien**

Tilbaketrekkingsteorien var resultat av et større forskningsprosjekt om voksenlivet ved Universitetet i Chicago tidlig i 1950-årene (the Kansas City studies of adult life). Det som har blitt kalt aktivitetsteorien, er en sammenfatning av mye av den kritikken som tilbaketrekkingsteorien ble møtt med fra andre forskere, inkludert forskere fra det omtalte prosjektet. Samme materiale ga altså grunnlag for to ulike fortolkninger og teorier. De var stort sett enige om observasjonene, men ikke om konklusjonen. Denne undersøkelsen et godt eksempel på hvordan data kan fortolkes forskjellig, når de blir sett gjennom ulike briller. Tilbaketrekkingsteorien fant tilbaketrekking, der aktivitetsteorien fant utstøtning. Der tilbaketrekkingsteorien fant indre forklaringer, fant aktivitetsteorien ytre. Som nøkkelen til det gode livet i eldre år foreslo tilbaketrekkingsteorien tilbaketrekking, aktivitetsteorien foreslo aktivitet og engasjement (Havigburst et al. 1968, Lemon et al. 1972).

I motsetning til tilbaketrekkingsteorien er ikke aktivitetsteorien utformet som en formell teori, men representerer snarere en tenkemåte (Havigburst et al. 1968). Aktivitetsparadigmet hadde vært rådende de første årene. Tilbaketrekkingsteorien var på sett og vis en reaksjon mot dette og mot å la midtlivets idealer bli overført på alderdommen. Den er en av få teorier som ser aldring og eldre år som kvalitativt forskjellig fra midtlivet (Ferraro 1997). Aktivitetsteorien ser derimot den sosiale tilbaketrekkingen som et resultat av ytre hindringer, og ifølge aktivitetsteoretisk tankegang er eldre mennesker essensielt sett som middelaldrende, bare noen år eldre og mer sårbare.

Den aktivitetsteoretiske tankegangen legger vekt på de eksterne begrensningenes betydning og har representert den sentrale begrunnelsen for aktiv eldrepolitikk: Det må legges til rette muligheter for aktivitet og sosial deltakelse i eldre år. Det er uten tvil denne tankegangen som har vært den dominerende for den moderne eldrepolitikken, og som fortsatt er det. Dersom

den overdrives til sin ytterste konsekvens, kan det i denne tankegangen ligge at en fremhever helse og aktivitet som ultimate verdier. I så fall kan det ligge en kilde til forakt for svakhet og herunder for den svakheten som naturlig følger med alderen. Brukt uten fornuft kan den føre til aktivisering for aktivitetens egen skyld, uten forståelse for at hvile og ro har sin egen kvalitet, ikke minst for de eldste og skrøpeligste.

Hvor forskjellige de to paradigmene enn var, så var de begge preget av en tankegang om at aldring er noe som skjer med folk. De var i denne forstand endimensjonale og reduksjonistiske. Aktivitetsteorien var preget av en mekanistisk tankegang, der individet blir sett som et passivt offer for ytre påvirkninger. Tilbaketrekkingsteorien var preget av organismiske forklaringer, der en kan tenke seg at indre drifter satte i gang en forhåndsprogrammert tendens til tilbaketrekking, mer eller uavhengig av personlige preferanser. Begge ble kritisert av Klaus Riegel (1977) for å nedtone samspillet –dialektikken –mellom individet og omgivelsene. De behandlet individet som et objekt som aldri skjedde med, snarere enn som et subjekt og en aktør i seg selv.

Tilbaketrekkingsteorien ble som nevnt kritisert allerede fra lanseringen –like mye for dens praktiske konsekvenser som av teoretiske grunner. Ideen om passivitet i alderdommen som i overdreven grad ble tillagt teorien, sto i sterk kontrast til de gryende ambisjonene hos gerontologiens forskere og praktikere. Den harmonerte også dårlig med middelklassens og midtlivets verdier om et aktivt liv. Dessuten konkluderte de fleste undersøkelser i tiden med at det var engasjement mer enn tilbaketrekking, som korrelerte med trivsel og velvære i alderdommen. Blant disse var den norske ”Eldres integrasjon” (Helland et al. 1973).

Tilbaketrekkingsteorien har likevel hatt stor betydning for sosialgerontologien ved at den vitaliserte forskningsområdet. Dens ambisiøse anslag var en av de viktigste forutsetningene for å kunne institusjonalisere sosialgerontologien som eget forskningsområde (Daatland og Solem 2011: 146). Parsons var den ledende amerikanske sosiologen og slo fast at ”dette er en viktig bok” og det ”mest seriøse forsøk så langt på å utvikle en generell teoretisk fortolkning av den sosiale og psykologiske aldringsprosessen” (Daatlands og Solems oversettelse 2011: 147).

### **Kontinuitetsteorien**

Noen år senere kom kontinuitetsteorien (Atchley 1989) til å fremstå som brobygger mellom tilbaketrekkingsteorien og aktivitetsteorien. Ifølge kontinuitetsteorien er det flere veier til den gode alderdommen, men den sentrale drivkraften er å opprettholde en sammenheng og

kontinuitet i livet. Verken aktivitet eller tilbaketrekking er primære mål og motiver i seg selv. Elaine Cumming (1963) hadde allerede bidratt til en slik tankegang ved å se tilbaketrekking som avhengig av ”temperament” i en revisjon av sin opprinnelige teori. Bernice Neugarten (1974) og flere med henne (Neugarten et al. 1968) trakk frem personlighet og livsstil som den avgjørende faktoren for hvilken tilpasningsform som førte til trivsel i eldre år. Reichard et al. (1962) skilte mellom ”de modne”, ”de pansrede”, ”de sinte” og ”gyngestolspersonlighetene”, med hver sin holdning til aldring og hver sin tilpasningsstil.

Ressursmodellen kan også ses som en bro mellom tilbaketrekkingsteori og aktivitetsteori (Solem 1974). Der ses aldring som et tap av ressurser. Den gode tilpasningsstrategien er ikke bare avhengig av individets ressurser, men også av miljøets påvirkelighet. Dersom miljøet er lite påvirkelig, kan resignasjon og tilbaketrekking være en funksjonell strategi. Aktiv og utadrettet mestring vil normalt være en kilde til trivsel, under forutsetning av å ha eller få tilstrekkelig med ressurser (Daatland og Solem 2011: 147).

## 6.4 Diskursteori

Diskursteori er vesentlig i forhold til å forstå hensikten med å anvende diskursanalyse som analysemetode. Vi må daglig forholde oss til de gitte sannheter i samfunnet. Dette skjer ofte uten at vi tenker over det. ”Slik er det bare, og slik har det alltid vært”. For å forstå diskursens vesen og for å skape mening i tilværelsen, er diskursteori relevant. Billig (1997: 43) hevder at diskursanalyse er mer enn en metode, fordi det innebærer en teoretisk måte å forstå diskursens natur og de psykologiske fenomenenes natur (Willig 2008: 95).

### Definisjoner av diskurs

For å forstå bredden i diskursbegrepet, presenterer jeg følgende tre definisjoner:

Marianne Winter Jørgensen og Louise Phillips (1999: 9) definerer en *diskurs* som ”*en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på.*”. Foucault definerer diskurs på denne måten:

Vi vil kalde en gruppe af ytringer for diskurs i det omfang, der udgår fra den samme diskursive formation [... Diskursen] består af et begrænset antal ytringer, som man kan definere mulighedsbetingelserne for (Foucault 1969:153/1972:117).

Parker (1992: 5) definerer en diskurs som ”et system av utsagn som konstruerer et objekt”.



## Diskursiv psykologi ved Carla Willig

Diskursanalyse kritiserer kognitivismen og danner en motvekt. Diskursiv psykologi berører psykologiske fenomener, som hukommelse eller identitet. Disse fenomenene danner begreper og forestillinger om *diskursive handlinger* heller enn kognitive prosesser (Willig 2008: 96-97). Det resulterer i at psykologiske begreper som fordom, forforståelse, identitet, hukommelse eller tillit; blir noe folk *gjør* heller enn noe folk *har* eller *er* (ibid., s. 97).

Diskursiv psykologi fokuserer på *hvordan* deltagerne bruker diskursive ressurser og med hvilken effekt. Med andre ord, diskursive psykologer legger merke til samtalens *handlingsmuligheter*. De er opptatt av måtene samtalepartnerne mestrer og ivaretar emner av engasjement og interesse (Edwards og Potter 1992, Potter 1996). Diskursanalyse innebærer å danne språklige begreper som er *konstruktive og funksjonelle*.

I diskursiv psykologi er man opptatt av *hvordan* spesielle versjoner av virkeligheten er fabrikkert, forhandlet og utviklet i samtale. I diskursiv psykologi søker man ikke å produsere en kunnskap *om ting*, men en forståelse av *prosessene der de er `snakket inni væren`*. Den har sosialkonstruksjonistisk orientering. I diskursiv psykologi produseres kunnskap om hvordan spesifikke diskursive konstruksjoner bringes inn i væren gjennom bruken av fortolkende repertoar og diskursive redskaper.

Diskursanalyse belyser de måtene språket konstruerer objekter, subjekter og erfaringer, inkludert subjektivitet og selvopplevelse. Diskursanalytikere begrepssetter erfaringene, ikke representasjoner og refleksjoner. De språklige kategorier vi anvender for å `beskrive` virkeligheten, eksisterer ikke som refleksjoner av iboende og definerende egenskaper ved den diskursive konstruksjonen. Den diskursive konstruksjonen skaper det den beskriver. Det finnes alltid mer enn en måte å beskrive noe på. Språkbruken og ordvalget på disse samlede persepsjonene og erfaringene danner spesifikke versjoner av hendelser og virkeligheten. På denne måten kan vi si at språk konstruerer virkeligheten. Av den grunn frembringer diskursanalyse et tydelig alternativ til kategoriseringene av atferd, måling av variabler og forsøk på å utvikle predikerbare modeller av menneskelig atferd; noe som utgjør mye av dagens psykologi (Willig 1999: 2).

Analysens fokus er å identifisere diskursive konstruksjoner og subjektposisjonene innenfor dem. Det vil si de diskursive ressursene som informantene bruker for å konstruere spesifikke versjoner av virkeligheten (Willig 1999: 113).

Willig (1999) hevder at for å identifisere en diskurs, er det behov for å undersøke hva som eksisterer som etablert og omtalt i det daglige liv, som for eksempel måtehold. Videre hvordan diskursen danner og utvikler subjektposisjonene, hvordan det refererer til, og slik avhenger av så vel som opprettholder, andre diskurser. Diskursanalyse krever alltid at vi tenker på alternative måter; om hvordan det kan være mulig å konstruere en diskursiv konstruksjon (Willig 1999: 114).

Diskurser er begrenset i forhold til praksiser gjennom subjektets posisjon. Samtalepartnerne `opptar` diskursive posisjoner (for eksempel som subjekt eller objekt) i relasjon til andre mennesker, hendelser og aktiviteter. Det finnes to måter posisjonering kan virke på. For det første, diskurser kan posisjonere subjekter. Her er individene begrenset av tilgjengelige diskurser, fordi diskursive posisjoner pre-eksisterer individet. Vedkommendes selvopplevelse og rekkevidde av erfaring er omringet av tilgjengelige diskurser. Den andre måten posisjonering kan virke, er gjennom den aktive og hensiktsmessige forståelsen av subjektposisjoner av samtalepartnerne. Her frembringer individene diskursive konstruksjoner som kan gi maktposisjoner, for å oppnå mål innenfor spesifikke sosiale kontekster (Willig 1999: 114).

Diskursive psykologer er interessert i de måtene som språket konstruerer og fungerer på. Dette betyr at de vektlegger variabiliteten og flyten i diskursen slik den tjener mennesker i å utføre sosiale handlinger. Verden ses derfor som skiftende og forhandlingsbasert. Den kan ikke bli forstått eller `lest`, unntatt gjennom språk. Ingen lesning og fortolkning kan sies å være `riktig` eller `valid`, fordi språk er konstruktivt og funksjonelt. Diskursive konstruksjoner kan best bli forstått med begreper om deres handlingsmuligheter, slik de er utviklet og utnyttet i spesifikke samtalekontekster. Derfor bekjenner diskursiv psykologi seg til en relativistisk posisjon (Willig 2008: 107).

### **Foucaults diskursteori**

Foucault mener at diskurser setter grenser for hva som gir mening. Diskursen setter grenser for hvem som kan si hva, når og hvor. Sannheten er en diskursiv konstruksjon. Han utvikler en teori om *makt og viten* senere i sitt genealogiske arbeid. I Foucaults perspektiv ses makt ikke som noe som noen agenter utøver over passive subjekter. Makten er spredt over forskjellige sosiale praksiser. Derfor skal den forstås som *produktiv*. Den danner og utvikler diskurser, viten, kropper og subjektivitet: Vi aksepterer makten simpelthen, fordi den produserer ting, den frister til nytelse, vitensformer og den produserer diskurs. Makten er

holdbar, fordi den ikke tynger oss som en kraft som sier `nei`. Den kan betraktes som et produktivt nettverk som løper gjennom den sosiale kroppen, heller enn en negativ instans som har undertrykkelse som mål (Foucault 1980b: 119).

Makten er alltid knyttet sammen med viten. Makt og viten forutsetter hverandre gjensidig. Den skaper vår sosiale omverden, slik at den ser ut og kan omtales på bestemte *måter*, mens andre muligheter utelukkes. Med hensyn til *vitnen* har Foucaults sammenkobling av makt og viten den konsekvensen, at makt blir snevert forbundet med diskurs. Diskurser er i høy grad med på å produsere de subjekter, vi er, og de objekter, vi kan vite noe om (inkludert oss selv som subjekter).

`Sannhetseffekter` skapes innenfor diskurser (Winther Jørgensen & Phillips 1999: 23). I Foucaults arkeologiske fase forstås `sannhet` som et system av prosedyrer for produksjon; en oppfatning som han i sin genealogiske fase kobler sammen med sin oppfatning av makt, slik at `sannhet` her ses som innleiret i og produsert av maktsystemer.

Et viktig fokus i analysen er: Hvordan dannes og utvikles den sosiale verden med dens subjekter og objekter innenfor ulike diskurser?

## 7.0 METODE

Temaet for dette prosjektet er hvordan terapeuter samtaler med eldre brukere av eldresenter, der målet er endring.

Kapittelet handler om rekruttering av informanter, observasjon som metode for innsamling av empirisk materiale, forskningsetiske betraktninger og til slutt diskursanalyse som analysemetode. Analysemetoden er en kombinasjon av diskursiv psykologi og Foucaults diskursanalyse, basert på Carla Willig (2008). Dette utdyper jeg på slutten av kapittelet.

### 7.1 Rekruttering av informanter

Ved hjelp av personalet på et eldresenter, kom jeg i kontakt med teamleder, som fungerte som portåpner, og lederen på eldresenteret der prosjektet finner sted. Deltagelse i prosjektet ble godkjent av lederen av eldresenteret, og jeg fikk konsesjon fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)(se vedlegg nr. 1) til å sette i gang med prosjektet. Eldresenteret, ble igjen kontaktet, og det ble arrangert et informasjonsmøte for de ansatte, slik at de kunne rekruttere informanter som kunne delta i studien. Jeg møtte de brukerne som hadde sagt ja til å delta, den dagen samtalen skulle finne sted. Før samtalen startet spurte jeg om vedkommende

ønsket å delta, og de skrev under på en samtykkeerklæring. Terapeutene hjalp til ved å forenkle innholdet i informasjonsskrivet (se vedlegg nr. 2) som jeg delte ut til informantene.

Terapeutene hadde følgende kriterier når de valgte blant sine brukere; at det ikke var førstegangssamtale med brukeren, at det ikke var en person med psykisk lidelse i en dårlig fase, samt at det ikke skulle være veldig belastende og følelsesladete samtaler. De var med andre ord opptatt av å beskytte sårbare brukere.

Jeg observerte seks samtaler over to dager med en måneds mellomrom. Det var tre terapeuter og seks brukere til stede, inkludert en frivillig. Fire av brukerne var kvinner og to menn. Yrkes- og klassebakgrunn kjenner jeg ikke til, fordi jeg har ingen bakgrunnsopplysninger om informantene. NSD forutsatte anonymitet og konfidensialitet, det vil si at jeg ikke samlet bakgrunnsopplysninger fordi eldre brukere er en sårbar gruppe.

## **7.2 Datasamling av empirisk materiale ved observasjon**

Det følgende er en beskrivelse av prosessen med å samle inn datamateriale og de ulike trinnene som foregikk i den aktuelle observasjonssituasjonen:

- 1) Forberede observasjon av samtale ved først å snakke med terapeuten, så stille inn lydopptakeren og ta fram notatbok.
- 2) Møte den eldre brukeren på terapeutens kontor, informere om prosjektet sammen med terapeuten, og brukeren signerer samtykkeerklæringen.
- 3) Observere samtalen ved lydopptak og ved å notere underveis.
- 4) Ta farvel med brukeren ved å takke for at vedkommende var villig til å stille opp som informant.
- 5) Eventuelt en kort samtale med terapeuten etterpå.
- 6) På grunn av en forglemmelse i informasjonsskrivet godkjent av NSD, må jeg i etterkant dele ut samtykkeerklæring for å sitere fra samtalene.

Jeg utarbeidet en vidtfavnende observasjonsguide. I forkant av den første observasjon oppdaget jeg at den var for vidtfavnende. Det resulterte i disse punktene:

- Følelsesuttrykk
- Humor
- Stillhet og nøling, brudd
- Allianse
- Verdier og holdninger

- Påståelighet
- Overdrivelser og underdrivelser

Jeg gjennomførte en prøveobservasjon. Den er med i mitt materiale da den inneholdt mye interessant informasjon.

Beskrivelse av observasjon av den første samtalen: Jeg var nysgjerrig på hvilke forventninger terapeutene og ikke minst brukerne hadde til min rolle som observatør. Jeg satte så i gang lydopptakeren, som ble plassert midt mellom terapeuten og brukeren. Etterpå satte jeg meg ned, ikke langt unna brukeren. I denne samtalen var det god øyekontakt, god stemning og jeg hørte godt hva som ble sagt. Jeg fulgte intenst med på det som ble sagt, også på det usagte, på kroppsspråk, samt følelsesuttrykk. I denne første samtalen virket det ikke som om brukeren ble negativt påvirket av mitt nærvær. Imidlertid, sa terapeuten i en samtale etterpå, at hun hadde følt på at dette ikke var en vanlig situasjon, og at mitt nærvær hadde påvirket henne ved å skape prestasjonsforventninger.

Min tilstedeværelse ble merket, å være totalt ubemerket virket vanskelig å få til. For meg ble det heller ikke et strengt mål, da jeg ønsket å skape en avslappet atmosfære. Katrine Fangen (2010) uttaler at forskeren som observatør legges mest merke til i begynnelsen, at informantene lurer på hvem du er og hva du står for. Etter hvert som de blir engasjert i samtalen vil de legge mindre merke til observatørens tilstedeværelse. Å være informant i et prosjekt kan medføre belastning (Tjora 2012: 32).

Det var vanskelig å gjøre de tre første feltnotatene fyldigere. Jeg fulgte intenst med, men jeg synes det var vanskelig å notere mye, siden det kunne forstyrre samtalepartnerne, særlig den eldre. Jeg fokuserte på alliansen, øyekontakt og speiling av gester. Det hendte at den eldre så på meg, ville se min reaksjon på det som ble sagt. Jeg noterte ut fra det jeg husket fra samtalene i loggbøker og skriveblokker. Det var ikke enkelt, men faktisk innebar mye av arbeidet i observasjonen å velge ut hva som er viktig å se etter. Jeg merket meg at det ikke var så lett å legge merke til følelsesmessige reaksjoner og hvorfor eller hvordan det ble slik. Jeg opplevde at konteksten har stor betydning, og at jeg påvirket denne med min tilstedeværelse ved å sitte der å observere og notere. Likedan har det stor betydning hvor godt samtalepartnerne kjenner hverandre og hvor mange samtaler de har hatt tidligere.

Fangen (2010: 38) understreker at det er viktig å unngå å famle i blinde når jeg som forsker observerer, at jeg kan tilegne meg mer kunnskap og kunne definere tema mer nøyaktig.

Min erfaring var at jeg fokuserte på allianse, følelsesuttrykk, humor, stillhet og nøling og om språkbruken var forståelig for begge samtalepartnerne.

### 7.3 Forskningsetiske betraktninger

Observasjon av samtalene innebar at jeg fikk innblikk i menneskers privatliv, de eldres gleder og sorger, og temaer som også er vanskelige og følelsesladede. Denne tilliten de eldre da viser meg som forsker og observatør, gjør taushetsplikten til et svært viktig element. NSD krever også sletting av sensitivt datamateriale når prosjektet er avsluttet.

Informantenes navn eller andre gjenkjennbare opplysninger regnes som sensitive data. Jeg kan heller ikke gjengi hvilket eldresenter de går på kombinert med alderen deres, på grunn av kravet om konfidensialitet og anonymitet. Personopplysningene kan da knyttes direkte til en. Derfor har jeg forandret navn og alder, noe som jeg garanterte overfor informantene i informasjonsskrivet. Jeg har forsvarlig låst ned lydopptakene, og jeg vil makulere lydfiler og notater etter at prosjektet er ferdig. Jeg er i kontakt med svært personsensitive opplysninger, og måtte derfor søke om konsesjon. Opplysninger om etnisk bakgrunn, politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning, at en person er mistenkt, siktet eller dømt for en straffbar handling, helseforhold, seksuelle forhold eller medlemskap i fagforeninger (jf. NSDs meldeskjema, fotnote 1) kan også være sensitiver.

Jeg måtte revidere informasjonsskrivet til informantene som jeg sendte til NSD for godkjenning, og i det godkjente informasjonsskrivet glemte jeg dessverre å ta med behovet for samtykkeerklæring for å få tillatelse til å kunne sitere de enkelte informantene (vedlegg nr. 3) i masteroppgaven. Jeg sendte e-post til portåpneren med alle samtykkeerklæringene for å kunne sitere fra datamaterialet. Portåpnerens ansvar var å distribuere disse samtykkeerklæringene til alle informantene. Konsekvensen ble at tre av brukerne ikke ønsket eller ikke hadde mulighet for å signere samtykkeerklæringen for å kunne sitere, de to mennene og en av kvinnene. Disse tre brukerne hadde tross alt signert den første samtykkeerklæringen. Dermed mistet jeg tilgang til å sitere fra interessant datamateriale.

Prosessen med å søke NSD om konsesjon var lærerik og krevende. Den innebar blant annet å lære seg om gjeldende lover og forskrifter i forhold til personvern, det vil si i forhold til informert samtykke, anonymisering (konfidensialitet) ved innsamling og oppbevaring av data, lydopptak, bearbeiding av data på datamaskin ved transkripsjoner av observerte samtaler, samt sletting av data ved prosjektets avslutning. Personvern innebærer også å kunne forholde seg til etiske dilemmaer som oppstår underveis i prosjektet. I all forskning vil etiske

dilemmaer være til stede (Fangen 2010:189). Fangen deler forskningsetiske spørsmål inn etter ulike enheter, slik NESH (2006) gjør i sine retningslinjer.

- 1) Krav til forskningsopplegg og hensyn i forskersamfunnet
- 2) Hensyn til individer og institusjoner som utforskes
- 3) Hensyn til oppdragsgivere og brukere
- 4) Hensyn til det bredere publikum

Jeg har lagt mest vekt på kravet om konfidensialitet (anonymisering) og kravet om informert samtykke, som Fangen i kapittelet om forskningsetiske spørsmål i boken om *Deltagende observasjon* (2010:189). Det spesielle ved observasjonsstudier er at jeg som forsker, kommer så tett inn på forskningspersonene, både ved fysisk å være tett på hverandre i samme rom, samtidig med at de samtaler om private, personlige temaer.

Det er viktig å beskrive hvordan det innvirker på informantene at jeg bare sitter der som ”flue på veggen” og observerer samtalene mellom de eldre brukerne og terapeutene ut fra et forskningsetisk perspektiv. Etter observasjonene fikk jeg tilbakemelding fra den ene terapeuten om at hun opplevde prestasjonsangst, det vil si at hun følte situasjonen uvant og noe ubekvem. Underveis i samtalene var mitt inntrykk at terapeutene håndterte samtalene profesjonelt. Det er vanskelig for meg å ha noen formening om i hvilken grad min tilstedeværelse som ”flue på veggen” påvirket dem. Jeg lurer på om det lar seg gjøre å ikke påvirke samtalsituasjonen i det hele tatt. Bateson hevder at det ikke er mulig ikke å kommunisere (Ulleberg 2014).

Spørsmålet er om ”fluen på veggen” bare forstyrrer og irriterer samtalen, eller om den kun oppleves som en tilstedeværende, ”sånn er det bare”. Vi mennesker har forskjellige reaksjonsmønstre, men de fleste av oss er nysgjerrige og ønsker oppmerksomhet fra de tilstedeværende. Det er mange hensyn å ta i forbindelse med å observere en samtale, der jeg som forsker ikke deltar direkte i den pågående samtalen, men gjør det indirekte ved å lytte til den og notere underveis. Denne belastningen som jeg utsetter informantene for i studien min må, i tråd med Fangen (2010: 190) veies opp mot den informasjonen jeg da får tilgang til, og den kunnskapen som er mulig å få ut av prosjektet.

Informert samtykke innebærer å informere dem jeg skal studere, om prosjektets formål og helst om mulige fordeler eller ulemper med å være med i det. Å skulle gi full informasjon vil derfor binde forskningen på en lite formålstjenlig måte. Det er heller ikke ønskelig å forplikte

seg overfor deltagerens sensur eller ønsker. Det kan være like etisk problematisk (ibid., s. 193).

#### **7.4 Diskursanalyse som analysemetode**

Diskursanalyse, som analysemetode, innebærer transkribering av datamaterialet, koding og kategorisering av diskursive konstruksjoner. Det vil si å finne relevante sitater fra transkripsjonene. De diskursive konstruksjonene danner grunnlag for å kunne utvikle diskurser, ved å vurdere maktforholdet mellom subjektposisjonene, mulighet for handlingsrom og følelsene og erfaringene den diskursive konstruksjonen fremkaller i kontekst.

##### **Transkribering av datamaterialet**

Jeg lyttet først en gang til lydopptak av alle seks samtaler, før jeg begynte å transkribere (Thagaard 2009). Kravet om konfidensialitet for å ha førstehånd kjennskap til datamaterialet, førte til at jeg transkriberte datamaterialet selv. Transkribering er en tidkrevende prosess (Willig 2008), jeg brukte flere dager på den. Når jeg transkriberte, påviste jeg hvor hen det var pauser, nøling, avbrytelser, forandringer i stemmevolum og aksentuering, og også hørbare åndedrag. Den måten noe blir sagt på, kan påvirke dets betydning (Willig 2008).

Diskursanalysen forutsetter at jeg leser nøye og grundig gjennom alle transkripsjonene flere ganger, samtidig som jeg hører lydopptakene om igjen. Hensikten er å få frem det som ordene ikke forteller og uttrykker, det nonverbale språket, og ”det som ligger mellom linjene”, det usagte.

##### **Analyseprosessen**

Willig (2008: 100) hevder at analyseprosessen foregår med basis i forskerens interaksjon med teksten. Carla Willig (2008: 115) identifiserer 6 trinn i diskursanalyse. I det følgende beskrives hvordan jeg har foretatt min analyse med utgangspunkt i disse 6 trinnene:

##### **Trinn 1) Diskursive konstruksjoner**

Jeg finner diskursive konstruksjoner ved å fokusere på problemstillingen min og forskningsspørsmålet. I sitatene fra transkripsjonene viser de diskursive konstruksjonene seg på ulike måter; for eksempel terapeuten gir brukeren råd og fungerer/fremstår derved som ekspert. Hvilke diskursive konstruksjoner jeg finner, avhenger av hvordan jeg fortolker teksten og hva denne teksten gjør med meg. Her er relasjonen mellom terapeuten og brukeren i fokus. Jeg ser etter språkbruk og samtaletemaer som begge samtalepartnerne er opptatt av,



noe de gir en felles mening. Dette kan vi kalle implisitte (usagte) og eksplisitte (uttalte) referanser til diskursive konstruksjoner i teksten. Det usagte kan også fortelle oss mye om en diskursiv konstruksjon, noe som er vedtatt sant eller er vanskelig å samtale om. Det kan være tabubelagt, for eksempel psykiske lidelser som depresjon og angst.

#### Trinn 2: Diskurser

Det er viktig å gå gjennom hele teksten for å identifisere de diskursive konstruksjonene som kan danne og utvikle en diskurs. De diskursive konstruksjonene kan komme til uttrykk på ulike måter. Her fokuserer jeg på forskjellene mellom konstruksjonene.

#### Trinn 3: Handlingsmuligheter i diskursen

Dette handler om hva den diskursive konstruksjonen gir mulighet for å kunne si og gjøre. Det skaper en ramme å kunne operere innenfor, et diskursivt felt. Det både avgrenser handlingsmulighetene, samtidig som det definerer hva som er mulig å foreta seg innenfor diskursen.

#### Trinn 4: Subjektposisjoner

En subjektposisjon innenfor en diskurs identifiserer `a location for persons within the structure of rights and duties for those who use that repertoire` (Davies og Harrè 1999: 35). Dette skaper rom for å uttrykke visse typer meninger, mens andre ikke er tilgjengelig innenfor denne diskursen. I følge Foucault (Willig 2008) er makt sentralt, i form av definisjonsmakt. Dermed konstruerer diskurser både subjekter og objekter, som resultat av tilgjengelige subjektposisjoner. Diskursen avgjør hva som kan sies, av hvem. Subjektposisjoner er forskjellig fra roller ved at de innebærer språkhandlinger, der man identifiserer seg med subjektet. I tillegg, roller kan bli spilt uten identifikasjon med subjektet. Når man inntar en subjektposisjon, har man direkte innflytelse på subjektivitet (Willig 2008: 116).

#### Trinn 5: Praksis

Relasjonen mellom diskurs og praksis er i fokus. Dette krever en systematisk utforskning av handlingsrommet de diskursive konstruksjonene åpner eller lukker for, ved å konstruere spesielle versjoner av verden, og ved å posisjonere subjekter i dem på spesielle måter. Diskurser begrenser hva som kan bli sagt og gjort ved måten vi konstruerer virkeligheten, og hvilke subjektposisjoner vi inntar. Nonverbale praksiser kan også være i stand til å danne diskursive konstruksjoner. Disse kan danne diskurser, og dermed legitimere visse typer atferd.

Dette trinnet lager et kart over handlingsmulighetene de diskursive konstruksjonene inneholder, slik de er identifisert i de diskursive konstruksjonene i teksten (Willig 2008: 117).

#### Trinn 6): Subjektivitet

Dette er avslutningen av analysen, som utforsker relasjonen mellom diskurs og subjektivitet. Diskurser gjør tilgjengelig visse måter å se verden på og visse måter å være i verden på. De konstruerer sosiale og psykologiske virkeligheter. Diskursiv posisjonering spiller en viktig rolle i denne prosessen. Davies og Harrè (1999: 35) uttaler:

Once having taking up a particular position as one`s own, a person inevitably sees the world from the vantage point of that position and in terms of that particular images, metaphors, storylines and concepts which are made relevant within the particular discursive practice in which they are positioned.

I det sjette trinnet finner vi konsekvensene av å ta ulike subjektposisjoner for samtalepartnerens subjektive erfaring og opplevelse. Her er vi opptatt av hva informantene kan føle, tenke og erfare ut fra ulike subjektposisjoner (Willig 2008: 117).

Jeg forsøkte å bruke alle seks trinnene i denne guiden for diskursanalyse. Min erfaring ble at det var vanskelig å skille trinnene fra hverandre i praksis. De seks trinnene overlappet hverandre under koding og kategorisering.

I følge Willig (2008) dreier fortolkende repertoar seg om; å forstå hvorfor og hvordan den ene samtalepartneren velger et spesielt tema, og vi må se på konteksten samtalen foregår i. Det analytiske fokuset varierer i de ulike kontekstene og handlingsorienteringen i samtalen (ibid., s.101).

Å finne diskursive konstruksjoner, handler om hvilke forventninger og forestillinger både brukeren og terapeuten har til for eksempel yrkesrollen terapeut. Skal terapeuten fungere og fremstå som ekspert, eller være en likeverdig samtalepartner? Tradisjonelt har terapeuten fungert som ekspert, den som vet bedre og som "sitter på" rådene og kan gi gode råd. De eldre er muligens mer preget av forventningene om å møte en "Klara Klok". Det er mer i tiden å være åpen og møte den hjelpsøkende med respekt og å forvente en likeverdig samtalepartner, som vet noe om hva som er bra for meg. Når vi finner diskursive konstruksjoner i datamaterialet som er transkribert, er det disse delene eller elementene som danner

utgangspunkt for å utlede diskurser, de antatt gitte sannhetene. Eksempel i dette datamaterialet er at terapeuten fremstår som ekspert.

Hvordan vi utleder diskursene av de diskursive konstruksjonene, er avhengig av subjektposisjonenes forhold til hverandre, det vil si maktforholdet dem imellom. Ekspertrollen definerer maktforholdet, brukeren er her passivt mottakende. Ved diskursen ”alder som mulighet og ikke hindring”, er brukeren aktiv aktør og har makt over handlingsrommet. Nøling, pauser og brudd i utsagn eller teksten er betydningsfulle for å finne diskursive konstruksjoner og danne diskurser. Dette viser at temaet i samtalen er følelsesladede, kompliserte og/eller vanskelige å snakke om, fordi de for eksempel berører det å miste førekortet som følge av sannsynlig svikt i kognitiv funksjon relatert til alder. De eldre er mer preget følelsesmessig, når de opplever sterke følelser og stress, fordi det tar lengre tid å roe seg ned for dem.

Diskursene begrenser og avgrenser handlingsrom og handlingsmuligheter. Vi forventes å handle eller agere slik og slik ut fra en mal, en psykologisk ramme. Dette gjelder/angår våre konstruksjoner av virkeligheten i den gjeldende kontekst, hva vi oppfatter som gitte sannheter der og da.

Som forfatter av teksten og forsker, er det jeg som tolker og forstår hva som er diskursive konstruksjoner basert på min forforståelse, holdninger og min erfaring både privat og profesjonelt, lytteevne i forskerrollen som observatør.

I diskursanalysen har jeg benyttet Carla Willigs diskursive psykologi kombinert med Foucaults diskursanalyse, for å kunne kode og kategorisere datamaterialet.

Som diskursanalytiker undersøker jeg på grunnlag av min interaksjon med teksten, som forsker. Potter og Wetherell (1987: 168) anbefaler at forskeren spør gjennom analyseprosessen: `Hvorfor leser jeg denne delen av teksten på denne måten? Hvilke karakteristiske trekk [i denne teksten] produserer denne lesningen?` Teksten genererer analysedata ved å være svært oppmerksom på å bringe for dagen konstruksjon og funksjon. Diskursive fortellingens kontekst, variabilitet og konstruksjon er viktig å lytte til, for å fasilitere en systematisk, langvarig og vedvarende utforskning av disse dimensjoner. Forskeren ser på hvordan teksten konstruerer sine objekter og subjekter, hvordan slike konstruksjoner varierer på tvers av diskursive kontekster, og med hvilke konsekvenser de kan bli utviklet og dannet. For å identifisere ulike konstruksjoner av subjekter og objekter i

teksten, må vi vise oppmerksomhet til terminologien, stilistiske og grammatiske egenskaper, foretrukne metaforer og "talefigurer" som kan bli brukt i deres konstruksjon. Potter og Wetherell (1987: 149) refererer til slike begrepssystemer som "fortolkende reportoar". Ulike reportoar er brukt til å produsere forskjellige versjoner av hendelser/begivenheter.

Forskjellige repertoar kan bli brukt av en og samme samtalepartner i ulike diskursive kontekster for å kunne oppnå forskjellige sosiale mål. En del av diskursanalysen er å identifisere handlingsorienteringen i beretningene/rapportene. For å kunne være i stand til dette, har forskeren behov for å gi omsorgsfull oppmerksomhet til de diskursive kontekstene der slike fortellinger/rapporter er produsert og oppspore deres konsekvenser for deltagerne i samtalen (Willig 2008: 100). Dette kan bare gjøres tilfredsstillende på grunnlag av en analyse av *både* terapeutens og brukerens bidrag til samtalen. Det er viktig å huske at diskursanalyse krever at vi undersøker språk i kontekst (ibid., s. 100-101).

Fortolkende reportoar er brukt for å konstruere alternative, og ofte motstridende versjoner av begivenheter. Diskursanalytikere har identifisert motstridende og konfliktfylte repertoar innen deltagerens snakk om ett og samme tema. Tilstedeværelsen av spenninger og motsetninger blant fortolkende repertoar brukt av samtalepartnerne demonstrerer at de diskursive ressursene som folk trekker på, har iboende dilemmaer (Billig et al. 1988, Billig 1991). Det vil si, de inneholder motstridende temaer som kan bli stilt opp mot hverandre innenfor retoriske kontekster. For å forstå hvorfor en samtalepartner bruker et visst tema, har vi behov for å se på den retoriske konteksten der han eller hun danner eller utvikler det. Igjen er det analytiske fokus på variabilitet på tvers av kontekster og handlingsorienteringen i samtalen (Willig 2008: 101).

Forskerens rolle blir nødvendigvis forskningens *forfatter*. Derfor er det umulig å anse forskeren som vitne eller oppdager. Forskeren har transkribert samtalene. Transkripsjonene er opphav til teksten i den diskursive analysen. Dermed erkjenner forskeren sin aktive rolle i konstruksjonen av sine funn. Denne lesningen og tolkning av datamaterialet er ikke den eneste mulige (Willig 2008: 107). Billig (1997:48) trekker oppmerksomheten til det faktum at en diskursiv analyse av en tekst aldri er fullført. Dermed kan man si at "det siste utkastet" bare er det siste på den måten at den som analyserer, føler at årsakene til å ville avslutte forskningen er tidsfrister, utslitthet eller kjedsomhet, ingen forbedring. Dette gjør at det siste utkastet inneholder analyser som kan være av interesse for leseren" (Willig 2008: 107-108). Diskursanalytikeren kan konstruere innsikt, men derimot aldri "fortelle sannheten om" et

fenomen. I følge et diskursivt perspektiv er det fordi en slik ting som `sannheten` i seg selv ikke er *kommet fra*, men heller er *konstruert gjennom* språk (ibid., s. 108).

De fem diskursive konstruksjonene som jeg vil trekke frem og drøfte i min oppgave er følgende:

- 1) Terapeuten er ekspert (diskurs)
- 2) Terapeuten er en samarbeidspartner (diskurs)
- 3) Alder er ingen hindring (diskurs)
- 4) Alderdom er synonymt med forfall, skrøpelighet og sykdom (diskurs)
- 5) Humor skaper terapeutisk allianse (diskurs)

Jeg opptatt av det jeg opplever som underliggende i samtale, det usagte og implisitte som psykiske lidelser. Det usagte og implisitte i samtale danner et diskursivt element. Psykiske lidelser er tabubelagt, noe som gjør det spesielt vanskelig å snakke om for de eldre brukerne. Det er lettere å snakke om hverdagsproblemer. Jeg er også opptatt av utsagnet om at ”det finnes mye psykiatri på eldresenteret”, det vil si at brukerne har uttalte psykiske plager og lidelser. Dette viser seg implisitt i samtale, samt i intensiteten av følelsesuttrykk. Dette opplever jeg som svært interessant. I samtale som jeg har observert, er dette ikke nevnt eksplisitt, det vil si det er uttalt, men det kan også ses som implisitt i samtale, at det er et ”taust” tema. Dermed er det ikke aktuelt som tema.

## 8.0 ANALYSE OG DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte de diskursene som jeg har blitt opptatt av i mitt datamateriale. De aktuelle diskursene gikk igjen i alle transkripsjonene. Teksten ble lest, følt, forstått og fortolket med bakgrunn i min forståelse av alderdom og terapeutiske samtaler.

Problemstillingen for masteroppgaven er: Hvordan samtaler terapeuten med brukeren av eldresenteret med mål om endring?

Forskningsspørsmålet er: Hvordan viser diskurser seg i samtaler mellom terapeut og bruker, når målet er endring?

I dette kapitlet blir diskursene presentert og drøftet enkeltvis:

- 8.1 ”terapeuten er ekspert”,
- 8.2” terapeuten er samarbeidspartner”,

- 8.3 ”alder er ingen hindring”,
- 8.4 ”alderdom er synonymt med skrøpeligheit, forfall, og sykdom”,
- 8.5 ”humor skaper terapeutisk allianse”.

Jeg anvender følgende fremgangsmåte for å analysere og drøfte de nevnte diskursene –ut fra diskursanalyse som analysemetode:

- 1) Relevante utdrag fra transkripsjonene presenterer jeg i form av sitater og gjenfortellinger.
- 2) Deretter presenterer jeg temaer i samtalen (sitatet/gjenfortellingen) ut fra hva jeg observerte, det vil si så og hørte, som jeg vektla i den aktuelle konteksten.
- 3) Analyse og drøfting av de fem diskursene foregår med bakgrunn i de seks trinnene i diskursanalyse som analysemetode (se kapittel 7.4);

Trinn 1): Diskursive konstruksjoner er allerede utført i form av de fem nevnte diskursene.

Trinn 2): Diskurs.

Jeg presenterer de diskursive konstruksjonene og diskursene som teksten frembringer i form av temaer, som er forskjellige fra de tidligere nevnte.

Trinn 3): Handlingsmuligheter innenfor diskursen.

Trinn 4): Subjektposisjoner innenfor diskursen.

Trinn 5) Praksis innenfor diskursen.

Trinn 6) Subjektivitet innenfor diskursen.

## 8.1 Terapeuten er ekspert

Den diskursive konstruksjonen/diskursen ”terapeuten er ekspert” henspeiler på den diagnostiske kulturen. Den er basert på en medisinsk forståelse, som er lineær og problemfokuseret (Wachtel 2008).

### Presentasjon av gjenfortellingen:

I denne samtalen er det Siri som terapeut som åpner samtalen med Linda, en av brukerne på eldresenteret. Linda forteller at hun har en aktiv hverdag, noe som bekymrer Siri:

” Terapeuten gjentar at tempoet må roes ned når en er voksen. Idet Linda ler, sier hun at barna hennes lurer på om hun ikke skal trappe ned litt, fordi hun aldri er ledig når de vil invitere til middag eller andre ting. Siri påpeker at det må finnes en gyllen middelvei. Jeg synes det er tydelig at terapeuten Siris hensikt er å få Linda til å innse at det er viktig at hun roer ned

tempoet. Linda poengterer at hun er oppmerksom på at familien er viktig, hun ønsker å tilbringe mer tid sammen med barn og barnebarn. Terapeuten er opptatt av at Linda skal finne en gylden middelvei slik at hun ta vare på de nære relasjoner. Det samtykker Linda i. Jeg fornemmer fortvilelse hos Linda i denne samtalen.”

### **Diskursive konstruksjoner i denne gjenfortellingen analyseres og drøftes:**

De to temaene jeg vil belyse i denne gjenfortellingen, er å finne den gyldne middelvei og nære relasjoner. Det er terapeuten Siri som påpeker at det må finnes en gylden middelvei, at Linda kan dempe aktivitetsnivået. Linda poengterer at hun er oppmerksom på at familien er viktig. Jeg føler at Linda må ta et viktig verdivalg, om hun vil prioritere oftere kontakt med sine barn og barnebarn. Det handler om familiens forventninger til Linda, at hun skal være mer sammen med barn og barnebarn. De savner henne, hun betyr mye for dem følelsesmessig. Jeg oppfattet Linda som omsorgsfull overfor andre, en som er vant til å stille opp og påta seg ansvar. Jeg observerte at for Linda var det viktig å være en aktør i eget liv, være selvhjulpen og selvstendig.

Siri som terapeut og premissleverandør for samtalen, er opptatt av å finne en løsning slik at Linda kan prioritere de nære relasjoner og være mindre opptatt og på farten. Terapeuten Siri forventer at den eldre brukeren Linda har et lavere tempo enn da hun var yngre, at hun kan nyte pensjonisttilværelsen. Jeg observerte i denne samtalen, at terapeuten Siri var til stede og opptatt av å følge samtalen, lytte aktivt til brukeren og finne løsninger på problemene som ble tatt opp.

### **Diskurser i denne gjenfortellingen analyseres og drøftes:**

”Terapeuten er ekspert ” er diskursen. Denne diskursen, som er basert på medisinsk forståelse, har vært toneavgivende i mange år innenfor psykiatrisk behandling. Med andre ord omtaler vi den diagnostiske kulturen (Wachtel 2008, Wormnes 2013).

Siri snakker om at Linda må finne en gylden middelvei. Å finne en gylden middelvei er en diskursiv konstruksjon, der diskursen er måtehold. Jeg opplever at det er en viktig verdi for Linda å være aktiv. Den gyldne middelvei har vært idealet i samfunnet, at måtehold er tingen. Siri oppfordrer også Linda til å være aktiv. Dette kan virke som en motsetning. Terapeuten passer på og kommer med gode råd, og hun hjelper dermed Linda til å ta vare på seg selv.

Brukeren Lindas alder er av betydning. Linda er pensjonist, passert 70 og da skal man nyte sitt otium. Å nyte sitt otium er også en diskursiv konstruksjon. Terapeuten forventer at Linda demper aktivitetsnivået, spesielt av hensyn til Lindas familie som ønsker mer kontakt.

### **Handlingsmuligheter innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Måtehold, i form av den gyldne middelvei, innskrenker på den ene siden Lindas handlingsmuligheter. Det betyr i dette tilfellet at Siri råder henne til å dempe tempoet og ha mer tid sammen med familien. Terapeuten er ekspert som kan gi råd, har makt til å foreskrive sine råd, som den hjelpsøkende forventes å sette ut i livet. Spørsmålet er om Siri tror at Linda kan ta ansvar for seg selv. Det er flere måter å gi råd på: Terapeuten kan være dominerende og bedrevitende, for å sette det på spissen. I motsatt ende kan hun være inkluderende og behandle brukeren som likeverdig. Alle mennesker er i relasjoner til andre som familie, venner, naboer, helsepersonell, omsorgsgivere og saksbehandlere.

Terapeuten fremstår som ekspert på Eldres helse og velvære, samt har den nødvendige kunnskapen om normal aldring og alderdommens sykdommer. Den eldre brukeren blir passiv tilskuer med lite rom for undring (Skjervheim 1976). Dermed blir brukeren et objekt, ingen aktør. I den medisinske modellen gjennomfører ekspertens terapeutiske samtaler og setter rammene for samtalen, regisserer den og kommer med løsningen på problemene. Forandring kommer som resultat av terapien.

Den kontekstuelle modellen (Frank 1991: 25) er forskjellig fra den medisinske ved at den vektlegger den terapeutiske relasjonen, som er basert på gjensidig tillit og respekt. Den består av 4 elementer: 1) Den representerer en følelsesmessig og tillitsfull relasjon med en terapeut involvert. 2) Det er en legende kontekst hvor klienten(e) møter en profesjonell som klienten tror kan bidra med hjelp. 3) Det foreligger et rasjonelt begrepsapparat eller en mytedannelse som stiller til rådighet en plausibel forklaring på klientens problemer. I følge Frank må denne forklaringen aksepteres av både klient og terapeut, men den trenger ikke være "sann". 4) Klienten må tro på eller bli ledet til å tro på selve behandlingen (Jensen 2006: 101-102).

### **Subjektposisjoner innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Eldresenteret har som institusjon definisjonsmakt, i form av hvilket tilbud de kan yte til brukerne (Jensen og Ulleberg 2011, Foucault 1994). Foucault beskriver institusjonsmakten. Makten er utøvd ved terapeuten, som ekspert, som bedrevitende, for å sette det på spissen. I motsatt ende kan hun være inkluderende og behandle brukeren som likeverdig. Foucault (1994) hevder at makten er basert på institusjoner, som sykehus i et hierarkisk system. Makten er



ikke statisk, den er ikke gitt en gang for alle. Den er et ustabilt nettverk av relasjoner, der en posisjon ikke kan tas for gitt (Bertrando 2007: 168). Diskursen om makt har endret seg i takt med samfunnet. Det er en diskurs om at eldre ikke er til nytte, at de ikke arbeider og dermed har lite makt i samfunnet. Nå skjer det en endring ved at flere eldre ønsker å være yrkesaktive lenger.

I terapeutiske relasjoner står maktbegrepet sentralt. Der er rollene ulike ved at en søker hjelp, og en er hjelper. Relasjoner er basert på tillit og respekt (Jensen og Ulleberg 2011). Et eksempel på en familierapeut som opptrer som ekspert, er Salvador Minuchin (2007), som gjennom å skape allianse og oversikt, regisserer terapisisuasjonen.

Rogers (1957) trodde ikke på at noen, innbefattet behandleren, kunne være mer ekspert på eller kunne ha mer kunnskap om pasienten enn pasienten selv. Kvaliteten i denne holdningen formulerte Rogers med denne påstanden: ”Ved at jeg selv kan tillate meg å oppleve positive holdninger mot den andre personen –holdninger som innbefatter varme, omsorg, interesse, respekt og at jeg liker dem, viser jeg positiv oppmerksomhet” (Rogers 1958: 12, Wormnes` oversettelse).

Wachtel (2008) påstår at pasientens vansker ligger i deres manglende evne til å se sine egne styrker og nyttige egenskaper. Det viser seg å være mye vanskeligere å skape fremgang gjennom å endre og utvikle svakheter (Wormnes & Manger 2005). Ved å fokusere på ressurser, kommer personen inn i en god sirkel, forsterker innsats, energi og krefter. Ressursfokusering danner grunnlaget for bedring. Terapeutens oppmerksomhet rettes mot å oppdage muligheter og løsninger.

### **Praksis analyseres og drøftes**

Terapeuten Siri forventer at den eldre brukeren Linda har et lavere tempo enn da hun var yngre, at hun kan nyte pensjonisttilværelsen. Vi tar det for en gitt sannhet at eldre er langsommere i tankegangen og i handling. Dermed er det en diskurs. Det ser ut til å ha sammenheng med om den eldre er sosialt aktiv. Eldre kan lære nye ting og være aktiv fysisk og mentalt i høy alder.

Terapeuten er ekspert opplever jeg som en gitt sannhet i alderspsykiatrien. Fagpersoner hevder at den eldre pasienten forventer å møte en terapeut som kan gi klare og tydelige råd og foreskrivninger. Det er basert på den medisinske modellen. Det influerer kontekstforståelsen, som for en stor del er ordløs, intuitiv og taus (Ulleberg 2014: 53). ”Det sitter i veggene”.

Betydningen av at vi alltid må ha oppmerksomheten rettet mot konteksten, relasjonen og alliansekvalitetene, understrekes av at forskning på dette feltet heller støtter en kontekstbehandlingsmodell enn en medisinsk modell (Norcross & Wampold 2011).

Samfunnets syn på eldre ligger kanskje til grunn for en slik holdning hos terapeuten Siri overfor brukeren Linda (Brogden, I: Daatland 2008: 32). Bateson snakker om kultur eller lokal kontekst: "...hvert kulturelt, religiøst eller vitenskapelig system framelsker spesifikke epistemologiske vaner" (Bateson & Bateson 1987: 31). I alderdommen forventer samfunnet ikke at eldre skal gjøre så mye, de er pensjonister og vi anser dem ikke for nyttige (Daatland 2008). Alderdommens forandringer fysisk og psykisk fører med seg flere begrensninger for eldre enn yngre personer. Vårt vestlige samfunn forventer generelt forfall hos personer over 65 år (Ryan, O'Rourke, Ward og Aherne 2011: 5). Kanskje det er derfor Linda oppleves overaktiv. Linda er sosialt aktiv og engasjert. Sosialt engasjement er vesentlig for å unngå isolasjon og fremmer dermed kognitiv vitalitet i høy alder. (Fillet et al. 2002, I: Jankowiak 2011: 167).

Brukeren kan oppleve eksperten Siri som trygg og forutsigbar, alt vedkommende ønsker seg av en terapeut. Som Paolo Bertrando (2007) er jeg opptatt av hvordan terapeuten påvirker og samarbeider med klienten, her benevnt brukeren. Han beskriver tre typer terapeuter (ibid., s.146): terapeuten som helt, terapeuten som medfølende lytter, terapeuten som påståelig lytter som holder fast ved egne meninger. Terapeuten Siri fortolker ut fra sin forståelse og har faglig autoritet, hun setter seg i en posisjon som skaper forandring (*deus ex machina*) og påtar seg det fulle ansvar for denne forandringen. I denne situasjonen overgir brukeren Linda seg totalt til terapeuten Siri, som tar beslutninger også for klienten. Vanligvis gir terapeuten en modifisert versjon av "sannheten" for å oppnå et mål, som brukeren og terapeuten er enige om. Både brukeren og terapeuten fortolker alltid hva de hører i samtalen (ibid., s. 146-147).

Det mekanistiske paradigmet ser mennesket som en maskin, som hovedsakelig formes av påvirkning utenfra (Riegel 1977), noe som ikke gir rom for individet som aktør med egen vilje. I teorien om gerotranscendens, ifølge Tornstam (1989, 1997), medfører aldersforandringene økt følelse av samhørighet med tidligere og kommende generasjoner, en endret oppfatning av liv og død og mindre frykt for døden, mindre selvopptatthet, større opplevelse av sammenheng, mening og helhet i livet, mindre interesse for overfladiske sosiale kontakter, større behov for å være alene, mindre behov for aktivitet og mindre interesse for materielle ting.

Eldre ønsker å bevare sin verdighet og egenverdi, og de foretrekker å kunne ta ansvar for sine liv. Det innebærer å kunne ta avgjørelser og bestemme selv, slik som Linda ønsker det. De har som eldre lang livserfaring og yrkeserfaring.

### Subjektivitet analyseres og drøftes

De nære relasjoner er det viktigste i livet for mange mennesker, sannsynligvis også for Linda. I familien møter Linda både vanskelige og oppmuntrende situasjoner, og samværet kan medføre sterke følelser på godt og ondt. Lindas barn mener at de må bli prioritert, at moren må ofre tid på dem. Alle mennesker har behov for å bety mye for noen, ha noen å være glad i, kunne dele erfaringer og historier (Peluso, Watts og Parsons 2013, Hart, 2009). I sentrum for gode, nære relasjoner står tilknytning, tillit og trygghet (Dallos og Vetere 2009). Nevrogenese er utvikling av nye nerveceller og nervesynapser (Siegel 1999, og Siegel 2007). Gode, trygge tilknytningsrelasjoner, uansett alder, er en forutsetning for å utvikle og stimulere nevrogenese.

I samtaler med brukerne utvikler terapeuter gode dialoger (Håland 2008). Dialog er nødvendig for å uttrykke følelser, skape samhold og opprettholde mening. De utveksler følelser, samtidig som blick, mimikk, kroppsholdning og pauser styrer dialogen. Ord kan ikke erstatte dette, og derved skaper det en dypere kontekst. Det nonverbale oppfatter vi som mer ærlig, noe som hjelper oss til å vise tillit og stole på våre medmennesker.

Bateson sier: ”... de fleste samtaler handler bare om hvorvidt folk er sinte eller noe sånt. De er opptatt av å fortelle hverandre at de er vennlige” (Bateson 1972: 12). Bateson mener altså at vi i kontakt med andre definerer vårt forhold til dem, hvordan vi ser dem, relasjonen og oss selv. Dette blir hovedsakelig gjort implisitt og automatisk (Ulleberg 2014: 74).

Tilstedeværelse og interesse viser at man er lydhør for hverandres behov (Dallos og Vetere 2009, Hart 2009). Det usagte er ofte det implisitte i relasjonen, som inkluderer forventninger til hverandre, flyt i samtalen og konflikter (Jensen og Ulleberg 2011). Jeg observerte at for Linda var det viktig å være en aktør i eget liv, være selvhjulpen og selvstendig. De nære relasjoner til barn og barnebarn innebærer samhørighet og fellesskap. De har en felles familiehistorie. Jeg synes det virker som overgangen fra yrkesliv til pensjonist, har vært tøff for Linda.

I metakommunikasjon henvender vi oss til relasjonen og definerer den slik vi opplever den. ”Å lære seg livets sammenhenger er noe som må diskuteres, ikke internt, men som noe som handler om den eksterne relasjonen mellom to skapninger. *Og relasjon er alltid et produkt av en dobbel beskrivelse*” (Bateson 1979: 146).

## 8.2 Terapeuten er samarbeidspartner

Diskursen ”terapeuten er samarbeidspartner” innebærer at brukerens bidrag til samtalen er like viktig som terapeutens. Brukeren er ekspert på sitt liv. Terapeuten er ekspert på faget sitt. Det innebærer at terapeuten har kommunikasjonsferdigheter, skaper dialog og allianse. Terapeuten følger samtalens gang. Brukeren har stor påvirkning på samtalens gang og hva som skjer videre, om det blir en endring.

### Presentasjon av denne gjenfortellingen:

Terapeuten Grete har en samtale med den frivillige om hva det betyr for eldre å bruke eldresenteret og dermed oppleve gruppetilhørighet, utvide sosialt nettverk og bryte sosial isolasjon ved ensomhet og depresjon. Grete forteller om sin rolle overfor brukere av eldresenteret. Den frivillige Beathe er opptatt av å inkludere brukerne av eldresenteret og å være en støtte for dem i hverdagen.

”Terapeuten Grete uttaler at de som vanligvis kommer til *henne*, det er jo ofte ting de skal ha, som kanskje er litt problematisk, som søknader eller skjemaer. Grete nøler når hun sier til Beathe, at som frivillig har hun ikke noe hjelpebehov og kommer for å hjelpe de andre brukerne. Beathe har vært frivillig i flere år ved eldresenteret, og hun synes tiden har gått fort og trives veldig godt. Grete gjentar at det er en del år siden Beathe kom til eldresenteret. Som frivillig har Beathe forskjellige oppgaver, og det setter hun pris på. Hun sitter ikke bare inne på kontor. Denne dagen skal hun hjelpe Johan praktisk med minnestund, være tilstede som støtte for ham og ha det litt hyggelig. Det kan være andre ting Beathe hjelper til med, og det synes hun er morsomt. Beathe trives godt og har det veldig bra på eldresenteret.”

### Diskursive konstruksjoner i gjenfortellingen analyseres og drøftes:

Det ene temaet i gjenfortellingen er at den frivillige Beathe og terapeuten Grete er likeverdige samtalepartnere.

Jeg hørte terapeuten Grete gi uttrykk for at hennes arbeidsdag omfatter mye praktisk bistand. Grete er løsningsfokuset i forhold til problemene som brukerne presenterer for henne, hun gjør noe konkret. Den frivillige er en ressursperson, og er likeverdig med de ansatte. Som frivillig må Beathe være mobil og ikke kognitivt svekket. Jeg oppfattet at terapeuten vanligvis ikke har frie samtaler, som flyter fritt hvor de viser hverandre interesse og tilstedeværelse. Jeg observerte at Grete fulgte samtalen, validerte og utdypet Beathes opplevelse av å være frivillig, som i samarbeidende praksis (Anderson 2003, 2007).

## Diskurser i gjenfortellingen analyseres og drøftes

Diskursen ”terapeuten er samarbeidspartner” anser samtalepartnerne som likeverdige, de fungerer på samme nivå. Den ene er ikke mer ekspert enn den andre. De lytter aktivt til hverandre. Det viser tydelig at det er en god allianse og relasjon mellom den frivillige Beathe og terapeuten Grete. Beathe og Grete er ressurssterke damer, som evner å anvende språket. Denne diskursen er motsatsen til ”terapeuten er ekspert”.

Harlene Anderson (2007) uttaler om samarbeidende praksis at terapeuten kommuniserer en antagelse til klienten gjennom holdning, stemmeleie, kroppsspråk, ordvalg og finner det rette tidspunkt.

”The important word here is *with*, a “witness that is intrinsically more participatory and mutual and less hierarchical and dualistic. Collaborative therapy is nonformulaic” (Anderson 2007: 44).

## Handlingsmuligheter innenfor diskursen analyseres og drøftes

Den frivillige har et behov for å være til nytte, å være verdifull for samfunnet. Peluso, Parsons og Watts (2013) poengterer betydningen av å være til nytte for vår psykiske helse, slik Beathe opplever å være til nytte som frivillig, og hun trives med det. Eldre har kunnskap om alderdommens uunngåelige forandringer, hva som kan være vanskelig og hva man liker med å være eldre. Rollen som terapeut innebærer oppgaver, ansvar og forventninger fra brukere og seg selv. Spørsmålet er hvordan samtalen skal ledes for at den kan være virksom, og om dette er avhengig av hjelpebehov. Rammer for samtalen er viktige i samarbeidende praksis; at det er struktur på den frie samtalen, gjerne ved bruk av en historie (narrativ), at samtalen følges og kan skape en rikere historie av en tynn fortelling.

Shotter poengterer kontrasten mellom *witness* og *aboutness*, der *aboutness* er monologisk tankegang. Shotter siterer Bakhtin:

“[in its extreme pure form] another person remains wholly and merely an object of consciousness, and not another consciousness... Monologue is finalized and deaf to the other`s response, does not expect it and does not acknowledge in it any decisive force” (Bakhtin 1984: 293).

Tom Andersen (1996) beskriver hvordan han blir berørt av andres ord ved å være i nær kontakt med dem. Anderson (2007: 45) understreker at det er viktig at terapeuten møter

klienten med respekt, at terapeuten viser interesse og engasjement i å lære klienten å kjenne, og terapeuten lærer ved å lytte og respondere ved å forsøke å forstå klienten fra vedkommendes perspektiv og språkbruk. Terapeuten stoler på at klienten kjenner seg selv best og vil samtale om det viktige for henne, når tiden er moden. Den er annerledes enn andre terapitilnærminger, der profesjonell kunnskap frembringes utenfra og eksternt definerer problemer, løsninger, resultater og suksess. Dermed danner de ekspert–ikke-ekspert dikotomier (ibid., s. 46). Anderson (2007: 47) hevder at i en dialog, der deltagerne i fellesskap utforsker og deler ekspertise eller kunnskap, for å kunne forstå hverandre oppstår nye meninger, forståelser og handling. Den nye ekspertisen og kunnskapen har lokal relevans og nytte, og den er skapt i samarbeid.

### **Subjektposisjoner innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Terapeutene betrakter de frivillige som viktige ressurspersoner, som eldresenteret er avhengige av. Sannsynligvis er de rollemodeller for andre brukere av eldresenteret. Rollen som frivillig på eldresenteret er viktig for at brukerne skal kunne bygge sosiale nettverk. De nye, eldre brukerne har ofte vanskelig for å ta kontakt med andre brukere som de ikke kjenner på forhånd. I den situasjonen er det trygt med en frivillig, som fungerer inkluderende, når nye brukere kommer og blir tatt imot. Terskelen for at nye brukere vil gå på eldresenteret kan være svært høy, fordi de er redde for å bli avvist og ikke inkludert i gruppen (Bøen 2011). Beathe forteller at den frivillige skal være til stede for brukerne, både de nye og de som har brukt eldresenteret en stund. Ensomhet er utbredt blant de eldre i storbyen. Derfor kan det heve livskvaliteten å kunne skaffe seg nye venner og bekjente (ibid.).

Bateson mener at all erfaring er subjektiv, samtidig er relasjon helt grunnleggende. I kontekstuell familieterapi (Boszormenyi-Nagy & Ulich 1981) hevdes at styrken og kraften i en psykoterapeutisk intervensjon nettopp er forankret i relasjonelle faktorer. Konteksten er uttrykt gjennom metaposisjonen ”det er ikke behandlingen, men hvordan du behandler, som blir avgjørende for et godt resultat” (Wormnes 2013: 69). En trygg kontekst er forutsetningen for å være mottakelig for utvikling og bedring (Wormnes 2013: 70).

Kvaliteten i holdningen at pasienten er ekspert på seg selv, formulerer Rogers med denne påstanden: ”Ved at jeg selv kan tillate meg å oppleve positive holdninger mot den andre personen –holdninger som innbefatter varme, omsorg, interesse, respekt og at jeg liker dem, viser jeg positiv oppmerksomhet” (Rogers 1958: 12, Wormnes` oversettelse).

Terapeuten og klienten undersøker de aktuelle samtaletemaene i fellesskap, der terapeuten ønsker å lære og forstå klientens perspektiv og preferanser (Anderson 2007: 47).

### **Praksis analyseres og drøftes**

Det er et paradoks at det er flest kvinner som benytter seg av eldresenterets tilbud. Spørsmålet er hva som vil motivere menn, spesielt de som er ensomme, til å bruke eldresenteret, hvilke tilbud som fanger deres interesse. Terapeutene driver oppsøkende virksomhet, annonserer tilbudet i lokalavisen og brukerne anbefaler stedet til venner og naboer. Ingen kan undervurdere hva personlig kontakt betyr i så henseende.

Beathe opplever trivsel og glede ved å være til nytte, ha varierte oppgaver slik at hun ikke bare sitter inne på kontor, eksempel; hjelpe til med minnestunden. Som frivillig må Beathe være sosial, ha evne til å skape kontakt med brukerne og kunne være til stede for andre, samt vise empati og humor i ulike situasjoner. Beathe må også kunne dele med brukerne de vanskelige stundene i livet, som når en av deres kjære dør.

Empati er sett på som en hovedbestanddel i det vi kaller *emosjonell intelligens* (Bar-On & Parker 2000). I følge Mayer, Salovsky og Caruso (2004) har emosjonell intelligens fire hovedkomponenter: 1) persepsjonsevne for emosjoner, 2) evne til å bruke emosjoner for å lette tanken, 3) evne til å forstå emosjoner og 4) kapasiteten til å håndtere emosjoner. Empati viser personens evne til å leve seg inn i et medmenneskes livssituasjon, samt evnen til å kontrollere og kjenne på egne emosjoner. Vi berører andre, og vi lar oss berøre.

Empati er avgjørende for om terapeutiske samtaler blir virksomme. Den dyktige behandleren må forstå brukerens opplevelse dypere enn de uttalte ordene, noe de gjør ved å vise empati.

### **Subjektivitet analyseres og drøftes**

Spørsmålet er hvordan man som eldre kan skape trivsel og følelse av mestring, og dermed dempe følelsen av frykt og angst. Beathe gir uttrykk for følelser av nærhet, interesse og tilstedeværelse i forbindelse med praktiske oppgaver på eldresenteret, som ved dødsfall.

Grete og Beathe opplever samtalen som berikende, at de kan dele sine erfaringer med å arbeide på eldresenteret. Beathe har en rolle mellom bruker og terapeut. Terapeuten valgte henne som samtalepartner, fordi hun ønsket å høre Beathe beskrive sin opplevelse av å være frivillig på eldresenteret. Opplevelsen av gjensidig respekt er grunnlaget for den gode samtalen, dialogen (Wormnes 2013). Harlene Anderson (2007: 45) uttaler når terapeuten er

samtalepartner, kan vi sammenligne det med en vert-gjest metafor. Terapeuten er vertskap for sin gjest, samtalepartner, samtidig som hun er gjest i den andres fortelling.

### **8.3 Alder er ingen hindring**

Stadig flere eldre over 65 år opplever god helse, at de har et godt liv sammen med familie og venner. Det gjelder også enslige eldre, som enker, enkemenn, skilte og de som har vært enslige hele livet. Livskvaliteten er bedre fordi helsen og økonomien generelt er god (Daatland og Veenstra 2012).

#### **Presentasjon av denne gjenfortellingen:**

Terapeuten Siri samtaler med brukeren Linda om at Linda ønsker seg en annen bolig enn den hun har. Linda, som er en aktiv og selvhjulpne dame, ønsker å søke om å få innvilget omsorgsbolig.

” Terapeuten Siri uttaler at Lindas nåværende bolig ikke er bra i det hele tatt. Det er så kaldt der at Linda går inne i støvler. Siri tenker at da kunne vi godt søke om omsorgsbolig, men at Linda skal få godkjent søknaden sin er ekstremt i forhold til hennes funksjonsnivå. Det er flere års venteliste. Brukeren Linda svarer at årsaken til at hun har søkt om å få omsorgsbolig, er at hun er involvert i mange aktiviteter i det området. Linda ønsker å bo der, fordi det er det hun kaller ”å holde hodet i gang”. Hun vet hun må ha noe som driver det fremover.”

#### **Diskursive konstruksjoner i gjenfortellingen analyseres og drøftes**

Temaet er at brukeren Linda, er opptatt av ”å holde hodet i gang”, som omfatter kognitiv funksjon, og ”noe som driver det fremover”, som er det som inspirerer og motiverer Linda. Det er viktig med intellektuell, samt praktisk stimulering i eldre år for å vedlikeholde kognitiv funksjon. Spørsmålet er hva samfunnet forventer av eldre, og om vi er låst i gamle oppfatninger av alderdom. Linda har alltid vært noe for andre og undervist andre i håndarbeid. Linda uttaler at hun har behov for noe som driver henne fremover; opplevelse av motivasjon og mestring som gir henne inspirasjon og engasjement. Linda ønsker å nyte sitt otium. En diskursiv konstruksjon er om kognitiv funksjon og normal aldring; sosial og følelsesmessig aldring. Linda er selvstendig, klarer seg selv uten hjelp. Den andre diskursive konstruksjonen er om alderdom og livsvilje, det som inspirerer og motiverer oss. Diskursen er ”alder er ingen hindring”.



## Diskurser i gjenfortellingen analyseres og drøftes

Diskursen er ”alder er ingen hindring”. Det innebærer at høy alder ikke er til hinder for livsutfoldelse og god livskvalitet. Dermed har eldre samme mulighetene til et rikt liv som yngre. Motsatsen til denne diskursen er ”alder er synonymt med skrøpelig, forfall og sykdom”. Vi forventer generelt mindre av eldre personer, selv om det i de senere år har blitt flere aktive og samfunnsengasjerte eldre. Et eksempel er Astrid Nøklebye Heiberg, som er statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet i Erna Solbergs regjering.

## Handlingsmuligheter innenfor diskursen analyseres og drøftes

Når alder ikke hindrer livsutfoldelsen, åpner det seg mange muligheter for den eldre. Alder er ingen hindring for å delta i samfunnslivet. Pensjonister krever å kunne arbeide lenger. Den som arbeider, er til nytte for samfunnet og gjør noe meningsfullt. Samfunnet er i endring. Alderdommen har vært ansett som en passiv periode, der sykdom og skrøpelig dominerer.

Linn-Heidi Lunde (2012: 191-193) har lansert seks bud for en utviklende alderdom, for å oppleve god livskvalitet som eldre:

- 1) Husk at vekst og utvikling foregår hele livet.
- 2) Øv deg på å utfordre negative stereotyper om aldring.
- 3) Vær forberedt på og aksepter alderdommens utfordringer.
- 4) Lær deg alternative mestringsmåter.
- 5) Vær til stede i øyeblikket.
- 6) Ikke la din livsutfoldelse bli unødvendig begrenset.

Punkt 1) handler om at vekst og nedbrytning foregår fra fødsel til død. Et ensidig fokus på aldring som forfall begrenser livsutfoldelse.

Punkt 2) handler om at kroppen er et fantastisk maskineri med stor fleksibilitet, derfor er det viktig med fysisk aktivitet også i alderdommen. Mental aktivitet og engasjement hele livet skjerper både hukommelse og å kunne lære nye ferdigheter. Det er aldri for sent å lære.

Punkt 3) berører de ulike utfordringer i denne livsfasen, derfor er det viktig å kunne akseptere utfordringene som man i varierende grad har kontroll over.

Punkt 4) handler om at den eldre kan lære seg å leve med de utfordringene man møter på måter som ikke står i veien for vedkommendes livsutfoldelse. Det er aldri for sent å skifte kurs og retning i livet.

Punkt 5) handler om at det gode liv i alderdommen kan være så mangt. Det finnes ingen oppskrift som passer for alle. Vær oppmerksomt til stede i tilværelsen.

Punkt 6) handler om at mange prøver å begrense den eldre i kraft av alder, kanskje den eldre aller mest. Når det skjer, bli bevisst hva som skjer og våg å utfordre unødvendige og feilaktige begrensninger.

Jeg forstår det slik at livet alltid består av forandringer, de foregår hele tiden. Det er mulighet for positiv forandring, vekst, i eldre år også.

Jeg forstår det slik at det eksisterer mange muligheter for eldre, forutsatt at de holder seg i fysisk form og stimulerer hjernen mentalt for å opprettholde kognitiv funksjon (nevrogenese). Fysisk aktivitet gir merkbare positive forandringer hos eldre (Daatland og Solem 2011). Noen barnehager har besteforeldre til stede, som kan fortelle historier og gi et trygt fang å sitte på. Det har vært en god investering. Eldre kan og har mulighet til å gjøre nytte for seg.

Linda er fremdeles aktiv og underviser i håndarbeid, noe som har medført mye reising. Hun har et høyt funksjonsnivå fysisk og psykisk, ved å være selvstendig og selvhjupen. I denne samtalesekvensen fokuserer terapeuten Siri på å formidle avslaget på søknad om omsorgsbolig, og terapeuten lanserer andre muligheter for å finne leilighet.

### **Subjektposisjoner innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Brukeren Linda opplever at hun ikke blir forstått av terapeuten Siri ved at hun har søkt om omsorgsbolig. Linda fyller ikke søknadskriteriene fordi hun er aktiv og kommer seg fint rundt omkring. Linda er heller ikke kognitivt svekket, hun er selvstendig og selvhjupen. Årsaken til at brukeren Linda søker om omsorgsbolig, er at hun bor i en kald leilighet, der hun sitter inne med støvlene på. Terapeuten Siri poengterer at brukeren Linda fungerer bra i hverdagen.

Linda har økonomiske bekymringer, og hun ønsker å bo i nabolaget der hun er kjent.

I denne samtalesekvensen fungerer terapeuten som ekspert, og Lindas oppgave er å akseptere det Siri formidler. Temaet er følelsesladet, noe som medfører at det ikke er lett for Linda å godta avslaget på søknaden. Brukeren Lindas gode funksjonsnivå hindrer henne i å kunne få omsorgsleiligheten, som hun sterkt ønsker seg. Omsorgsleiligheten er rimeligere enn på det private markedet. Mange eldre er minstepensjonister.

## Praksis analyseres og drøftes

Ut i fra et sosialgerontologisk perspektiv ses aldring sirkulært, der aldring påvirker samfunnet og omvendt (Daatland og Solem 2011).

Sju teser om aldring lansert av Paul og Margaret Baltes (1990):

- 1) Det er forskjell på normal, optimal og patologisk aldring.
- 2) Det er stor forskjell i aldringens forløp.
- 3) Det er store latente (ubrukne) reserver.
- 4) Maksimale prestasjoner reduseres.
- 5) Ulike tilpasningsmekanismer kan kompensere for reduksjon.
- 6) Balansen mellom tap og vinning (vekst og forfall) blir mindre positiv.
- 7) Selvet beholder evnen til å tilpasse seg endrede forutsetninger, slik at trivsel og selvoppfatning kan bevares. (Kilde: Baltes & Baltes 1990).

Livsløpsperspektivet bygger på Elder (1992, 1995) på fem sett av prinsipper:

- 1) Utvikling og aldring er livslange prosesser.
- 2) Mennesker er aktører (agenter) i sitt liv og kan gjøre valg som modifierer gamle og skaper nye virkninger.
- 3) Tidsrytmen av hendelser –*når* i livet ting skjer –kan være avgjørende.
- 4) Vårt liv er forbundet med andres liv og påvirker hverandre gjensidig.
- 5) Folks liv og erfaringer, herunder aldring, preges av skiftende historiske tider og hendelser.

Denne tenkemåten er påvirket av sosialkonstruksjonismen. Vi forholder oss til verden slik vi *tror* at den er, ikke slik den faktisk måtte være. Det såkalte Thomas-teoremet uttrykker ”If men define situations as real, they are real in their consequences” (W. J. Thomas, referert i Merton 1968). Daatland og Solem (2011: 29) hevder at alder og aldring er sosiale konstruksjoner og kan dermed ikke reduseres til kun biologi.

Kognitiv aktivitet kan, som nevnt, gi positive effekter på kognitive funksjoner både på kort og lang sikt. Det kan være aktivitet som involverer hjernen gjennom variasjon, tilstedeværelse og refleksjon. Hjernens fleksibilitet i eldre år kan ses i en tendens til å bruke større deler av hjernen når det trengs. For eksempel aktiveres oftere begge hjernehalvdelene samtidig hos eldre enn hos yngre (Cabeza 2002). Det er uvisst om det er uttrykk for sviktende evne til

fokusering eller en mekanisme for å mobilisere større deler av hjernens ressurser (Daatland og Solem 2011: 81-82).

De kognitive aldersforandringene er plastiske, de kan påvirkes. Grunnlaget for kognitive ferdigheter som ligger i hjernen, kan også påvirkes. Omgivelsene, et stimulerende miljø og en engasjert livsstil kan endre hjernens struktur. Mulighetene for påvirkning og bedring er til stede i alle aldersgrupper. Plastisitetens begrensninger blir tydeligere med økende alder, særlig under tidspress og i kompliserte situasjoner som krever oppmerksomhet (Willis et al. 2009).

### **Subjektivitet analyseres og drøftes**

Samtaletemaet om avslag på søknad om omsorgsbolig, observerte jeg er følelsesladet og vanskelig å godta for brukeren Linda. Linda liker å leve et aktivt liv, noe som kommer i konflikt med ønsket om å få innvilget søknad om omsorgsbolig. Brukeren Lindas funksjonsnivå er for høyt, fordi hun er en selvstendig og selvhjulpen dame. Hun er heller ikke eldre, eldre, det vil si over 85 år. Terapeuten Siri må forholde seg til de eksisterende kriterier for å innvilge omsorgsbolig. Jeg innser at her eksisterer det motstridende diskursive konstruksjoner. Denne brukeren setter pris på å klare seg selv og er vant til å bo alene. Jeg opplever at brukeren Linda har et rikt liv. Poenget er at hun fremdeles arbeider en del, selv om hun er pensjonist. Linda tar vare på viktige livsverdier. Dette kommer i konflikt med kriteriene for å få omsorgsbolig, selv om bruker selv ønsker det.

En ramme fungerer metakommunikativt. En ramme er ikke en ytre størrelse, men en psykologisk forståelse og er nært knyttet til begrepet ”kontekst”. I kommunikasjonens verden oppstår misforståelser og paradokser, vi kommuniserer på mange nivåer og når sjelden klarhet. Bateson kommenterer: ”Livet ville da være en endeløs utveksling av stiliserte budskap, et spill med rigide regler, som ikke blir avløst av forandring eller humor” (Bateson, 1972: 193).

### **8.4 Alderdom er synonymt med skrøpelighet, sykdom og forfall**

Forekomsten av varige sykdommer øker i alderdommen, men hjelpebehov oppstår senere i livet og varer noe kortere enn før (Daatland og Veenstra 2012: 7).

#### **Presentasjon av gjenfortellingen:**

Terapeuten Siri og bruker Linda snakker om hvordan det er å bli eldre, og hva alderdommen fører med seg av forandringer.

”Siri uttaler at når en fyller 40 år, er det bare nedoverbakke. Det svarer Linda benektende til, ikke før hun var 70. Siri kommenterer da at det er godt kroppen sier ifra selv i hvert fall.”

### **Diskursive konstruksjoner i gjenfortellingen analyseres og drøftes**

Det ene temaet er ”Når en fyller 40 år, er det bare nedoverbakke”, forventet forfall på grunn av aldring. Det andre temaet er: ”Det er godt kroppen sier ifra selv i hvert fall, som markerer at kroppen kjenner sin begrensning, at man merker aldringen. Dette er diskursive konstruksjoner. Jeg hørte at Siri og Linda er uenige om når alderdommens forfall setter inn. Jeg synes Siri gir uttrykk for et negativt syn på aldring og forfall, mens Linda er fast bestemt på at alderdommens forfall ikke begynner før fylte 70 i følge hennes egen erfaring. Siri fungerer som ekspert.

### **Diskurser i gjenfortellingen analyseres og drøftes**

Samtalen angår alderdommens forandringer ved at kroppen forfaller og kognitiv funksjon kan endres og svikte. Terapeuten lanserer en diskurs om at alderdom er synonymt med skrøpelighet, sykdom og forfall. Mange er engstelige for å bli eldre på grunn av kroppslig og mentalt forfall. De er redde for å bli demente og avhengige av behov for andres hjelp, å bli pleietrengende (Daatland og Veenstra 2012).

### **Handlingsmuligheter innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Terapeuten Siri uttaler at det er godt kroppen sier fra om aldring og forfall. Tidspunkt for når alderdommens forfall starter, er et tema som opptar mange mennesker i dagens samfunn (se 8.3 om aldring). Mange er skremt av tanken på å skulle bli eldre med alderdommens forfall. De ser ikke at mange eldre fungerer godt i hverdagen. Det store spørsmålet er hva som er såkalt normal aldring fysisk, psykisk, seksuelt og sosialt.

Økt manglende fysisk kapasitet og hørselstap er vanlig hos eldre (Ryan, O`Rourke, Ward og Aherne 2011). Eldre kan være seksuelt aktive til høy alder. Følelsesmessig tilpasning er av avgjørende betydning i eldre år, fordi det kommer mange forandringer. Fysisk og psykisk forfall til tross, følelsesmessige erfaringer bedrer seg med alderen. Eldre regulerer følelser bedre enn yngre, erfarer sjelden negativ effekt og viser positiv effekt på oppmerksomhet og hukommelse. Når eldre har kapasitet til å utvikle og opprettholde sosiale roller, kan det hjelpe dem til å mestre og tilpasse seg uunngåelige forandringer. Venner og støtte fra familien er kilder til uformell sosial deltagelse (ibid.).

I vårt samfunn er det en diskurs ”å være evig ung”. Jeg opplever at det er et sterkt fokus på å unngå å virke og bli gammel. Vårt samfunn oppfatter ikke eldre som nyttige. De arbeider ikke og produserer dermed ikke noe til fellesskapet. Den samfunnsmessige struktureringen av livsløpet i tre faser, med en forberedende periode, et sentrum omkring arbeid og produksjon og en avrunding av hvile i eldre år, er blant annet beskrevet av Martin Kohli (1988). Den moderne alderdommen har blitt gjort til en periode som er negativt definert ved hva en *ikke* lenger er.

### **Subjektposisjoner innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Diskursen ”alderdom er synonymt med skrøpelighet, sykdom og forfall” rommer manges forventninger og bekymringer for å bli gammel. Vi har ordtaket: ”Når du blir gammel og ingen vil ha deg, så sett deg på taket, så kråka får ta deg”. Ordtaket verbaliserer Eldres verdi i vårt samfunn. En forandring er i ferd med å skje, fordi eldre engasjerer seg og står opp for sine synspunkter.

Vi forbinder eldre år med skrøpelighet, sykdom og forfall. Terapeuten Siri uttaler at fra 40 år går det bare nedover bakke. Linda har et annet synspunkt, og hun protesterer og hevder at det ikke gjelder før fylte 70 år. Forskningen tyder i alle fall på at døden har en sentral plass i mange Eldres bevissthet. I eldre år opplever de jevnaldrende venners død. De merker at deres vitale kapasitet blir mindre. Eldre synes å være den aldersgruppa, som ved siden av ungdom i puberteten, tenker mest på døden (Cameron et al. 1973, Coleman 1990). Samtidig synes eldre å være mindre engstelige med tanke på sin egen død enn noen annen aldersgruppe (Marshall & Levy 1990, Bjørnland et al. 1981). Noen studier finner at dødsangst er mest utbredt i yngre år, så flater det ut i eldre år (Cicirelli 2002, Maxfield et al. 2007).

Døden er uunngåelig i alderdommen, den kommer før eller senere. I sorgens stund er det viktig ikke å være alene, å ha noen å dele den med i sosialt samvær (Peluso, Watts og Parsons 2013, Bøen 2011). Vi sørger på forskjellige måter, og noen ønsker å være alene. Sorgen er tung å bære, spesielt hvis den eldre mister et barn. I vårt samfunn har sorgen vært tabu. Ofte står det å lese i avisen, at bisettelsen har funnet sted i stillhet. Samfunnet forherliger ungdommen, evig ung og pen, det viser angsten for å bli gammel og skulle dø.

### **Praksis analyseres og drøftes**

Terapeuten Siris syn på alderdom og forfall har vært delt av mange. Mange er redde for å bli gamle, spesielt for å bli kognitivt svekket og demente. Brukeren Linda synliggjør motsatsen, at mennesket er fleksibelt og endringer er mulige også i høy alder.

Angst og depresjon er utbredt blant eldre. Deprimerte eldre menn i 80-årene har størst selvmordsrisiko, fordi flere i den aldersgruppen begår suicid (Bøen, 2011). Som tidligere nevnt, er dette den siste aldersgruppen, som har opplevd 2. verdenskrig og har traumatiske minner derfra (Skre 2009). Disse vonde minnene blir mer påtrengende med årene, og særlig ille ved utvikling av kognitiv svikt. Det er flere grader av kognitiv svikt, som mild kognitiv svikt og ulike typer demens som Alzheimer, Lewy Body demens. Når personen opplever kognitiv svikt, øker angsten og personen blir deprimert (Ryan og Coughlan 2011). Vedkommende opplever sorg over ikke lenger å ha kontroll over hukommelsen og daglige gjøremål og reagerer derfor med sinne (ibid.).

Terapeuten må ta opp det følelsesladede og vanskelige tema, når brukeren diagnostiseres med kognitiv svikt eller hjerneslag, at vedkommende ikke lenger fyller de helsemessige kravene for å kjøre bil. Den helsemessige vurderingen foretas vanligvis av fastlegen. Det sendes da melding til Fylkesmannen om dette, som har myndighet til å inndra førerkortet. De fleste opplever tap av førerkort som en stor sorg, som også kan være blandet med sinne og irritasjon. Kognitiv svikt er den vanligste helsemessige årsaken til å miste førerkortet i eldre år. Det er svært sårt og vanskelig for brukeren å miste førerkortet. I denne situasjonen blir mange sinte og benekter det. Hvordan terapeuten takler denne vanskelige situasjonen, er av avgjørende betydning.

De eldre har mange gode, rike historier å fortelle fra mange års yrkeserfaring og ikke minst har de tid til å kunne fortelle barnebarn og oldebarn. Den engelske psykologen Tom Kitwood har særlig lagt vekt på å forholde seg til dem som lider av demens som *personer* (Kitwood 1999, Baldwin & Capstick 2007). Den demensrammedes atferd vil, ifølge Kitwood, være preget av vedkommendes personlighet, livshistorie, helse og hjerneorganiske forandringer. I tillegg er det vesentlig hvordan denne personen blir møtt av andre. Måten terapeuter møter den demensrammede på, vil den demensrammede kunne oppleve som ”ondartet sosialpsykologi”. Det vil da kunne bidra til å forverre symptomene og til og med forsterke en hjerneorganisk svekkelse. Ondartet sosialpsykologi kan for eksempel bestå i at en ikke hører på det personen har å si, avfeier det som tull, ignorerer det, avbryter, korrigerer, truer eller holder for høyt tempo i tale, gange og andre aktiviteter. I motsatt fall kan ”positivt personarbeid” bestå i å anerkjenne, vise respekt, lytte, samarbeide, gi rom for innflytelse, stimulere og støtte. På denne måten kan terapeuten bidra til de demensrammedes trivsel og velvære, samt til deres evne til å oppleve og uttrykke både positive og negative følelser. Når den kognitive funksjonen svikter, er fortsatt følelsene intakte. For den personen som er

demensrammet, er det av stor betydning for trygghet, trivsel og velvære å ha mulighet for å uttrykke sine følelser.

I følge Kitwood kan måten omgivelsene møter personer med demens på, påvirke det hjerneorganiske grunnlaget for demensen. Ondartet sosialpsykologi kan skape eller forsterke hjerneorganisk svekkelse. Positivt personarbeid kan bidra til hjerneorganiske eller nevrokjemiske endringer som reduserer demensen. Et hovedpoeng er at personens trivsel, glede, misnøye eller uro ikke er et direkte resultat av de hjerneorganiske forandringene. Kitwood uttaler at vi kan forstå det som uttrykk for hvordan personen opplever situasjonen her og nå. For eksempel kan det å ville hjem til mor, være uttrykk for en følelse av utrygghet. Omgivelsene har da utfordring å bidra til trygghet; for eksempel ved å være til stede, lytte til følelsene og bekrefte personen.

### **Subjektivitet analyseres og drøftes**

Brukeren Linda føler seg indignert, når terapeuten Siri påstår at fra 40 år går det bare nedoverbakke. Det viser at Siris påstanden vekker sterke følelser hos brukeren. Linda har behov for lenger tid til å regulere følelsene enn en yngre person (Ryan, O'Rourke, Ward og Aherne 2011). Linda reagerer på samfunnets dominerende syn på hva aldring innebærer. Samfunnet har inntatt et problemfokus, der eldre anses som en byrde med sine mange sykdommer. Det er imidlertid et faktum at eldre kan ha flere og kompliserte sykdommer. Mange eldre plages av kroniske smerter, som igjen fører til angst og depresjon. I følge Daatland og Veenstra (2012) viser forskning at eldre er mest pleietrengende de to siste årene av deres liv.

Tornstam (1989, 1997) postulerer at i eldre år skjer det en endring i metaperspektiv, fra et materialistisk og rasjonelt til et mer kosmisk og transcendent perspektiv. I følge teorien om gerotranscendens skjer aldersforandringene langs tre dimensjoner. For det første er det en kosmisk dimensjon med økt følelse av samhørighet med universet, økt følelse av samhørighet med tidligere og kommende generasjoner, en endret oppfatning av liv og død og mindre frykt for døden. Det er videre en selv-dimensjon med mindre selvopptatthet, større opplevelse av sammenheng, mening og helhet i livet. Den tredje dimensjonen har med kvalitative endringer i sosiale relasjoner å gjøre. I den inngår mindre interesse for overfladiske sosiale kontakter, større behov for å være alene, mindre behov for aktivitet og mindre interesse for materielle ting.



## 8.5 Humor skaper terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse er bærebjelken i relasjonen mellom samtalepartnerne, terapeut og bruker. Forutsetningen er at de respekterer hverandre og viser hverandre tillit, at begge føler seg bekreftet og forstått (Wampold 2001). Terapeuten må vise interesse for brukeren og tilstedeværelse i samtalen. Dermed føler brukeren seg viktig. Det viser at terapeuten virkelig vil hjelpe. Det innebærer at terapeuten er opptatt av, interessert og engasjert i hva brukeren er opptatt av og ønsker å samtale om.

### Presentasjon av sitatet:

Brukeren Irene blir i denne samtalen informert om at hun ikke får dekket tannbehandling. I denne sammenhengen spør terapeuten Grete om brukeren vanligvis lager seg middag, og Irene svarer at det gjør hun. Temaet er hva man spiser til middag. Irene kommer på at hun spiser mye fisk, og hun har vennet seg til det.

Grete svarer: ”Jeg har skjönt at det kommer litt med alderen, men jeg tror jeg er i ferd med å komme over i den alderen [ler] at jeg begynner å like fisk.”

### Diskursive konstruksjoner i sitatet analyseres og drøftes:

Temaet er humor. Denne samtalesekvensen skaper en avslappet stemning. Humoren løser opp stemningen i denne samtalen. Brukeren Irene hadde behov for å bli validert av terapeuten Grete på grunn av at hun ikke fikk dekket tannbehandling, fordi hun ikke har hjelpebehov som kvalifiserer for å få hjemmesykepleie. Jeg observerte at Grete prøver å fleipe problemene bort. Alder er her brukt humoristisk. Det viktige er det som sies mellom ordene, og hvordan det formuleres (Jensen og Ulleberg 2011). Humor har ofte dobbelt bunn eller dobbel betydning. Som Piet Hein sier: ”Den som kun tar spøk for spøk og alvor kun alvorlig, han har fattet begge deler dårlig.” Humorens funksjon er at den rommer følelser, fordi det er en måte å sette ord på eller fokusere det som er vanskelig i en situasjon. Jeg observerte at Grete ønsker å skape en avslappet stemning ved at hun bruker humor i denne situasjonen. Denne samtalesekvensen var løsningsfokuset kombinert med narrativ tilnærming.

### Diskurser i sitatet analyseres og drøftes

Diskursen er ”humor skaper terapeutisk allianse”. Humor eller latter er en måte å punktuere samtalen på, for blant å minske spenningen mellom deltakerne (Bateson 1972, Jensen og Ulleberg 2011). Den er ofte situasjonsbetinget, for å kunne skape gjenklang hos den som lytter. I denne situasjonen hørte jeg at terapeuten benyttet humor for å skape allianse og trygghet under samtalen. Grete ler etter at hun sier at hun er i ferd med å komme over i den

alderen, noe som er en form for ironi. Jeg hørte at terapeuten på den måten understreker at det dreier seg om humor.

### **Handlingsmuligheter innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Terapeuten Grete og brukeren Irene samtaler om hva man spiser til middag, et hverdagstema. Grete skaper et brudd i samtalen ved å bringe inn humor. Dermed gir denne punktueringen terapeuten større handlingsmuligheter, fordi det skaper fellesskap mellom Grete og Irene. Den terapeutiske alliansen styrkes.

Følelser berører og beveger oss mennesker. Vi sier at angst og depresjon smitter, og at latter skaper latter. Når vi ler, innebærer det at vi opplever glede. Resonans dannes i relasjonen, at følelser skaper gjenklang hos samtalepartneren (Jensen og Ulleberg 2011). Latteren er befriende og løser opp stemningen. Den viser at man bryr seg om hverandre. Spenninger mellom samtalepartnerne kan minskes. Det er en måte å fremme muligheten for endring, at brukeren blir mer velvillig overfor forslagene som terapeuten kommer med. Når samtalepartnerne kan le sammen, indikerer det at det er god stemning mellom dem og at samtalen flyter godt. Det eksisterer en terapeutisk allianse, som gir rom for å tenke annerledes og tenke alternativt. Det vil si å kunne tenke og handle utenfor ”boksen”, at vi kan bevege oss utenfor komfortsonen (Bateson 1979). Humor er situasjonsavhengig, og å kunne le sammen innebærer at samtalepartnerne er ”på bølgelengde”. For å kunne forstå humor, må en kjenne nyansene i språket og være kjent med kulturkonteksten. Ordene kan ha tvetydig mening, dobbeltbunn, de kan bli forstått ordrett og de kan være metaforer (Bateson 1972).

Wormnes (2013: 58) definerer myndiggjøring eller empowerment som ”en prosess som øker individuell eller politisk makt slik at individet kan gjøre forordninger som bedrer deres livssituasjon”. Det styrker troen på at vi kan påvirke situasjonen vår. Av den grunn er det sentrale å se sammenheng mellom individets livssituasjon og problemer, og de strukturelle eller samfunnsmessige forhold den enkelte befinner seg innenfor. Det krever økt bevissthet om hvordan de skal vinne og gjenerobre makten over eget liv. I det viktige arbeidet med å myndiggjøre brukerne våre, viser psykoterapiforskningen at *arbeidsalliansen og samarbeidsrelasjonen* er to avgjørende faktorer (ibid., s. 58).

### **Subjektposisjoner innenfor diskursen analyseres og drøftes**

Terapeuten Grete benytter seg av humor i form av ironi, for å kunne vise brukeren Irene at de er likeverdige samtalepartnere. Det er også en måte å fleipe bort Irenes problemer, som Grete

opplever der er vanskelig å finne en praktisk løsning på. Jeg tolker at Grete foretar en avledningsmanøver fra en vanskelig livssituasjon, når terapeuten gjerne vil hjelpe uten å lykkes. Det kan skape en følelse av hjelpeløshet hos terapeuten.

Gjennom en positiv ressursorientering skaper vi visjonene i pakt med fremtidsbildene, målene og arbeidsoppgavene for å nå målene (Wormnes 2013: 59). En god allianse er en forutsetning for endring i all psykologisk behandling. Bordin (1979) definerer *alliansen* som klientens/brukerens og behandlerens felles forpliktelse og enighet mot felles oppgaver og mål. Allianse kan beskrives å bestå av tre uavhengige komponenter: *oppgaven, målet og tilknytningen i kontakten*. Alliansestyrken vil avhenge av enighet mellom behandler og bruker, både bevisst og ubevisst, og om innholdet i alle de tre komponentene.

Vi forhandler hele tiden, både bevisst og ubevisst, om hva som skal være de nyttige og effektive *målene, oppgavene* og den beste *tilknytningskontakten*. Den gode og trygge behandleren vil møte denne gjensidige myndiggjøringsprosessen med åpenhet og undring. Brukerens motivasjon må oppfylle de tre grunnleggende behovene i selvbestemmelsesteorien: tilknytning, kommunikasjon og autonomi (Deci & Ryan, 2002). Når disse behovene blir ivaretatt i behandlingen, vil alliansen utvikles og bedres (Wormnes 2013: 60).

De kognitive allianseelementene som mål, oppgaver, innlevelse og samarbeidsform, samsvarer godt innbyrdes; sett fra brukerens perspektiv. Den affektive siden av alliansen, personlig tilknytning, fremstår ofte som atskilt fra de kognitive allianseelementer (Hatcher & Barends 1996). Forskingen viser at det er en klar og signifikant sammenheng mellom alliansevurderinger og behandlingsresultat (Horvath & Bedi 2002). Tilknytningsstil og tilknytningserfaringer er viktige kvaliteter i behandlingsrelasjonen og bestemmer behandlingsresultatet (Barber et al. 1999).

Bateson (2005: 210) uttaler om humor: Når vi ser på vår konvensjonelle kommunikasjon innbyrdes, veber vi disse logiske typer sammen med en utrolig kompleksitet og en ganske forbausende letthet. Vi spøker, noe en utlending vanskelig kan forstå. De fleste vittigheter, både kjente og spontane, er sammenvevninger av multiple logiske typer. Ironi og satire står og faller på om den som utsettes for dette, kan innse hva det er snakk om. Når vi møter disse multiple identifiseringer av budskap, ler vi og gjør nye psykologiske oppdagelser om hva som foregår inne i oss (dansk oversettelse).

Humor er en viktig måte å overleve på og kan gi rom for mestring i vanskelige livssituasjoner. I kriser kan humor hjelpe til med å kunne se nye muligheter. Når en dør lukkes kan det finnes og komme nye muligheter, som ikke var så lett å se tidligere. Eldre opplever ofte funksjonstap som medfører opplevelse av sorg og depresjon. Det kan også gi følelsen av angst for hvordan man skal kunne mestre hverdagen (Ryan og Coughlan 2011). Angst for å dø kan plage eldre, samtidig som de kan oppleve å føle at det er vanskelig å leve, finne meningen i livet og opprettholde følelsen av håp. Verdi og verdighet er sentrale begreper for eldre mennesker, at de har betydning for andre, at de kan gi et konstruktivt bidrag til fellesskapet, for eksempel ved å være frivillig på eldresenteret, stille opp for barnebarn og oldebarn, være aktive i organisasjonsarbeid, som Sanitetskvinnene, husflidslag, bridgeklubber, golfklubber (Peluso, Watts og Parsons 2013, Bøen 2011).

### Praksis analyseres og drøftes

Terapeuten Grete viser at hun har humoristisk sans i denne konteksten, mens brukeren Irene har behov for en tenkepause.

Jeg har erfart at de eldre har mye humor. De eldre har sans for å kunne dele vitser og morsomme selvopplevde historier og så le sammen. ”En god latter forlenger livet.” Det er min erfaring og jeg forstår Bateson (1972) dit hen, at humor kan virke helsefremmende. Jeg kan også vise til det salutogene perspektivet der humor er en av de helsefremmende faktorene, forsket frem av Antonovsky (1987). Humor viser evne til refleksjon og selvrefleksjon, evnen til å kunne metakommunisere, sette seg utenfor seg selv. Evnen til å kunne oppleve humor i ulike situasjoner avhenger av å kunne være lite selvhøytidelig, å kunne distansere seg fra situasjonen. Hvis man kan se flere perspektiver på en livssituasjon, kan det være en vesentlig forutsetning for god psykisk helse. Det er snakk om hvordan man *tar* det, ikke hvordan man *har* det. Det betyr å kunne være glad i seg selv, respektere seg selv og andre, å kunne gi av seg selv ved å kunne vise følelser og å kunne ta imot andres følelser (Landro 2013, Hart 2011).

Bakhtin (1935: 293) uttaler at hvert ord ”smaker” av konteksten og kontekstene der ordene har levd sitt sosialt rike liv. Alle ord og former er lastet med intensjoner. Kontekstuelle overtoner (generiske, tendensiøse, individualistiske) er usynlige i ordet. Potensialet for å skape en dialog lever i ordene, en konsentrert dialog med to stemmer, to språk (Bakhtin 1935: 324-325). Bertrando (2007) hevder at det først og fremst er en dans, som Bateson og Minuchin hadde erfart. I samtalen skapes mikro-rytmer der bevegelser, nærhet, mimikk blir

harmoniske i den interaktive dansen (Condon 1982). Slik harmoni tillater fremveksten av den ekte dialogen der ideer, synspunkter, hypoteser kan bare komme i berøring med en viss grad av emosjonell inntoning. Emosjonell inntoning dannes ved nonverbal kontakt og kroppslig harmoni.

Ken Heap (2012: 30) understreker betydningen av å lytte til den som mottar hjelp, fordi det ofte er mulig å forbedre *hvordan* vi lytter og *hvor mye* vi lytter. Aktiv lytting er ikke passivt å motta det de eldre har å komme med, det er en samarbeidsrelasjon. Det innebærer å oppmuntre, utdype, gi respons, gi hjelp, fokusere på og sortere ut viktig materiale, fra en mengde viktige og mindre viktige utspill som den andre kommer med. Aktiv lytting innebærer også et kontinuerlig forsøk på å forstå og undersøke om ens forståelse er holdbar, og på ulike måter lette og gjøre mulig videre kommunikasjon mellom partene der også de følelsesmessige implikasjonene av temaene settes ord på og utdypes (ibid., s. 33).

### **Subjektivitet analyseres og drøftes**

I denne samtalesekvensen ønsker terapeuten Grete å lette stemningen, fordi stemningen ble trykket mellom brukeren Irene og henne. Grete bruker selvironi for å skape fellesskap med Irene.

Følelser er verktøyet som gjør at vi kan oppleve nyansene i humor, at vi kan føle oss frem i de ulike situasjonene (intuisjon) og at vi kan gjenkjenne det komiske i fellesskap med et medmenneske. Vi har ni grunnfølelser som gir oss mulighetene til å kunne håndtere ulike livssituasjoner (Landro 2013). Sorg over tap av kroppsfunksjoner og å miste venner og ektefelle/partner/samboer, kjæledyr, samt å miste muligheten til å kjøre bil oppleves som smertefullt. Det kan medføre depresjon og følelse av håpløshet og meningsløshet. Humoren hjelper oss å holde ut slike vanskelige og smertefulle livssituasjoner, særlig den såkalt ”svarte humoren”, galgenhumoren. Overlevelsessevnen og tilpasningsevnen er sterk hos oss mennesker (Flaskas, McCarthy og Sheehan 2007, Antonovsky 1987).

## **9.0 OPPSUMMERING**

I dette kapitlet beskriver og begrunner jeg formålet med prosjektet, oppsummerer og drøfter vesentlige funn (de fem diskursene) og diskuterer relevante forskningsetiske betraktninger. Videre presenterer jeg tiltak som kan bidra til positiv utvikling innen feltet, lanserer nye spørsmål for videre forskning, samt hva dette prosjektet har medført i min prosess.

Problemstillingen: Hvordan samtaler terapeuten med brukeren på eldrecenteret, med mål om endring?

Forskningsspørsmål: Hvilke diskurser viser seg i samtale mellom terapeut og bruker, når målet er endring?

### **9.1 Formålet med prosjektet**

Formålet med prosjektet er å belyse og drøfte de fem diskursene som jeg har valgt å trekke ut av datamaterialet. Det finnes også andre diskurser i materialet. Diskursene som jeg valgte å trekke ut fra materialet, har fokus på kommunikasjon, terapeutisk allianse, relasjon og kontekst. Aldersperspektivet er sentralt, hva som er spesielt med å samtale med eldre mennesker. I denne konteksten er de brukere på eldrecenteret, noe som betyr at de ikke har pasientstatus der. De er heller ikke brukere på et dagsenter på sykehjemmet. De har samtykkekompetanse, og er av den grunn ikke demente. Det er en vesentlig forskjell. Jeg valgte bevisst et eldrecenter, der det er ansatt fagpersoner. Jeg ønsket å observere i praksis, hva det er som åpner og lukker for samtalen. Samtidig var jeg interessert i hvordan språkbruk og humor påvirker samtalen. I terapeutiske samtaler er begrepene makt og avmakt sentrale.

### **9.2 Oppsummering av vesentlige funn**

Mine funn viser seg i form av fem diskurser, som jeg har valgt å trekke ut av empirien. Forskningsresultatet er drøfting av mine funn.

”Terapeuten er ekspert” er godt kjent fra den medisinske modellen, og den handler om gode råd. I denne diskursen er makt og avmakt sentrale begreper. ”Terapeuten er samarbeidspartner” handler om hvordan terapeuten skaper kontakt, og om de alliansefaktorene som gir en virksom samtale, samt hvordan terapeuten følger samtalen. Brukeren og terapeuten er da likeverdige samtalepartnere, de influerer begge på samtalen. Eldre fungerer bedre i en lite stressende situasjon, en rolig, avslappet atmosfære. De har behov for tid for å kunne fortelle det de ønsker å formidle til terapeuten. Det er viktig å oppleve at terapeuten er til stede og viser interesse for brukeren. Språkbruk handler om at terapeuten og brukeren forstår hverandre gjennom ord, følelsesuttrykk og gester. ”Alder er ingen hindring” er diskursen om at eldre kan ha god helse til svært høy alder. De eldre kan da sies å ha like mange muligheter og ressurser som for eksempel sekstiåringene. ”Alderdom er synonymt med skrøpelig, forfall og sykdom” er diskursen som representerer samfunnets forventninger til hvordan alderdommen vil arte seg for de fleste eldre. De eldre kan ha mange og kompliserte sykdommer. Derfor krever dette feltet oppdatert, variert kunnskap og empati.

”Humor skaper terapeutisk allianse” er en interessant diskurs, fordi jeg observerte at brukere og terapeuter lo mye sammen i samtalene. Denne formen for punktuering har effekt på hvordan samtalen utvikler seg. Humor er en måte å skape en avslappet stemning på. Den kan løse opp en anspent atmosfære. Hvordan vi etablerer kontakt med hverandre, er avgjørende for samtalens forløp. Terapeuten bruker noen virkemidler slik at samtalen blir virksom. Det finnes ulike metoder som de tre terapeutene bruker i samtalen; som narrativ tilnærming, terapeuten er ekspert, samarbeidende praksis, løsningsfokusert tilnærming, eller at flere metoder benyttes samtidig.

Drøfting av disse diskursene bringer fagfeltet videre.

Problemstillingen har blitt besvart ved diskursene jeg har funnet i empirien. *Jeg har funnet diskurser i samtalene som viser at det eksisterer både et trangt og mer åpent handlingsrom.* Diskursen ”terapeuten er ekspert” er motsatsen til ”terapeuten er samarbeidspartner”. Det samme gjelder for diskursen ”alder er ingen hindring”, som konkurrerer med ”alderdom er synonymt med skrøpelig, sykdom og forfall”. Førstnevnte diskurs skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker, mens konkurrerende diskurs åpner handlingsrommet. Tredje diskurs åpner handlingsrommet, mens den fjerde skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker. ”Humor skaper terapeutisk allianse” åpner handlingsrommet. De tre diskursene, som åpner handlingsrommet, er ressursorienterte. De andre to er problemorienterte, ”terapeuten er ekspert” og ”alderdom er synonymt med skrøpelig, sykdom og forfall”. Disse to diskursene er sterkt dominerende i samfunnet vårt. Dermed begrenser disse to diskursene eldre handlefrihet, en form for undertrykkelse som holder dem nede. Dette har betydning for vår praksis, hvordan vi møter menneskene, om de får være aktører i eget liv eller blir passivisert (objekt).

Eldresenteret har som institusjon definisjonsmakt, i form av hvilket tilbud de kan yte til brukerne (Jensen og Ulleberg 2011, Foucault 1994). Foucault beskriver institusjonsmakten. Makten er utøvd ved terapeuten, som eksperten og som bedrevitende (Foucault 1994). Den eldre brukeren har krav på å bli behandlet med verdighet; for at ikke den eldre skal oppleve en sterk avmaktsfølelse, at det er ingen hjelp å få og at ingenting nytter (Gautun og Syse 2013).

Som Paolo Bertrando (2007) er jeg opptatt av hvordan terapeuten påvirker og samarbeider med klienten, her benevnt som brukeren. Han beskriver tre typer terapeuter (ibid., s.146): terapeuten som helt, terapeuten som medfølelytter, terapeuten som påståelig lytter som holder fast ved egne meninger. Jeg opplever at disse tre terapeuttypene er viktige for å skape

en sammenheng, fordi terapeuttypene rommer brukeres forventninger til terapeuter, forventninger terapeuter har til sin yrkesrolle og samfunnets forventninger. Forventninger påvirker terapeutens handlingsrom. ”Når terapeuten er helt”, forventer brukeren en ”mirakelkur” og plasserer terapeuten på en pødestall. Denne terapeuten er en som alltid stiller opp og er til å stole på, mens ”den medfølende terapeuten” fokuserer på empati

og lytter aktivt ( samtalepartner). ”Terapeuten er påståelig lytter” er eksperten som er bedreviter. Disse tre terapeuttypene innebærer ulike subjektposisjoner, og det viser tydelig at makt og avmakt er sentrale begreper i terapeutiske samtaler. Både ”terapeuten er helt” og ”terapeuten er påståelig lytter” skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker. Det samsvarer med dominerende diskurser i samfunnet om den tradisjonelle terapeuten. ”Terapeuten er medfølende lytter” innebærer at empati fungerer kontaktskapende, og at terapeuten er på et mer likeverdig nivå med brukeren. Denne terapeuten er interessert i brukerens følelsesliv.

I analysen og drøftingen av de fem diskursene fant jeg nye diskurser; ”måtehold” og ”døden er tabu i vårt samfunn”.

### 9.3 Forskningsetiske betraktninger

Om diskursen skaper et trangt handlingsrom for terapeut og bruker eller åpner det, har forskningsetisk betydning. Det har betydning for hvordan vi forholder oss til hverandre.

Jeg erfarte at det er viktig å være grundig i forberedelsene av forskningsprosjektet, ved at jeg glemte samtykke for å kunne sitere terapeuter og brukere i det reviderte informasjonsskrivet jeg sendte NSD. Det medførte at jeg ikke fikk anledning til å sitere fra interessante samtaler, som kunne gitt ny forståelse og kunnskap; det vil si andre diskurser. I dette prosjektet opplever jeg at det er mest interessant å analysere og drøfte begge samtalepartnerne, både terapeuten og brukeren. Det gir tilgang til samtalens forløp og dynamikk, og om samtalen åpnes eller lukkes. Av den grunn har jeg valgt ikke å sitere eller gjenfortelle fra de samtalene, der brukeren ikke samtykket til at jeg kunne sitere vedkommende. Som nevnt, dette kan ha betydning for mine funn.

Analysen og drøftingen av de fem diskursene er basert på mine tolkninger ved observasjon av samtalene. ”Det kommer an på øynene som ser”. Jeg observerer basert på min forforståelse av eldre og terapeutisk samtale, mine erfaringer og faglig kompetanse. Når jeg observerte



samtalene, erfarte jeg at det vanskelig lar seg gjøre å være nøytral. Det er viktig ikke å være et forstyrrende element, som påvirker samtalene negativt. Jeg forsøkte å skape en rolig stemning. Jeg viste brukerne oppmerksomhet ved noen korte nikk, når de tydelig henvendte seg til meg ved kroppsspråk. Ellers var jeg taust til stede under samtalene. Jeg hadde inntrykk av at samtalen forløp uproblematisk, til tross for min tilstedeværelse. Det kunne samtidig skape prestasjonsangst hos terapeuten.

Diskursanalyse blir aldri ferdig, i den forstand at det finnes mange diskurser i materialet. Det kommer an på forskerens innfallsvinkel. Jeg så på materialet med mine briller. Det har betydning for hvilke diskurser jeg har funnet. Jeg har behandlet materialet med respekt. Det vil si at jeg har fulgt NSD`s retningslinjer og har ivaretatt informantenes anonymitet.

#### **9.4 Tiltak som kan bidra til positiv utvikling innen feltet**

Tiltak innenfor denne konteksten, eldresenteret, som jeg anser som aktuelle, er at terapeuten er samtalepartner og lydhør for den eldre brukeren. Jeg mener at det er vesentlig at terapeuten er ressursorientert, fordi det skaper mulighet for endring. Det gir større handlingsrom både for terapeuten og brukeren, enn å være problemfokusert. Hvordan vi møter eldre brukere, viser våre holdninger overfor dem i praksis. Min erfaring er at det er viktig at eldre bevarer sine ressurser, ved at funksjonene opprettholdes og at de ikke får mer hjelp enn de trenger. Behovet for å klare det de kan selv, er sterkt. Humor kan skape terapeutisk allianse, ved at det løser opp en anspent atmosfære og samtidig skaper følelse av fellesskap.

Det er av stor betydning hvordan vi ordlegger oss, vår språkbruk inkludert kroppsspråk, fordi det avslører våre holdninger. Det er viktig at eldre får komme til orde med sine livshistorier og at de kan be om å bli møtt respektfullt på sine vilkår. Det viste terapeutene i dette prosjektet i samtalene med brukerne, betydningen av ikke å ordlegge seg som i den diagnostiske kulturen. Det vil si at vi bruker et språk som åpner opp for samtalen, slik at brukeren føler seg forstått. Det gir følelse av samhørighet og fellesskap. Dermed blir det lettere å skape endring. Endring er mulig også i eldre år. Det er viktig å bevare selvrespekten hos eldre, at de fremdeles kan være ”herre over eget liv”. Metakommunikasjon har en viktig rolle i samtaler (Bateson 2005). Det er viktig med intellektuell stimulering for eldre, å kunne gi dem utfordringer og at vi tror at de kan klare det. Jeg vil presisere at det gjelder eldre som ikke har kognitiv svikt.

## 9.5 Nye spørsmål for videre forskning

Jeg har i mitt materiale sett en annen diskurs om ”døden”, som jeg ikke har valgt å gå inn på i denne masteroppgaven. Temaer om død og suicidalitet kjenner jeg til fra feltet. Suicid er et tabutema som tok sitt liv. Den siste tiden har det vært fremme i media, bl.a. på grunn av skuespilleren Robin Williams. Død og suicid har vært tabu lenge. For videre forskning viser det at diskurser om ”død” er et sentralt og aktuelt tema. Det er flest suicid blant eldre menn over 85 år (Meld. St. 16 (2010-2011)). På eldresenteret er det flest kvinnelige brukere. Hva er det som gjør at eldre, ensomme menn ikke går på eldresenteret? Min erfaring fra alderspsykiatrien er at det er vanskelig, som bruker, å gå til eldresenteret for første gang, når man ikke kjenner noen der. Eldre opplevde at det er klikker der, og av den grunn vanskelig å bli inkludert i gruppen. Prosjektets eldresenter har fadderordning, for å skape trygghet og motivasjon for videre benyttelse av stedet for nye brukere. Eldre, ensomme menn har behov for kontakt med andre, og de kan være deprimerte. Dermed kan de være i risikogruppen for ikke å orke å leve lenger, i suicidalfare.

Aktuelle problemstillinger: Hvordan viser diskurser om ”død” seg i samtaler mellom terapeut og bruker?

Hvordan kan terapeut og bruker samtale om diskurser om ”død” som åpner handlingsrommet, der fokuset er på suicidalitet?

Hvordan kan terapeut motivere eldre, ensomme og deprimerte menn til å bruke eldresenteret?

Hvordan kan terapeuter åpne for å samtale med brukere om temaet suicidalitet, når brukere sier at han/hun ikke orker å leve lenger?

## 9.6 Hva har dette prosjektet medført i min prosess?

Jeg observerte at terapeutene hadde en fin måte å samtale med brukerne på. De viste at de har lang erfaring og de tok brukerne på alvor. Terapeutene skapte ro og trygghet i samtalen, validerte brukernes opplevelse og brukte folkelig og forståelig språk. Jeg observerte at terapeutene ikke hadde en språkbruk som var basert på den diagnostiske kulturen. Det viktigste er at terapeutene tok seg god tid i samtalene og de lyttet aktivt. Jeg tenker at det er en måte å anerkjenne brukerne, at de snakker på samme måte.

Fagpersoner sa at det går ikke an å endre seg, slik som ordtaket: ”Det går ikke an å lære en gammel hund å sitte”. Tidligere vurderte fagfolk det slik at det var umulig å skape endring hos personer med diagnose personlighetsforstyrrelse over 40 år. Denne holdningen er endret de

siste årene. Jeg tenker at det er muligheter for eldre også. Det betyr at endring er mulig uansett alder. Forandringene er ikke bestandig så store. Det er ikke størrelsen som teller, men at det skjer en endring som har positiv effekt for den det gjelder.

Emily Gut (1998) hevder at eldre i dag betraktes slik kvinner ble betraktet tidligere i vårt samfunn. Hun uttaler at hennes fremste interesse er menneskelige relasjoner, noe som har ledet henne til yrket som psykolog. Gut (1998: 130) interesser seg for hva mennesket føler, hvordan man anvender vedkommendes følelser, tanker, erfaringer og ferdigheter for å utvikle sin evne og forstå seg selv og andre og omgås med andre. Dermed behøver mennesket sin evne til å observere, begripe hva det innebærer at man observerer, huske det man har observert, samt ha overblikk over det man ser og vet, samordne det og meddele seg om det.

## LITTERATURLISTE

Adams (1991). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Andersen, T. (1996). I: Anderson, H. (2007). *The Heart and Spirit of collaborative Therapy: The Philosophical Stance –“ A Way of Being” in Relationship and Conversation.* I: Anderson, H. (red.). *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that make a Difference.* New York: Routledge.

Anderson, H. (2003). *Samtale, språk og terapi –et postmoderne perspektiv.* København: Hans Reitzels Forlag.

Anderson, H. (2007). *The Heart and Spirit of Collaborative Therapy: The Philosophical Stance –“A Way of Being” in Relationship and Conversation.* I: Anderson, H. og Gehart, D. (red.). *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that make a Difference.* New York: Routledge.

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans Mysterium.* Stockholm: Natur och Kultur.

Antonuccio et al. (1996). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older Adulthood, Second Edition.* Malden: Wiley & Blackwell.

Atchley (1989). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bain et al. (2008). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bakhtin (1984). I: Anderson, H. (2007). *The Heart and Spirit of Collaborative Therapy: The Philosophical Stance “A Way of being” in Relationship and Conversation.* I: Anderson, H. (red.). *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that make a Difference.* New York; Routledge.

Bakhtin (1935). I: Bertrando, P. (2007). *The Dialogical Therapist. Dialogue in Systemic Practice.* London: Karnac Books.

Baldwin & Capstick (2007). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- Baltes & Baltes (1990). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Barber et al. (1999). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Bar-On & Parker (2000). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Bateson (1979). I: Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning, 2. Utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Bateson, G. (2002). *Mind and Nature. A Necessary Unity.* Cresskill, New Jersey: Hampton Press, Inc. and The Institute for Cultural Studies.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Bateson, G. (2005) *Mentale systemers økologi, Steps.* København: Akademisk Forlag.
- Bateson & Bateson (1987). I: Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning, 2. Utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Bertrando, P. (2007). *The Dialogical Therapist, Dialogue in Systemic Practice.* London: Karnac Books.
- Billig (1991, 1997). I: Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in psychology, Second Edition.* Berkshire: Open University Press.
- Billig et al. (1988). I: Willig; C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology, Second edition.* Berkshire: Open University Press.
- Bjørnland et al. (1981). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Blaakilde (1994). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Bohart, Elliott, Greenberg & Watson (2002). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

- Bohart et al. (2002). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Bohart & Tallman (1999). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Bordin (1979) definerer alliansen. I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Boszormenyi-Nagy & Ulich (1981). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Bowen (1978). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Braam et al. (2006). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Brandstædter (2009). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Brandstædter et al. (2010). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Buschkuehl et al. (2008). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Bøen, H. (2011). *Social support, mental health and effectiveness of a senior centre programme for elders living at home. Cross sectional studies and randomized controlled trial.* Oslo: Universitetet i Oslo (Doktorgradsavhandling Medisinsk Fakultet).
- Cabeza (2002). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Cameron et al. (1973). I: Daatland, S. O. og Soelm, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Carstensen (2006). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

- Circirelli (2002). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Coleman (1990). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Condon (1982). I: Bertrando, P. (2007). *The Dialogical Therapist. Dialogue in Systemic Practice.* London: Karnac Books.
- Cumming, E. (1963). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Daatland, S. O. (2008). *Aldring som provokasjon.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Daatland, S. O. og Solem., P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Daatland, S. O. og Veenstra, M. (2012). *Bærekraftig omsorg?* Oslo: NOVA.
- Dalby (2006). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Dallos., R. og Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives. Application in a Range of Clinical Settings.* London: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Davies & Harrè (1999:35). I: Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology; Second edition.* Berkshire:Open University Press.
- Deci & Ryan (2002). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Edwards og Potter (1992). I: Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology, Second Edition.* Berkshire : Open University Press.
- Elder (1992, 1995). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Elliott (2005). I Wormnes, B. *behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

- Elliott & Oliver (2002). I Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Engedal & Haugen (2009). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Erber, J. T. (2010). *Aging and Older Adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley & Blackwell.
- Erikson et al. (1986). I: Daatland, S. O. og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Ferraro (1997). I: Daatland, S. O. Og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Fillet et al. (2002). I Jankowiak (2011: 167). Cognitive Function in Healthy Aging. I: Albert, M. L. og Knoefel, J. E. (2011). *Clinical Neurology of Aging, Third Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Flaskas, C., McCarthy, I. og Sheehan, J. (red.). (2007). *Hope and Despair in Narrative and Family Therapy, Adversity, Forgiveness and Reconciliation*. London: Routledge.
- Foucault (1969, 1972). I: Winther Jørgensen, M. og Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag.
- Foucault (1980b). I: Winther Jørgensen, M. og Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag.
- Foucault (1994). I: Faubion, J. D. (red.). (1994). *Michel Foucault. Power. Essential works of Foucault 1954-1984 Volume 3*. London: Penguin Books.
- Frank (1991). I: Jensen, P. (2006). Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet for sin klient? *Fokus på familien*. (34) 2: 91-107 (101-102).
- Gautun, H. og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: NOVA .



- Goodhart (2004). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens,alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Gut, E. (1998). *Ålderdomen som erfaringhet. En kvinnelig psykologs opplevelse av åldrandet*. Stockholm: Wahlstrøm & Wickstrand.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen. Hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S. (2009). *Fra interaksjon til relasjon, Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hatcher & Barends (1996). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Havigburst et al. (1968). I: Daatland, S. O. Og Solem, P. E. (2011) *Aldring og samfunn., Utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen, Kommunikasjon –minner –kriser –sorg, 4. utg.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Heckhausen & Baltes (1991). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley & Blackwell.
- Heckhausen et al. (1989). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older Adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley & Blackwell.
- Helland et al. (1973). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2.. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Horvath & Bedi (2002). I: Wormnes, B. *Behandling som virker. Relasjonen, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Hummert (1999). I: Erber, J. T. (2010) . *Ageing and Older Adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley& Blackwell.
- Håland (2008). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

- Håland (1986). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens –en arena for samarbeid*. Oslo: NOVA.
- Jankowiak, J. L. (2011). Cognitive Disorders in Healthy Ageing. I: Albert, M. L. og Knoefel, J. E. (red.) *Clinical Neurology and Ageing, Third Edition*. Oxford: University Press.
- Jensen, P. (2006). Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?. *Fokus på familien*. 34 (2):91-107.
- Jensen, P. og Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene, Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jones & Bayen (1998). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Kemper (1994). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older Adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley & Blackwell.
- Kirsch 1985,1999). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Kitwood, T. (1999). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Kohli, M. (1988). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Kramer et al. (2004). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. Utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Labouvie-Vief & Blanchard-Fields (1982). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Landro, T. (2013). *Godt samspill. Å være seg selv sammen med andre*. Oslo: Pax Forlag.
- Lang, Staudinger & Carstensen (1998). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older Adulthood, Second Edition*. Malden: Wiley & Blackwell.

- Lemon et al. (1972). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Lunde, L.-H. (2012). *Alder ingen hindring. Vekst og utvikling hele livet*. Bergen: Gyldendal akademisk.
- Marshall & Levy (1990). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Maxfield et al. (2007). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Mayer, Salovsky & Caruso (2004). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Merton (1968). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Messer (2006). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Miller (2011). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Minuchin (2007). I: Minuchin, S., Nichols, M. P., Wai-Yung, L. (2007). *Assessing Families and Couples. From Symptom to System*. Boston: Pearsons Educations, Inc.
- Moltu, C. (2011). Hva gjør gode terapeuter så gode? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (7): 682-684.
- NESH (2006). I: Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Neugarten, B. (1974). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*, 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- Neugarten et al. (1968). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Norcross & Wampold (2011). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Parker (1992). I: Willig, C. (1999). Discourse analysis and sex education. I: Willig, C. (red.). (1999). *Applied discourse analysis. Social and psychological interventions.* Buckingham: Open University Press.
- Peluso, P. R., Watts, R. E. og Parsons, Mindy (red.). (2013). *Changing Aging, Changing Family Therapy, Practicing with 21<sup>st</sup> Century Realities.* New York: Routledge.
- Petersen et al. (2009). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Potter (1996). I: Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology, Second edition.* Berkshire: Open University Press.
- Potter og Wetherell (1987). I: Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology, Second Edition.* Berkshire: Open University Press.
- Reichard et al. (1962). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Riegel (1977). I: Daatland; S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Rogers (1957). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Rogers (1958: 12). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Rogers (1980) definerer empati. I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Ryan, Humbert & Boich (1995). I: Erber, J. T. (2010). *Ageing and Older Adulthood, Second Edition.* Malden: Wiley & Blackwell.

- Ryan, P., O'Rourke, L., Ward, M. og Aherne, C. (2011). Ageing Historical and current perspectives. I: Ryan, P. og Coughlan, B. (red.) *Ageing and Older Mental Health. Issues and Implications for Practice*. London: Routledge.
- Ryan, P. og Coughlan, B. (2011). *Ageing and Older Mental Health Issues and Implications for Practice*. London: Routledge.
- Schooler et al. (1999, 2004). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Siegel (1999). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Siegel (2007). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Skjervheim (1976: 56). I: Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Skre, I. (2009). Traumer blekner ikke alltid med årene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 46 (2): 194-195.
- Solem (1974). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Solem (1995). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Stierlin (1983). I: Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Stine-Morrow et al. (2008). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode, 3. utg.* Oslo: Fagbokforlaget.
- Thorsen (1998). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- Tjora, Aksel. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis, 2012, 2. utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tornstam, (1989, 1997). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Tornstam (2005b). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning. 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Wachtel (2008). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Wadensten (2010). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Wadensten & Carlsson (2003). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Walters (2010). I: Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Wampold (2001). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Wampold (2001). I: Jensen, P. (2006). Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av psykoterapiforskningen. Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient? *Fokus på familien*.34 (2): 91-107.
- Wampold (2006). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Watzlawick (1976). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.
- Watzlawick, Beavin & Jackson (1967). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens,alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Watzlawick et al. (1967). I Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.

Willig, C. (1999). Introduction: making a difference. I: Willig, C. (red.) (1999). *Applied Discourse Analysis. Social and Psychological Interventions.* Buckingham: Open University Press.

Willig, C. (1999). Discourse analysis and sex education. I: Willig, C. (red.) (1999). *Applied discourse analysis. Social and psychological interventions.* Buckingham: Open University Press.

Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology, Second Edition.* Berkshire: Mc Graw Hill Open University Press.

Willis et al. (2009). I: Daatland; S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn, 2. utg.* Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Winther Jørgensen, M. og Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode.* Roskilde: Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag.

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Wormnes & Manger (2005). I: Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Ølgaard (1986: 51). I: Ulleberg, I. *Kommunikasjon og veiledning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel +47-55 58 21 17  
Fax +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Heidi Eng  
Diakonhjemmet Høgskole  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 02.10.2012

Vår ref:31373 / 4 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31373	<i>Hvordan samtaler terapeuten med den eldre brukeren av eldresentret - med mål om endring</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Heidi Eng</i>
Student	<i>Janne Helen Svendsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.10.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Janne Helen Svendsen, Skovveien 5, 0257 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel +47 22 85 52 11 nsd@nsd.no  
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel +47 73 59 07 kyne.svarv@svt.ntnu.no  
TROMSØ NSD SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel +47 77 64 43 36 nsd@svu.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 31373

Prosjektet undersøker hvordan terapaut og hjelper samtaler med eldre brukere av eldresenteret.

Utvalget består av opptil 7 terapeuter og brukere ved et eldresenter. Disse rekrutteres ved at eldresenteret sirkulerer informasjonsskriv til interesserte på vegne av studenten. Prosjektet gjennomføres med tillatelse fra senterets leder.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Ombudet finner det sannsynlig at det skal registreres sensitive personopplysninger om helseforhold, jmfør personopplysningsloven § 2 avsnitt 8 c)

Prosjektet skal avsluttes 14.10.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres, og lyd- og video-opptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

### INFORMASJONSSKRIV TIL

### TERAPEUTER/FAGPERSONER VED ELDRESENTRET

#### FORESPØRSEL OM Å DELTA I STUDIE MED FOKUS PÅ SAMTALEN MELLOM DEG SOM TERAPEUT MED OG DEN ELDRE BRUKEREN PÅ ELDRESENTRET

Jeg er student ved Diakonhjemmet Høgskole og Masteroppgaven innebærer en undersøkelse/studie relatert til praksisfeltet.

#### **Tema for Masteroppgaven er hvordan samtaler terapeuten med den eldre bruker - med mål om endring ?**

For å finne ut av dette, ønsker jeg å kunne observere samtaler mellom deg som terapeut/fagperson og 2 eldre brukere.

Jeg vil bruke båndopptaker og være tilstede under observasjonen, for å kunne observere kroppsspråk og følelser som oppstår under samtalen både hos terapeut og eldre bruker.

Vi vil snakke sammen for å bli enige om hvordan dette kan gjennomføres i praksis, når samtalen foregår, hvor hen og hvilket intervall det skal være mellom samtalen.

Jeg ønsker tillatelse til å kunne sitere utsagn fra samtalen med den eldre brukeren i masteroppgaven.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til når som helst å trekke deg underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014.

Dersom du har lyst til å delta i denne studien, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer den til meg.

**Bruk av lydopptak er relevant å bruke under observasjonen av samtalen mellom deg som terapeut/fagperson og den eldre brukeren.**

Datamaterialet vil bli oppbevart forsvarlig, låst ned, lydbånd, når utstyret ikke er i bruk. På angjeldende minnekort eller lydbånd er kun opptak fra samtaler på dette eldresenteret i forbindelse med studien. Alt datamaterialet slettes når Masteroppgaven er levert og godkjent- innen utgangen av 2014.

**Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 92622704, eller sende en e-post til [janne.svensen@gmail.no](mailto:janne.svensen@gmail.no).**

**Du kan også kontakte min veileder Heidi Eng, 1.amanuensis ved Diakonhjemmet Høgskole på telefonnummer 90099755 eller ved å sende en e-post til [eng@diakonhjemmet.no](mailto:eng@diakonhjemmet.no).**

Studien er meldt til Personverneombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Janne Helen Svendsen

Skovveien 5

0257 OSLO

## **INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANTER**

### **TIL DEG/DERE SOM ER BRUKERE AV ELDRESENTERET**

#### **STUDENTPROSJEKT**

#### **FORESPØRSEL OM DU/DERE KAN TENKE DEG/DERE Å DELTA I STUDIE I FORBINDELSE MED EN MASTEROPPGAVE**

Jeg studerer Master i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmet Høgskole og holder nå på med den avsluttende Masteroppgaven.

#### **Temaet er hvordan samtaler terapeuten med brukeren av eldresenteret – med mål om endring**

Jeg er interessert i å finne hva som oppleves som "gode og givende", det vil si meningsfulle og inspirerende samtaler.

For å finne ut av dette ønsker jeg å observere 1 samtale mellom din kontakt/terapeut/fagperson på eldresenteret og deg som bruker.

Jeg vil kun fokusere på og konsentrere meg om det som kommer frem i samtalene. Derfor vil jeg ikke samle bakgrunnsopplysninger om deg. Det vil si det kun er det som er tema og innhold i de aktuelle samtalene.

Lydopptak er den måten jeg vil samle inn datamaterialet på. Lydbånd vil bli forsvarlig låst ned, og angjeldende lydbånd gjelder kun opptak på dette eldresenteret. Dere vil kunne høre opptakene, eventuelt høre de før de anvendes.

Jeg ønsker tillatelse til å kunne sitere utsagn fra samtalen i Masteroppgaven.

Jeg vil understreke at det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle

innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014.

Dersom du har ønske om å delta i studien, som innebærer observasjon av samtale mellom din kontakt, terapeut og deg, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer den til meg.

**Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 92622704, eller sende en epost til [janne.svendsen@getmail.no](mailto:janne.svendsen@getmail.no)**

Du kan også kontakte min veileder Heidi Eng ved Diakonhjemmet Høgskole på telefonnummer 90099755.

Studien er meldt til Personverneombudet forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Janne Helen Svendsen

Skovveien 5

0257 OSLO

## **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Signatur: \_\_\_\_\_ Telefonnummer:

**SAMTYKKEERKLÆRING**

**Samtykket innebærer**

**at jeg som bruker av eldresenteret, det vil si informant i denne masteroppgaven,**

**godkjenner at Janne Svendsen kan sitere utsagn fra meg som bruker i masteroppgaven.**

**Disse utsagnene er anonymisert. Det vil si navn, alder, kjønn eller hvilket eldresenter det gjelder ikke vil komme fram.**

**Sitatene, i form av utsagn, danner et viktig grunnlag for masteroppgaven.**

**Navn:\_\_\_\_\_**

**Telefonnummer:\_\_\_\_\_**

## **SAMTYKKEERKLÆRING**

**Samtykket innebærer å godkjenne at Janne Svendsen kan sitere fra transkripsjonene av samtalene du som terapeut/fagperson har hatt med i forbindelse med denne masteroppgaven. Det gjelder 2 samtaler med brukere på eldresenteret.**

**Sitatene, i form av utsagn, vil bli anonymisert. Sitatene danner et viktig grunnlag for masteroppgaven.**

**Navn:** \_\_\_\_\_