

# Rusbehandleres bruk av egne narrativer i terapeutisk praksis

Hvor åpen skal døra inn til våre narrativer være?

Ann Helen Bjerkan

Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave

Master i familierapi og systemisk praksis

Magfam 2010

Veileder: Per Jensen

Antall ord:

23703

Dato 03.11.2014



Rusbehandleres bruk av egne narrativer i terapeutisk praksis

**Hvor åpen skal døra inn til våre narrativer være?**

## Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om rusbehandlere og deres forhold til bruk av egne erfaringer og historier i sin yrkesutøvelse. Jeg har gjennomført forskningen med utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvilke refleksjoner gjør rusbehandlere seg rundt bruk av egne narrativer i terapeutisk praksis?*

Ut i fra min kjennskap finnes det lite forskning på dette temaet, både generelt sett og i rusfeltet. Fokus har gjennom tidene vært på rusmiddelmissbrukeren fremfor rusbehandleren. Innen familierapi har det kommet noe forskning på temaet, da om familierapeuters bruk av egne historier i terapi.

Narrativ teori har vekket min interesse fordi den sier noe om betydning livshistorien har for mennesket. Jeg har god erfaring med å bruke narrativ tilnærming i mitt virke som rusbehandler, da spesielt med tanke på nyskriving av historien. I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hva egen historie betyr for rusbehandlere i en terapeutisk sammenheng, her med undertemaer som blant annet private og profesjonelle grenser. For å finne ut mer om dette har jeg fordypet meg i teori om yrkesrolle, kommunikasjon, relasjon og narrativ etikk.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode og har gjennomført dybdeintervju av fire rusbehandlere. Analysemetoden var fenomenologisk reduksjon. Her ønsket jeg å fange enkeltindividets opplevelse, og samtidig å se hvordan dette temaet oppleves av flere enkeltindivider.

Jeg har kommet frem til at det kan være virksomt å bruke sin egen erfaring og historie i rusbehandling, så lenge man intervensjonerer med høy grad av bevissthet og etikk. Historiene og erfaringene som deles må være gjennomarbeidet, og brukes på en slik måte at det alltid er pasienten som er i fokus. Jeg anser det å bruke egne narrativer i terapi som profesjonelt, så fremt det skjer innenfor nevnte rammer. Videre tenker jeg at det å kunne snakke høyt om dette temaet blant kollegiale og i veiledning, vil høyne bevisstheten og etikken rundt bruken.

## Abstract

This master theses aims to addresses and consider the therapist's awareness of the usage of "own story" as a part of the professional practice in the meeting with patients with drug abuse. The starting point to my research was as follows: ***Which reflections will the therapist consider; concerning narratives from own story and experience from own life whilst preserving and therapeutic practices?***

As far as my knowledge goes, there has been little research done both generally and specifically on the therapist working in the field of drug addiction, on this matter. The focus has always been on the addict rather than on the therapist. In family therapy, on the other hand, some research has been carried out on the matter, especially on the therapist's use of own stories in family therapy.

The theory of Narratives has awoken my interest for the significance of the experience of- and for the therapist's own story. My experience, as a therapist in this field, is relatively good hence the *raison d'être*. I have therefore, in this thesis, taken a closer look at what meaning the usage of *own story* has for the benefit of the treatment in addict treatment, including the subtopics of private and professional boundaries as a significant part of it all. To address these topics properly, I have tried to go into depth in the theory behind professionalism, communication, relations and ethics conserving narratives. In this thesis I have chosen to use qualitative phenomenological analysis and interviews as my method for the research. My aim was to catch the individual's experience and meanwhile try to understand how this is understood by several individuals.

I have reached the conclusion that it may be beneficial to use own experience and story in therapy concerning addiction, as long as intervention with the highest form of ethics and self-awareness is present.

The work with the stories and experiences, being shared, is a necessity, and it has to be used in a way that the patient is always the primary objective and focus. I consider using own narratives in therapy as professional, as long as it is within certain frames. As a prorogation of this; I believe that discussing and debating these topics with colleagues and in counseling groups, will increase the awareness and ethics of the usage of narrative in therapy.

## Forord

Et narrativ som har dominert store deler av min oppvekst er: «Jeg er dum. Jeg har lurt alle til å tro at jeg er smart. Det er bare et spørsmål om tid før jeg blir avslørt». Dette tankesettet har preget meg på ulike stadier og arenaer i livet mitt. Det har påvirket min identitet, mine emosjoner, hvordan jeg er i møte med andre mennesker, både privat og profesjonelt. Det skjedde et vendepunkt for meg da en tidligere venn sa til meg: «Du må være jævlig smart da, hvis du har klart å lure deg gjennom både sosionom- og videreutdanning». Jeg har nyskrevet skolehistorien min, og i dag ser jeg annerledes på meg selv.

Hvis man tar utgangspunkt i narrativ teori, kan man anta at alle mennesker har narrativer som preger oss i mer eller mindre grad (Lundby 08; White 2009). Temaet jeg ønsker å forske på er hvor opptatt rusbehandlere er av sine egne narrativer, og hvordan de kan vises i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Jeg er en 38 år gammel kvinne som er utdannet sosionom med videreutdanning i psykisk helsevern. Jeg har 13 års arbeidserfaring i sosialt arbeid. Jeg har jobbet med barnevern (kommunal, privat, fylkeskommunal og statlig) og har de siste sju årene jobbet i rusbehandling. Mitt inntrykk fra grunn- og videreutdanning er at fokuset er på å se, forstå, hjelpe og støtte pasienten. I familierapi og systemisk praksis opplever jeg at det handler mer om å rette blikket mot terapeuten, mot oss selv. Hvordan blir vi som hjelper oppfattet, og hvordan kan vårt bidrag muliggjøre en endringsprosess?

Årsaken til at jeg har valgt rusbehandling er at dette nå er mitt fagområde, et felt som engasjerer meg. I tillegg opplever jeg at bruk av narrativ teori og metode ofte er nyttig for pasienter jeg jobber med. Mange av mine pasienter er preget av dominerende historier der hovedoverskriftene er: mislykkethet, uverdighet og smerte. Det er ofte ikke mye håp, mestring og glede i det første møtet. Jeg har opplevd at det å jakte på alternative historier og narrativer har bidratt til at pasientene får andre betegnelser og beskrivelser av og på seg selv. Nyskriving har skapt endring!

Etter sju år går en lang utdanningsreise i den systemiske verden mot slutten. Slutten på masterutdanningen, men begynnelsen på en praksis jeg håper vil vare i hele yrkeskarrieren min. Den systemiske tankegangen og tilhørende metoder har blitt en større del av meg, og dette er både nytt og spennende.

Reisen har vært lang, hard, morsom, utfordrende, gledelig, nyttig, lærerik, frustrerende, preget av håpløshet og oppgitthet, men også tro og vilje. Det har skjedd mye med meg både privat og faglig, yrkesmessig i løpet av disse årene. Det er med stor ydmykhet, respekt og takknemlighet jeg ser tilbake på timene sammen med mine informanter. Jeg blir stolt og berørt når jeg tenker på at de har valgt å være åpne ved å dele sine tanker og refleksjoner rundt valgte tema.

Jeg vil takke min gode kollega Ingebjørg Flatås for hennes engasjement i oppgaven. Hun har brukt mye tid og tankevirksomhet for å hjelpe meg, og i tillegg vært der og støttet når motet har sviktet og jeg har villet gi opp. Jeg vil også nevne at det å få jobbe systemisk med deg som kollega har vært en kilde til inspirasjon og glede. Jobbinga vår nytter, Ingebjørg!

Jeg vil også takke min kjære leder Åse Prestvik, som har strukket seg langt for å tilrettelegge for at jeg skal bli ferdig med denne oppgaven.

Jeg vil takke min kjære barndomsvenn Trude Jørgensen, for at hun alltid har tro på meg og støtter meg med visdom og kjærlighet. Ditt bidrag har vært uunnværlig.

Min kjære samboer Tom har hatt ansvar for mye i alle disse timene som jeg har brukt på studiet og i innspurten av masteren. Jeg vil takke ham og mine elskverdige barn, Lotta Margareth og Linus Nikolaii, for deres vesen og for at dere hjelper meg til å sette livet i et større perspektiv.

Til slutt vil jeg takke veilederen min Per Jensen for inspirasjon, støtte, veiledning og en liten dose humor.

## **“What is most personal is most universal”**

Carl R. Rogers<sup>1</sup>

Trondheim, november 2014

Ann Helen Bjerkan

---

<sup>1</sup> Sitat hentet fra Rogers (1985)

<sup>2</sup> Kontekst definert i 3.3

<sup>3</sup> Intervjuguide vedlagt i vedlegg nr.1

<sup>4</sup> Se vedlegg nr.3

<sup>5</sup> Se vedlegg 1 - Informasjonsskriv

# Innhold

Kapittel 1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.2 Forskningsspørsmål .....	11
Kapittel 2 Begrepsavklaring og eksisterende forskning .....	12
2.1 Begrepsavklaring.....	12
2.2 Forskning innen rusfaget.....	13
2.3 Forskning om hva som hjelper i terapi .....	14
2.4 Forskning på terapeutens rolle i terapi .....	15
Kapittel 3 Teori.....	16
3.1 Overordnet teoretisk forankring.....	16
3.2 Behandleren som del av systemet.....	16
3.3 Sammenheng .....	17
3.4 Narrativ teori .....	17
3.5 Yrkesrolle og kommunikasjon .....	18
3.6 Profesjonalitet.....	19
3.7 Terapeuten som et viktig redskap i terapi .....	21
3.8 Terapeutisk allianse.....	22
3.9 Selvavsløring .....	23
3.10 Narrativ etikk .....	23
Kapittel 4 Metode og design .....	26
4.1 Fenomenologi og hermeneutikk .....	26
4.2 Valg av metode .....	27
4.3 Planlegging av intervju .....	28
4.4 Utvalg og utvalgsriterier .....	30
4.5 Intervjuguide .....	32
4.6 Gjennomføring av intervju .....	32
4.7 Databehandling .....	33

4.8	Transkribering.....	33
4.9	Analyse av funn .....	34
4.10	Forskerrollen og selvrefleksivitet .....	34
4.11	Validitet og troverdighet .....	37
4.12	Reliabilitet og pålitelighet.....	38
4.13	Analyseprosessen.....	38
4.14	Hvordan var denne prosessen? .....	39
4.15	Oppsummering av analysen .....	41
<b>Kapittel 5 Resultater fra analysen .....</b>		<b>48</b>
5.1	Egen historie og oppvekst: Hvilke narrativer kan brukes i terapi og på hvilken måte kommer disse til uttrykk? .....	48
5.2	Terapeuten: rollen .....	49
5.3	Terapeuten og pasienten - relasjon.....	53
5.4	Terapeuten og pasienten – forandring .....	55
5.5	Jobbsammenheng: Hvordan brukes terapeutenes narrativer i terapi? .....	57
5.6	Jobbsammenheng: Bevissthet - hva blir terapeutene opptatt av når de bruker egne narrativer i terapi?.....	59
5.7	Etikk- profesjonelle grenseoppganger .....	60
5.8	Oppsummering av funn .....	62
5.9	Kritikk av resultatene .....	64
<b>Kapittel 6 Diskusjon og selvrefleksjon .....</b>		<b>66</b>
6.1	Er det profesjonelt å bruke sine egne erfaringer og historier i rusbehandling? .....	66
6.2	Kan bruk av egen erfaring og egne historier i rusbehandling skape god kommunikasjon og relasjon? .....	71
6.3	Avslutning .....	74
7	Litteraturliste .....	76
8	Vedlegg .....	80



## Kapittel 1 Innledning

Denne masteroppgaven handler om rusbehandlere og deres forhold til bruk av egne erfaringer og historier i sin yrkesutøvelse. Jeg har gjennomført forskningen med utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvilke refleksjoner gjør rusbehandlere seg rundt bruk av egne narrativer i terapeutisk praksis?*

Ut i fra min kjennskap finnes det lite forskning på dette temaet, både generelt sett og i rusfeltet. Fokus har gjennom tidene vært på rusmiddelmissbrukeren fremfor rusbehandleren. Innen familierterapien har det kommet noe forskning på temaet, da om familierapeuters bruk av egne historier i terapi.

Narrativ teori har vekket min interesse for hvilken betydning livshistorien har for mennesket. Jeg har god erfaring med å bruke narrativ tilnærming i mitt virke som rusbehandler, da spesielt med tanke på nyskriving av historien. I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hva egen historie betyr for rusbehandlere i en terapeutisk sammenheng, her med undertemaer som bl.a. private og profesjonelle grenser.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode og har gjennomført dybdeintervju av fire rusbehandlere. Analysemetoden var fenomenologisk reduksjon. Her ønsket jeg å fange enkeltindividets opplevelse, og samtidig å se hvordan dette temaet oppleves av flere enkeltindivider.

Oppgaven er delt inn i seks kapitler: Innledning, begrepsavklaring og eksisterende forskning, teori, metode og design, resultater fra analysen og diskusjon.

I innledningen presenterer jeg bakgrunnen for valg av tema, problemstillingen oppgaven tar utgangspunkt i, samt forskningsspørsmålene mine.

Videre søker jeg i kapittel to å avklare ulike begreper jeg kommer til å bruke, samt at jeg redegjør for allerede eksisterende forskning knyttet til mitt tema.

Kapittel tre inneholder redegjørelse for overordnet teoretisk forankring, samt annen teori jeg finner relevant. Jeg har fordypet meg i tema som narrativ teori, yrkesrolle og kommunikasjon, profesjonalitet, terapeuten som viktig redskap i terapi, terapeutisk allianse, selvavsløring og narrativ etikk.

I kapitlet om metode og design gjør jeg rede for overordnet forankring for forskningen knyttet til fenomenologi og hermeneutikk. Videre beskriver jeg valg av metode, planlegging av intervju, utvalg og utvalgs kriterier av informanter, intervjuguide, samt viser gjennomføring av intervju, databehandling og transkribering. Til sist beskriver jeg selve analyseprosessen, inkludert metode, validitet og reliabilitet og oppsummering.

Resultatkapitlet tar for seg funnene i analysen. Jeg har delt funnene i sju ulike kategorier: 1) Egen historie og oppvekst, herunder hvilke narrativer kan brukes i terapi og på hvilken måte kommer de til uttrykk. Deretter 2) terapeutens rolle, samt to ulike vinklinger på forholdet mellom terapeuten og pasienten: 3) relasjon og 4) forandring. Videre to kategorier fra jobbsammenhengen: 5) Hvordan brukes terapeutenes narrativer i terapi, samt 6) bevissthet herunder hva blir terapeutene opptatt av når de bruker narrative sine i terapi. Tilslutt kommer 7) etikk – profesjonelle grenseoppganger, samt en kort oppsummering av funnene og kritikk av disse.

I siste kapittel følger en diskusjon der jeg på grunn av oppgavens begrensning i lengde har valgt ut to tema for drøfting som begge omhandler bruk av egne narrativer i terapi: 1) Er det profesjonelt og 2) kan det skape god kommunikasjon og relasjoner?

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Med systemisk tilnærming til denne problematikken, opplever jeg at det å vende blikket mot seg selv som behandler blir veldig interessant. Jeg, i likhet med pasientene, er også preget av min historie på godt og vondt. I terapien har jeg vært i en utviklingsprosess hva gjelder dette. I begynnelsen av min karriere var jeg opptatt av å følge læreboka og å være tro mot metodene. Etter hvert kom jeg til en erkjennelse av at metodene er nyttige, men ble også opptatt av om det er noe annet som skaper grobunn for relasjon og endring hos dem jeg jobber med? Jeg opplevde at forholdet mellom begrepene profesjonell, privat og personlig var utydelig for meg. Med erfaring og trygghet begynte jeg å by mer på meg selv i terapien, både i forhold til hvem jeg er og mine følelser. Det har vært en krevende prosess, der jeg til tider har satt spørsmålsteget ved min egen profesjonalitet i forhold til dette. Jeg opplevde som nyutdannet i 2001 at dette med å bruke seg selv og sin egen historie ikke var noe man snakket så mye om. Enkelte ganger kunne jeg kjenne på at det var tabubelagt også.

I min modningsprosess som menneske, terapeut og fagperson har jeg kommet frem til at «jeg» er viktig i terapeut- pasient relasjonen, og at det er viktig å være bevisst seg selv og sin egen historie. Jeg har også gode erfaringer med å dele små «snutter» av min historie til mine pasienter.

Min intensjon med å bruke egne narrativer, er alltid for å hjelpe pasienten. Min erfaring er at jeg får raskere kontakt, og at det er lettere å skape trygghet i relasjonen. Videre at det kan hjelpe pasientene til å forstå seg selv og sine følelser bedre, og at mine erfaringer kan skape gjenkjennelse for dem. Jeg er nysgjerrig på hva andre rusbehandlere tenker rundt dette temaet. Er det noe som opptar andre, i hvilken grad er de opptatt av dette og hvordan praktiserer de så bruken av egne narrativer? Jeg vil understreke at jeg i denne undersøkelsen vil etterstrebe å ha et åpent sinn i forhold til dette. Jeg har ikke noen fasit i forhold til temaet, og at jeg tenker dermed ikke at andre må praktisere dette slik som meg. Jeg er oppriktig nysgjerrig på hvilke refleksjoner og erfaringer andre rusbehandlere har, og gleder meg til og utforske dette nærmere i tråd med min problemstilling: *Hvilke refleksjoner gjør rusbehandlere seg rundt bruk av egne narrativer i terapeutisk praksis?*

## **1.2 Forskningsspørsmål**

Jeg vil nå presentere forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen. De er utformet med tanke på å kunne utdype problemstillingen min. «Forskningsspørsmål er forskerens begrepsmessige og teoretiske spørsmål knyttet til temaet» (Kvale og Brinkmann 2009: 323). Spørsmålene er knyttet opp mot min erfaring med temaet, min historie og forforståelse, samt teoretisk kunnskap jeg har tilegnet meg i denne prosessen.

- Hva legger behandleren i begrepene privat, personlig og profesjonell?
- Hvordan kan behandleres egne narrativer forstås i lys av disse begrepene?
- Hvordan tenker behandlere at grunnutdanningen har formet synet på dette temaet?
- Hvordan tenker behandleren at arbeidsplassens kultur påvirker synet på dette temaet?

## **Kapittel 2 Begrepsavklaring og eksisterende forskning**

Jeg vil videre presentere fagfeltet som jeg skal forske på. Videre vil jeg gjøre rede for sentrale begreper som brukes i oppgaven. Her blir det viktig å forklare hva jeg legger i begreper jeg benytter meg av i problemstillingen og oppgaven. Her vil jeg klargjøre begreper som: behandler, narrativer, rusbehandling og psykoterapi.

### **2.1 Begrepsavklaring**

Fagfeltet jeg skal forske på er Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rusmiddelavhengige ble ved Rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. De rusmiddelavhengige har nå de samme pasientrettigheter som andre pasienter innen spesialisthelsetjenesten (Hole 2014). Lovverket som regulerer rusmiddelavhengiges rettigheter til behandling og som regulerer deres rettigheter under behandling, er «Lov om pasient- og brukerrettigheter» (Helse og omsorgsdepartementet 2013/2013c).

Tverrfaglig spesialisert behandling innebærer at behandlingstilbudene i stor grad er sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Tilbudene består både av polikliniske tjenester, døgnbaserte avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon.

Rusbehandling for Trøndelag og Møre og Romsdal er organisert under Helse Midt-Norge. Helseforetaket eier tre klinikker og har driftsavtale med sju andre aktører deriblant Lade Behandlingscenter, Blå kors hvor jeg er ansatt.

Jeg definerer begrepet rusbehandler vidt. Min opplevelse er at noen definerer kun dem som formelt sett har en tittel som rusbehandler inn i begrepet som behandler. Jeg tenker annerledes rundt dette. Min oppfattelse av hva behandling er, og hvem som kan defineres som behandlere, er relativt vidt. I en rusinstitusjon er det ofte flere ulike yrkesutøvere og titler som gjelder. Vanlige titler er behandler, terapeut eller miljøterapeut. Det som ofte skiller de to ulike rollene er at behandlere jobber på dagtid og miljøterapeuter jobber turnus. I en innleggelse er det den totale behandlingen som kan utgjøre en forskjell for pasientene, ikke de ulike rollene. For meg er derfor en som jobber som miljøterapeut like mye behandler som en som har behandler som formell tittel.

Ordet «narrativ» kommer fra det engelske språket og betyr fortelling, skildring, eller beretning (Jensen og Ulleberg 2011). «Narrativer oversettes med historiefortelling» i følge Lundby (2009:23). Jeg vil i oppgaven bruke forskjellige ord på begrepet narrativ: fortellinger, erfaringer og livshistorie. Mine informanter brukte disse begrepene om en annen i intervjusituasjonen, og det er dermed også naturlig for meg å ha dem med i min skriftliggjøring.

Min erfaring fra rusfeltet er at begrepene rusbehandling og terapi brukes om en annen i dagligtalen. Kan forskning og teori på psykoterapi være relevant for rusbehandling? Det finnes mange former for psykoterapi, et overordnet mål for de fleste retningene er å øke selvinnsett og mestring (Reichelt 1996). Dette er sammenfallende med deler av målsetningen innen rusbehandling og endringsarbeid (Berg og Miller 1998). Hole (2014) sammenligner rusbehandling, behandling av psykiske lidelser og behandling av mellom-menneskelige problemer. Alle behandlingsformene skjer med utgangspunkt i en terapeutisk tilnærming. Hole (2014) ser at det er klare likhetstrekk med psykoterapi og rusbehandling. Begge tilnærmingene handler om å skape en relasjon, som igjen kan være grobunn for et målrettet og tidsavgrenset samarbeid der pasienten og behandleren møtes i en kontekst<sup>2</sup>. I lys av dette velger jeg å betegne teori og forskning fra psykoterapifeltet som relevant for rusbehandling. Jeg velger derfor å bruke forskning og teori fra psykoterapifeltet i denne oppgaven.

## **2.2 Forskning innen rusfaget**

Forskning på rusfeltet har de siste 20 årene i stor grad omhandlet rusmidler (Sosial- og helsedirektoratet 2004/2005; Sirius 2010b/ 2012 Sirius; 3/2013; Folkehelseinstituttet 2014/2014b) og rusmisbrukeren selv. Det har blitt forsket blant annet på å finne mer ut av hvem rusmiddelmissbrukeren er: alder, kjønn, utdanning, sivilstatus og lignende (Sirius 2010b; Brorson 2013; Hole 2014). Med få unntak har det blitt forsket på behandlingstilbudet (Lauritzen, Ravdal og Larsson 2012; Sirius 6/2012) og ut i fra min kjennskap til feltet, aldri på rusbehandleren.

Antallet rusmiddelmissbrukere som ikke gjennomfører behandlingen er stort. Det er faktisk flere som avslutter behandlingen enn som fullfører den (Brorson 2013). Venteliste er et kjent fenomen i behandlingssammenheng, det være seg innen somatikk, psykiatri og rusbehandling.

---

<sup>2</sup>Kontekst definert i 3.3

Hvorfor jobbe med å få bort ventelister i rusbehandling, dersom det allikevel er få som gjennomfører den, uttrykker Brorson (2013)?

Nyere forskning om rusbehandling har kommet frem til flere risikofaktorer i forhold til hva som påvirker «drop-out» (Brorson, Arnevik og Hendriksen 2013). Rusmiddelmissbrukerens kognitive fungering, psykiske helse (personlighetsforstyrrelse) og alder (ungdom avslutter behandlingen oftere enn eldre). En annen viktig risikofaktor er lav behandlingsallianse (ibid.). Jeg kommer nærmere tilbake til dette begrepet under neste punkt og også under teoridelen om terapeutisk allianse. Jeg forstår dette og behandlingsallianse som det samme.

### **2.3 Forskning om hva som hjelper i terapi**

Behandlingsallianse er relasjonen mellom terapeut og behandler (Ackerman og Hilsenroth, 2003). I følge Tilden er det « solid evidens for at klientenes tidlige vurdering av allianse, samt empati, varme og genuinitet hos terapeuten predikerer terapiutfall» (Hole 2014:110). Relasjonen mellom terapeut og pasient kan påvirke behandlingseffekten i terapi (Orlinsky, Grawe og Parks 1994). Forskning viser at en god behandlingsallianse blant annet handler om at pasienten føler seg trygg sammen med terapeuten, at de har en følelse av å jobbe mot felles mål, at pasienten opplever en god relasjon med terapeuten og at begge har tro på den terapeutiske prosessen. Når terapeuten er fleksibel, ærlig, respektfull, varm, interessert, åpen og uttrykker tillit til pasienten, vil dette kunne påvirke alliansen positivt. Videre bør terapeuten blant annet være undrende, reflekterende, kunne gi uttrykk for følelser og være oppmerksom overfor pasientens behov (Ackerman og Hilsenroth 2003).

Hubbel, Duncan og Miller (1999) har forsket på psykoterapi og hvilke faktorer som er betydningsfulle for å oppnå et godt terapeutisk resultat. Forskningen viser at metodene sammenlignet med relasjonen mellom terapeut og pasient er like viktige elementer i terapien for å få et vellykket terapeutisk utfall. Forskningen i psykoterapifeltet forteller oss at terapeuten som person er viktig i behandlingen, og den sier noe om hvilke sider eller egenskaper som kan være viktig for at behandlingen skal være nyttig og effektiv for pasienten (ibid.). Slik jeg ser det har psykoterapi og rusbehandling likhetstrekk. Begge behandlingsformene har som mål å hjelpe mennesker til å endre uhensiktsmessige mønster. Opplevelsen av mestring, vil igjen skape en bedre livssituasjon for pasientene.

## 2.4 Forskning på terapeutens rolle i terapi

Nyere forskning fra USA har kommet frem til et nytt fagområde som blir betegnet som «mellommenneskelig nevrobiologi». Fagområdet forener utviklingspsykologi, nevroforskning, stressforskning og traumeforskning. Det handler om at krenkede mennesker trenger å bli overøst med påfyll av det de ikke har fått av for eksempel omsorg, stimulans og trygghet. En slik kompensering av mangler tenkes å kunne endre grunnstemningen i hjernen over tid.

Konklusjonen er at metodene i hjelpearbeid bare teller 1/5, og at relasjonen har størst betydning. Hjelperen må derfor være både godt kjent med og trygg på seg selv, og må kunne regulere egne følelser for å kunne gi virksom behandling. Det er essensielt for hjelperen å være god på relasjonsbygging. Terapeutene må være tillitsbyggere, som vet hva de kan gjøre når metodene ikke strekker til (Dønnestad, Steinkopf og Albæk 2013).

Min erfaring er at mange av de menneskene jeg har jobbet med i rusbehandling opplever å være krenket, og mange har hatt traumatiske opplevelser i barndom og oppvekst. Slik jeg ser det er forskning på traumebehandling viktig kunnskap for å jobbe med rusmiddelmissbrukere. Dette fordi mange pasienter oppgir nettopp slike opplevelser som bakenforliggende årsak til at rusmiddelmissbruket startet og også til opprettholdelsen av rusingen.

## **Kapittel 3 Teori**

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på teori som kan være med å belyse det informantene har formildet i intervjuene. Videre vil blant annet teorien kunne understøtte funnene i drøftelsen.

### **3.1 Overordnet teoretisk forankring**

Studien vil ha en overordnet postmodernistisk teoretisk forankring. Det postmodernistiske perspektivet sier noe om at den objektive sannhet ikke eksisterer. Sannheten finnes bare som en sosial konstruksjon som produseres via språket mellom mennesker. Et sentralt begrep innen det postmodernistiske perspektivet er sosialkonstruksjonisme (Kvale og Brinkmann 2009). Den anser at menneskers utvikling skjer i samhandling med andre mennesker via språket. Forståelse av virkeligheten skjer i en kulturell kontekst (Hårtveit og Jensen 2004). For meg vil dette bety at jeg som forsker må ha en ydmyk holdning til informantene og materialet jeg innhenter.

Informasjonen som kommer frem i intervjuene, kan gi meg kunnskap om det som skjer i møtet mellom meg som forsker og informanten. I møtet er det viktig å reflektere over min rolle som forsker og hvordan dette påvirker i møtet med informantene. Videre at informanten også påvirker forskeren i intervjusituasjonen. Jeg skal videre redegjøre for systemteori.

### **3.2 Behandleren som del av systemet**

Systemteori ble lansert blant annet lansert av Ludvig von Bertalanffy rundt 1920 (Hårtveit og Jensen 2004). Han satte spørsmålstegn ved den kausale årsaksforklaringsmodellen. Han mente at alle levende vesener var del av systemer. Det ble viktig å ha fokus på samspillet mellom de ulike elementene innen systemet, heller enn å studere hvert enkelt element for seg. «Et hvert slikt system er mer enn summen av delene» (Hårtveit og Jensen 2004: 54). Innen systemisk tenkning vil dette si at elementene i et system henger sammen og påvirker hverandre gjensidig.

Dette inkluderer behandleren i systemet «behandler-pasient». Det er derfor ikke mulig for behandleren å være nøytral og stille seg utenfor systemet som en observatør (Hårtveit og Jensen 2004). Jeg tenker at dette også er gjeldende i relasjonen mellom meg som forsker og mine informanter. Derfor vil det være viktig at jeg har høy bevissthet rundt min påvirkning i intervjusituasjonen.



### **3.3 Sammenheng**

Kontekst er et av de sentrale begrepene som Gregory Bateson har utviklet i sin teori. Bateson mener at kontekst betyr menneskers psykologiske forståelsesramme eller vår personlige observasjonsramme. I følge Bateson forstår vi aldri noe løsrevet fra vår tolkning og søker alltid å skape en mening ut av det vi observerer. I en situasjon velger vi ut noe som fanger vår oppmerksomhet og tolker ut i fra det (Jensen og Ulleberg 2011). God kommunikasjon avhenger av konteksten (Røkenes og Hanssen 2006). Et eksempel på dette kan være at jeg i intervjusituasjonen blir opptatt av noe spesielt som informantene sier og følger opp dette. Dette kan være noe som informantene selv anser som viktig i denne sammenhengen.

### **3.4 Narrativ teori**

Fortellinger står sentralt i menneskers liv. I følge narrativ teori er det å tenke og handle ut i fra ens egne historier grunnleggende i forhold til oss mennesker. Det er en prosess som skaper mening i menneskenes tilværelse. Videre påvirker det hvordan vi tenker og handler i forhold til oss selv, livene våre og hvordan vi forholder oss til og kommuniserer med andre mennesker. Gregory Bateson var opptatt av at historier binder alle levende mennesker sammen. Vi kommuniserer historier som skaper mening for oss (Jensen og Ulleberg, 2011). «Alle historiene er fortalt av noen til noen, altså i en relasjon» (Jensen og Ulleberg, 2011: 240).

Historiene skapes i samhandling med andre mennesker i en kulturell kontekst (Lundby 2008; Lundby 2009; White 2009). Historiene som preger oss er noen av mange mulige historier, men på grunn av våre erfaringer er det bare et fåtall historier som vi er bevisste på. I terapi vil man innen narrativ praksis søke å synliggjøre de ennå skjulte, men eksisterende historiene om menneskers liv. De dominerende, problemskapende historiene kommer i bakgrunnen, og de nyskrevne historiene om menneskers liv blir forstørret og tydeliggjort.

En pasient på 55 år som jeg jobbet med har en datter og et barnebarn som han er svært glad i, men opplevde da at han kun var en belastning for dem grunnet sin alkoholavhengighet. I en familiesamtale med datteren ble det tydelig for pasienten at han er viktig for både datteren og barnebarnet. Datteren fortalte sin historie fra sin barndom som bar preg av mye glede og varme. Hun beskrev en far som også kunne være tilstede og fortalte videre hvor viktig han nå var for det lille barnebarnet.

Datterens perspektiv og tanker ble således en start for denne mannen til å erkjenne at han var noe annet enn bare en belastning for sine nære. Han fikk muligheten til å begynne å la den dominerende, problemskapende historien få mindre plass i sin tilværelse (Lundby 2008; Lundby 2009; White 2009).

### **3.5 Yrkesrolle og kommunikasjon**

Ut i fra min erfaring er rusbehandler og terapeut titler som brukes om hverandre i rusfeltet. Jeg velger å bruke begrepet behandler i denne oppgaven fordi det er min tittel ved min arbeidsplass. Behandlere kan ha ulike grunnutdanninger som sykepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og psykologer.

Vellykket rusbehandling forutsetter en tverrfaglig innsats som jobber med endring i forhold til rus, psykisk- og somatisk helse, sosiale problemer og nettverk. Det er også viktig å ha fokus på rusavhengiges familie eller pårørende (Lossius 2011). Dette krever et helhetssyn som jeg tenker er i tråd med den systemiske tenkningen, jf. punkt 3.2 om sammenheng.

Kommunikasjonsferdigheter er grunnleggende i all menneskelig kontakt og er fundamentalt også i rusbehandling. Kommunikasjon omhandler budskap som formidles fra avsender til mottaker. God kommunikasjon handler om at meningen fra avsender blir forstått av mottaker i tråd med avsenders intensjoner. Det sier seg selv at dette er krevende å få til.

I behandling møter man en del andre kommunikasjonsutfordringer og muligheter enn det man gjør i dagliglivet. Yrkesrollen består av to gjensidig viktige elementer: *Relasjonskompetanse* og *handlingskompetanse*. Relasjonskompetansen handler om at man samhandler med pasienten på en slik måte at det gir mening for pasienten. Kommunikasjonen skal ivareta den overordnede intensjonen (rusbehandling) uten å krenke den andre. Handlingskompetanse handler om at du som yrkesutøver er i stand til å gjøre noe med den andre eller for den andre. Hos en dyktig fagperson er begge elementene godt integrert i yrkesrollen (Røkenes og Hanssen 2006).

Det viktigste er i følge Røkenes og Hanssen (2006) allikevel at man etterstreber å møte hele menneske, dvs å møte mennesket som et subjekt og ikke redusere mennesket til et objekt. Som behandler kommuniserer man ut fra det mennesket man er og sitt subjektive utgangspunkt. Denne subjektive virkelighetsoppfatning kaller Røkenes og Hanssen (2006) *egenperspektivet*.

I dette perspektivet bringer man inn hele sin person med personlighet, verdier, holdninger, kunnskaper og for-forståelsen. Nettopp fordi man tar med hele seg selv inn i kommunikasjonen, blir det viktig å bli kjent med seg selv og dermed ha et bevisst forhold til hvem vi er, vår «ryggsekk» og våre erfaringer. Yrkesutøveren bør reflektere over hvordan disse erfaringene påvirker arbeidet man utfører. Videre ha et bevisst forhold til hvilke verdier og hvilket menneskesyn man har.

I følge Røkenes og Hanssen (2006) handler det om å forsøke å være tilstede med hele seg selv i møte med pasienten. Slik kan man bli bedre i stand til å ta vare på både egne interesser som fagperson og pasientens behov. De ser det som en riksiko for en selv og pasienten hvis yrkesutøveren ikke kjenner seg selv godt nok. Eksempler på dette kan være at man ikke mestrer å se sin egen begrensning og sette grenser. Faren er at man kan bli utbrent. I forhold til pasienten kan man invadere en annens liv, og i verste fall utsette dem man jobber med for krenkelser.

Å være profesjonell innebærer at man har tilegnet seg fagkompetanse, verdier, normer og regler som kjennetegner en bestemt yrkesgruppe. De fleste yrker har yrkesetiske retningslinjer som skal være veiledende i forhold til hvordan mennesker handler i yrkessammenheng. Profesjonalitet er et relasjonelt begrep (Røkenes og Hanssen 2006). Videre skal jeg utdype begrepet profesjonalitet.

### **3.6 Profesjonalitet**

Rundt 1900- tallet skjedde det en stor endring i forhold til hvor ansvaret for menneskets psykiske helse skulle ligge. Storfamiliens private ansvar for medlemmenes psykiske helse ble overlatt til de psykososiale profesjonene. De profesjonelle tok betaling for hjelpen, og det utviklet en avstand mellom hjelper og hjelpetrequende: «den profesjonelle avstand». I følge den danske sosialrådgiveren og psykoterapeuten, Susanne Bang (2003), har begrepet vært utsatt for mange misforståelser og diskusjoner. Hun beskriver på den ene siden hjelperen som likeglad, formell i stilen og effektivitetsorientert. På den andre siden hjelperen som har tro på at det å dele alt med klienten er det er virksomt. Eksempler på dette kan være fra 1970- årenes klientkollektiver, der de bodde, delte alle gjøremål i hverdagen, måltider og økonomi sammen (ibid.).

I dette kontinuumet må den profesjonelle behandleren finne sitt eget profesjonelle ståsted. Bang (2003) sier også at det vil være store individuelle forskjeller fra behandler til behandler, men varierer også i forhold til hvilke pasienter man møter. Behandlere vil ha tanker om hva som er mest hensiktsmessig for pasienten, men også tanker om hva som er mest hensiktsmessig for dem selv. Noen vil ha et bevisst forhold til dette temaet, andre ikke. Alle mennesker er sosialisert inn i en kultur som påvirker hvordan vi opplever og handler i livet. Dette i tillegg til at mennesker har forskjellige personlige grenser, vil igjen påvirke hvordan vi forstår og forholder oss til dette temaet. Utdanningsinstitusjonene vil også formidle kunnskap og holdninger i forhold til profesjonalitetsbegrepet, som i likhet med nyutdannedes første arbeidssted, har en tendens til og sette spor (Bang 2003).

Mange behandlere har tidligere vært opptatt av å finne en passende distanse og har tolket begrepet å være profesjonell som å være kjølig, fjern og uengasjert. Bang stiller spørsmål ved hvorfor denne oppfattelsen har fått rotfeste. Dette på tross av at diskusjoner og tolkninger innlysende er en selvmotsigelse (Bang 2003). Årsakene til dette kan være mange, men Bang tenker at dette handler mindre om fag, og mer om et allmennmenneskelig ambivalent forhold til å ta innover seg andres smerte og nederlag.

Bang (2003) stiller videre spørsmål ved hvor mye en god og kompetent behandler kan la seg bli påvirket av pasienten. De fleste behandlere i dag vil være enige i at man kan la seg påvirke av pasienten, bli emosjonell, forvirret og berørt av deres smerte. Da å bli emosjonell, forvirret og berørt på en måte som ikke i for stor grad går utover pasienten. Bang (ibid.) beskriver dette som et ideal, men som ikke alltid er like lett å gjennomføre i praksis.

I arbeid med mennesker er det viktig å etterstrebe og være autentisk. Det at behandleren har kontakt med sine følelser, kan være viktig for å være ekte i kontakten med pasienten. Det å være uekte eller tilgjort, kan skape distanse. «Kroppen vet, og det avslører deg» (Røkenes og Hanssen 2011: 107) Slik jeg forstår Røkenes og Hanssen, handler dette om at behandlerens følelser og reaksjoner kanskje er mer tydelig for pasienten enn det vi tror? Det vil derfor være viktig å ha et bevisst forhold til dette. Magefølelse kan handle om «kroppslig, emosjonell feedback som gir en intuitiv opplevelse av hva som er rett og galt» (Damasio i Røkenes og Hanssen 2011:108). Behandlerens følelser er da en viktig kilde til forståelse i behandlingen.

I denne sammenheng nevnes det at magesfølelse og intuisjon kan være svært viktig å ta på alvor, fordi det kan hjelpe behandleren til å forstå pasienten og situasjonen. Videre kan det minske distanse og skape nærhet.

Behandlere som kjenner igjen deler av pasientens historie, vil kunne identifisere seg med pasientens problem og vil kunne kjenne på felleskap med pasienten. Hvis våre egne historier skal være til gagn for pasientene, må den profesjonelle ha et bevisst forhold til egne reaksjoner og håndteringen av disse (Bang 2003).

Forskning på lærere og deres livshistorie, fant en sammenheng mellom lærernes livshistorie, kulturelle bakgrunn, klassetilhørighet og yrkesutøvelsen. Disse aspektene påvirket hvordan lærerne utøvde arbeidet sitt, og han så også at det påvirket hvordan de forholdt seg til elever i konkrete situasjoner. Dette er overførbart til andre yrkesgrupper (Goodson i Jensen og Ulleberg 2011).

Noen behandlere opplever kritiske hendelser på jobb eller i sitt privatliv som påvirker hvordan de utøver sin jobb. Dette kan bli betydningsfulle erfaringer som yrkesutøveren tar med seg videre i livet. Erfaringen kan gjøre at en blir mer direkte i sine spørsmål til pasienten (Jensen og Ulleberg 2011).

I terapi er grenseoppgangen mellom det å være personlig på en profesjonell måte og det å bli privat for mange utydelig. Det skal være forskjell på yrkesutøveren som privat person og som yrkesperson i terapi. Hvis fagpersonen blir for privat, kan det skape usikkerhet hos pasienten. Pasienten kan få urealistiske forventinger til den profesjonelle, som igjen kan skape følelsesmessige problemer i relasjonen. Blir man igjen for opptatt av å ikke bli for privat, kan dette igjen skape avstand og vanskeliggjøre en god relasjon. Det å føle seg trygg er viktig for å kunne kommunisere godt og ha muligheten til å åpne seg for den profesjonelle. Det er vanskelig å vite hvor grensene mellom privat og personlig går. Røkenes og Hanssen (2006) sier at yrkesutøveren i stor grad selv må finne ut av dette.

### **3.7 Terapeuten som et viktig redskap i terapi**

Professor emeritus i Psykiatri, Yalom (1999), er opptatt av at den terapeutiske distansen er lite hensiktsmessig, og at det å bruke seg selv i terapi er riktig og viktig. Terapeutens følelser i møte med pasientene er et viktig redskap som man kan benytte seg av i terapi.

Det kan være en indikator på hvordan andre mennesker opplever denne pasienten. Han er opptatt av at terapeuten kan vise affekt i terapi. Disse elementene kan ha positiv effekt i forhold til å oppleve trygghet og være relasjonsskapende. Han sier at åpenhet hos behandler fører til åpenhet hos pasienten (ibid.). Yalom er mer opptatt av den terapeutiske handling, enn av det terapeutiske ord. Han sier at det kan være at han ringer en pasient som er nedbrutt eller suicidal. Han velger å bruke tid på dette, fordi pasientene opplever det som viktig. Han er opptatt av å ha et nært forhold til sine pasienter, men sier at det krever en stor bevissthet hos terapeuten. Det å ha kjennskap til og være bevisst sine «blindflekker» i størst mulig grad, er nødvendig for å kunne bruke seg selv aktivt i terapi (ibid.).

Han er videre opptatt av å skape et ekte møte mellom terapeuten og pasienten, og mener at dette ikke er mulig dersom terapeuten er helt ugjennomsiktig. Grensen til Yalom på å dele fra sitt private liv i terapi er lav. Han velger å dele fordi det kan oppleves som trygghets- og relasjonsskapende, samt at terapeuten kan bli en rollemodell for pasienten ved å være åpen og dele av seg selv. Det terapeuter frykter mest ved åpenhet, er i følge Yalom (1999), at den aldri skal ta slutt, da i form av at pasienten vil kreve fortsatt åpenhet hvis terapeuten først har fortalt noe. Erfaringene til Yalom er det motsatte, nemlig at de fleste pasienter tar imot informasjon uten å spørre ytterligere.

### **3.8 Terapeutisk allianse**

En god allianse mellom terapeut og pasient er viktig for at terapien skal virke. Flere faktorer bidrar til god alliansebygging. Da blant annet at pasient og terapeut liker hverandre, har felles holdepunkter; samme intellektuelle refleksjonsnivå og lik humor. I tillegg at pasienten gjør terapeuten god med sine bidrag ved å bekrefte og engasjere terapeuten (Solberg 2014). Videre at både pasienten og terapeuten viser mot, noe som henger sammen med endring og alliansebygging. Pasienten viser mot i form av å gå i terapi, noe som innebærer å være åpen overfor terapeuten og å overvinne frykt.

Terapeuten på sin side viser mot i form av å inngå i relasjonen, når en konsekvens kan være å miste pasienten når som helst som i behandlingsforløpet. Mot kan også vises hos terapeuten på annet vis ved at man velger å gå utover sine vanlige rammer. Dette for eksempel ved å ta kontakt utover avtalte terapitimer via SMS eller telefonkontakt for å holde på alliansen.

Forskning viser at en bestemt metode ikke predikerer bedre utfall enn en annen, men at alliansebygging er en av de mest sikre faktorene for vellykket terapi. Videre viser forskningen også at det ikke er vendepunktet i terapi som er vesentlig for en vellykket behandling, men kontinuiteten i behandlingen, nemlig det å stå i relasjonen over tid (ibid.).

### **3.9 Selvavsløring**

I den psykodynamiske tradisjonen har tidligere det å bruke seg selv i terapi vært forbundet med risiko. Da i forhold til begreper som «overførings- og motoverføringsprosesser». Det terapeutiske idealet har vært å forholde seg nøytralt og anonymt, og det å bruke seg selv i terapi kunne forstyrre den terapeutiske prosessen (Anderson og Mandell 1989).

«Selvavsløring» («Self-Disclosure») er et begrep som omhandler at terapeuten bruker seg selv i terapi. Det finnes ulike definisjoner på begrepet. Selvavsløring kan sees på som «muntlige utsagn som avslører noe personlig ved terapeuten» (Hill og Knox 2002: 8). Eksempler på dette kan være at terapeuten nevner noe personlig i terapien fordi det pasienten sier eller gjør er gjenkjenbart. Anderson og Mandell (1989) definerer det mer spesifikt med å si at utsagnene handler om terapeutens historie eller erfaringer. Ordet «selvavsløring» oppfatter jeg som negativt ladet, det handler om at «å avsløre» noe er å bringe frem noe som tidligere har vært skjult. Avsløre har flere betydninger, avhengig av sammenhengen. Synonymer til ordet å avsløre er blant annet *å angi*, *å anmelde*, *å avdekke* og *å avklare* (Synonymer.no). For meg er dette ord som er negativt ladet. Jeg velger likevel å bruke begrepet selvavsløring i oppgaven. Dette fordi terapeuten slik jeg ser det, kan bevege i spennet mellom å ha døra til egne narrativer helt lukket til å ha den helt vidåpen. Kanskje kan man kalle det selvavsløring dersom terapeuten ukritisk deler av eget materiale?

### **3.10 Narrativ etikk**

Narrativ etikk handler om at mennesker er sine livsfortellinger. Det er en forbindelse mellom fortellinger i språket og menneskers erfaring og livshistorie. Vi handler ut i fra livshistorien, og den påvirker vår identitet. Hva vi forteller om oss selv (livshistorien), hva andre forteller om oss og hva kulturen forteller til oss, blir avgjørende i forhold til hvordan vi oppfatter og tolker det som skjer rundt oss. Videre påvirker det hvilke vurderinger og handlingsvalg vi tar.

I følge Hovland Indrebø (2011) har behandlerens personlige fortelling stor innflytelse på hvordan man tenker, ser og handler i hjelpekonteksten. Livshistorien er sammensatt av blant annet oppvekst, hvilke relasjoner man har i livet sitt, oppdragelse og utdanning. Profesjonens livshistorie handler blant annet om hvordan man forstår sin egen rolle som sosialarbeider, hvilke handlingsalternativer som er mulig innen det profesjonelle, både muligheter og begrensninger. Videre er Hovland Indrebø (2011) opptatt av at institusjonen har egne fortellinger i forhold til hvilket type profesjonelt arbeid som utføres her og hvordan. I tillegg har institusjonen både erfaring som sosial praksis i et større samfunn og som fortelling om et konkret «hus», samt at den har en fortelling om en kultur på den arbeidsplassen.

Hovland Indrebø (2011) mener det er viktig at terapeuten reflekterer over egen livshistorie, fordi dette er en måte å bli kjent med egne verdier, forestillinger og fordommer på.

Livshistorie har innvirkning på hva behandleren sier og gjør i hjelpekonteksten, hva behandler føler og hvilke vurderinger behandler tar. Videre vil det som andre kollegaer mener, samt andre ytringer og handlinger i jobbkonteksten, også påvirke behandleren i samspillet med pasienten.

Hovland Indrebø er opptatt av at hjelpere har stor innflytelse over pasienters liv og skjebne ved sin fortolkning. Behandlerne vurderer, kategoriserer og diagnostiserer ofte pasienten og har således mye makt over den andres liv. Det er viktig å være bevisst dette hver gang vi «ser» en pasient. Hva er det vi velger ut som det viktigste i møte med pasienten, hva blir vi opptatt av og hvorfor det? Hva vektlegger vi ikke og hvorfor ikke det? Alt dette blir i følge Hovland Indrebø påvirket av våre livshistorier. «Fortellinger er også i denne sammenhengen hovedkilden til kulturens emosjonelle liv» (Hovland Indrebø 2011: 6).

Følelser og fortellinger henger sammen i form av at de begge er en del av sosiale konstruksjoner, der vi som sagt erfarer verden i samhandling med andre mennesker via språket (Hovland Indrebø 2011). Både egne og andres fortellingene lærer oss hvordan vi skal føle i ulike situasjoner. Behandleren må i følge Hovland Indrebø (2011) våge å være sårbar i møte med pasienten, fordi begges forståelse kan komme til å endres i møtet mellom dem. Fortellingene man hører fra pasienten kan vekke motstand i terapeuten. Man bør da forsøke å forstå i stedet for å mene noe om det. Hun sier at det er viktig å forsøke å utvide fortellingen med åpne spørsmål, slik at man kan få en «tykkere» historie. Hennes erfaring er at hvis man får til dette, vil ofte fortellingen inneholde flere gjenkjennbare trekk fra ens eget liv.



En gang jobbet jeg med en kvinne som hadde misbrukt sitt eget barn. Det å misbruke et barn er noe jeg tar sterk avstand fra og som vekker mange vonde følelser i meg, spesielt etter at jeg har fått barn selv. Da jeg ble kjent med denne kvinnen, var hennes fortelling full av vonde opplevelser: Hun hadde selv blitt misbrukt og utsatt for psykisk terror og fysisk vold. Ved å utvide fortellingen og stille spørsmål som åpnet opp, fikk jeg en annen forståelse av denne kvinnen. Det var også deler av fortellingen hennes som handlet om savn, sårhet, frykt og krise, noe jeg kunne gjenkjenne og relatere meg til. For min del utgjorde dette en forskjell i form av at jeg kunne legge til side mine egne reaksjoner knyttet til misbruket hun hadde utført. Dermed ble jeg frigjort til å møte og hjelpe henne på en respektfull og ikke-fordømmende måte.

Hovland Indrebø (2011) sier det er viktig at behandler har egenskaper som raushet, klokskap, fleksibilitet og åpenhet. Åpenhet handler ikke bare om å ta i mot den andres historie, men også være åpen for at historien kan endre deg selv som behandler. Behandleren må derfor være trygg og inneha mot, og tørre å være ekte i møte med den andre. Som nevnt tidligere er det svært viktig at behandler er bevist sin forforståelse (blant annet egne fortellinger). Hun er opptatt av at det som sies i den profesjonelle samtalen ikke bare skal være basert på metoder, men på det som utspiller seg i den konkrete situasjonen og samtalen, nemlig å være i nuet (ibid.).

## **Kapittel 4 Metode og design**

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvilke metodiske valg og forskningsprosessen i studien. Første del vil dreie seg om mine teoretiske briller inn i det metodiske landskapet. Videre vil jeg redegjøre for valg og forskningsformål. Deretter ønsker jeg å gjøre rede for forskningsprosessen. Her vil jeg si noe om planlegging av intervju, utvalg og utvalgskriterier, hvordan intervjuguiden har blitt utformet og hvordan jeg har gjennomført intervjuene. Deretter vil jeg si noe om databehandlingen, transkribering og analyse av mine funn. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse av studiens kvalitet og etiske refleksjoner.

### **4.1 Fenomenologi og hermeneutikk**

På bakgrunn av problemstillingen valgte jeg å benytte meg av en fenomenologisk tilnærming. Det handler om og utforske og beskrive mennesker, og deres erfaringer med og forståelse av et tema (Postholm 2005). Jeg ønsker å fordype meg i hver enkelt informant og forsøke å forstå deres refleksjoner rundt egne narrativer i terapi, samt se om det er noen fellestrekk.

Innen hermeneutisk tankegang er det grunnleggende å se etter en dypere mening i det som formidles, ikke bare informantens umiddelbare svar. Videre er det essensielt at man forstår meningen av sine funn, som en del av den konteksten observasjonene ble gjort i. Observasjonene er derfor ikke kontekstuavhengig. Ingenting kan forstås uten kontekst (Kvale og Brinkmann 2009). Dette innebærer at den som intervjuer også er den del av konteksten og vil prege intervjusituasjonen. Hvordan jeg som forsker ter meg, måten jeg stiller spørsmål på og stemningen som skapes i rommet, påvirker utfallet av intervjuet.

Sentralt i hermeneutisk tankegang er at forskeren tolker sine observasjoner med egen forforståelse og at man må være bevisst denne i møte med informanten. Som forsker har en også med seg narrativer, erfaringer, opplevelser, fornemmelser og tanker. Dette kan det være vanskelig å legge bort når en møter andre mennesker (Thagaard 2009). Hermeneutisk sirkel er et av de mest sentrale begrepene innen hermeneutikken. Den viser sammenhengen mellom forforståelsen, det som tolkes og konteksten det skjer i (Gilje og Grimen 1993). Som forsker tolker en empirien med sin forforståelse, for deretter å kunne oppnå en ny forståelse av tema.

Den hermeneutiske forskningsprosessen kan beskrives som et dialektisk møte mellom empirien eller praksisfeltet og teori. Data som samles inn i løpet av forskningsarbeidet styrer valget av litteratur til videre lesning. Forskningsprosessen kan på denne måten forstås som en hermeneutisk sirkel. Data og teori øver en stadig gjensidig påvirkning på hverandre. Denne prosessen pågår helt til forskeren har funnet teori som er relevant for studien (Postholm 2005).

## 4.2 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativt intervju som metode for studiet mitt. I forhold til problemstillingen min, kan jeg best oppnå dypere forståelse av informantenes subjektive opplevelse med bruk av kvalitativ metode fremfor kvantitativ metode. Kvalitativ forskning har blant annet som oppgave å beskrive hva som skjer i praksis (Moen og Karlsdottir 2011). Prosjektet mitt handler om rusbehandleres praksis. En kvalitativ metode vil kunne gi en mulighet til å bli kjent med hver informants refleksjoner rundt min problemstilling. Et overordnet mål i kvalitativ forskning er, i følge Thagaard (2009) å skape en atmosfære preget av tillit og fortrolighet. Dette vil kunne bidra til at informanten er åpen og svarer på de tema som kommer opp i intervjuet.

Forskningsintervju er i følge Kvale og Brinkmann (2010) en «interpersonlig situasjon», der intervjuer og informant samtaler om et emne begge er opptatte av eller interessert i. Ved valg av intervju som metode ønsker jeg å få en dypere innsikt i og forståelse av mine informanternes opplevelser, tanker og refleksjoner omkring temaet. Jeg ønsket å se på tema fra ulike perspektiver, og ønsket derfor å intervju mennesker med ulikt kjønn og fagbakgrunn.

Gjennom intervju som metode, vil jeg innhente grundige beskrivelser av informantenes subjektive opplevelser av sin egen situasjon. Det empiriske perspektivet, altså informantenes stemme, tydeliggjøres, noe som ville vært vanskelig å få til dersom jeg for eksempel skulle anvendt et strukturert spørreskjema med fordefinerte svar i en kvantitativ undersøkelse.

Semistrukturert intervju vil kunne gi meg en ramme for intervjuet (Thagaard 2009). Det vil kunne hjelpe meg under intervjusituasjonen til å holde meg innenfor problemstillingen, slik at jeg kan få tak i de mest relevante data.

Før jeg gjennomførte intervjuene utformet jeg en intervjuguide<sup>3</sup>, som ble utgangspunktet for spørsmålene til informantene (Thagaard 2009). Intervjuguiden var en ramme for intervjuene. Den vil jeg redegjøre for senere i metodedelen. Semistrukturert intervju gjorde det mulig å forfølge svar som jeg fant interessant for forskningen min. Det var også nødvendig for meg å kunne utdype enkelte spørsmål for å forsikre meg om at jeg har forstått informanten riktig.

Det stilles store krav til intervjueren, og Kvale og Brinkmann (2010) sier at det viktigste verktøyet i kvalitativ forskning er intervjueren. Skal intervjuobjektet åpne seg og være veltilpass med situasjonen, må jeg som intervjuer ha forberedt meg godt i forhold til hvordan jeg stiller spørsmål og legger til rette for en trygg og god samtale. Sammenhengen rundt selve samtalen blir også en viktig ramme for innhenting av kunnskap. Det er forskerens oppgave å sørge for at intervjuobjektet føler seg komfortabel og vil svare ærlig og tilstrekkelig på spørsmålene (Postholm 2005). Jeg brukte båndopptaker når jeg intervjuer informantene og transkriberte intervjuene i etterkant.

### **4.3 Planlegging av intervju**

Ved prosjektstart søkte jeg Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)<sup>4</sup> om godkjenning av prosjektet. Omfang og fremgangsmåte, samt innsamlingsstrategi og lagring av data var sentrale tema i meldeskjemaet. Vedlagt i søknaden er informasjonsskriv og intervjuguide til studien. Jeg fikk svar og godkjenning fra NSD. Prosjektet var ikke meldepliktig Regional etisk komité.

Det er viktig å ta regi over intervjusituasjonen (Thagaard 2009). Det vil si at en oppnår en kontakt med informantene, som gjør at de føler seg trygge og har lyst til å fortelle om seg selv og sine erfaringer. At forskeren er genuint interessert i det informantene sier, opptrer på en vennlig og rolig måte og bekrefter det informantene sier med vennlige nikk og små ord, som eksempelvis “mm”, “ja” og “kan du si mer om dette?” Dette vil være med på å gjøre datamaterialet bedre, fordi en da har en mulighet til å gå mer i dybden på det informantene sier. Skjermede omgivelser uten for mye ytre forstyrrelse samt å stille godt forberedt som intervjuer er viktige forutsetninger for et godt intervju.

---

<sup>3</sup> Intervjuguide vedlagt i vedlegg nr.1

<sup>4</sup> Se vedlegg nr.3

Det vil være naturlig at jeg som intervjuer finner et egnet sted for intervjuet sammen med informant (Thagaard 2009). Jeg foreslo for mine informanter at intervjuet kunne finne sted ved deres arbeidsplass og det passet fint for alle informantene. Det kunne gi en trygghetsfølelse for informantene å være i kjente omgivelser. I tillegg er jeg opptatt av at denne prosessen skal være minst mulig belastende for informantene og at de skulle bruke minst mulig tid på dette. Det var viktig for meg at informantene på forhånd visste tidsrammen for intervjuet. Slik sett kunne de sette av tid til intervjuet og at det ble forutsigbart for intervjuer og evt. arbeidsgiver.

Et godt intervju preget av tillit og troverdighet utgjør grunnlaget for at informantene mine kan snakke åpent om sine erfaringer, tanker og refleksjoner. Ved å konsentrere meg om informantene og det de sier, vil jeg bedre kunne formidle rammen for og stemningen i samtalen. Jeg ønsker å vise at det som ble sagt i en interaksjon mellom meg og informanten ble sagt i en sammenheng, der engasjement og følelser har en naturlig plass. Jeg ble opptatt av at jeg skulle legge til rette for en intervjusituasjon der informantene opplevde at den informasjonen de kom med var interessant for forskningen min. Det å gi rom for stillhet og ro i intervjuene ble viktig for å gi meg, slik at informanten fikk tid til å tenke og reflektere under selve intervjusituasjonen.

Jeg måtte være svært bevisst på min egen måte under intervjuet. Det er lett å bli ivrig og stille oppfølgingsspørsmål for fort. Jeg måtte være bevisst på at jeg måtte være litt ydmyk og håpet at min terapeutiske erfaring kunne bistå meg i denne sammenhengen. Jeg hadde et ønske om at jeg som intervjuer ble minst mulig ledende i spørsmållstillingen, og at informantene kunne føle seg fri til komme med sine betraktninger. Informanten vil da få en mulighet til å utdype det en har sagt. Forskeren kan markere at en ønsker å bevege seg over til neste tema, når det føles naturlig (Thagaard 2009). Således har jeg som intervjuer mulighet til å endre retning i intervjuet, hvis jeg tenker at samtalen trenger å ta en annen retning for at den skal være relevant for problemstillingen min.

For at informantene skal være fornøyde med deltakelsen, kan det være viktig at de sitter igjen med en god følelse etter intervjuet. Å vise tydelig med kroppsspråk og holdning at man er reelt interessert i deres subjektive opplevelse er viktig. Tankene som informantene formidler er alle «gyldige» svar og at jeg ikke tenker at noen svar kan være «feil». Informasjonsskrivet inneholdt kontaktinformasjon, der jeg kort presenterte meg selv. På slutten av intervjuet ville jeg tydeliggjøre at det er mulig å kontakte meg hvis noe var uklart eller hvis det var noe informantene ønsker å utdype eller legge tid etter selve intervjuet.

Dette betydde ikke at informantene kunne revidere selve transkriberingen. Kontaktinformasjonen er også viktig å ha i tilfelle informantene ønsker å trekke seg fra studiet.

Forskeren bør i følge Gjærum (2010) tilstrebe en situasjon der informantene kommer mer i fokus enn forskerens på forhånd uttenkte spørsmål, så lenge samtalene med informantene holder seg innenfor tema for oppgaven. Selv om jeg lagde en intervjuguide med noen sentrale tema jeg ville belyse, måtte jeg være åpen for at mine informanter var ulike og kunne komme inn på tema jeg ikke hadde tenkt på.

Jeg fikk informantenes kontaktinfo, slik at jeg kunne ta kontakt ved evt. endringer i prosjektet.

#### **4.4 Utvalg og utvalgsriterier**

Jeg ønsket å finne informanter til forskningen gjennom å foreta et strategisk utvalg (Thagaard 2009). Det vil si at man velger informanter som har egenskaper eller kvaliteter, som er strategiske i forhold til å få belyst problemstillingen og tema for oppgaven på en best mulig måte. Jeg ønsket å intervju både kvinner og menn i relativt ulik alder med ulik yrkesbakgrunn.

Blant utvalgsriteriene var fagpersonene som jobbet i rusbehandling og som hadde en form for terapeutisk rolle. Jeg ønsket å intervju fire rusbehandlere, og ville ikke i utgangspunktet å finne behandlere som jobber spesielt innen narrativ terapi. Min nysgjerrighet var i forhold rusbehandlere generelt og hvordan de forholdt seg til valgte tema. Dette fordi jeg tenker at alle mennesker inkl. rusbehandlere har sine narrativer og livshistorier.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju. Dette for å teste ut intervjuguiden og få erfaring med å stille spørsmålene i denne konteksten, samt oppleve responsen på spørsmålene og finne ut om de oppleves som treffende og *to the point*. Det ga en følelse av hvordan kronologien av spørsmålene oppfattes, og om spørsmålene opplevdes å være i en sammenheng som ga mening for informanten. I prøveintervjuet fikk jeg erfaring med å være forsker, og forsøkte å være bevisst min egen forforståelse, samt ha et åpent sinn for den informasjonen som kom. Prøveintervjuet ga meg mulighet til å spørre informanten direkte om hvordan intervjusituasjonen opplevdes. Det var viktig informasjon å ha med til de neste intervjuene.

Prøveintervjuet ga meg også mulighet til å bli mer komfortabel med bruk av diktafon i en slik kontekst. Thagaard (2009) hevder at den beste opplæringen skjer gjennom egen praksis og at en god opplærings situasjon kan være å intervju kollegaer.

Jeg valgte å ta kontakt med en tidligere kollega som nå er rusbehandler, og vedkommende takket ja til å la seg intervju. Det å bruke en person som man kjenner kan være en fordel på flere nivå, både i forhold til trygghet og i forhold til å få ærlige svar. Jeg følte meg her for bundet til intervjuguiden og ble kanskje for opphengt i at alle spørsmål skulle besvares. Som et resultat av prøveintervjuet, reviderte jeg intervjuguiden noe. Eksempler på dette er at jeg la inn flere nøytrale spørsmål bl.a. om alder, utdanning og yrkeserfaring i begynnelsen av intervjuet. Dette kunne gi en myk start på intervjuet, samtidig som informanten fikk mer tid til å bli komfortabel i intervjusituasjonen før de mer ladede spørsmålene ble stilt. I tillegg valgte jeg å endre spørsmålstillingen på et spørsmål, som førte informanten direkte inn på temaet tidligere i intervjusituasjonen.

Etter prøveintervjuet ble det klart for meg at intervjuobjektet kom med mange gode eksempler og refleksjoner som var særdeles relevante opp imot problemstillingen. Det å intervju noen man kjenner, kan påvirke validiteten på intervjuet, men etter nøye gjennomgang vurderte jeg at min opptreden som forsker i dette intervjuet var profesjonell. På bakgrunn av dette valgte jeg derfor å inkludere intervjuet i undersøkelsen som intervju nr.1.

Jeg valgte deretter å kontakte en rusbehandling sinstitusjon i Sør- Trøndelag. Den første kontakten jeg gjorde var å ringe fire ulike avdelingsledere ved institusjonen. De var vanskelige å nå. Jeg valgte derfor å sende ut epost for å presentere meg selv og mitt prosjekt, og samtidig be om hjelp til å rekruttere behandlere. Informasjonsskrivet var vedlagt<sup>5</sup>.

Jeg valgte å kontakte lederne fordi jeg ønsket å forsikre meg om at informantene hadde leders godkjennelse til å delta i prosjektet og til å bruke arbeidstiden på dette. Etter relativt kort tid fikk jeg svar fra to av fire ledere. Begge ledere responderte med at de hadde sendt ut eposten til sine ansatte, og ville kontakte meg dersom det var noen som ønsket å delta. Etter én uke fikk jeg svar fra en leder med tre navn på behandlere som ønsket å delta: en mannlig psykolog, en kvinnelig miljøterapeut med sosionomutdanning og en mannlig barnevernspedagog med tilleggsutdanning. Jeg ringte og avtalte tid for de ulike intervjuene.

---

<sup>5</sup> Se vedlegg 1 - Informasjonsskriv

De to første intervjuene ble på kort varsel avlyst på grunn av sykdom og krav om tilstedeværelse på jobb. Vi fikk raskt avtalt nye tidspunkt.

#### **4.5 Intervjuguide**

Før jeg gjennomførte intervjuene utformet jeg en intervjuguide<sup>6</sup>. Jeg ønsket å ha en viss struktur på intervjuet, samtidig som informantene skulle stå fritt til å formidle egne erfaringer og refleksjoner på en utdypende måte. Ut fra dette valgte jeg å bruke semistrukturerte intervju. Det vil si en liste med godt forberedte spørsmål, men frihet til å variere rekkefølge, ordlyd og omfang (Postholm 2005). Mitt teoretiske utgangspunkt og egne erfaringer dannet grunnlaget for de spørsmålene jeg hadde i min intervjuguide.

Det dramaturgiske aspektet i en intervjuguide sier noe om utviklingen av det emosjonelle nivået i løpet av intervjuet. Det vil ofte være lurt å begynne intervjuet med nøytrale emner før de mer emosjonelle emner kommer på bane samtidig som intervjuet gjerne kan få en noe mer uformell eller avslappet avslutning (Thagaard 2009).

Jeg var under intervjuet åpen for at tema jeg ikke hadde tenkt på i forkant kunne dukke opp og gjøre datainnsamlingsmaterialet bedre. Intervjuguiden ble på mange måter et rammeverk med ulike spørsmål som dekket de mest sentrale og relevante tema knyttet opp imot min problemstilling. I et semistrukturert intervju har man som sagt muligheten til å bruke oppfølgings- og utdypningsspørsmål, som vil gi informantene en mulighet til å gi mer utfyllende og presise svar. I tillegg til at det gir meg som forsker mulighet til å sjekke ut om jeg har forstått informanten riktig.

#### **4.6 Gjennomføring av intervju**

I forkant av intervjuene presenterte jeg meg selv, informerte om formålet med studien og hvordan informasjonen skulle brukes i ettertid. Konfidensialitet og anonymitet ble understreket. Mitt ønske var å vise at valgte tema engasjerte meg, samtidig som de fikk et inntrykk av hvem jeg var som person. Informasjonsskriv ble gjennomgått og samtykkeerklæring ble underskrevet før diktafonen ble slått på.

---

<sup>6</sup> Se vedlegg 3 - Intervjuguide



Gode forberedelser ble viktige for å vise at jeg hadde regi og kontroll på situasjonen. Ved bruk av diktafon kunne jeg rette mitt fokus mot å lytte til det informantene sa, uten å bruke for mye oppmerksomhet på å ta notater.

Alle intervjuene ble gjennomført ved de ulike arbeidsplassene. Jeg spurte på forhånd om de kunne ordne med et skjermet, egnet rom for å gjennomføre intervjuene.

Jeg opplevde at alle var åpne, meddelsomme og engasjert i dette temaet. Mye kan tyde på at vi klarte å skape en god atmosfære som var preget av ro og godt humør. Min opplevelse var at humor lettet på stemningen og det kan tyde på at informantene hadde en god opplevelse. Etter at alle intervjuene var ferdige, hadde vi en uformell samtale for å oppklare eventuelle uklarheter som hadde oppstått under intervjuene, og for å finne ut hvordan informantene syntes det hadde vært å bli intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i oktober- november 2012.

#### **4.7 Databehandling**

All sensitiv informasjon som kontaktinformasjon til informantene, lydbåndopptak og egne notater ble oppbevart innlåst i et skap på min arbeidsplass under hele prosessen. De transkriberte intervjuene hadde tall og fargekoder slik at jeg kunne skille mellom hver enkelt informant i intervjuprosessen. All sensitiv informasjon vil bli slettet etter at oppgavens sensur har falt.

#### **4.8 Transkribering**

Jeg transkriberte hvert enkelt intervju. Jeg valgte å skrive ned det de sa på bokmål, ikke dialekt. Enkelte uttrykk som er vanskelig og «oversette» ble stående. Kremt, lyder, samt pauser ble også skrevet ned i teksten. I tillegg valgte jeg å skrive ned evt. tolkninger av informantenes følelser under intervjuet. Eksempel på dette er at en informant ble berørt og får tårer i øyene. Da ble dette notert i teksten.

De ulike intervjuene ble skrevet ut på forskjellige farget ark, dette for og enklere skille på de ulike informantene.

## **4.9 Analyse av funn**

Det teoretiske utgangspunktet mitt både før, underveis og etter datainnsamlingen ble brukt i analysearbeidet for å utforme, tolke og forstå det innsamlede materialet.

Som analytisk tilnærming valgte jeg en fenomenologisk reduksjon (Marshall, Rossman og Moustakas 2010). Denne tilnærmingen innebærer at en i første omgang samler alt innhentet materiale knyttet til forskningsemnet, og som dermed vil kunne bidra til å belyse temaet, også kalt fenomenet. Det neste steget betegnes som horisontalisering, noe som innebærer at alle utsagn i transskripsjonene behandles som likeverdige og blir med i den videre analyseprosessen. Prosessen videre innebærer å utelate uttalelser som er irrelevante i forhold til valgt tema og problemstilling. Denne prosessen bevarer den tekstuelle meningen, og det er ønskelig å beholde uttalelser som belyser områder relevant for tema.

Neste trinn består av å samle de forskjellige uttalelsene under ulike, men relevante tema. For så å organisere disse temaene inn i en sammenhengende tekst. Denne teksten kan kalles en strukturell beskrivelse, og inneholder alt det mine informanter har erfart eller opplevd omkring temaet.

Denne tekstuelle og strukturelle beskrivelsen danner en enhetlig og helhetlig redegjørelse for mine informanters opplevelser, omkring tema eller fenomenet. Denne redegjørelsen, vil utgjøre en basis for analyse av både individuelle og sosiale aspekter ved temaet. I psykologisk fenomenologi står individet i fokus. Målet med denne forskningen er å fange enkeltmenneskets opplevelse, samtidig som forskeren forsøker å finne ut hvordan erfaringen av det samme fenomenet oppleves av flere enkeltindivider (Creswell 2007).

## **4.10 Forskerrollen og selvrefleksivitet**

Selvrefleksivitet innen kvalitativ forskning handler slik jeg ser det om evnen til å reflektere over seg selv i forskerrollen og ens egen mulige påvirkning i hele forskningsprosessen (Dallos og Vetere 2005). Videre at man etterstreber å stille seg selv spørsmål rundt valg man har tatt i løpet av denne forskningen. Det er i følge Dallos og Vetere (2005) er det flere verktøy man kan ta i bruk for å øke selvrefleksiviteten. Jeg har valgt å føre en loggbok med tanker, følelser, assosiasjoner, kommentarer og andre refleksjoner som har kommet til meg i denne prosessen. I tillegg har jeg invitert medstudenter og en kollega med noe kjennskap til temaet til å se på deler av transkripsjonen og det jeg har valgt som meningsbærende enheter. Videre at de kunne se på de

ulike meningsbærende enhetene jeg har funnet i teksten, om dette har gitt mening for medstudentene og kollegaen eller ikke. Videre om de ulike kategorier som jeg har dannet virker logisk og gir mening. Den rollen og integriteten forskerens har som person er utslagsgivende. Kvale og Brinkmann (2009: 92) sier at den er «avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutningene som treffes i kvalitativ forskning».

Min integritet som forsker og hvordan jeg er som person er avgjørende for kvaliteten på den kunnskapen og etiske beslutninger som kommer frem i kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2010). Slik jeg ser det handler dette om at forskeren forholder seg til de etiske regler og retningslinjer som gjelder og gjennomfører prosjektet i tråd med NSDs krav til god etisk forskning. Eksempler på dette kan være at man behandler materialet etter gjeldende reglement og behandler sensitiv informasjon slik at anonymiteten til informantene blir forvaltet, at NSD blir underrettet om eventuelle endringer.

I og med at jeg selv er terapeut innen rusbehandling vil det være nødvendig å tenke nøye gjennom min rolle som forsker. Å være forsker er en annen rolle enn terapeut. Her vil det blant annet være nødvendig å erkjenne fallgruver og kjepphester som kan prege meg som forsker. En fallgrube som forsker er hvis jeg ikke klarer å ha et bevisst forhold til «terapeutdelen» i meg. Som forsker er jeg ikke opptatt av å stille spørsmål for å legge til rette for endring, men opptatt av å bidra til en positiv atmosfære slik at informantene kan svare på de spørsmålene jeg har. Min mening eller oppfatning av det de sier, er ikke viktig i intervjusituasjonen. Det som er viktig, er at jeg forsøker etter beste evne å forstå deres mening på en mest mulig riktig måte.

Min kjepphest kan være engasjementet mitt i dette prosjektet. Jeg bruker meg selv og egen historie i terapi og opplever at det kan ha en god effekt. Fordi jeg har god erfaring med å bruke min egen historie i terapi, kan det være at tonefallet og kroppsspråket mitt avslører «glede» hvis informantene mine formidler at det tenker «likt» som meg og «mindre engasjement» hvis de tenker ulikt som meg. Dette kan handle om at jeg får bekreftet eller avkreftet min egen praksis. Hvis informantene mine oppfatter det slik, vil de kunne tolke at det å bruke seg selv og egen historie er den «eneste riktige» måten å jobbe på. Jeg tenker at det er viktig at jeg har et bevisst forhold til hvordan jeg reagerer i intervjusituasjonen, slik at det i minst mulig grad påvirker informantene. Jeg tenker ikke at alle bør jobbe på samme måte som meg.

Dette fordi alle terapeuter er forskjellige mennesker og alle har forskjellige grenser i forhold til hva man vil dele med pasientene sine og ikke. Jeg ønsker ikke og formidler at jeg har en «fasit» i

forhold til dette temaet. Jeg tenker at vi alle har en forforståelse og en historie som er en del av oss og den bør vi alle ha et bevisst forhold til. Jeg er som sagt ikke av den oppfatning av at man må dele sin egen historie for å være en god terapeut. Jeg var nysgjerrig på hvordan andre er opptatt av dette temaet.

Narrativ etikk er opptatt av at de historiene som er en del av oss mennesker, påvirker oss i møte mennesker med andre mennesker. Historiene vekker følelser i oss som igjen påvirker ulike kroppslige reaksjoner, påvirker identiteten vår, påvirker sosialt samspill i ulike kontekster. Dette påvirker menneskers fortolkning av verden og hva man opplever er menneskelivets formål. Narrativ etikk utfordrer oss som forsker til å utfordre og reflektere over hvem vi er i møte med informanten, hva vi ser i møtet og handlingene våre i møtet med den andre (Hovland Indrebø 2011). Forskerens rolle og hvordan forskeren handler frem er viktig i kvalitativ forskning. Det er viktig at informantene på minst mulig måte påvirkes av forskerens synspunkter og verdier (Thagaard 2009).

I møte med intervjuinformantene og det innsamlede materialet vil forskeren alltid stille med sin forforståelse (Dalen 2004). Jeg ønsker og utforske min egen subjektivitet i forhold til temaet. Min subjektivitet er mitt perspektiv som omhandler mine meninger, følelser, ønsker og tro. Egen historie er en del av min subjektivitet (Hovland Indrebø 2011). Det å være bevisst denne, er viktig for å sikre at jeg møter informantene med et mest mulig åpent sinn. Jeg håper at det skal kunne lede til svar som kan gi ny, troverdig og interessant kunnskap om temaet (Kvale og Brinkmann 2010). Det sentrale blir å trekke inn sin forforståelse på en måte som åpner for en størst mulig lydhørhet og forståelse av informantens opplevelser og uttalelser.

Med årene har jeg valgt å dele mer av meg selv i terapi med mine pasienter. Min egen erfaring tilsier at dette kan ha en god relasjonell- og terapeutisk effekt. Jeg vet ikke hvordan andre fagfolk i rusbehandling forholder seg til sine egne historier i terapi, men nysgjerrigheten min har vært drivkraft i dette studiet. Mitt ønske å være åpen, undrende og nysgjerrig overfor mine informanter. Etter hvert som jeg har blitt kjent med teori som omhandler dette temaet, er min oppfatning at det ikke finnes entydige svar på dette temaet.

I intervjusituasjonen prøvde jeg å benytte min forforståelse ved at jeg var lyttende og forsøkte å reflektere over det som ble sagt. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål der utdyping eller oppklaring av uklarheter var ønskelig. Ut ifra det informantene sa, gjorde jeg en fortolkning som

ble påvirket av min forforståelse. Materialet ble tolket ut fra mine forutsetninger, som ble knyttet opp i mot det å finne relevant teori, og eventuelt tilføre nye aspekter. Ny forståelse og kunnskap på feltet ble tilført den forforståelsen jeg hadde fra før. I metodikken kalles dette som tidligere nevnt, den hermeneutiske spiral.

Prinsippet om at informantene ikke skal ta skade av å delta i forskningsprosjektet vil være ledende i forhold til hvor nærgående jeg som forsker vil være under intervjuene (Thagaard 2009). I forkant av intervjuene ble det informert om målsetningen med forskningen, den metodiske tilnærmingen og hva jeg skulle stille spørsmål om. Informert samtykke er viktig og innebærer at informantene er innforstått med studiens innhold. Deltakelsen i studien var frivilling, og det ble tydeliggjort at det kunne trekke seg når som helst. I likhet med at de bestemte selv hva de ville svare på og ikke. Som nevnt av Thagaard (2009) er det viktig å vektlegge og forholde seg til de etiske retningslinjene gjennom hele prosessen og da særlig under analyse og tolkningsdelen samt ved publisering av resultatene.

Alt av innsamlet data ble behandlet konfidensielt og slettes når oppgaven er ferdig. Jeg tenker at informantene vil få et brev/e-post etter deltakelsen der jeg takker dem for deres bidrag. De vil få mulighet til å få en kopi av masteroppgaven etter at den er ferdig. Dette for å unngå at de sitter igjen med en følelse av å ha gitt noe uten å få noe tilbake, og at de vet hvordan deres bidrag har blitt behandlet.<sup>7</sup>

#### **4.11 Validitet og troverdighet**

Validitet handler om at resultatene på undersøkelsen gjenspeiler den virkeligheten man har forsket på. Kvaliteten på forskningen gjennom hele forskningsprosessen er også en indikator på validiteten. Validere betyr å kontrollere, uttrykker Kvale og Brinkmann (2009). Et element som styrker validitet, er å ha hjelp fra andre i forskningen til å se prosessen med andre øyne, og komme med tilbakemeldinger.

Relasjonen til forskningsfeltet kan både være en fordel og ulempe. Faren kan være at man overser erfaringene som er ulike de man selv har. Kjennskap til feltet kan også være kilde til gjenkjennelse og forståelse hos forskeren. Videre er det viktig at jeg som forsker er kritisk til og

---

<sup>7</sup> Jeg har søkt og fått godkjenning av prosjektet mitt til NSD.

bevisst mine tolkninger, da jeg selv jobber innenfor samme fagfelt (Thagaard 2009). Forskningsprosessen må være gjennomiktig for andre. Dette vil i følge Thagaard (2009) sikre troverdigheten i oppgaven. Det er også viktig at mine funn fra intervjuprosessen ikke blir revidert i særlig grad. Det er viktig at svarene informantene gir spontant, kommer tydelig frem og er autentiske. Det som står skal være gjenkjennbart for informantene (Thagaard 2009).

#### **4.12 Reliabilitet og pålitelighet**

Reliabilitet handler om at studiet er etterprøvbart. Dersom man hadde man forsket på samme utvalg igjen, ville resultatene blitt det samme. I litteraturen stilles det spørsmål ved om etterprøvbart er relevant i forhold til kvalitativ forskning.

Det blir viktig at studiet er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Her er det viktig å skille mellom hva som er forskerens tolkninger og forståelse, og hva som er informantenes ytringer. Som forsker kan man aldri være helt nøytral, fordi forskeren har med sin forforståelse i møtet med informantene (Thagaard 2009). Det er viktig at egne erfaringer og ståsted ikke påvirker analysearbeidet i for stor grad. Forskeren må en høy bevissthet rundt dette. En måte å gjøre dette på, er å stille oppklarende spørsmål og tilleggsspørsmål i intervjusituasjonen. Dette kan sikre pålitelig informasjon, da informantene vil få mulighet til å si om de har forstått forskerens spørsmål. Det er også viktig å benytte seg av mange og ulike typer kilder, forskningsresultater fra andre forskere og ulike teorier som kan understøtte de funnene en har kommet frem til. Dette er med på å sikre kvaliteten på oppgaven (Kvale og Brinkmann 2010).

#### **4.13 Analyseprosessen**

Nedenfor har jeg laget en oppskrift på hvordan jeg gikk frem trinn for trinn i analyseprosessen. Prosessen blir av Kvale og Brinkmann (2009) kalt meningsfortetting.

1. Leste gjennom alle intervjuene
2. Dro ut setninger fra datamaterialet som handler om problemstillingen: meningsenheter (Kvale og Brinkmann 2009: 212)
3. Fant dominerende tema i de utvalgte meningsenhetene og laget kolonner med nummerering i teksten på de fire intervjuene

4. Undersøkte meningsenhetene i lys av undersøkelsens spesifikke formål opp i mot problemstillingen
5. Binde sammen deskriptive utsagn

#### **4.14 Hvordan var denne prosessen?**

Gjennom å lese intervjuene flere ganger, gjorde jeg stadig nye oppdagelser med tanke på hvordan jeg kunne forme mitt utvalg av meningsenheter. Jeg hadde problemstillingen min i fokus under utvelgelsen av setninger, og forsøkte å lete etter utsagn der informantene kom med refleksjoner knyttet til denne.

Da jeg skulle nedtegne disse, kjente jeg på mange dilemma i forhold til hvilke ord jeg skulle velge å bruke. Jeg prøvde å velge ord som var naturlig for meg å bruke og som samtidig formidlet åpenhet. Siden jeg selv er rusbehandler, og prøvde underveis å reflektere over hvordan dette kunne påvirke min måte å fortolke informantenes svar på.

Jeg merket at mine ord var positivt ladet i hvordan jeg forsto informantenes utsagn, og at min tolkning i stor grad ble preget av at jeg lett klarte å sette meg inn i deres terapeutiske kontekst. Det ble til at jeg nærmest automatisk tolket deres utsagn slik jeg selv ville tenkt og tillå dem mine egne intensjoner i deres intervensjon. Videre ble jeg også opptatt av om jeg tolket terapeutens intensjon med å bruke egne historier for positivt med tanke på hvilken respons pasienten ville ha hatt. Det er ikke gitt at pasienten ville ha tatt i mot informant fire sin historie om egen sorg på en positiv måte. Ei heller at det hadde blitt opplevd som nyttig for pasienten.

Jeg prøvde å utfordre meg selv til å løsrive fra min forforståelse eller fordommer som Kvale og Brinkmann sier (2009: 212), for å se på andre mulige fortolkningsmåter. Da med en tanke om at jeg med et annet utgangspunkt kanskje ville fortolket og sett på svarene på en helt annen måte. Som for eksempel uttalelse jeg kunne tolket som underrapportering, ”brukt det en del, har ikke spilt noen stor rolle”, intervju 4: 5.

Jeg valgte å la det gå litt tid mellom de ulike intervjuene da jeg gjennomførte jobbingen med første utvalg av meningsenheter. Allikevel kjente jeg på at det var en fare for at jeg var låst fast i de ordene jeg hadde valgt i første intervju og at jeg allerede nå kunne se noen forskjeller og likhetstrekk mellom de ulike informantene. Jeg prøvde å holde en høy bevissthet rundt dette, sånn at jeg var mest mulig nullstilt mellom intervjuene.

Det var spennende å telle, endelig skulle jeg gå nærmere inn i materialet mitt og få klarhet i hvilke funn jeg hadde gjort. Det å dykke ned i meningsenhetene ga energi, og det var moro å se hvilke ord som gikk igjen og fikk flest score. Prosessen skapte også en del usikkerhet i meg, spesielt da jeg holdt på å gjennomgå intervju nr. 3 og oppdaget at for eksempel meningsenheten relasjon ikke fikk så mange score her som i de to foregående. Tvilen fikk meg til å gå inn i intervjuet på nytt for å ta en stikkprøve på om jeg hadde fortolket på en helt annen måte her enn i de andre. Stikkprøven avkrefte dette, og jeg bestemte meg for å legge tvilen til side.

Jeg jobbet meg gjennom de dominerende tema i et og et intervju, og valgte å skrive ordene på Post It-lapper i ulike farger for de fire intervjuene, og satte streker for å telle hvor mange ganger det enkelte ordet hadde blitt dratt ut i hvert intervju. Disse lappene hang jeg opp på planser etter økende antall treff, en plansje pr. intervju.

Da de fire plansjene var ferdige, begynte jeg å lete etter fellestrekk. Arbeidet med å kategorisere de viktigste ordene/funnene var komplisert, og det ble mye jobbing frem og tilbake for å finne en måte å strukturere det hele på.

Det var tydelig at alle informantene var opptatt av noen tema, så som terapeutrollen, men det var også mange ord som kun kom frem hos en informant. Allerede her kunne jeg se en tendens til hvilke tema som utpekte seg i funnene. Jeg valgte derfor å prøve og sette opp fem tentative/foreløpige overskrifter.

Dette for å se om jeg kunne finne tema som hadde slektskap med hverandre og selvfølgelig også til problemstillingen min.

Jeg brukte to nye store planser for å lage oppsett der jeg forflyttet lappene fra hvert intervju innunder de tentative overskriftene. Min opplevelse var at det var forløsende å sortere på denne måten, og kjente at de valgte kategoriene gav mening. Samtidig prøvde jeg å være åpen for å forkaste disse hvis sorteringen ikke virket hensiktsmessig.

Den visuelle oversikt hjalp meg i struktureringen. Vissheten om at jeg kunne prøve og feile, uten at jeg mistet systemet fra forrige trinn i prosessen, skapte trygghet. I tillegg kjente jeg trygghet underveis da jeg gjennom fargekodingen kunne se at alle de fire informantene var representert under hver overskrift i noenlunde lik grad.



#### **4.15 Oppsummering av analysen**

Jeg endte med å slå sammen to overskrifter, slik at jeg tilslutt stod igjen med fire hovedkategorier: 1. Terapeuten 2. Jobbkontekst 3. Terapeutisk forandring 4. Etikk

De gjenværende lappene fra hvert intervju som jeg ikke opplevde falt innunder de fire valgte kategoriene ble kastet. Disse hadde i tillegg kun få treff.

Videre jobbet jeg med å forflytte og sortere lappene, denne gangen under hver kategori. Lappene fra hvert intervju ved siden av hverandre på nye fire plansjer etter økende antall funn. Det var spennende å se hvordan de ulike ordene innunder kategoriene ble vektet. Jeg oppdaget at det var klare likhetstrekk mellom de ulike informantene med tanke på fokus, og fikk igjen bekræftelse på at jeg var på riktig vei.

Jeg valgte å forkaste de lappene med færrest treff også her for å koke ned utvalget ytterligere, og satte så disse lappene på egne plansjer for hver kategori i tilfelle jeg måtte revurdere prosessen.

Valget mitt nå ble å se etter tema som var felles for alle/de fleste informantene og som i tillegg hadde høyest score. På denne måten ville jeg finne frem til et utvalg som gjenspeilet hovedtyngden av innholdet i intervjumaterialet.

Jeg tok den første kategorien ”terapeuten” og telte opp hvor mange treff hvert ord hadde, og så samtidig på hvor mange informanter som var representert pr ord. Dette gjentok jeg for hver kategori.

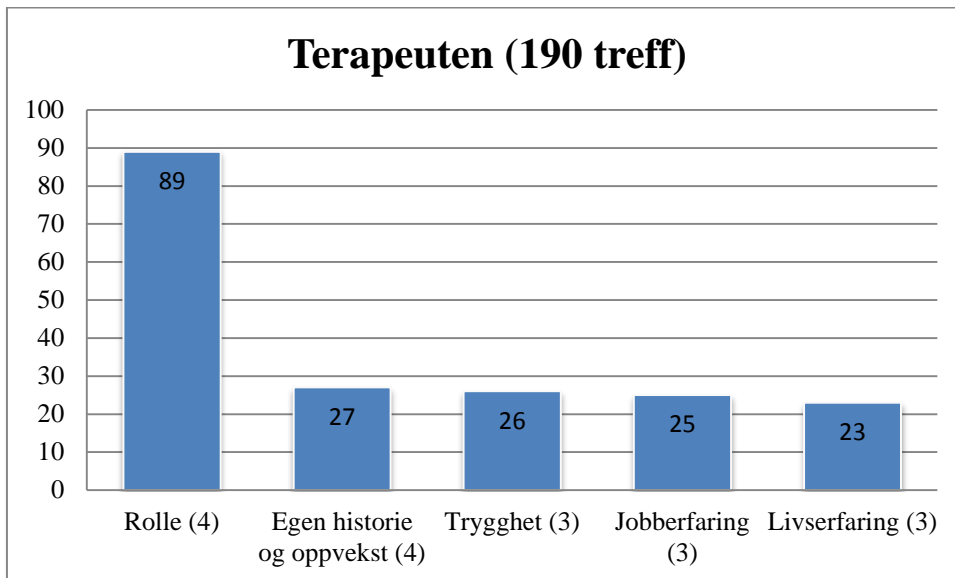
Jeg valgte å forkaste de ordene som hadde lavest score også her. Videre forkastet jeg enkeltord selv om de hadde høyt score hos en informant, så lenge dette ikke var et tema flere opptatt av. De tema som hadde flest score og fra to til alle informantene tok jeg med videre.

Lappene under samme tema ble samlet, og jeg satte nye lapper på som beskrev antall treff og antall informanter representert, og sorterte også disse etter økende antall. Jeg talte også opp hvor mange score det totale utvalget hadde pr. kategori.

Noen lapper ble samlet som hadde forskjellig ord under samme undergruppe, fordi jeg mente at disse handlet om det samme. For eksempel var ordet gråsoner og grenser brukt hos en informant, mens en annen var det privat og personlig vs profesjonell som var tema. Jeg valgte da å bruke grenser som fellesbetegnelse for alle disse lappene.

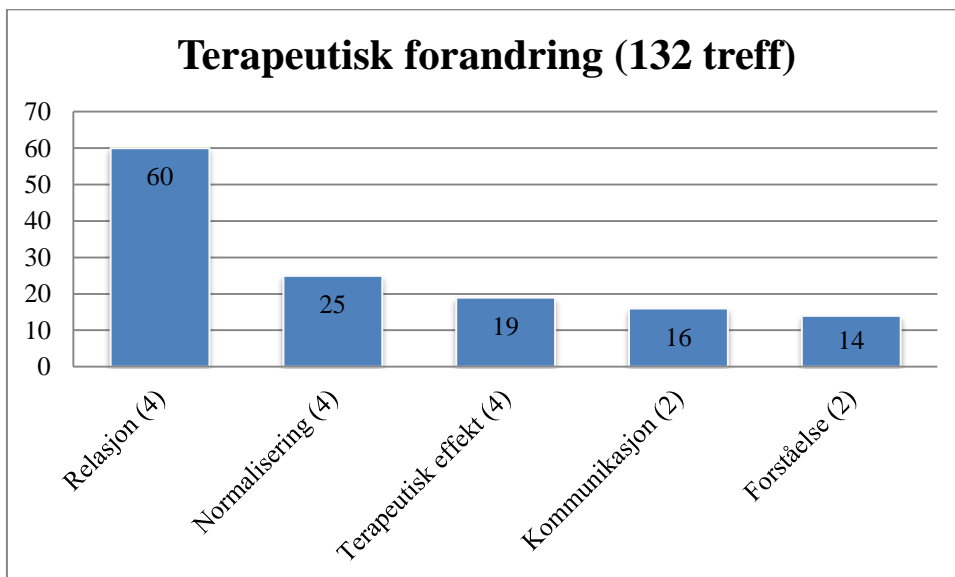
Situasjon var slik etter denne runden, her vist i tabellform.

**Tabell 1**



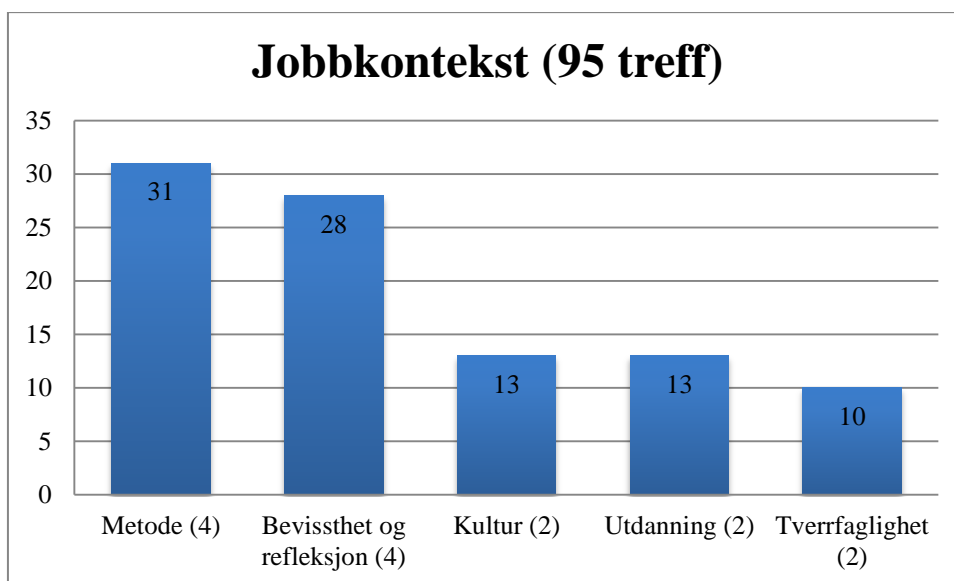
Hovedkategori 1 terapeuten med foreløpige tilhørende undergruppe og fordeling.

**Tabell 2**



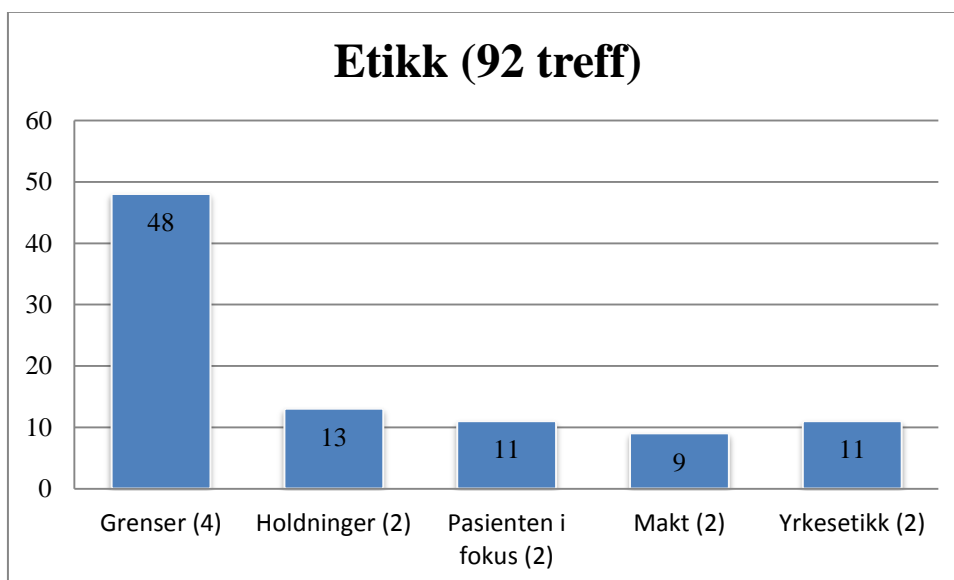
Hovedkategori 2 terapeutisk forandring med foreløpige tilhørende undergruppe og fordeling.

**Tabell 3**



Hovedkategori 3 jobbkontekst med foreløpige tilhørende undergruppe og fordeling.

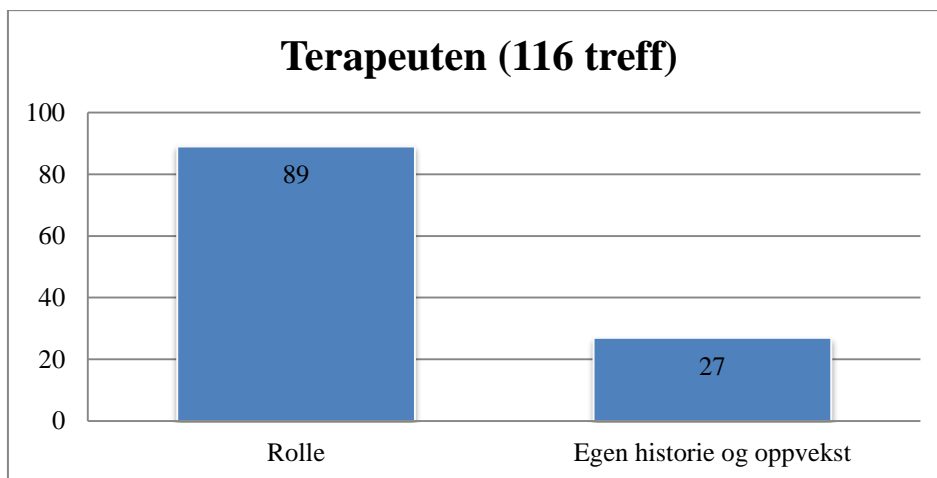
**Tabell 4**



Hovedkategori 4 etikk med foreløpige tilhørende undergruppe og fordeling.

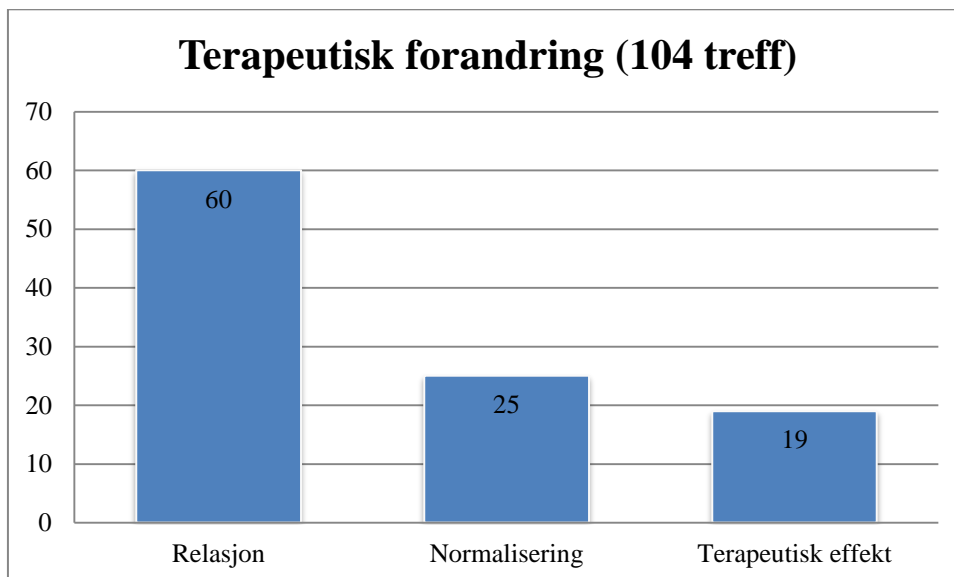
Jeg valgte nå å gå videre kun med de undergruppene der alle fire informantene var representert. Dette fordi jeg så at mengde materiale fortsatt ville bli omfattende nok med tanke på videre analyse, samtidig som jeg tenkte at representativiteten ble størst ved å gjøre det på denne måten. Slik ble utvalget da, er vist i tabellform:

**Tabell 5**



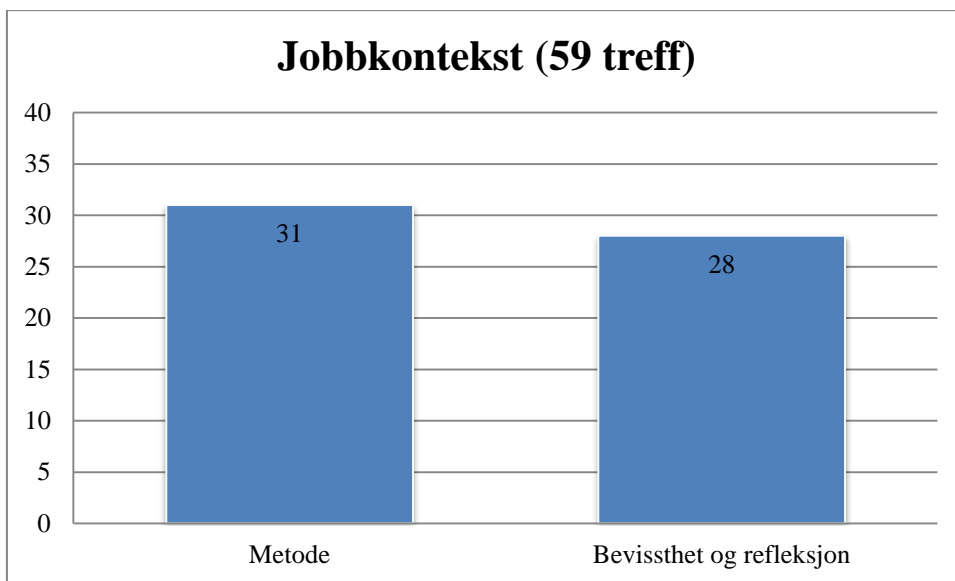
Hovedkategori 1 terapeuten med tilhørende undergrupper og fordeling

**Tabell 6**



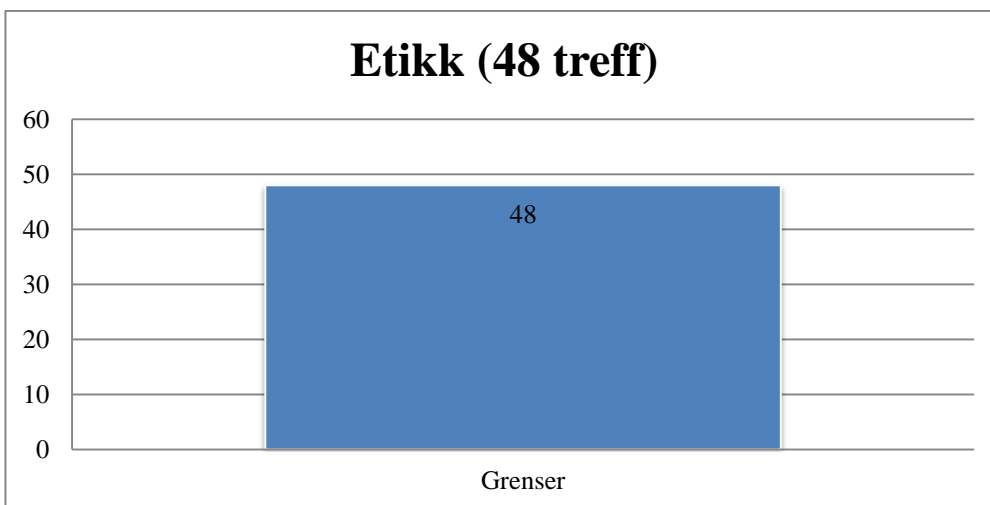
Hovedkategori 2 terapeutisk forandring med tilhørende undergrupper og fordeling

**Tabell 7**



Hovedkategori 3 jobbkontekst med tilhørende undergrupper og fordeling

**Tabell 8**



Hovedkategori 4 etikk med tilhørende undergrupper og fordeling

Videre tok jeg for meg hver enkelt undergruppe. Deretter gikk jeg gjennom hvert enkelt intervju og skrev ned en kort sammenfatning av hva de ulike informantene har sagt om de ulike undergruppene. Jeg skrev ut dette i papirformat å la de ved siden av hverandre. Dette gjorde det enklere for meg å få en oversikt over hva de ulike informantene sa om de ulike undertemaene. I denne prosessen ble det tydelig for meg at undergruppe fire og fem kunne slås sammen fordi jeg tenker at normalisering i denne sammenhengen handlet om en terapeutisk effekt. Jeg tar med et eksempel for å synliggjøre prosessen. Eksempelet er et sammendrag av hva informanten har formidlet rundt temaet egen historie og oppvekst.

#### **Kategori 1, intervju nr. 4: Egen historie og oppvekst.**

«Informanten bruker egen historie i terapien. Dette kan dreie seg om erfaringer med dødsfall i nær familie. Han bruker da sin egen opplevelse og følelser rundt dette til å forstå pasienten, men kan også bruke denne erfaringen direkte og nevnte dette for pasienten. Videre kan han bruke erfaringer fra rusmiljøet (har en oppvekst der kamerater har ruset seg). Han kan si noe om at han vet hva rusen gjør med folk og at han har mistet venner pga at de har ruset seg (dødsfall og suicid). Et annet eksempel på egen historie er at han bruker eksempler fra egen liv, være seg egen økonomi og budsjett for å vise for pasientene hva han har og «rutte med». Dette kan hjelpe pasienten å få et mer realistisk bilde av egen økonomi, altså at det ikke stemmer at «alle andre har en mye bedre økonomi enn meg».

Etter at jeg hadde fått en oversikt over hva alle fire informantene hadde sagt om de ulike undertemaene, brukte jeg disse sammendragene for å få oversikt da jeg skulle presentere analysen. Jeg vil nå presentere funnene i analysen.

Neste trinn i prosessen var å gå tilbake i intervjuteksten og finne ut hva de ulike informantene hadde sagt om de ulike undergruppene, samtidig så jeg det hensiktsmessig etter veiledning å endre på tittelen til kategori 2. De nye titlene på kategoriene ble dermed:

1. Terapeuten, 2. Jobbsammenheng, 3. Terapeutisk forandring og 4. Etikk

**Tabell 9. Fire hovedkategorier og sju undergrupper**

<p><b>1. Terapeuten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- rolle</li><li>- egen historie/oppvekst</li></ul>
<p><b>2. Terapeutisk forandring</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- relasjon</li><li>- terapeutisk forandring</li></ul>
<p><b>3. Jobbsammenheng</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- metode</li><li>- bevissthet/refleksjon</li></ul>
<p><b>4. Etikk</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- grenser</li></ul>

## Kapittel 5 Resultater fra analysen

Jeg skal i denne delen av oppgaven presentere funnene fra forskningsprosjektet mitt. Ut i fra hver enkel hovedkategori og deres undertema, vil jeg beskrive hva mine informanter har sagt om temaet. Jeg vil etter hvert avsnitt supplere med direkte sitat fra intervjuene som underbygger mine beskrivelser, samt knytte disse utsagnene sammen med egne refleksjoner underveis.

### 5.1 Egen historie og oppvekst: Hvilke narrativer kan brukes i terapi og på hvilken måte kommer disse til uttrykk?

Alle informantene forholder seg til sin egen historie og erfaring i terapi, men bruker disse på ulik måte. Noen kan bruke sin egen erfaring og historie direkte i terapi, andre indirekte. Sistnevnte kan være at behandler formidler til pasienten at historien handler om en annen, mens den egentlig handler om en selv. På denne måten bruker behandler egne erfaringer og historier som bakteppe for spørsmål og forståelse av pasienten. Eksempler på historier og erfaringer som deles er selvopplevd angst, depresjon, sykdom i nær familie, dødsfall, erfaringer fra rusmiljøet, erfaringer med barn, erfaringer med å slutte å røyke og egen økonomi. Jeg har plukket ut noen sitater jeg mener tydeliggjør hvordan informantene bruker egen historie i praksis, både direkte og indirekte:

«Eller at jeg tror det kan ha betydning for ...i forhold til...problematikken... eller at det kan være noe forløsende i det da... at jeg har strevd med det og... sånn som når jeg driver grupper kan jeg si noe om, at jeg synes at det kan være vanskelig å komme inn her ... at jeg kan være nervøs for å ha gruppe eller... det er noe å kjenne seg igjen i... he...» (Informant 1)

«Da er det av og til veldig lett å bruke dattera mi som eksempel... hennes reaksjoner i bestemte situasjoner... der jeg kan beskrive hvordan hun reagerte sånn og sånn... for å illustrere hvordan det er en ganske normal reaksjon... og da kan jeg og... bruke henne som eksempel...» (Informant 2)

«Ofte kommer de til oss og sier at de vil ha sånn perfekt liv som du har... ok... hva er det perfekte livet? Gå på jobb, så drar du hjem og lager middag, så drar du på trening, en kopp kaffe med venner og det å legg seg i egen seng... ja... så du tror livet mitt består bare av det? Ja har du ikke et sånt perfekt liv da? Nei, har mine utfordringer... jeg har en mor som har sykdom fra jeg var mindre, jeg har måtte gjort... jeg har utfordringer i livet mitt også...» (Informant 3)



«Jeg har jo ikke vært rusmisbruker... men jeg har hatt kamerater som har vært det... jeg har vært i de miljøene... jeg ser hva det kan gjøre med folk... Jeg vet at folk kan dø av det... overdoser gjennom å ta livet av seg i rus ... det har jeg jo opplevd... så ha med seg den biten inn og ... ikke snakke så mye om det... men det er noe med det å... hvis de kommer med noe så kan jeg svare at ... ja det vet jeg fordi at ...» (Informant 4)

Jeg kan kjenne meg igjen i det alle informantene her sier at de gjør, både hvilke tema de bringer inn fra eget liv og måten disse presenteres på i terapien. Eksemplene ligger nært opptil hvordan jeg selv bruker egne narrativer i individualsamtaler og/eller gruppeterapi. Slik jeg ser det, vil både den direkte og indirekte måten å bruke historiene på, bringe inn en utvidet forståelse i samtalen for temaet det snakkes om. For min del veksler jeg mellom å bruke eksempler direkte fra eget liv og indirekte via historier om andre jeg har møtt, både privat og gjennom jobb. Jeg har tidligere ikke reflektert over hva som gjør at jeg velger det ene fremfor det andre, noe heller ikke informantene går i dybden på. Trolig vil begge former være virksomme. Kan det være slik at det å dele erfaringer direkte vil ha størst påvirkning på relasjonen, mens både direkte og indirekte formidling vil skape økt troverdighet knyttet til terapeutens kjennskap og kunnskap om tematikken?

Nå over til hvilken innflytelse egne narrativer kan ha i rollen som terapeut.

## **5.2 Terapeuten: rollen**

Alle informantene gir uttrykk for at de har et bevisst forhold til dette temaet, og tenker at egne narrativer påvirker dem som terapeuter i møte med pasienten på ulike måter. De sier at de ikke kan legge bort sin historie og erfaringer i terapien; Narrativene deres er en naturlig del av dem og derfor også en del av terapeutrollen:

«Nei vi kommer ikke utenom det her og du kommer ikke utenom din egen historie når du hører på andres...sånn sett så blir det jo historier det dreier seg om da... men jeg er også opptatt av det jeg sa i stad... det å finne alternative historier eller mestringshistorier...» (Informant 1)

«Så det er viktig ... det MÅ være sånn at du blir preget av egne erfaringer både faglige og personlige, men det er all mulig grunn til å være på vakt... sånn sett så er det en veldig fordel å være på en avdeling med så mye personale og så mye forskjellige typer fagfolk....» (Informant 2)

«Det heng jo litt sammen med hvem «jeg» er på jobb... hva deler jeg av meg selv... i forhold til personlige fortellinger... for jeg tenker at det er jo det det handler om... fortellinger fra din egen livserfaring... som du bruker...» (Informant 3)

«Når du jobber miljøterapeutisk så... da er du nødt for å bruke deg selv... du bruker jo erfaringene dine og historiene dine er jo med i relasjonene» (Informant 4)

Jeg får gjennom disse uttalelsene støtte i min egen tanke om at vi er uløselig knyttet til våre narrativer. Både informantene og jeg er opptatt av at historiene preger oss uansett, og jeg er således enig med informant 1 i at vi ikke kommer utenom vår egen historie. Det har vært spennende for meg å se nærmere på hvordan informantene tenker at nettopp dette former dem i rollen som terapeut. Informant 2 er opptatt av hans historie og erfaring påvirker holdningen hans som menneske og terapeut, som igjen påvirker hva han velger å ha fokus på i samhandling med pasienten. Informant 3 er opptatt av at hennes historie og erfaring kan gi henne viktig innsikt i hvordan en pasient ønsker å bli møtt av behandler og om mulig forstå pasientens behov. Informant 4 sier at erfaringene hans kan hjelpe han som terapeut til å utvide sitt perspektiv, og dermed se pasienten i en større helhet. Videre at han bedre kan forstå pasientens livssituasjon.

«.. Den oppveksten jeg hadde gjennom mor og far da... kanskje opptatthet av slike ting da... ja... sånt sett er det en personlig erfaring som styrer en del av holdningene mine da...» (Informant 2)

«En pasient som jeg har prøvd og fulgt litt opp i forhold til det... og da har jeg selv opplevd det med å være deprimert og har da selv sagt at det her skal ikke handle om meg, men skulle gjerne ha fortalt deg det at jeg selv har ligget under dyna (vært deprimert)... og jeg føler at det du tenker nå, er bare å være her hos meg, men vi trenger ikke å snakke... da får jeg på en måte en bekreftelse på at det er akkurat det du trenger...» (Informant 3)

Fra mitt ståsted virker det som om narrative påvirker grunnleggende tankesett hos informantene i deres terapeutiske praksis. De uttrykker at egenerfaring gir seg utslag i holdninger, helhetssyn og økt forståelse for pasientens behov, noe som også samsvarer med mine erfaringer. To informanter nevner at de opplever at det å bruke sin historie i terapi kan utvide terapeutrollen til å bli mer menneskelig.

Effekten synes utfra mitt materiale å være at terapeuten via sine narrativer kan bli bedre i stand til å møte pasienten på en hensiktsmessig måte. Hva er det da som gjør at bruken av egne narrativer ikke nødvendigvis anses som profesjonelt?

Informantene opplever nemlig at det er utydelig for dem om det å bruke egen erfaring og historie er profesjonelt. De opplever at det ikke finnes klare regler eller retningslinjer på hvor grensene bør/skal gå, og at det dermed blir opp til hver enkelt terapeut å ta stilling til dette. De påpeker også at temaet er lite nevnt eller fraværende i deres utdanning. Alle informantene er opptatt av grenseoppgangene mellom det private, personlige og profesjonelle:

«Spørs hva mener du med profesjonelt? Sånn jeg tenker om profesjonalitet så tenker jeg... så har jeg falt til ro på at det er det... men hvis du spør noen andre så vil de kanskje si... nei... det er litt over en grense og fortelle om sine egne... nei det er liksom...» (Informant 1)

«Folk er veldig forskjellig... noen er veldig bestemt på at det der er to forskjellige ting, mens andre er mye mer sånn... flytende i forhold til hva de forteller...» (Informant 2)

«... det har aldri vært slik at jeg har vært i noe sånt at jeg har vært i noen dialog i forhold til sjef eller ledelse... i forhold til om det er lov... men det går litt på «common sense»... du skjønner hva du kan si... jobber du med mennesker har du såpass selvinnsikt at du vet hva du kan si... vet hvor terskelen går og sånt... men jeg vil si at etter hvert som jeg har trådd faget så har jeg mer grobunn for hva jeg kan tillate meg...» (Informant 3)

«Jeg husker at jeg tenkte mye på det... når de snakket om privat og personlig... hva det handlet om... hva er det de egentlig vil frem til? Det synes jeg var vanskelig å få tak på på skolen da... så jeg tenkte mye på det...» (Informant 4)

Selv om det ikke fremkommer noe tydelig svar på hvor grensene går, er samtlige informanter opptatt av at de var mer restriktive med å bruke egne narrativer da de var nyutdannede. De oppgir å ha blitt tryggere på å bruke seg selv i terapi etter hvert som de har fått mer jobberfaring:

«For det første tror jeg at jeg er mer avslappet da, at jeg ikke har noe behov for å være en ekspert eller perfekt. Det tror jeg handler om trygghet. Trygghet på jobben og sånt. At i perioder så har det kanskje vært utrygt å være på jobb og at jeg har vært uerfaren... miljøet har vært slik at du må ikke vise feil.» (Informant 1)

«Litt mer da opptatt av...metoder og teknikker...mer etter boka...og sånn sett blitt mindre stressa på at det skal være akkurat sånn... og bruker litt mer sånn... litt der og da...spontant...» (Informant 2)

«Så er du litt sånn plantet i sånne leirer til å begynne med og så beveger du deg litt mer frem og tilbake mellom... i den grad jeg har vært...i den grad jeg har brukt personlige ting i terapien så er det en utvikling som har gått parallellt med frigjøring fra den strengt teoretiske orienteringen...» (Informant 2)

Flere nevner at de opplever at de tenker at det er akseptabelt å bruke seg selv i terapi i den organisasjonen de jobber i, men at de i varierende grad er åpen til kollegaer om dette. Noen sier at de kan dele slike erfaringer med noen kollegaer og i veiledning. De er opptatt av at man bør bli «transparent» når man bruker sin egen historie i terapi, og at det er viktig å tillate andre å få innblikk og innsikt i hvordan man jobber. Jeg opplever at informantene her snakker om å kvalitetssikre arbeidet, slik at man kan handle i tråd med intensjonen om at det å bruke egne narrativer er for å hjelpe for pasienten, ikke for å dekke terapeutens egne behov. Alle informantene er opptatt av dette skjæringspunktet, og sier samtidig noe om kulturen på arbeidsstedet knyttet til å snakke høyt om temaet:

«Det er klart at det er noen grenseoppganger...det må jo være på måte noen... det kan ikke være slik at jeg skal fortelle historien min, fordi at jeg har behov for det selv. For det det tenker jeg er... jeg skal ikke ta plass i terapirummet, at jeg skal liksom få bearbeidet litt av mitt eget...» (Informant 1)

«Nei... det kan komme opp i faglige diskusjoner om pasienter, men det har ikke var noe sånt tema, det har jo vært noen slike fagdager og ... både fra avdelingene og internundervisning ... det er på en måte ikke sånne tema som ikke står på dagsordenen...» (Informant 2)

«Så kan det være vanskelig å begrunne hvorfor du velger sånn og sånn for folk som ikke kjenner vedkommende. Så du begrenser det kanskje til de som kjenner pasienten best... jeg går ikke til alle og forteller at jeg bruker 10 åringen min... eller at jeg har fortalt en historie om at dattera mi har blitt lei seg og at det er en typisk normalsituasjon, så går jeg ikke til hvem som helst å... jeg har brukt den historien til den og den pasienten, men jeg kan godt fortelle det til de som kjenner pasienten fordi de vil forstå sammenhengen eller konteksten jeg bruker det i... eller hvorfor det er naturlig å bruke det...» (Informant 2)

«Hvis jeg bruker meg personlig, så har jeg behov for å si det hjemme. Så har jeg jo også en teamleder som jeg går til... som jeg har rom for at jeg kan gå til henne og ... nå må jeg snakke ... der kan jeg liksom... rrrrrrrrrrr. Der kan jeg bare få ut alt. Hvis jeg kjenner at hvis jeg er litt usikker på det der, så ... for hun forstår meg veldig godt... det tror jeg alle gjør... (Informant 3)

«Ja i starten blir jo det vanskelig ... men når du jobber i et miljø... og har type veiledning og luften det hele tiden da... du går ikke rundt å suller i din egen verden og... det er jo veldig skummelt igjen. Det er noe med at mitt kan overmanne den andre da...» (Informant 4)

I mitt materiale kommer det klart frem at informantene mener at egne narrativer påvirker dem i rollen som terapeut på mange nivå. Deres refleksjoner sammenfaller med mine, også når det gjelder det å ha høy bevissthet rundt hvordan nettopp egen historie og livserfaring preger oss som terapeuter. Jeg vil nå vise funn knyttet til informantenes tanker rundt hvordan bruk av egne narrativer kan påvirke relasjonen til pasientene:

### **5.3 Terapeuten og pasienten - relasjon**

Alle informantene er opptatt av at det å dele sin egen historie og erfaring kan være relasjonsbyggende. En informant sier at han bruker egen historie og erfaring for å tune seg inn på pasienten, og han opplever at dette kan en døråpner i forhold til kommunikasjon og kontakt:

«Ikke annet enn at jeg føler meg veldig trygg på å tenke sånn og jobbe sånn . Både fordi jeg har erfaring med at det kan være veldig effektivt og .. ikke minst i forhold til relasjonsbygging..» (Informant 2)

«Da får jeg (pasienten) på en måte en bekreftelse på at det er akkurat det jeg (pasienten) trenger.. da knyttes det en ganske sterk relasjon, fordi at du tørr å åpne opp noe av deg selv..» (Informant 3)

En informant er opptatt av det å bruke sin egen historie i terapi gir terapeuten «flere strenger å spille på» i tillegg til fag og metode. Han beskriver det som at det profesjonelle begrepet blir utvidet. En annen sier at han er opptatt av å være profesjonell, men at dette ikke nødvendigvis skaper relasjon.

«Nei. Jeg synes på en måte at det er like profesjonelt.. det er bare det at det profesjonelle har utvidet seg.. Spiller på flere strenger..» (Informant 2)

«Hvis jeg vil være profesjonell da så vet jeg hvordan jeg skal være det da.. Men det tror jeg ikke hjelper meg i å bygge relasjoner .. det er det viktigste.. Jeg må bruke meg selv på en aller annen måte...» (Informant 4)

I begrepet profesjonell legger han at en viss distanse er nødvendig og riktig, samtidig som han fremhever at for stor avstand er lite hensiktsmessig. Flere informanter sier at terapeuten ved å dele av seg selv, kan gi pasienten en følelse av å bli sett og forstått, noe som igjen som skaper trygghet. De tenker at det å by på seg selv kan bidra til å minske den profesjonelle distansen, og dermed oppnå en større likevekt i terapirommet.

Flere informanter nevner at det krever mot å bruke sin egen historie og erfaring i terapi, og at det kan gjøre terapeuten mer sårbar. En informant sier at han gråt på en samling av pasienter og kollegaer i etterkant av et pasientsuicid. Han fikk tilbakemelding i etterkant om at pasientene var forundret over at han viste menneskelige følelser.

Han reflekterer over at dersom pasientene opplever behandlere som følelsesløse mennesker, så er dette lite konstruktivt med tanke på relasjonsbygging. En annen informant sier at deling av eget kan det ufarliggjøre å snakke om personlige erfaringer og følelser, sånn sett kan behandleren være en rollemodell for pasienten:

«Min historie i forhold til noe lignende.. Men da blir det mer en diskusjon.. Andre ganger kan det kanskje være.. for at jeg tror at hvis jeg forteller dette så.. hva skal jeg si da.. Vil det ha noen betydning...I forhold til... det kan ha betydning i forhold til relasjon.. Blir mer likeverdig hvis jeg sier noe om det.. Eller at jeg tror det kan ha betydning for .. i forhold til...problematikken.. Eller at det kan være noe forløsende i det da.. At jeg har strevd med det og..» (Informant 1)

Informantene er videre opptatt av at å dele av egen historie og erfaring kan gjøre at terapeuten blir oppfattet mer troverdig, et element jeg tenker er viktig i relasjonsbygging.

«Så det er nok det ene momentet, men så er det jo at jeg tror jo på at det er en terapeutisk effekt og.. med at man er.. ja .. vise at man er.. Hvorfor skal jeg være annerledes enn de? Hvorfor skal jeg sitte der og heve meg over de.. jeg er jo på lik linje selv om jeg ikke har den type problematikk, så er det mye som er gjenkjennbart. Hvorfor skal jeg liksom være fritatt for usikkerhet og uro .. Jeg er jo ikke det? Jeg tror at det er virksomt fordi at jeg blir mer troverdig. Jeg vet ikke...» (Informant 1)

«Jeg tror nok at de ser på deg med andre øyne i forhold til at jeg blir.. ikke tillit.. det er et annet ord jeg leter etter.. Blir mer troverdig da. I den relasjonen vi går inn i .. Når de snakker om ruslivet sitt og alt de har sett og opplevd.. så har ikke jeg opplevd det direkte..» (Informant 4)

Slik jeg ser det, er troverdighet viktig for at pasienten skal få tillit til terapeuten. Jeg har opplevd at relasjoner har endret seg, etter at jeg har åpnet døra inn til min egenerfaring og delt av meg selv. Det ser ut som informantene også har samme opplevelse. Kanskje henger det sammen med at relasjonen blir bedre dersom vi terapeuter fremstår som mennesker, i stedet for å skjule oss helt bak den profesjonelle ”masken”? Her handler det igjen om å finne en gylden middelvei, der etikken setter navigasjonspunkter for vår terapeutiske praksis.

#### **5.4 Terapeuten og pasienten – forandring**

Jeg har til nå sett på hvordan bruk av egne narrativer kan virke inn både på rollen som terapeut og på relasjonen mellom terapeut og pasient. Målsettingen for rusbehandling er å legge til rette for at endring skal skje, slik at pasienten bedre kan mestre hverdagen uten bruk og misbruk av rusmidler. Kan det å dele egne narrativer også virke inn på selve endringsprosessen?

Alle informantene er opptatt av at bruk av egne narrativer kan skape forandring. De er i denne sammenhengen spesielt opptatt av begrepet normalisering. Flere beskriver at mange pasienter kan ha en følelse av at deres situasjon er spesiell, og at de er annerledes enn alle andre: ”Det bare er meg i hele verden som opplever å ha angst, depresjon eller å misbruke rusmidler”. For noen vil dette være vanskelig, og kanskje gi en følelse av ensomhet, nederlag og oppgitthet. Det å kunne by på seg selv som behandler, vil kunne hjelpe pasienten til å forstå at følelsene og reaksjonene er mer normale enn de selv antar. Ergo en normalisering har funnet sted, slik informantene vektlegger:

«Jeg har en følelse av at de er veldig.. at deres historie er veldig spesiell.. de er annerledes ..de er mislykket.. det er bare de som er så.. annerledes.. mens resten av verden er vellykket eller noe sånt.. samtidig som psykiske forhold og følelsesmessig.. reaksjoner på det som skjer.. hva skal jeg si.. Felles er for de fleste mennesker.. Så det å ta med seg.. personlige ting inn i en terapisisituasjon.. kan ofte bidra til å normalisere litt.. demmers følelsesliv.. følelsesmessig reaksjoner.» (Informant 2)

«Vi oppleve jo for eksempel at vi er i begravelser sammen med pasienter, vi har jo mistet pasienter vi og.. Og da ser jo de en side av oss som er veldig ukjent, at vi faktisk skriker vi også.. Da blir de litt sånn der «oi», «bryr dere dere så mye om oss» «Ja vet du det gjør vi». Vi kjenner på et tap inni oss vi og, ikke som en ungdom på en arbeidsplass, men som en ungdom som har satt spor i hjertene våre. Så det.. da må man på en måte være bevisst.. samtidig har vi snakket om det at det er normalt”. (Informant 3)

«Det er jo veldig sånn at de problematiserer sitt eget liv.. men vi er de perfekte som lever det perfekte liv.. Men sånne er jo ikke virkeligheten..vi er jo ikke perfekt.. det med økonomi synes jeg er et godt eksempel på hvordan man kan bruke sitt eget liv uten at det .. vi tar nå opp hovedpunktene da..vi setter opp et budsjett da.. Mitt budsjett er no ikke noen offentlig hemmelighet da.» (Informant 4)

Det ser ut som denne normaliseringen, det at til og med terapeuten kan streve med ulike ting, bidrar til en bevegelse for pasienten. Jeg har flere ganger tenkt at jeg ved å vise ”svakhet” har hjulpet pasienter til å finne egen styrke, noe som igjen bringer dem fremover i endringsprosessen. Selv har jeg fått støtte og hjelp ved at andre har opplevd noe lignende som det jeg synes er utfordrende. Jeg tror at en slik virkning også gjelder for pasientene når vi som terapeuter viser ansikt, og er modig nok til å dele fra eget liv.

To informanter har erfaring med at å bruke seg selv på denne måten var et vendepunkt i terapien, en forskjell som utgjorde en forskjell. En informant nevner at det å dele av seg selv og sin historie kan «så noen frø», i denne sammenhengen kan dette handle om håp om endring. Sist nevnes det at en effekt av dette også kan være at pasienten får ny innsikt med et mer realistisk bilde av terapeuten.

Jeg tenker på det som å så litt frø.. Gjennom å gjøre det der da så, det er ikke sikkert jeg stikker hull på noe, men man rekker kanskje .. jeg har tro på at noe synker inn.. på et eller annet nivå da..da er det noe med å bruk tiden rett og slett da. Veldig mange er jo veldig lukket og det er ikke så rart da.. de kommer fra gata og er vant med å.. stort sett lyg.. for å si det sånn. Det må man gjøre for å overleve?» (Informant 4)

«Ja.. men mest i sånn gruppe (behandling).. er det mest at jeg har sagt at .. for eksempel så kan jeg tenke sånn at.. jeg har brukt en historie om røyk-sug da.. for at det er jo.. da har det vært min historie da som har kommet frem.. gg det har jo vært.. det har skapt diskusjon og av og til har det blitt fokus på .. de har liksom tulla med.. det har skapt noe humor rundt dette da og det tror jeg og er virksomt da..» (Informant 1)

Det at terapeuten deler av sin historie og erfaring, kan også gjøre noe med stemningen i terapirommet. En informant beskrev at hun opplevde at pasientens kroppsspråk endret seg og at han ble avslappet og at dette er en stor forandring i seg selv.

«Jeg har opplevd å få en mer åpen pasient tilbake.. en pasient som har sagt x (navnet) kan vi sette oss ned å snakke? Hvor det aldri nevnes det som jeg har vært igjennom, der pasienten slapper helt av og du ser kroppsspråket blir veldig rolig og du har oppnådd en tillit i relasjonen.» (Informant 3)



Informantene er også opptatt av at en «lettere» stemning kan påvirke kommunikasjonen mellom terapeut og pasient. Da i form av at det kan åpne opp for dialog, og at det kan skape en større balanse i terapirommet. En informant opplever at hun ikke tar seg selv så høytidelig, og at det kan skape humor.

«Samtidig som at det kan være... jeg tar meg selv ikke så høytidelig da... da kan de tulle med meg og det tror jeg er virksomt på et vis... at jeg er jo inni deres liv på en måte og da er det greit at de kan se noe av meg og tror det skaper en teamfølelse eller at jeg vet ikke jeg... at jeg... at jeg ... måten de ser på meg da...» (Informant 1)

Jeg synes det er spennende å se hva informantene mener om sammenhengen mellom egen rolle, relasjonen mellom pasient og terapeut, og hvordan dette igjen henger sammen med endringsprosessen. Grunnet oppgavens struktur, har fremstillingen min et kunstig skille mellom disse faktorene. I terapirommet tror jeg nemlig at alle virker både sammen og samtidig. Det er en balansekunst å være terapeut. Tenk bare på hvilken oppmerksomhet som kreves for å ta inn og sortere alle inntrykk og uttrykk, før man skal gi neste respons. Og tenk på alle valgene og vurderingene som skal gjøres på få sekunder for at denne responsen skal bli best mulig. Skal man for eksempel dele fra sin egen historie når man får en slik impuls eller ide? Og i såfall, på hvilken måte? I neste avsnitt vil jeg gå nærmere inn på noen refleksjoner informantene har gjort seg rundt dette.

### **5.5 Jobbsammenheng: Hvordan brukes terapeutenes narrativer i terapi?**

Historiene og erfaringene som kan brukes i terapien kommer til uttrykk på forskjellig vis. Informantene er opptatt av at terapeuten kan bruke egen erfaring og historie når den kan ha likhetstrekk med pasientens historie, eller at pasienten kan være opptatt av det samme. Alle informantene er opptatt av at deres historie og erfaring skal ha begrenset plass i terapirommet, og at intensjonen alltid skal være å hjelpe pasienten. En informant beskriver at han deler «små drypp» av sin historie.

Informant 1 har valgt å bruke en metafor for å illustrere hvordan hun opplever at pasienten har det emosjonelt sett, noe som hun tror gjorde at pasienten følte seg forstått. Informant 2 nevner dattera si direkte i terapien for å illustrere og normalisere følelser og handlinger for pasienten.

Informant 3 er opptatt av at pasientene opplever at terapeuter synser for mye. Hun opplever at det å kunne snakke om egenerfaring, gir henne tilgang til andre ord og tema som er ekte og nære. Videre er hun opptatt av å få tillatelse fra pasienten til å få dele, så hun spør pasienten om det er greit at hun deler litt av sin historie. Informant 4 er opptatt av at hans egen historie gir ham bedre evne til å sette seg inn i enkelte pasienter og pårørendes perspektiv, og at han på den måten oppnår en bedre forståelse av deres livssituasjon. Her er noen sitater jeg synes illustrerer det jeg har sammenfattet overfor:

«Ja... både fordi det ikke blir så truende og at en 10 åring reagerer på en litt enklere måte enn en 20 åring... det blir lettere å se... det blir tydeligere... forenkle... selv om de kan være ganske umoden så er det et ganske komplekst følelsesliv de har med seg... så det å forenkle og trekke ut det vesentlige av slik situasjoner kan være ganske nyttig... lettere å huske på og...» (Informant 2)

«Veldig ekte fordi jeg tror at de har veldig stort inntrykk av at vi synser veldig mye... jeg føler... jeg tror... jeg tenker at du... Jeg tror vi bruker veldig mye slike type ord. Og så sier de veldig ofte at du skjønner ikke hvordan jeg har det... nei...har aldri vært borti rusmidler, men så har jeg MIN livshistorie med meg.. Jeg tror at...de også blir overrasket over at vi tørr og være så ærlig med dem... og det skaper relasjoner og jeg tror de blir ettertenksom...» (Informant 3)

«Ja ... spesielt til gutter er det kanskje vanskelig å rett inni dem og sånn. Ofte rygger de tilbake og går i forsvarsposisjon og den paranoide tanken kommer fort. Da tror jeg det er greit å for eksempel rusle seg en tur langs elva og heller snakk om en tredje person som i hans verden ikke finnes da... men det er jo en måte å bruke deres historie som jeg vet om da...» (Informant 4)

Informantene har ulike måter og innfallsvinkler når det gjelder formidling av egne narrativer. Jeg støtter tanken om at min historie ikke skal ta for stor plass i terapirommet. Noen ganger har jeg kjent på at jeg har gått over den usynlige grensen, uten at jeg tror at det har fått negative konsekvenser for verken pasienten eller relasjonen oss i mellom. Likevel er balansepunktet mellom for lite og for mye også her viktig å finne. Videre synes jeg det er flott om terapeuter kan bruke både fortellinger, metaforer, tegninger og musikk for å vise seg og sine narrativer frem. Og kanskje vil en rusletur nettopp være det som skal til for å skape bevegelse, både bokstavelig og terapeutisk?

Jeg er også nysgjerrig på hvilke refleksjoner informantene gjør seg underveis når de deler egne historier.

## **5.6 Jobbsammenheng: Bevissthet - hva blir terapeutene opptatt av når de bruker egne narrativer i terapi?**

Historien er, som tidligere sagt, en del av terapeuten. Det er derfor viktig at terapeuten har evne til å reflektere over hvordan man bruker historien i terapi. I tillegg har informantene vektlagt at narrativen som deles, må være ferdig gjennomarbeidet for terapeuten selv. En informant beskriver at terapeutens historie kan inneholde «blindflekker» hos terapeuten. Flere nevner at det blir galt å ta frem deler av historien som man strever med, da fokuset i terapien kan endre seg til å handle om terapeuten og ikke pasienten. Samtlige informanter formidler at dette krever at de har en høy bevissthet rundt hva som skal deles og på hvilken måte. Informant nr. 2 opplever at det er følelsesstyrt om man velger å dele sin historie i terapi, andre nevner magesfølelse som styringsmekanisme:

«Det vet jeg ikke. Jeg vet ikke om vi bruker tid på det på jobben sånn. Jeg er iallfall opptatt av det. Hva er mine blindflekker... ja...og hvordan min historie preger meg?» (Informant 1)

«Jeg synes det forståvidt er helt greit at man er firkantet i starten, og så kjenner man litt mer på sine egne grenser underveis i stedet...for at man bretter ut hele sitt og begynner å begrense etter hvert... Mindre fare for å tråkke i salaten. Magesfølelse synes jeg er veldig viktig sånn...» (Informant 2)

«Det er jo litt følelsesmessig styrt og tenker jeg da. De grensene man har er noe som er der i utgangspunktet, og så lager man seg en forklaring på hvorfor man har de grensene... fortsettelsen av det...» (Informant 2)

Alle informantene er opptatt av at man ikke skal drive privatpraksis i forhold til dette, og at man i større grad åpner opp for innspill og tilbakemeldinger fra andre. De er opptatt av å ta imot veiledning, og at det er viktig å være i et tverrfaglig felleskap. I forhold til arbeidsplassen, kan det virke som enkelte informanter opplever utydelighet i forhold til om det er tillatt å bruke sin egen historie i terapi og hvordan dette eventuelt kan gjøres. Hver enkelt terapeut må finne ut hvordan man skal forholde seg til dette.

Alle informantene uttrykker at de har endret seg, og at de som nyutdannede var mer restriktive med å dele egne historier. Flere informanter beskriver at det krever mot å åpne seg og dele egen erfaring og historie:

«Det handler ikke om noen sånn type retningslinjer eller pekepinn, men det handler om å utvikle oss selv. Hva tror du selv er sunt? Det handler mer om bevisstgjøring... vi har jobbet med litt bevisstgjøring rundt dette her temaet. Og der man finner sitt eget ståsted... og da er man tilbake til det med «common sense». (Informant 3)

«...det viktigste er den bevisstheten rundt det du holder på med...» (Informant 4)

«Jeg må tenke over hva er mitt i relasjonen her og hva er det som styrer relasjonen og bærer relasjonen. Det skal aldri være mitt... kom med drypp, men det skal aldri... man skal ikke forandre eller skifte retning på hva vi holder på med. Noe med å ha en sånn tanke i hodet da.» (Informant 4)

Nok en gang balansekunst!

Etikk har vært et sentralt tema hos alle informantene. Etske betraktninger har sneket seg inn, uavhengig av hva vi i utgangspunktet skulle snakke sammen om. Dette har fått meg til å tenke at vi her står overfor et område som bør komme mer frem i lyset. Jeg har valgt å ta med et eget punkt om etikk, selv om jeg ser at noen tema også tidligere har blitt berørt. Både informantene og jeg ønsker at de etiske rettesnorene skal bli mer tydelig, da gjennom mer åpenhet og diskusjon rundt hvordan vi kan bruke egne narrativer på en faglig forsvarlig måte.

## **5.7 Etikk- profesjonelle grenseoppganger**

Informantene er, som tidligere nevnt, opptatt av at det ikke finnes klare regler når det gjelder å bruke seg selv i behandling. De formidler at det er vanskelig å vite hvor grensene går, og at det er all grunn til å være på vakt. Hvordan skal man vite hva som er rett og galt å gjøre? Det å trå feil, kan belaste pasienten. En informant har erfaring med å ha gått over en grense i forhold til det jobben hennes oppfattet som profesjonelt. Hun valgte å gjøre det likevel, da hun tenkte at det var riktig i den gitte situasjonen. Hendelsen endte med at hun fikk kjeft fra lederen sin. Til tross for dette, står hun fast på at måten hun handlet på, var til beste for pasienten. Hun understreker at det var det riktige å gjøre i akkurat den situasjonen, men at det er en vurdering som må tas fra gang til gang.

En annen informant er opptatt av at vurderingene tas i forhold til situasjon og magesfølelse. Informant 3 er opptatt av at hun vet hvor hennes grenser går i forhold til å dele av seg selv og egen historie.

Hun er opptatt av at det er «common sense» (sunn fornuft) som styrer hennes valg i forhold til dette temaet. Jeg tolker henne dithen at det handler om samhandling der tanker, følelser og erfaring er med i vurderingen.

Informant 4 opplever at han jobber i en gråsoner. Han har en tydelig oppfatning av hva som ligger i begrepet profesjonell, men at det profesjonelle ikke skaper relasjoner. Informanten er videre opptatt av at man noen ganger må handle utenfor det som andre oppfatter som profesjonelt. Jeg har plukket ut noen utsagn som tydeliggjør informantenes opplevelser:

«Jeg husker at jeg fikk veldig kritikk en gang, fordi da hadde jeg gitt mobilnummeret mitt til ei jente, slik at hun kunne ringe meg privat. Det var ikke lov! Men jeg gjorde det allikevel, fordi jeg kjente inni meg at det var riktig å gjøre da... og det tror jeg fortsatt at det var og! Det var ikke det at jeg drev å delte ut telefonnummeret mitt i hytt og pine, men da tenkte jeg at akkurat da, i det her tilfellet så kjentes det riktig ut. Og da gjorde jeg det!» (Informant 1)

«Det er situasjonsavhengig og magesfølelseavhengig... og ihvertfall begrensa av at man bruker slike eksempler i situasjoner...» (Informant 2)

«Det har aldri vært slik at jeg har vært i noe sånt at jeg har vært i noen dialog i forhold til sjef eller ledelse... i forhold til om det er lov... men det går litt på «common sense»... du skjønner hva du kan si. Jobber du med mennesker har du såpass selvinnsikt at du vet hva du kan si... vet hvor terskelen går og sånt. Men jeg vil si at etterhvert som jeg har trådd faget så har jeg mer grobunn for hva jeg kan tillate meg...» (Informant 3)

«Det er klart at jeg skiller på de ... men jeg er nok mest opptatt av «gråsonen» uansett da. For det er der jobben min er da. Hvis jeg vil være profesjonell da så vet jeg hvordan jeg skal være det da. Men det tror jeg ikke hjelper meg i å bygge relasjoner ... det er det viktigste. Jeg må bruke meg selv på en aller annen måte...så jeg er no mest opptatt av «gråsonen» (Informant 4)

Utfordringen videre blir, slik jeg ser det, å finne en måte for terapeutene å forholde seg til den etiske gråsonen på. Informantene har brukt begrepet blindflekker om egne narrativer, og sagt at det er viktig med høy bevissthet rundt disse for at bruken av narrativene skal gagne pasienten. Kanskje finnes det også slike blindflekker i systemet rundt terapeuten som kan tydeliggjøres, nettopp for å lage en klarere ramme rundt bruken av egne narrativer i praksis? Jeg har tro på at man ved å snakke høyt om dette temaet, vil bidra til større trygghet for terapeutene, og dermed også bedre behandling til pasientene.

## 5.8 Oppsummering av funn

Informantene er opptatt av at deres historie og egne erfaringer er en del av dem som mennesker. Den delen kan det ikke legges lokk på i terapi, det må man ha et aktivt og bevisst forhold til. Historiene påvirker terapeutens punktuering<sup>8</sup> (Hårtveit og Jensen 2004) og hvordan vi forstår pasienten. Oppvekst og egne erfaringer er med på å forme våre holdninger som igjen er med på å påvirke terapeuten i møte med pasienten.

Informantene formidler at de kan bruke deler av sine historier og erfaringer i terapi. De meddeler at selvopplevd depresjon, erfaringer med sykdom i nær familie, dødsfall i nær familie, erfaringer fra rusmiljøet, erfaringer med å slutte å røyke og egen økonomiske situasjon er deler av historien som de kan bruke i terapi. Det som er viktig er at historien er noe som pasienten kan relatere seg til og at den «passer» til pasientens historie. Enten kan det være selve innholdet i historien eller å kunne kjenne seg igjen i pasientens følelser og opplevelser i historien.

Informantene kan dele egen erfaring og historie direkte og indirekte i terapi. Intensjonen med å bruke seg selv og sin egen historie i terapi, skal alltid være å hjelpe pasienten. Historiene som nevnes skal komme pasienten til gode. Flere informanter opplever at det er situasjon- og relasjonsavhenging om de velger å bruke sin egen historie i terapi. Terapeutens historie eller erfaring bør ha fellestrekk med pasientens historie eller at pasienten skal være opptatt av det samme. Terapeutenes historie skal ikke ta for mye plass, de skal kun være små «drypp» eller som et supplement til pasientens historie.

Terapeutens egen historie eller erfaring kan hjelpe terapeuten til å forstå pasienten bedre, og gir derfor tilgang til kunnskap som pasienten igjen vil kunne nyte godt av.

Det å bruke sin egen erfaring og historie kan videre være en døråpner i forhold til kontaktetablering og kommunikasjon. Et eksempel kan være at det å bruke seg selv kan hjelpe terapeuten til å *tune* seg inn på pasienten. Det kan skape trygghet, som igjen kan være positivt i forhold til relasjonsbygging. Det å bruke seg selv kan minske distansen mellom terapeut og pasient, noe som vil skape mer likevekt og fellesskapsfølelse. Informantene er opptatt av at terapeutens historie kan være med på å normalisere situasjonen man er i, både med tanke på

---

<sup>8</sup> Punktuering: «prosessene som fører fram til (...) utvelgelse av sekvenser og historier». (Hårtveit og Jensen 2004: 90)

følelser og opplevelser. Videre kan det påvirke stemningen i rommet ved at stemningen blir mer uformell og at det da er lettere med tanke på trygghet og at det blir rom for humor.

Bruk av egne narrativer kan også gi terapeuten flere valgmuligheter i form av andre innfallsvinkler for tilnærming, samt være en viktig kilde til kunnskap om pasienten, som for eksempel at terapeuten vet noe om det å være deprimert. Informantene er opptatt av at terapeuten kan bli oppfattet som mer troverdig, ekte og nær når man bruker egen historie i terapi. Flere informanter nevnte at det å bruke sin egen historie og erfaring i terapi, setter behandleren i et mer menneskelig lys.

Det kan kreve mot å dele av seg selv i terapi, fordi det å dele kan gjøre terapeuten sårbar. Alle informantene er opptatt av at det som kan deles av historier og erfaringer må være avklarte og bearbejdede opplevelser. Terapeutens historier og erfaring kan inneholde «blindflekker», som kan være forstyrrende og ødeleggende for den terapeutiske prosessen.

Det er viktig med høy bevissthet rundt bruken av egne narrativer. Flere informanter opplever at det å bruke sin egen historie/erfaring krever mot hos terapeuten og kan gjøre terapeuten sårbar. Det finnes ingen regler eller retningslinjer i forhold til dette temaet, og det er derfor opp til hver enkelt behandler hvor man setter grensene. Dette krever evne til bevissthet og selvrefleksivitet. Det blir viktig at man ikke driver «privatpraksis», men at man kan åpne opp for at andres syn og refleksjoner, for å kvalitetssikre arbeidet. Alle informantene jobber i tverrfaglig fellesskap og bemerker at det er viktig i denne sammenhengen. Informantene formidler at de i varierende grad er åpne overfor kollegaer om dette temaet.

En informant nevner at hun bruker veileder på jobb for å snakke om dette. Alle informantene er usikre på hvordan ledelsen forholder seg til dette temaet.

Mine informanter er opptatt av å være profesjonelle, og de vet hva de legger i dette begrepet. De formidler at det å bruke seg selv og egen historie befinner seg i en grenseoppgang, og det er vanskelig å vite hvor grensen går. Flere informanter nevner at de bruker magefølelse eller «common sense» som en hjelp. De er opptatt av å både hegne om pasienten og privatlivet sitt. Hver enkelt må finne sin egen grense i forhold til dette temaet. Som nyutdannede var de mer restriktive med å dele av seg selv. Med erfaring har de blitt mer trygg på å bruke seg selv og sin egen historie i terapien.

## 5.9 Kritikk av resultatene

Jeg undrer meg over om det er tilfeldig hvem jeg har fått som informanter eller ikke. Kan det være rusbehandlere som er spesielt opptatt av dette temaet? Hadde jeg fått et annet utvalg og andre funn hvis jeg hadde tilnærmet meg temaet på en annen måte? Hva hadde skjedd dersom jeg hadde fått informanter som var sterkt kritisk til dette temaet? Jeg håper og tror at jeg likevel hadde klart å være åpen og nysgjerrig i forhold til deres tanker og refleksjoner.

Jeg har reflektert i forhold til problemstillingen min: «*Hvilke refleksjoner gjør rusbehandleren seg i forhold til bruk av egne narrativer i terapi?*». Kan problemstillingen oppfattes slik at det ligger en forventning om at det å bruke egne narrativer i terapi, er å foretrekke og at det å ikke bruke seg selv på den måten, er mindre bra? Min intensjon med problemstillingen var å finne ut hva andre rusbehandlere tenker om dette temaet. Jeg ble overrasket over at alle informantene hadde et så bevisst forhold til dette, og at de brukte den delen av seg selv aktivt.

Under intervjusituasjonen fikk jeg en følelse av begeistring da informantene snakket om hvordan de brukte sin egen historie i terapi. Dette ble synlig for informantene. Jeg tror at det i denne sammenhengen var positivt, da jeg opplevde at informantene var veldig åpne og meddelssomme etter kort tid i intervjuene. Det kan ha en sammenheng med at de opplevde at jeg var oppriktig interessert i deres refleksjoner. Samtidig kan jo min begeistring også ha ført til at de ikke turte å formidle sin eventuelle motstand mot temaet, noe som kan virke begrensende på forskningen?

Jeg har tillatt meg å spørre andre rusbehandlere uformelt, i ulike sammenhenger om deres bruk av egne narrativer i terapi, da uten at de vet at jeg forsker på dette temaet. Jeg har fått veldig ulike svar. Alt fra terapeuter som er positive til å bruke sin egen historie i terapi, eller er restriktive til egen bruk, men positive til at andre gjør det, til noen som har en negativ innstilling med en holdning om at terapi alltid kun skal handle om pasienten.

Jeg har undret meg over at det kanskje ikke er tilfeldig at jeg har fått informanter som er alle opptatt av dette med bruk av egen historie og erfaring i terapi. Kanskje dette handler om at jeg har fått et utvalg av informanter som er spesielt interesserte? Dette setter spørsmålsteget ved reliabiliteten i undersøkelsen. Hvis jeg gjentar undersøkelsen med et annet utvalg, vil kanskje ikke resultatet bli det samme. På en annen side er målet i kvalitativ forskning å fordype seg i individets opplevelser, således er det ikke mulig å «gjenta» undersøkelsen for å kunne oppnå likt



resultat. Resultatet er unikt hver gang uansett. I så måte er resultatene unike og valide, fordi det utvider bildet av hva rusbehandlere gjør i sin praksis.

Jeg er opptatt av dette temaet, og praktiserer det ved å bruke deler av min historie og erfaring i terapi. Min forforståelse i forhold til dette temaet har påvirket meg i forhold til hva jeg har blitt opptatt av med tanke på litteratur og forskning.

Jeg er opptatt av at min egen praksis ikke er noe ideal og er heller ikke ute etter en bekreftelse på det jeg selv gjør. Hver behandler har ulike private grenser. Å bruke sin egen historie og erfaring i terapi kan kreve mot samtidig som det kan gjøre behandleren sårbar. Jeg tenker at det er ikke alle som vil sette seg i den situasjonen som terapeut og det har jeg stor respekt for. Jeg er som sagt nysgjerrig på hvordan andre forholder seg til dette temaet. Om det finnes noen likhetstrekk med utførelsen, så kan det være nyttig kunnskap i forhold til veien videre.

## Kapittel 6 Diskusjon og selvrefleksjon

Analysen av intervjuene viser at alle mine informanter virker å ha et bevisst forhold til å bruke sine egne historier og erfaringer i terapi. De funn jeg har valgt er interessante i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. I og med at det er føringer på antall sider, har jeg derfor kommet frem til at jeg må begrense meg til to funn. Når man har gått inn i materien, har det vist seg at det er flere fellestrekk mellom informantenes svar i forhold til temaet. Jeg skal videre ta for meg de to funnene jeg valgte ut fra analysen: *1. Er det profesjonelt å bruke sine egne erfaringer og historier i rusbehandling, 2. Kan bruk av egen erfaring og egne historier i rusbehandling skape god kommunikasjon og relasjon?* Disse funnene skal jeg drøfte opp mot teori og empiri.

### 6.1 Er det profesjonelt å bruke sine egne erfaringer og historier i rusbehandling?

I denne prosessen har jeg funnet lite litteratur og forskning på temaet om det å bruke sin egen historie og erfaring i terapi (Jensen 2007; Olkowaska 2013). For min del anser jeg dette som en egen faglig tilnærming, men skjønner at mitt syn kan ha lite støtte både forskningsmessig og teoretisk. Prosessen med å skrive denne oppgaven har gjort meg mer nysgjerrig på hvorfor det finnes så lite litteratur og forskning på denne tilnærmingen. Hva er det som gjør at mine informanter sier at de deler egne narrativer i terapi, men at det samtidig virker som det ikke er helt ”stuerent” å snakke høyt om dette utenfor terapirummet? Kan det være fordi mange ser på denne tilnærmingen som uprofesjonell?

Vi lever i en postmoderne kultur der evidensbaserte metoder er viktige (Hårtveit og Jensen 2004). Sånn sett er det logisk at en tilnærming det har blitt forsket lite på, ikke vil ha så høy status i fagmiljøene. En annen faktor er hvilket syn som er rådende i forhold til hvordan terapeuten skal opptre profesjonelt. En metode som er anerkjent innen rusbehandling er motiverende intervju (MI) (Barth og Nâsholm 2007). Metoden er evidensbasert, og forskning viser at den har god effekt i behandling av rusmiddelavhengige (Arkovitz, Westra, Miller og Rollnick 2008). MI blir omtalt som en klientsentrert terapi, der pasienten skal være i sentrum og ikke terapeuten (Barth og Nâsholm 2007). Ut i fra min kjennskap til MI skal terapeutens tanker, følelser og refleksjoner i minst mulig grad være synlig for pasienten. MI er anerkjent i fagmiljøet, den er evidensbasert, og man kan anta at MI blir ansett som en profesjonell metode.

Synet på terapeutens rolle i MI står i sterk kontrast til tilnærmingen jeg har forsket på.

Det er dermed sagt at bruk av egne narrativer er uprofesjonelt? Noen vil hevde at å bruke egne narrativer nettopp vil gjøre terapien sentrert rundt terapeuten, ikke klienten.

Jeg er ikke enig i dette, og vil hevde at ved ”riktig” bruk av tilnærmingen vil klienten fortsatt være i fokus. Det fremkommer i mitt materiale og i teorien fra narrativ etikk at det er grenseoppganger for bruk av egne narrativer som må og bør tydeliggjøres (Indrebø Hovland 2011). Men hvor går grensen?

Jeg har funnet mye litteratur på hva som legges i begrepet profesjonell og hvordan profesjonalisme praktiseres (Bang 2003; Røkenes og Hansen 2006; Jensen og Ulleberg 2011). Det finnes ikke slik jeg ser det, en klar oppskrift på hva det vil si å være profesjonell. Innenfor de yrkesetiske retningslinjene for Fellesorganisasjonen (2010) er det opp til hver enkelt å finne sin balansegang. Fagutøvelsen vil være preget av terapeutens personlige egenskaper og faglige ståsted, både holdningsmessig og metodisk. Samtidig vil kulturen på arbeidsplassen kunne gi en føring som fremmer eller hemmer denne måten å jobbe på (Bang 2003). Kulturen er en del av konteksten, og er med og påvirker hvordan vi tolker og handler i terapi.

Jeg velger å ta med et eksempel som jeg mener synliggjør en av diskusjonene på hva som er profesjonelt eller ikke, med tanke på hvordan terapeuter skal og bør fremstå.

For noen år siden flyttet vi inn i et nytt bygg på arbeidsplassen min. Før vi fikk ta i bruk de nye kontorene våre fikk vi en mail fra ledelsen om at vi ikke skulle «innrede» kontorene med noe privat, de ønsket at kontorene skulle være «nøytrale».

Jeg tenker at motivet for dette var et ønske om at vi skulle fremstå som profesjonell, men også det at vi ikke skulle bli for knyttet til kontoret vårt, slik at andre kunne benytte seg av det. I dag har jeg et kontor med to bilder av mine barn, en blomst og en innrammet tegning fra min eldste datter. Er det et profesjonelt kontor? En kollega av meg fortalte om en pasient som hun hadde hatt i individualterapi, som hadde kommentert på dette. Han hadde sagt at det var godt å komme inn på kontoret hennes. Han hadde brukt ordene «her er det liv». Han formidlet at det var en varme og trygghet der som var viktig for han. Kontoret hennes har kun en blomst, bilder av familien i små rammer i vinduet og to bilder på veggen av blomster. Pasienten formidlet at markørene i rommet gav han trygghet og varme (Wallin Weihe 2007). Hvordan hadde et kontor med kun de nødvendige møblene og rekvisitaene påvirket han? Og hva gjorde at jeg trosset de føringene som ble lagt?

Det er jo nettopp fordi jeg tenker at profesjonalitet handler om at det er umulig å fylle terapeutrollen uten å ha med seg selv, sin historie og sitt liv. Indrebø Hovland (2011) fastslår at behandleren *er* sine livshistorier og erfaringer. Behandleren kan ikke legge skjul på noe han eller hun er. Våre historier og erfaringer «vises» i tankegang, holdninger, tolkninger og hva vi velger å ha fokus på. Videre gjenspeiles dette i kommunikasjon, i handlinger og i våre følelser (Røkenes og Hansen 2006; Lundby 2008; Yalom 2009; Hovland Indrebø 2011 og Jensen og Ulleberg 2011). Dette gjelder også noe så konkret som hvordan kontoret til terapeuten er innredet.

Terapeuten vil være synlig på flere måter. Jeg tenker at det er uunngåelig for meg som terapeut å være i dialog uten at mine erfaringer, min kunnskap, mine personlige egenskaper og holdninger styrer mine valg hva gjelder både bant annet fokus, refleksjoner, spørsmål og punktueringer (Jensen og Hårtveit 2004). Det er umulig å være usynlig, men det er ikke dermed sagt at det er profesjonelt å dele sine egne narrativer direkte i terapirommet.

Selvavsløring er et begrep som dekker noe av dette (Hill og Knox 2002). Selvavsløring handler om at terapeuten avslører noe fra sitt liv og deler av livshistorien (Anderson og Mandell 1989). For noen vil det kanskje være "overtramp" eller faglig uetisk å dele noe fra sitt private og personlige liv med en pasient. Da med tanke på at man selv tar for stor plass i terapirommet. For andre kan det handle mer om redsel for å miste den profesjonelle «maska», slik at pasienten får tilgang til "noe" som gjør terapeuten sårbar. Bang (2003) er opptatt av hva man legger i det profesjonelle.

Slik jeg forstår Bang (2003) handler dette om at mennesker har ulike personlige grenser. Dette vil igjen påvirke om og i hvilken grad vi velger å åpne opp for egen erfaring og egne historier i terapi.

Jeg tenker at tilnærmingen jeg har forsket på, ikke handler om å avsløre noe, men å bruke historier og erfaringer for å hjelpe pasienter. Informantene er tydelige på at intensjonen med å bruke seg selv i terapi på denne måten, alltid skal komme ut fra en tanke om at dette vil kunne hjelpe pasienten videre i sin prosess. Målet med å dele egne narrativer er å skape en plattform for videre samarbeid i terapi, både med tanke på relasjonen mellom pasient- terapeut og i forståelsen av de utfordringene som søkes løst. Informantene kommer med viktige momenter for å praktisere profesjonelt. De er opptatt av at historiene kun skal være små «drypp» av egen historie og at historiene og erfaringene som terapeuten deler, skal passe med pasientens historie. Informantene er opptatt av «konteksten» som en aktiv del i vurderingen for å best mulig kunne ivareta

pasienten. De formidler at de må ta et valg i de ulike situasjonene de er i. Passer deres historier med pasientens- finnes det en link der? Her kan det være viktig å spørre pasienten om godkjennelse før man deler egen historie. Informant 3 sier at hun spør pasienten om det er greit at hun forteller litt om sin egen erfaring. Det handler om å ha et bevisst forhold til hele sammenhengen terapeuten og pasienten er i. Pasienten kan være i en sårbar situasjon og det er viktig at behandleren har et bevisst forhold til dette når beslutningen om å bruke egne historier tas.

Informantene er opptatte av at dette er et vanskelig tema. I utdanning og gjennom arbeidserfaring har man lært hva det vil si å være profesjonell. En informant sier at «vi vet hva det vil si å være profesjonell, men det profesjonelle skaper ikke relasjoner». Å bruke sin egen erfaring og historie i terapi er noe alle informantene forholder seg til, og alle formidler at det ikke finnes klare regler eller retningslinjer på om det er profesjonelt eller ikke.

Informantene opplever at det er noe hver enkelt behandler må finne ut av. Alle informantene er opptatt av at dette temaet krever en høy bevissthet. I følge Bang (2003) er det store individuelle forskjeller på hva hver enkelt legger i det å være profesjonell. Pasienten utgjør også en forskjell i forhold til hvordan behandleren utøver sin profesjonalitet. Informant 2 har et bevisst forhold til hvilke pasienter han deler sin historie med. Informanten er mer restriktiv i forhold til pasienter som har vansker med grenser, enn de som er deprimerte. Men er en god intensjon nok til å forsvare at dette er profesjonelt? Og er det virkelig opp til hver enkelt terapeut å bestemme hvor grensene skal gå?

Litteraturen støtter at det er svært viktig å ha en høy bevissthet rundt egne livshistorier (Røkenes og Hansen 2006; Lundby 2008; Yalom 2009; Hovland Indrebø 2011; Jensen og Ulleberg 2011). Det formidles at i verste fall kan blindflekker i historien vår komme i veien for terapi. Slik jeg forstår det er det ubearbeidede opplevelser ikke heldig i møte med pasienter. Hvis vi møter pasienter som forteller noe fra sitt liv som treffer vår historie, kan dette føre til at fokuset vårt blir flyttet fra pasienten til oss selv (Lundby, 2008, Indrebø Hovland 2011). Slik jeg ser det grenser dette opp mot det Røkenes (2006) beskriver som krenkelser. Jeg er enig i at terapeuter bør unngå å dele historier fra eget liv som man ikke er ferdig med, og tenker også at det er viktig å kjenne seg selv godt og ha evne til å reflektere over egne reaksjoner i møte med pasienten. Hvis pasientens historie treffer en ubearbeidet del av historien, vil dette kunne vekke følelser og reaksjoner hos terapeuten som kan bli vanskelig å håndtere. Fokuset skyves da fra pasienten og

over til behandleren. Dersom man ikke har et bevisst forhold til seg og sitt, er det mange fallgruver å havne i.

I mitt utvalg er det slik at det virker som informantene har et bevisst forhold til å bruke egne historier og erfaringer på ulike måter i terapi. Flere informanter nevner at magesfølelse er viktig i forhold til det å bruke seg selv i terapi. Magesfølelse er med i vurderingen i forhold til om det er riktig å dele av egen erfaring og historie. Jeg kjenner igjen dette fra egen praksis. Mange ganger er det magesfølelsen min som forteller meg om jeg skal dele min historie. I slike situasjoner velger jeg å spørre pasienten om jeg kan dele fra min historie først. Er pasienten nølende eller negativ til det, så legger jeg det bort. Uansett må jeg alltid sjekke ut responsen i ettertid på det jeg gjør. Noen ganger er jeg ikke i tvil om at historien traff den andre. Da vises det i terapiprosessen ved at samtalen flyter og vi kommer et skritt videre. Andre ganger må jeg spørre pasienten om det opplevdes meningsfullt for pasienten. Magesfølelse handler ikke om evidensbasert kunnskap, men om en blanding av holdninger og følelser og egen livserfaring.

Mye kan tyde på at det å bruke seg selv i terapi *praktiseres*, men vi snakker lite om det. Hvis dette er tilfelle, er det en av fallgruvene. Informantene mine er opptatt av at det er farlig å drive privatpraksis. Det er viktig å være gjennomsliktig å ta i mot andres blikk og refleksjoner. Men hvordan er dette mulig dersom vi som terapeuter ikke deler erfaringer ved å dele av egne narrativer?

For meg har det tidligere vært uklart om det er profesjonelt å bruke seg selv og egen erfaring i terapi. Med erfaring har jeg blitt mer trygg på meg selv. I takt med denne erfaringen har jeg også blitt mer komfortable med denne praksisen. Alle informantene mine sier også at de var mer usikre og utrygge på det å bruke seg selv i terapi da de var nyutdannet, men at dette har endret seg med erfaring. Tre informanter forteller at de ikke vet hvordan ledelsen eller organisasjonen forholder seg til dette temaet. Én informant sier at hun tror det en måte som ledelsen støtter, men opplever ikke at dette temaet har tatt mye plass. I de siste årene har jeg blitt kjent med kolleger som praktiserer dette, og det har skapt ytterligere trygghet. For meg handler det om at andre anerkjenner den måten å jobbe på.

Det er nok fortsatt noen jeg ikke kunne sagt dette til, av redsel for reaksjoner og for at andre skal se på meg som uprofesjonell. Jeg opplever at jeg helst deler mine terapierfaringer med dem jeg vet er faglig enig med meg. En konsekvens kan være at en mister tilgangen til viktige refleksjoner og tilbakemeldinger fra andre som har et mer kritisk syn på bruk av egne narrativer.

Vi burde derfor oppsøke kollegaer med mer kritiske stemmer i forhold til dette, for å belyse temaet og videreutvikle denne tilnærmingen. For at bruk av egne narrativer skal gjøres på en faglig forsvarlig måte, mener jeg at vi i mye større grad må tørre å vise hvordan vi jobber, for eksempel i veiledning.

Med andre ord vil det å bruke egne erfaringer og historie i terapi kan være profesjonelt hvis man er bevisst og reflekterer rundt egen praksis.

## **6.2 Kan bruk av egen erfaring og egne historier i rusbehandling skape god kommunikasjon og relasjon?**

I følge Røkenes og Hansen (2006) har en god behandler både handlingskompetanse og relasjonskompetanse i møte med pasienten. Behandler skal kommunisere på en måte som gir mening for pasienten uten å krenke, og at kommunikasjonen skal «gjøre noe med den andre og for den andre». Man må møte hele mennesket som et subjekt, ikke objekt (Røkenes og Hansen 2006). Slik jeg ser det er relasjonen mellom pasient og terapeut avgjørende for utfallet av terapien. Dette støttes også av både eldre og nyere og forskning (ibid.). Det å ha relasjonskompetanse innebærer etter min mening å være seg selv i yrkesrollen, og ha et bevisst forhold til hvordan egne personlige særtrekk innvirker på samhandlingen.

Dette gjenspeiler drøftingen min om profesjonalitet. En god og bærende relasjon bygger på tillit, trygghet og opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes og Hansen 2006). Terapeutisk allianse brukes for å illustrere kvaliteten og styrken i relasjonen mellom terapeut og pasient (ibid.:18). Mitt spørsmål er om, og i så fall hvordan, det å bruke sine egne erfaringer og historier i terapi kan være fruktbart både i forhold til relasjon og kommunikasjon?

For at tilnærmingen skal være virksom, er det en forutsetning at den skjer innenfor en profesjonell ramme, jamfør tidligere drøfting. Alle informantene bruker seg selv i form av å dele egne erfaringer og historier direkte i terapi. Dette kan i seg selv handle om at de tenker at det å bruke seg selv på denne måten kan ha en fruktbar virkning på og i terapiprosessen. Informantene bruker også egen historie og erfaring indirekte i terapien.

Flere beskriver at de ved å bruke egne historier kan få tilgang til andre spørsmål og formuleringer som igjen kan åpne opp for kommunikasjon med pasienten. For eksempel vil egen erfaring med depresjon gi en annen kunnskap og kjennskap til tilstanden enn bare å lese om det i

en fagbok. På denne måten vil egenerfaringen gi økt forståelse av hvordan pasienten kan ha det, noe som igjen kan føre til at pasienten føler seg mer forstått. Egne erfaringer kan gjøre at man kan tør å stille mer direkte spørsmål til pasienten (Jensen og Ulleberg 2011).

I tillegg kan en eventuelt direkte deling av egen historie ha en effekt i form av at pasienten opplever terapeuten som troverdig og menneskelig. Informantene legger vekt på at de ønsker å skape likevekt i terapirummet, i den grad det er mulig, da maktbalansen slik jeg ser det aldri helt kan jevnes ut. Informant 4 sier at han kan bruke egen erfaring for å tune seg inn på pasienten, informant 3 sier at hun bruker seg selv og egen erfaring for å komme i dialog med blant annet deprimerte pasienter. Jeg tenker at det å møte en terapeut som selv har erfaringer, for mange pasienter kan bidra til at de føler seg friskere og mer normal: ”Dette er en tilstand som kan ramme mange, til og med terapeuten min har erfart noe lignende”. Alle disse faktorene tror jeg virker inn på relasjonen og kommunikasjonen i form av økt tillit og trygghet.

En fare jeg kan se ved å dele av egen historie er at terapeuten kan gå fra å inneha en profesjonell rolle til å bli mer venn? Hvordan vil i så fall dette virke inn på relasjonen og kommunikasjonen? I ytterste konsekvens kan dette bety at det blir vanskelig å ha et godt faglig perspektiv og spesielt hvis det er noe av negativ art som skal formidles, vil det kanskje bli utfordrende å si det? Hva sier informantene om dette?

Kanskje kan pasienten bli redd for å skuffe terapeuten. Terapeuten på sin side kan stå i fare for å bli overinvolvert i pasienten, slik at han eller hun ikke klarer å opprettholde en profesjonell distanse.

Min erfaring er at jeg opplever å ha en god dialog med og relasjon til mine pasienter, men at jeg også iblant føler at kommunikasjonen går helt i stå. Jeg kan da kjenne at det er en avstand mellom meg selv og pasienten, som jeg tror hemmer dialogen. Når jeg kjenner på en slik distanse, er det også sannsynlig at pasienten opplever det samme. Jeg har tenkt at noe kan handle om at pasienten og jeg i utgangspunktet har ulike referanserammer, for eksempel kan alder ha betydning. Jeg jobber med godt voksne menn. Kanskje vil noen av dem stille spørsmål ved at en mye yngre terapeut, uten så mye livserfaring, vil kunne hjelpe dem? I slike tilfeller har jeg noen ganger valgt å bruke egne historier for å se om det kan åpne opp og skape en nærhet i relasjonen.

Et eksempel: For en stund tilbake jobbet jeg med en mann på 66 år, jeg kaller ham Olav. Han har hatt et problematisk forhold til alkohol i over 40 år. Han har en sterk livshistorie i form av en traumatisk barndom og oppvekst, vonde opplevelser i hjemmet og på skolen. Alkoholen har



”herjet” i livet hans og gjort at han har mistet mye som er han nært og kjært. Der satt vi to i samme rom, jeg en kvinne på 38 år og han en mann på 66 år. Hvordan skulle vi finne en trygg terapeutisk plattform sammen, slik at det kunne skje en endring i livet hans? Olav og historien hans gjorde sterkt inntrykk på meg fra første stund. Jeg var imponert over den styrken han viste, både før og nå ved å forsøke en ny runde med behandling.

Tidlig i behandlingsforløpet, hadde jeg tøffe tak privat. Jeg var satt ut av spill, men tanken på Olav og hans historie hjalp meg til å sette mitt eget liv i perspektiv. Jeg ble påvirket av motet og styrken til denne mannen: Hvis Olav finner mot og styrke til å ønske behandling etter et langt liv med krenkelser og motgang, skal jeg klare å overvinne mine utfordringer også. I samtale med Olav mandagen etter tenkte jeg å dele denne opplevelsen med ham, fordi jeg hadde magefølelse der og da på at det ville gjøre ham godt. Jeg spurte Olav om jeg kunne dele noe fra mitt liv? Olav svarte ja. Jeg fortalte at jeg hadde hatt en tøff helg, at jeg hadde tenkt på han og at hans styrke og mot hadde hjulpet meg gjennom helga. Olav så på meg med store øyne som var fylt av tårer og sa: «Den satt! Nå skjønner jeg at du forstår meg!». Det jeg forstod gjennom den videre samtalen med Olav, var at hans mål i livet var å hjelpe andre. Han ønsket å bruke sine erfaringer og det at han hadde hjulpet meg, betydde mye for han.

Jeg opplevde at samtalene med Olav åpnet opp for videre kommunikasjon, og responsen fra ham gjorde meg trygg på at magefølelse og intuisjon i dette tilfellet stemte. I følge Yalom (1999) er den terapeutiske distansen lite hensiktsmessig. Han sier videre at åpenhet hos behandler fører til åpenhet hos pasienten. Yalom er opptatt av dette med ekte møter, og han mener at det ikke er mulig for en terapeut å være «ugjennomsiktig og skjult for pasienten» (Yalom 1999: 88). Ved å tørre og dele mine erfaringer, opplevde jeg at distansen mellom oss ble endret, og at relasjonen ble styrket. Noe som ble bekreftet da Olav spurte neste gang vi møttes om hva som hadde skjedd med meg den helga. Jeg svarte at det ikke var relevant, men at han skulle være trygg på at det gikk bra med meg nå. Det var viktig for meg å ikke fortelle hva som hadde skjedd med meg denne helga. Dette fordi det var for privat, samt fordi jeg ikke ville at terapien skulle endre fokus. Jeg tenker at det var med på å skjerme pasienten fra grublinger rundt min situasjon, og at han kunne fokusere på egen prosess.

Historien kunne hatt et annet utfall. Olav er, slik jeg kjenner ham, en meget empatisk mann. Informasjonen om jeg også har hatt det vanskelig, kunne skapt flere bekymringer hos han, dette kunne i neste omgang forstyrret vår kommunikasjon og selve terapien. Fokuset hans ville

blitt flyttet fra ham selv og over til meg som terapeut. Videre kunne Olav begynne å stille spørsmål ved hva jeg som terapeut tåler, om jeg «makter» å høre historien hans, nå som han ble kjent med at jeg også hadde «mitt å stri med».

Det behandlerne frykter mest med åpenhet i følge Yalom (1999), er at den aldri skal ta slutt. I dette konkrete tilfellet spurte aldri Olav noe mer rundt min helg, han respekterte mine grenser. Min erfaring er i likhet med Yalom, at pasientene ikke krever mer åpenhet fra terapeuten når dette blir sagt på en forklarende måte. Jeg tenker at når en bruker sin egen historie eller erfaring i terapi, er det viktig at en tar hensyn til responsen fra pasienten. Som nevnt tidligere var informant 3 også opptatt av dette. Det er ikke sikkert at det som deles treffer pasienten. Hvis Olav hadde svart nei på spørsmålet om jeg kunne dele min erfaring med ham, ville jeg respektert det.

Både mine egne og informantenes erfaringer tilsier at det er fullt mulig å dele egne narrativer i terapi på en måte som kommer pasienten til gode. Dette så lenge vi som terapeuter tilstreber å ha et så fininnstilt lytte- og (for)tolkningsapparat som mulig i møte med pasientene, og justerer våre intervensjoner og metoder til pasientenes behov og deres respons.

Alt i alt ser jeg at drøfting 1 og 2 henger uløselig sammen. Profesjonalitet handler blant annet om måten vi kommuniserer på med våre pasienter, og kommunikasjon er noe av det viktigste elementet i relasjonsbygging.

### **6.3 Avslutning**

I denne masteroppgaven har jeg kommet frem til at det kan være virksomt å bruke egne narrativer i rusbehandling, så lenge man intervensjoner med høy grad av bevissthet og etikk. Historiene og erfaringene som deles må være gjennomarbeidet, og brukes på en slik måte at det alltid er pasienten som er i fokus. Jeg anser det å bruke sine egne narrativer i terapi som profesjonelt, så fremt det skjer innen nevnte rammer. Videre tenker jeg at det å kunne snakke høyt om dette temaet blant kollegiale og i veiledning, vil høyne bevisstheten og etikken rundt bruken.

Enkelte ganger må man likevel tåle at delingen av egne erfaringer og historier faller på steingrunn. Det kan være mange grunner til at en intervensjon ikke ”passer” for pasienten akkurat da. Sånn er det i all terapi, og det må ikke hindre terapeuter i å være modige. Med modighet kan vi slik jeg ser det styrke pasientens prosess.

Begrepene privat, personlig og profesjonell har blitt mer tydelig for meg etter at jeg har jobbet med denne masteroppgaven. Jeg vet nå at det er flere behandlere som praktiserer å bruke egne narrativer i rusbehandling, samt at jeg har fått større innblikk og innsikt i hvordan vi som behandlere kan forholde oss til dette på en faglig forsvarlig måte.

I min undersøkelse mangler brukerstemmen, fokuset har vært på selve tilnærmingen. Jeg har fått vite noe om hvordan terapeutene tenker dette påvirker pasientene, men hvem vet, hadde jeg forsket på pasientene hadde kanskje funnene vært annerledes? Jeg håper at noen blir inspirert til å forske videre på dette temaet, da gjerne også fra pasientenes synsvinkel.

Jeg har lenge hatt **tro** på at bruk av egne narrativer er virksomt i terapi, både relasjonsmessig og terapeutisk, og har videre en forståelse som tilsier at jeg som terapeut **er** uløselig knyttet til mine narrativer i min praksis. Ergo døra inn til mine narrativer er åpen uansett om jeg vil eller ikke. Gjennom denne masteroppgaven har jeg nå også fått større **bevissthet** i forhold til hvor åpen døra bør og kan være. Jeg har fått nye innspill og refleksjoner bl. a rundt de etiske rettesnorene som rammer inn bruken av egne narrativer på en faglig forsvarlig måte, noe som vil gi meg større **trygghet** i mitt videre virke som rusbehandler.

Dørene lukkes.

## 7 Litteraturliste

- Ackerman, Steven J. og Mark J. Hilsenroth (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, s. 1–3.
- Andelson, Sandra Caughran og Douglas L. Mandell (1989). The use of Self-Disclosure by Professional Social Workers, *The Journal of Contemporary Social Work, Family Service*.
- Arkowitz Hal, Henry A. Westra, Willian R. Miller og Stephen Rollnick (2008). Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems. New York: *The Guilford Press*
- Bang, Susanne (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, Tom og Christina Näsholm (2007). *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*. Oslo: Fagbokforlaget
- Berg, Insoo Kim og Scott D. Miller (1998). *Rusbehandling: En løsningsfokusert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Brorson, Hanne, Espen Ajo, Arnevik, Kim Rand-Hendriksen og Fanny Duckert (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Norway: Department of Psychology, University of Oslo. I: *PUBFACTS Scientific publication data*. URL: <http://www.pubfacts.com/detail/24029221/Drop-out-from-addiction-treatment-a-systematic-review-of-risk-factors>. (lest 14.10.2014)
- Creswell, John W. (2007). *Qualitative inquiry reseache design*. London: Sage Publications, Inc.
- Dalen, Monica (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kreativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dallos, Rudi og Arlene Vetere (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Berkshire England: *Open University Press*.
- Dønnestad Eva, Heine Steinkopf og Mogens Albæk (2013). RVTS sør- et ledende fagmiljø innen psykiske traumer. I: Konferansen i Los Angeles. *How people change*. URL: <http://sor.rvts.no/no/nyhetsarkiv/Hjernen+formes+av+bruken.9UFRrK2X.ips#.VFOgjsZ0x1Y> (lest 14.10.2014)
- Folkehelseinstituttet (2014). Rusmidler- faktaark. *Folkehelseinstituttet* [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8907&Content\\_7242=7244:110521:0:7243:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110521:0:7243:1:::0:0) (lest 10.09.2014)

- Folkehelseinstituttet (2014b). Avhengighet- faktaark. *Folkehelseinstituttet*  
<http://www.fhi.no/tema/rusmidler/avhengighet> (lest 24.10.2014)
- Gilje, Nils og Harald Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjærum, Gürgens Rikke (2010). *Usedvanlig kvalitativ forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse og omsorgsdepartementet (2013). Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. *Lovdata*. <http://www.lovdatabase.com/index.html> (lest 10.08.14)
- Helse og omsorgsdepartementet (2013c). Spesialisthelsetjenesteloven. *Lovdata*  
<http://www.lovdatabase.com/index.html> (lest 10.08.14)
- Hill, Clare. E., og Knox, Sarah. (2002). Self-Disclosure. In Nocross J. Ed, *Psychotherapy Relations that works*. Oxford University Press, Inc.
- Hole, Reidar (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hovland Indrebø, Beate (2011). *Narrativ etikk og profesjonelt helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hubble, Mark A., Barry L. Duncan og Scott D. Miller (1999). *The heart and soul of change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Hårtveit, Haakon og Per Jensen (2004). *Familien- pluss en. Innføring i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, Per (2008). *The Narratives Which connect...* Oslo: Diakonhjemmet. Doktoravhandling i familierapi og systemisk praksis.
- Jensen, Per og Inger Ulleberg (2011). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauritzen Grete, Edle Ravndal og Jonas Larsson (2012). Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. (6)
- Lossius, Kari (2011). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundby, Geir (2009). *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax forlag A/S.

- Lundby, Geir (2008). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjoner og nyskriving av historier*. Otta: Tano Aschehoug.
- Moen, Torill og Ragnheidur Karlsdottir (2011). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. Oslo: Tapir Akademisk forlag.
- Marshall, Cathrine, Gretchen B. Rossmann og Clark Moustakas (2010). *Designing Qualitative Research/Heuristiv Research*. London: *Sage Publications, Inc*.
- Olkowaska, Alicja (2013). Fortsettelsen på jakten på X-Files- Familieterapeuters refleksjoner omkring bruk av personlige historier og erfaringer i familierapi. *Fokus på familien (2)*
- Orlinsky, David. E., Klaus Grawe, og B. K. Parks (1994). Proces and outcome in psychotherapy –Noch einmal. I: A. E. Bergen og S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley. s. 270–376
- Postholm, May Britt (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reichelt, Sissel og Hanne Haavind (1996). *Aktiv psykoterapi: Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Ad. Notam Gyldendal
- Rogers, Carl R. (1985). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2011). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- SIRUS (2003). Rapport nr. 4 Oslo: *Statens institutt for rusmiddelforskning*.
- SIRUS(2010b). Rusmidler i Norge 2010. Oslo: *Statens institutt for rusmiddelforskning*.
- SIRUS (2012). Rusmidler i Norge i 2012. Oslo: *Statens institutt for rusmiddelforskning*.
- SIRUS (2012). Narkotikabrukere i behandling. Analyser basert på data fra Norsk pasientregister Pågående prosjekt. *Sirus*  
<http://www.sirus.no/Narkotikabrukere+i+behandling.+Analyser+basert+p%C3%A5+data+fra+Norsk+Pasientregister+%28NPR%29.d25-SMRrW4D.ips> (lest 15.10.2014)
- Solberg, Per Olav (2014). Mot til å holde ut og forandre. Vol 51, nr.2. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*  
[URL:http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=417168&a=21](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=417168&a=21) (lest 10.10.2014)

Sosial og helse direktoratet (2004). Fakta om narkotiske stoffer. Oslo: *Sosial og helse direktoratet*. URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer/Publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer.pdf> (lest 16.08.2014)

Sosial og helse direktoratet (2005). Alkohol i kroppen. Oslo: *Sosial og helse direktoratet*. URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/alkohol-i-kroppen/Publikasjoner/alkohol-i-kroppen-konvertert.pdf> (lest 13.07.14)

Synonymer.no (2014). URL: <http://www.synonymer.no/index.php> (lest 30.10.2014)

Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og innlevelse. Innføring i kvalitativ forskning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Yalom, Irvid D. (1999). *Terapiens gave*. Oslo: Pax forlag

Yrkesetiske retningslinjer for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (2002/2010). *Fellesorganisasjonen* URL: [https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk\\_2011\\_lav%281%29.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf) (lest 23.10.2014)

Wallin Weihe, Hans-Jørgen (2007). *Relasjonsarbeid og kommunikasjon*. Oslo: Tano Aschehoug.

White, Michael (2009). *Kart over narrativ praksis*. Oslo: Pax

Bilder:

Bildet på forsiden er hentet fra nettet. Kvinne med maske. URL:

[https://images.search.yahoo.com/images/view;\\_images.search.yahoo.com&fr=yfp-t-](https://images.search.yahoo.com/images/view;_images.search.yahoo.com&fr=yfp-t-) (lest ned 31.10.2014)

## **8 Vedlegg**

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring

Vedlegg 3. Intervjuguide

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD

Vedlegg 5. Endringskjema NSD (kopi av epost)



Vedlegg 1.

Ann Helen Bjerkan

Gina Krogsvei 15

7046 Trondheim

Dato 14.08.12

### **Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring**

Jeg heter Ann Helen Bjerkan, er sosionom og studerer master i systemisk familierapi og praksis. Jeg skal denne høsten skrive masteroppgave. Gjennom egen erfaring som behandler har jeg blitt engasjert i og opptatt av hvordan behandlere innen rusomsorgen forholder seg til sine egne historier i terapien/behandlingen. Problemstillingen jeg har valgt for oppgaven er:

**«Hvilke refleksjoner gjør rusbehandleren seg rundt bruk av narrativer fra eget liv i terapeutisk praksis?»**

For å innhente den informasjonen, ønsker jeg å intervju deg fordi du jobber innen rusbehandling. Jeg ønsker å få frem ditt perspektiv, da jeg er opptatt av dine tanker, opplevelser og erfaringer.

Dersom du takker ja til å være med, vil jeg foreta et intervju som vil vare ca. 60 minutter. Jeg vil ta opp intervjuet på båndopptaker. Det er kun undertegnede som vil bruke informasjonen jeg innhenter og det vil bli slettet etter bruk.

Du kan trekke deg fra studien når som helst, også under selve intervjusituasjonen.

Ferdig oppgave vil bygge på uttalelser under intervjuet, og vil også inneholde direkte sitater. Disse sitatene vil bli fremlagt for informantene. Alt av opplysninger blir behandlet konfidensielt og vil bli anonymisert.

Dette prosjektet vil bli meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å være med i prosjektet, kan du skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Jeg vil da sende deg en frankert konvolutt, som du kan benytte til å returnere samtykkeskjemaet.

Har du spørsmål om studien kan jeg kontaktes på tlf 91515208 eller e-post: [annahelenbjerkan1@hotmail.com](mailto:annahelenbjerkan1@hotmail.com). Min veileder, doktor, Per Jensen, Diakonhjemmet høgskole Oslo, e-post: [jensen@diakonhjemmet.no](mailto:jensen@diakonhjemmet.no)

Jeg vil ta kontakt og avtale tid og sted for intervjuene.

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Ann Helen Bjerkan

Vedlegg 2.

### **Samtykkeerklæring**

Jeg ønsker å delta/ ønsker ikke å delta (stryk det som ikke passer)

som informant i **Ann Helen Bjerkans** masteroppgaven i systemisk familieterapi og praksis ved Diakonhjemmet høgskole, med følgende problemstillingen:

**«Hvilke refleksjoner gjør rusbehandleren seg rundt bruk av narrativer fra eget liv i terapeutisk praksis?»**

Jeg er informert om at jeg kan trekke meg fra studien når som helst, også under selve intervjusituasjonen. Alt som kommer frem av opplysninger er konfidensielle og vil bli anonymisert.

Jeg kan kontaktes på tlf: \_\_\_\_\_

eller e-post: \_\_\_\_\_

Returslipp returneres i vedlagt adresserte og frankerte konvolutt

Dato: \_\_\_\_\_

-----

Underskrift

### Vedlegg 3.

#### Intervjuguide:

1. Alder?
2. Hva er din utdanning?
3. Hva var grunnen til at du valgte akkurat den utdanning?
4. Hva er din stilling i dag?
5. Tidligere yrkes erfaring?
6. Har du noen historier å fortelle der du vet at din personlige og private livserfaring har påvirket praksisen din? Prøv og vær konkret.
7. Hva legger du i begrepene privat og personlig innenfor en profesjonell relasjon?
8. Hvilke tanker har du om å være privat i en profesjonell relasjon?
9. Hva legger du i begrepet «narrativer/historier»? Hvor opptatt er du av dette?
10. Hvilke tanker har du om hvordan våre historier preger oss og våre profesjonelle relasjoner?
11. Hvilken plass har dine egne historier i din terapeutiske kontekst?
  - a) Hvis ingen plass, hva er dine tanker rundt dette? Hvorfor er det viktig for deg og ikke inkludere dette i terapien?
  - b) Hvis plass, hva er dine tanker rundt dette? Hvorfor er det viktig for deg å bruke det i terapi? Hvilke erfaringer har du gjort deg med å bruke egne historier i terapi? Hvilken effekt tenker du at det kan ha?
12. Hvordan opplever du at organisasjonen du jobber for er opptatt av dette temaet?
13. Hvilket inntrykk har du av dine kollegaers opptatthet av dette temaet?
14. Hvor viktig er det for deg med kollegial støtte eller ledelsen støtte på dette temaet for å praktisere dette?
15. Noe annet du vil føye til eller andre refleksjoner du måtte ha knyttet til dette temaet.

Vedlegg 4.

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

**NSD**

Harald Hørlagres 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

Per Jensen  
Diakonhjemmet Høgskole  
Diakonveien 14 - 16  
0370 OSLO

Vår dato: 21.09.2012      Vår ref: 31490 / 3 / MAS      Deres dato:      Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31490	Rusbehandlerens egne narrativer
Behandlingsansvarlig	Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Per Jensen
Student	Ann Helen Bjerkan

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

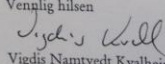
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

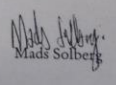
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). 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, 31.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Mads Solberg

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
✓ Kopi: Ann Helen Bjerkan, Gina Krogsvei 15, 7046 TRONDHEIM

Oslo: 0202, Universitetsforlaget / OSLO, Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. (nsd@nsd.no)  
TRONDHEIM: NSD: Bergens teknisk-videnskapslige universitet, 2001 Trondheim. Tel: +47 74 54 89 00.  
TILBAKEMELDING: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS, 2001 Trondheim. Tel: +47 55 58 21 17.

**Fra:** Linn-Merethe Rød <[linn.rod@nsd.uib.no](mailto:linn.rod@nsd.uib.no)> **Dato:** 23. januar 2014 kl. 13.45.37 CET  
**Til:** [annhelenbjerkan1@hotmail.com](mailto:annhelenbjerkan1@hotmail.com)  
**Kopi:** [jensen@diakonhjemmet.no](mailto:jensen@diakonhjemmet.no)  
**Emne:** Prosjektnr: 31490. Rusbehandlingens egne narrativer

## BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til innsendt endringsmelding av 30.12.13 for prosjektet.

Personvernombudet har nå registrert 31.12.2014 som ny dato for prosjektslutt og anonymisering av data. Vi vil da rette en ny statushenvendelse. Vi har videre registrert at utvalget informeres om utsatt dato for anonymisering av innsamlede opplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

--

Vennlig hilsen

Linn-Merethe Rød  
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 11  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
E-post: [Linn.Rod@nsd.uib.no](mailto:Linn.Rod@nsd.uib.no)  
[www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)