

Når foreldre blir med inn

– *om foreldres deltakelse i terapi på BUP*

Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis

Diakonhjemmet høgskole, Oslo

Ole Drønen

April 2012

Antall ord: 24010

En stor takk rettes til:

- *Kirsten Yset, seksjonsleder ved BUP Grorud Ahus, for tilretteleggelse og oppmuntring til å gjennomføre studiet som en del av min faglige utvikling som terapeut.*
- *Israel Pravin, seniorforsker ved Avdeling for psykisk helsevern Ahus, for innsiktsfull og inspirerende veiledning.*
- *Reidun Koch, for uvurderlig hjelp med transkribering, korrektur og språkvask.*
- *Heidi Drønen, min kjære kone, for all støtte og oppmuntring og gode innspill underveis.*

Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie om foreldres deltakelse i terapi med barn i BUP. Hensikten med studien er å belyse hvilke faktorer som bidrar til at foreldre deltar i terapi eller ikke. Oppgavens hovedproblemstilling er: Hvilke faktorer påvirker terapeutenes praksis om foreldre skal delta i terapien med barn i BUP? Fire terapeuter ved en BUP er intervjuet i en semistrukturert intervjuform. I intervjuene spørres det om terapeutenes teoretiske bakgrunn og terapeutiske ståsted, kontekstuelle rammer, foreldres og barns ønsker samt andre personlige faktorer hos terapeutene. Studiens forskningsdesign er en kombinasjon av kvalitativt intervju og deltagende observasjon. Jeg er selv en av informantene.

Oppgavens teoridel er tredelt og redegjør for nyere utviklingspsykologisk kunnskap med vektlegging på tilknytningsteori, terapeutrollen i et historiskfilosofisk perspektiv, samt teorier om terapeutfaktorer. I analysen benyttes ad hoc meningsgenerering med meningskategorisering og meningsfortetting. Resultatdelen er forsøksvis fri for drøfting. Datamaterialet tolkes og drøftes i lys av teorien i eget drøftingskapittel.

Konklusjonen er delt inn i tre kategorier: Behandlingsteoretiske faktorer, maktfaktorer og terapeutfaktorer. Tydeligste behandlingsteoretiske faktor er synet på samspillet mellom barn og foreldre som viktig endringsfaktor. Barnas diagnoser spiller i liten grad inn. Maktfaktorene berører brukermedvirkning og BUPens føringer. Barnas ønsker vektlegges i større grad enn foreldres, og barna ønsker i stor grad å ha foreldre med. BUPens prosedyrer synes å begrense foreldredeltakelsen. Terapeutene legger relativt stort press på foreldre for at de skal delta. Terapeutfaktorene berører terapeutenes egenskaper. Foreldres deltakelse synes å øke terapeutenes evne til å bygge allianse med barnet. Terapeutenes egen familiebakgrunn synes også å spille inn vedrørende foreldres deltakelse.

Innhold

1	Introduksjon	11
1.1	Bakgrunn for prosjektet	11
1.2	Min forforståelse	12
1.3	Mitt faglige ståsted	14
1.4	Oppgavens problemstilling	15
1.5	Avgrensning	16
1.6	Begrepsavklaringer	16
1.7	Studiets relevans til fagfeltet	17
1.8	Teoretisk grunnlag for studien	18
1.8.1	Systemteori	18
1.8.2	Historisk spenning mellom utviklingspsykologi og familierapi	19
1.9	Relevant forskning	20
1.9.1	Forskning på terapeutfaktorer	20
1.9.2	Foreldres og barns erfaringer med fellessamtaler	20
1.9.3	Om evidensbasert forskning på familiebasert terapi	21
2	Teori	23
2.1	Innledning	23
2.2	Utviklingspsykologisk kunnskap	23
2.2.1	Observasjon av spedbarns utvikling	23
2.2.2	Tilknytningsteori	24
2.2.3	Sterns teori om selvopplevelse	25
2.2.4	Sterns teori om selvutvikling	26
2.2.5	Hjerneforskningens relevans	26
2.2.6	Utviklingspsykologi og familiesamtaler	27
2.2.7	Utviklingsstøtte og triangulert samtale	28
2.3	Terapeutrollen	29
2.3.1	Ulike terapeutroller - i historiskfilosofisk perspektiv	29
2.3.2	Maktbegrepet og Foucault	30
2.3.3	Whites bruk av Foucault	31
2.4	Terapeutfaktorer	31
2.4.1	To ulike forskningsmodeller innen psykoterapi	31
2.4.2	Terapeutfaktorer og behandlingseffekt	32
2.4.3	Dilemmaer med å ha foreldre og barn sammen	32
2.4.4	Per Jensens resonanskart	33

3	Metode	35
3.1	En kvalitativ tilnærming.....	35
3.1.1	Kvalitativt forskningsintervju	35
3.1.2	Å forske i egen hage	36
3.1.3	Forskningsdesign.....	37
3.2	Innsamling av data	37
3.2.1	Kriterier for utvelgelse av informanter	37
3.2.2	Utvelgelse av informanter	39
3.2.3	Forsker som informant	40
3.2.4	Informantene	41
3.2.5	Taushetsplikt og anonymitet	42
3.2.6	Forskningsetikk.....	43
3.2.7	Intervjuet	43
3.3	Analysen	45
3.3.1	Transkribering	45
3.3.2	Analysemetode	45
3.3.3	Prosjektets pålitelighet	46
4	Resultat	47
4.1	Innledning	47
4.2	Teoretisk bakgrunn og terapeutisk ståsted	47
4.2.1	Utdanningsbakgrunn.....	47
4.2.2	Terapeutisk ståsted	47
4.2.3	Hvordan påvirker dette foreldres deltakelse?	48
4.3	BUP som kontekst.....	50
4.3.1	Føringer eller begrensninger	50
4.3.2	Ønsker om endringer	51
4.4	Barns og foreldres ønsker vedrørende foreldres deltakelse.....	52
4.4.1	Foreldrenes og barnas ønsker	52
4.4.2	Terapeutenes håndtering av ønskene	53
4.5	Nåværende praksis	55
4.5.1	Andel saker med foreldredeltakelse	55
4.5.2	Presentasjon av caser	56
4.5.3	Eventuelle fordeler med individualterapi i presentert sak	58
4.6	Personlige verdier og privat bakgrunn	60
4.6.1	Personlige verdier, privat bakgrunn og foreldredeltakelse.....	60
5	Drøfting	63
5.1	Behandlingsteoriske faktorer.....	63

5.1.1	Teoretisk ståsted som argumentasjon	63
5.1.2	Eklektisk tilnærming gir ikke variasjon.....	63
5.1.3	Samspill som den viktigste endringsfaktor	64
5.1.4	Begrunnelser for foreldres deltakelse	64
5.1.5	Casene i utviklingspsykologisk perspektiv	65
5.1.6	Pasientenes symptomer som underordnet for valget	67
5.2	Maktfaktorer	68
5.2.1	Barns ønsker viktigere enn foreldrenes	68
5.2.2	Terapeuten er eksperten	69
5.2.3	Ekspertisens begrensning	69
5.2.4	Maktforholdet mellom terapeut, forelder og barn	69
5.2.5	Begrensninger i BUP	70
5.3	Terapeutfaktorer.....	71
5.3.1	Et spørsmål om allianse	71
5.3.2	Allianse med barnet – eller forelderen	71
5.3.3	Allianse med begge parter	72
5.3.4	Egen bakgrunn spiller inn	72
5.3.5	Å være terapeut og forelder	73
5.3.6	Et fremmed tema?	74
5.4	Konklusjon.....	74
5.4.1	Behandlingsteoretiske faktorer	74
5.4.2	Maktfaktorer.....	74
5.4.3	Terapeutfaktorer	75
6	Avsluttende refleksjoner.....	77
7	Litteraturliste.....	79
8	Appendix.....	83
8.1	Infoskriv.....	83
8.2	Intervjuguide	85

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Jeg har i en årrekke arbeidet som miljøterapeut i ungdomspsykiatrisk klinikk og som terapeut i poliklinikk i BUP-systemet. I BUP er det valgt en tverrfaglig tilnærming til arbeidet med barnas psykiske helse. BUP står for Barn og Unges Psykiske Helse (tidligere Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk). I en BUP poliklinikk jobber leger, psykologer, sosionomer og pedagoger. Alle har fortrinnsvis spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri eller er underveis i denne. Dette kan sees som et uttrykk for et ønske om en helhetlig tilnærming til arbeid med barn og unges psykiske helse, pga kompleksiteten i problematikken som pasientgruppen opplever. Det er ikke en entydig praksis i fagfeltet, snarere tvert i mot finnes det svært ulike oppfatninger når det gjelder tilnærmingen i terapi.

I BUP er det barnet som er definert som pasient. Barnet henvises fra lege eller barnevernstjeneste, og henvisningen beskriver først og fremst barnets atferd og symptomatikk og bekymring rundt denne. Fokuset er altså i utgangspunktet individrettet; hva slags lidelse har dette barnet (utredning), og hva trenger det for å bli friskt (behandling)?

Barn er imidlertid i stor grad overgitt til sin kontekst, og Nasjonal Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge vektlegger samhandling og samarbeid med barnets omgivelser. Dette gjelder offentlig nettverk som f. eks skole, pedagogisk psykologisk tjeneste og barnevern. Det vektlegges også tett samarbeid med privat nettverk som foreldre og familie (2008).

En undersøkelse av foresattes vurderinger av tilbudet i BUP (PasOpp-rapport 2008:4) viser at 39% av foresatte for barn under 16 år deltar ofte i samtaler i BUP, mens 13% aldri deltar. På BUP Grorud var foreldredeltakelsen betydelig høyere; 56% svarte at de ofte deltar i samtaler, mens 6% aldri deltok. 38% oppgav at de deltok av og til i samtaler, mot 48% på nasjonalt nivå. Undersøkelsen sier ingenting om hvilke vurderinger som lå til grunn for foreldredeltakelsen.

Som nyutdannet innen familierapi og nyansatt ved BUP Grorud var jeg naturlig nok nysgjerrig på poliklinikkens praksis og ulike metodevalg i møte med barn og unge som

var henvist. Spesielt var jeg nysgjerrig på forholdet mellom individualterapeutisk arbeid, samarbeid med foreldre og øvrig nettverk, og endelig; familierapeutisk arbeid. Hvilke vurderinger og refleksjoner fører til valg av terapiform?

I fagmiljøet er det i høy grad fokus på å se barnet i dets kontekst og å vektlegge godt samarbeid med foreldre. Likevel har det ikke vært mulig å få øye på en enhetlig fremgangsmåte vedrørende praktisering av samarbeid med barnets omgivelser og valg av metode i terapien. BUP Grorud gjennomfører i vesentlig grad en generalistmodell hvor hver behandler, uavhengig av profesjon, har pasientansvar og i praksis stor frihet i gjennomføringen av det terapeutiske arbeidet. Dette betyr igjen at den enkelte terapeut i stor grad selv designer terapiforløpet, og ikke minst på hvilken måte de velger å forholde seg til barnets omgivelser.

Som familierapeut i BUP er jeg spesielt opptatt av hvem som er til stede i rommet i de terapeutiske samtaler. Og selv om min bakgrunn tilsier foreldres deltakelse i terapi med barn, gjerne med hele familien til stede, opplever jeg ikke denne type vurderinger som enkle eller gitte på forhånd. Det er mange ulike saker og problemstillinger, og det kan argumenteres i ulike retninger.

I det tverrfaglige miljøet har jeg blitt utfordret på min egen praksis. Og jeg har vært nysgjerrig på de andres, så vel som mine egne vurderinger og bakgrunn for valg av terapi, da spesielt vedrørende foreldres deltakelse i de terapeutiske samtaler. Om foreldre skal delta i terapeutiske samtaler med barnet er ofte en konkret problemstilling på BUP.

Denne problemstillingen, om valg av individualterapi eller fellessamtaler med foreldre i BUP, er utgangspunktet for denne oppgaven. Fire terapeuter ved BUP Grorud er intervjuet vedrørende hvilke vurderinger de legger til grunn for om foreldre skal delta eller ikke i terapien med det henviste barn. Ønsket er å forstå mer om hva som påvirker oss terapeuter i disse vurderingene.

1.2 Min forforståelse

Hvorfor er jeg så interessert i dette temaet? Jeg har selv vokst opp som yngste barn i en firebarns familie med stabile rammer. Jeg har i barndommen hatt en sterk opplevelse av å være prisgitt mine nære omgivelser og at rollefordelingen i familien har vært rimelig fastlagt. Selv om dette utvilsomt har ført til en del begrensninger i

livsutfoldelsen, er det likevel følelsen av trygghet og ivaretagelse som sitter sterkest igjen.

Allerede i barndommen og tidlig ungdom utviste jeg en evne til å inngå i vennskap med jevnaldrende som på en eller annen måte skilte seg ut fra allmenne forventninger. Atferdproblematikk, gryende rusmisbruk og kriminalitet var klare tendenser i deres liv, og jeg så etter hvert dette i sammenheng med det jeg tolket som vanskelige familieforhold. Tidlig tenkte jeg at de i sine omgivelser spilte ut den rolle de hadde tilegnet seg eller ble tildelt i sin familie.

Senere engasjement i frivillig arbeid overfor fengselsinnsatte og siviltjeneste innen rusomsorg bidro til at sosionomutdanning ble det naturligste studievalg.

Sammenhengen mellom bakgrunn og senere valg i livet har stått sentralt for meg; både i mitt eget liv og i mitt faglige arbeid. Spesielt husker jeg et fengselsbesøk som gjorde sterkt inntrykk, og jeg tenkte at med andre omstendigheter i livet kunne det like gjerne vært meg som satt buret inne.

Disse eksemplene trekkes frem for å vise bakgrunnen for engasjement og nysgjerrighet i mitt arbeid som sosionom og terapeut. I ulike arbeidsoppgaver som blant annet ungdomskonsulent i en frivillig organisasjon, sosialkonsulent og teamleder på sosialkontor og miljøterapeut i lukket ungdomspsykiatrisk institusjon, har det systemiske perspektivet preget meg. Jeg har ønsket å se problemstillinger i en større sammenheng. Og ikke minst har jeg brukt mye energi i forsøk på å forstå hvorfor vi gjør det vi gjør som hjelpere, og hvordan vi tilsiktet eller utilsiktet preger de systemene vi skal hjelpe. Hva bringer jeg som hjelper med inn i hjelperelasjonen som påvirker både relasjon og endring i klientsystemet?

I så måte opplevde jeg å ta videreutdanning i systemisk grunnlagsforståelse og familieterapi ved Diakonhjemmet som å komme hjem i faglig forstand. Et begrep som 2. ordens kybernetikk ble sentralt for utforskningen av og refleksjonen over min egen praksis (Hårtveit og Jensen 1999). Jeg inngår i systemet jeg skal hjelpe. Dette stiller krav til refleksjon over hva jeg bringer inn, og hvordan jeg også er i bevegelse i denne prosessen.

1.3 Mitt faglige ståsted

Jeg er utdannet sosionom med videreutdanning i systemisk grunnlagsforståelse og familieterapi. I tillegg har jeg gjennomført bachelorstudium i Kristendom, Livssyn og Religion og Praktisk Pedagogisk utdanning.

Systemteori er en vesentlig del av grunnlagsforståelsen i sosialt arbeid. Faget handler om å se individet i systemet og jobbe med samspillet mellom de ulike systemene på familie- og samfunnsnivå (Schulman 2011). Sammen med denne grunnlagsforståelsen har jeg valgt å knytte til meg et tilfang av ulike terapeutiske retninger. Jeg har en eklektisk tilnærming til terapi. Det betyr at jeg samler og velger kunnskap ut fra ulike retninger som synes tiltalende, og jeg benytter meg av denne samlede kunnskap i terapien. Jeg vil trekke frem følgende retninger som synes sentralt i min praksis:

Strukturell familieterapi søker å identifisere ulike subsystemer i familien og grensene mellom disse. I denne normative terapiretningen er klare grenser å foretrekke i systemet, i motsetning til rigide eller utflytende grenser. Jeg ser ofte familier gjennom Minuchins teori og strukturelle briller. Arbeidet med familien handler da om forsøksvis å gjenopprette foreldres autoritet i familien (Minuchin et al 2006).

Narrativ praksis utgangspunkt at problemet er problemet, har hatt betydning for mitt arbeid. Michael Whites narrative teori utfordrer vedrørende maktforholdet mellom terapeut og klient. Klientens egen definering av problemet er helt sentralt, og dette utfordrer i praksis det diagnostiske systemet som søker faglige beskrivelser av problemene. Det eksternaliserende språket står sentralt og bidrar til å løfte problemet bort fra klienten som identitetsdefinerende (White 2006). I tillegg finner jeg eksternalisering som et genialt språkpedagogisk virkemiddel overfor barn.

Utviklingsstøttende samtaler står sentralt i Haldor Øvreeides praksis. Både hans teori og praksis har inspirert meg til å bringe inn foreldre i samtaler med barn. Han er opptatt av det utviklingsstøttende samspillet mellom barn og foreldre, og i triangulerende samtaler jobbes det med tilknytning mellom barn og foreldre (Hafstad og Øvreeide 2011).

Utover nevnte faglige inspirasjonskilder vil jeg først og fremst fremheve den store mengde kunnskap om terapi og endringsprosesser innen mitt kollegium. Det kan nevnes utviklingspsykologisk kunnskap og tilknytningsteori, psykodynamisk terapiforståelse, kognitive terapiformer, samt nevrobiologisk og fysiologisk kunnskap.

Mengden av forskning og litteratur og kunnskap innen disse områdene er til å bli svimmel av. Likevel finner jeg det inspirerende å tilstrebe en åpenhet for å la seg forme som terapeut av ulike innfallsvinkler til fagfeltet, selv om dette også oppleves krevende.

Det er et mål at denne oppgaven skal gjenspeile nysgjerrighet og åpenhet også til andre kunnskapsområder enn de tradisjonelle systemiske og familieterapeutiske teorier. Dette ut fra et ønske om alltid å være i faglig bevegelse og å kunne tilegne seg ny kunnskap.

1.4 Oppgavens problemstilling

I denne oppgaven rettes søkelyset mot faktorer som bidrar til at foreldre deltar i terapi med barn i BUP og faktorer som bidrar til at foreldre ikke deltar i terapien. I BUP praktiseres både individuelle samtaler med barn og fellessamtaler med foreldre og barn. Det ligger altså noen vurderinger til grunn for valget om foreldres deltakelse, og spørsmålet er hvilke faktorer som påvirker praksisen. Implisitte vurderinger kan påvirke praksis, og disse kan gjennom bevisst refleksjon omgjøres til eksplisitt kunnskap. Oppgavens formål er å belyse hvilke faktorer som påvirker terapeutenes praksis vedrørende foreldres deltakelse. Dette har gitt oppgaven følgende hovedproblemstilling:

Hvilke faktorer påvirker terapeutenes praksis om foreldre skal delta i terapien med barn i BUP?

Ut fra hovedproblemstillingen kan det stilles mange spørsmål, og jeg vil forsøke å belyse følgende delproblemstillinger:

- Hvilken sammenheng er det mellom terapeutenes teoretiske bakgrunn og terapeutiske ståsted og deres vurderinger om foreldres deltakelse?
- Hvordan påvirker kontekstuelle rammer og føringer valg vedrørende foreldres deltakelse?
- Hvordan påvirker foreldre og barns egne ønsker terapeutenes vurderinger om foreldres deltakelse?
- Hvordan spiller andre personlige faktorer inn for terapeutenes vurderinger om foreldres deltakelse?

1.5 Avgrensing

Oppgaven er rettet mot terapeutenes egne vurderinger knyttet til foreldredeltakelse og refleksjon over hva som påvirker deres praksis.

En viktig avgrensing er at studien ikke søker å si noe kvalifisert om behandlingseffekten av ulike valg; om det for eksempel er mer effektivt å ha med foreldre enn å la det være. Den sier heller ikke noe om tilfredsheten blant barn og foreldre vedrørende valg av terapiform. Derimot sier terapeutene noe om dette. Hva tenker de er smart å gjøre for å oppnå best behandlingseffekt? Denne delen av datamaterialet blir i dette studiet kun interessant i den grad det sier noe om hva som avgjør om terapeutene velger å ha med foreldre i terapien eller ikke.

I BUP er pasientgruppen i alderen fra 0 t.o.m. 17 år. I den ene enden gis det mulighet for inntak av gravide der det er bekymring for det kommende barnet, og i andre enden mulighet for å fortsette pågående behandling utover fylte 18 år dersom det vurderes hensiktsmessig.

Denne studien begrenser seg til arbeid med barn i alderen 6 – 12 år, eller det som tilsvarer barneskolealderen, og det empiriske materialet omhandler arbeidet med denne aldersgruppen. Avgrensingen er gjort for å unngå uhensiktsmessig stort spenn i materialet med henhold til ulike vurderinger knyttet til barnets alder. Spriket mellom vurderingsgrunnlaget for foreldres rolle i arbeid med f. eks et spedbarn og en ungdom ville blitt for stort. Gruppen ungdom over 16 år kommer også i en egen kategori da de regnes som myndige vedrørende taushetspliktsbestemmelsene i helsevesenet.

1.6 Begrepsavklaringer

Begrepet foreldre brukes i oppgaven om de som er oppført som foresatte ved henvisning. I praksis vil det stort sett si biologiske foreldre eller fosterforeldre. Dette kan inkludere biologiske foreldre som ikke har daglig omsorg, men foreldreansvar og en viss grad av samvær med barnet uavhengig av mengde. Utgangspunktet for denne avgrensing er å kunne se foreldrebegrepet i sammenheng med begrepet tilknytningsperson. Uavhengig av biologi og familiekonstellasjoner er barnets tilknytning til foreldre sentralt i studiet.

Av praktiske årsaker ekskluderes steforeldre som ikke er oppført som barnets foresatte fra denne oppgavens foreldrebegrep selv om disse i stor grad kan delta i

omsorgen for barnet.

Med foreldres deltakelse i terapi menes følgende: Minst en forelder deltar i terapeutiske samtaler sammen med barnet og anses av terapeuten å være en del av den terapeutiske intervensjonen. Altså er barn og forelder i samme rom til samme tid med terapeuten. Deltakelsen kan variere fra deltakelse av og til eller sporadisk til deltakelse i alle samtaler barnet har. Innhold og foreldres form for deltaking i samtalerne er underordnet for definisjonen av deltakelse. Selv om terapeutbegrepet gjennomgående brukes i entall, ekskluderes ikke samtaler der to eller flere terapeuter deltar.

Dette ekskluderer informasjonsinnsamlende samtaler med foreldre, som anamneseopptak eller andre former for foreld reintervju. All form for foreldreoppfølging, som veiledning, tilbakemeldingsmøter, samarbeidsmøter med foreldre og andre instanser ekskluderes i den grad barnet ikke er til stede i samtalerne. Denne avgrensning er viktig å presisere fordi oppgaven ikke omhandler samarbeid generelt med foreldre i BUP, men om terapeutiske samtaler med barn og forelder tilstede.

1.7 Studiets relevans til fagfeltet

I behandling av barn og unge i psykisk helsevern er det bred enighet om viktigheten av samarbeidet med familien. Likevel har familierapi hatt en relativt marginal stilling innen BUP (Mæhle -00). En interessant side ved problemstillingen er valg av kontekst for terapi generelt og for terapi med barn og ungdom spesielt. Det systemiske perspektivet kan stå i motsetning til det individualterapeutiske perspektivet. Det individualterapeutiske perspektivet har lange tradisjoner innen psykologisk behandling og forskning (Hafstad og Øvreeide 2011). Systemiske familierapeuter har kommet inn i barne- og ungdomspsykiatrien med en kritisk holdning til beskrivelser av tilstandsbilder og det diagnostiske fokus. Systemiske familierapeuter vil på mange måter problematisere beskrivende oppfatninger, som for eksempel at barnet har en psykisk sykdom, og heller ha fokus på utvikling av oppfatninger om psykisk sykdom. Eller for å si det på en annen måte, de har primært et fokus på endring. Familierapeuter og individualterapeuter har således stått i en reell spenning og motsetning innen BUP, og familier som kommer til behandling kan motta svært ulik behandling avhengig av hvilket perspektiv terapeuten innehar (Mæhle 2000).

Familieterapeuter har tradisjonelt kritisert det individuelle fokus som utviklingspsykologer har i sin praksis. Barns utvikling foregår i interaksjon med familien og systemet rundt barnet. Derfor er det denne interaksjonen eller samspillet terapeuter i det vesentlige bør fokusere på. Fokus på å gi en tilstandsbeskrivelse av barnet, for eksempel i form av en diagnose, kan bidra til en sementering av et allerede dysfunksjonelt samspill i systemet. Eller den kan gi en årsaksforklaring til dysfunksjonaliteten. Og denne årsaken ligger vanligvis i barnet. Den terapeutiske endringsprosessen vil da bli svært begrenset fordi den handler om pasientens individuelle endring eller tilpasning til systemet (ibid).

Individualterapeuter vil på sin side hevde at familieterapien ikke i tilstrekkelig grad ivaretar barnet i familiesamtaler. Familieterapeuters tradisjonelt sett manglende interesse for utviklingspsykologi og tilknytningsteori forsterker denne kritikken. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet og inntakelse av den «ikkevitende posisjon» (Anderson 2003) sees på som uttrykk for en ignorering av objektive utviklingspsykologiske faktorer. Foreldre er gjerne de sterkeste røster i en familie og vil kunne komme til å overskygge barnets stemme og behov når terapeutene mangler kunnskap og øye for barnets utviklingsprosess.

Det vil ut fra dette være interessant å studere terapeuters egne vurderinger for valg av kontekst for terapi, her om foreldres deltakelse. Hvilken rolle spiller teoretiske refleksjoner opp mot andre faktorer i en travel hverdag?

1.8 Teoretisk grunnlag for studien

1.8.1 Systemteori

Mastergradsoppgaven er en del av et studie i systemisk forståelse og familieterapi. Systemteorien er et sentralt teoretisk utgangspunkt også for denne oppgaven. Von Bertalanffy introduserte den generelle systemteori i 1945, med utgangspunkt i naturvitenskapens og fysikkens kybernetikk utviklet av Norbert Weiner (Hårtveit og Jensen 2004). Teorien fikk innflytelse innen flere vitenskapsområder, bla hos familieterapiens pionerer som Gregory Bateson og Paul Watzlawick. Teorien har fått stor innflytelse i forståelsen av kommunikasjon og mellommenneskelige prosesser (ibid). Systemteoriens vektlegging av sirkularitet i forståelsen av problemer, holdning av nøytralitet og kontekstens betydning av hva vi opplever, har vært sentrale i familieterapien. Dette vokste frem i lys av Institutt for familiestudier i Milano, det

såkalte Milanoteamet, hvor den systemiske familierapi så dagens lys (Boscolo og Cecchin 1991).

1.8.2 Historisk spenning mellom utviklingspsykologi og familierapi

Magne Mæhles teoretiske doktorgradsstudium «Re-inventing the Child in Family Therapy», senere utgitt i bokform, søker å bidra til økt integrasjon mellom utviklingspsykologisk kunnskap og familierapeutisk praksis, og har fått æren av å danne det andre teoretiske grunnlag for denne oppaven (2005).

Mæhle kommer i to artikler i Fokus på familien (2000 og 2001) med en bredside mot familierapeuters neglisjering av spesifikk kunnskap om barn og utviklingspsykologisk kunnskap. I hans doktorgradsarbeid viser han til to teorier, systemteori og senere sosialkonstruksjonisme, som har bidratt til dette (Mæhle 2005). Den systemiske forankringen har ført til et syn på barns individuelle problemer som sekundære i familiesystemet, og at barnet derfor ikke tilstrekkelig har blitt tatt på alvor i terapien. Den senere utviklingen av sosialkonstruksjonistisk tilnærming til terapi har heller ikke tilstrekkelig øye for barnet, ifølge Mæhle. Her er ideen om at virkeligheten ikke oppdages, men konstrueres sentral. Empirisk forskning og det som kan kalles terapi- eksternt kunnskap blir da mindre relevant i terapi (ibid). Minuchin med mange har kritisert sosialkonstruksjonismens forhold til maktbegrepet og mener barnets stemme blir lidende under dette. (Minuchin -96). Mæhle mener dette kan sees som bakteppe for en påstand om at familierapi ofte ikke er tilpasset barnets utviklingsnivå og at familierapeuter kan for lite om barn.

Samtidig kritiserer Mæhle det faktum at familiesamtaler i BUP har en marginal posisjon, og at individualsamtaler har blitt praktisert i langt større grad, tre ganger så mye som samtaler med foreldre tilstede tilbake i 1996 (NF-NUBI 1996). Han argumenterer tredelt for et større fokus på familieorienterte behandlingsmodeller. Utviklingspsykologisk forskning bygger for det første opp under det å fokusere på samhandling i familien når barn får problemer. For det andre har nesten alle barn som henvises til BUP samspillproblemer i nære omgivelser. For det tredje viser forskning at familien er viktig for behandlingsprognosen (Mæhle 2000).

Et annet norsk bidrag til integrasjon mellom familierapi og utviklingspsykologi finner vi hos Johnsen, Sundet og Wie Torsteinsson. Disse har tatt utgangspunkt i Sterns selvutviklingsmodell og tar opp terapeutiske konsekvenser ved å holde sammen

selvpsykologien og systemisk tilnærming til terapi. Her sees også den narrative tilnærming (White 2006, Anderson 2003) i sammenheng med Sterns selvteorier (Stern 2003), og det foreslås en integrering av disse perspektiver i familiesamtaler (Johnsen, Sundet, Torsteinsson 2000).

Dette er et stort fagfelt med mye litteratur. En praktisk avgrensning i min studie er at det primært er benyttet norsk litteratur i tillegg til noen få internasjonale referanser. En tilleggsbegrunnelse for dette er at den norske litteraturen er knyttet opp til BUP-systemet, som også er konteksten for dette studiet.

1.9 Relevant forskning

1.9.1 Forskning på terapeutfaktorer

Det har ikke latt seg gjøre å finne forskning som direkte fokuserer på hvilke faktorer som påvirker terapeuters praksis om foreldre skal delta i terapi med barn eller ikke, og jeg vil benytte nærliggende forskning til å belyse temaer i problemstillingen.

Nilsson og Trana har gjort en undersøkelse på terapeuters opplevde dilemmaer ved å samtale med barn og foreldre sammen. De peker på sekvenser i samtalene som gir terapeuter stort ubehag og ser dette i sammenheng med at individualsamtaler er dominerende (Nilsson og Trana 2000). Bruce Wampold har gjort et teoretisk studium av effektforskning på psykoterapi og påpeker at faktorer ved terapeuten er mer vesentlige enn metodebruk når det kommer til behandlingseffekt (Wampold 2001). Per Jensen har i sin doktorgradstudie studert hvordan familieterapeuters egen livshistorie og private erfaringer påvirker deres praksis (Jensen 2008).

Nærmere innhold og resultat av disse studiene vil bli nærmere presentert i teorikapittelet.

1.9.2 Foreldres og barns erfaringer med fellessamtaler

En rekke ulike studier er rettet mot foreldre og barns erfaringer og opplevelser med familieterapi. Johnsen (1988) intervjuet 57 familier om deres opplevelser av fellessamtaler i BUP. Et funn i studien er at foreldre i langt større grad enn barna etterspurte individualterapeutisk tilbud. Den samme forventning blant foreldre finner Reimers og Treacher i sine intervjuer av 22 familier etter familiebasert behandling ved

en barnepsykiatrisk klinikk i England (Reimers og Treacher 1995). Foreldrene hadde forventet individualterapi for barna og opplevde ubehag ved å snakke om problemer sammen med barna. Frøylands intervjuundersøkelse av 5 foreldre og 5 barn som hadde mottatt familiesamtaler, viste at 4 av foreldrene ønsket individualterapi for barna og egne foreldresamtaler i tillegg til fellessamtaler (Frøyland 2008).

Sissel Reichelts evaluering av arbeid ved en BUP i Norge i 1983 viste en klar sammenheng mellom forventning og opplevd nytte av terapien. Spørreundersøkelsen omfattet 103 familier og viste at dersom familiene mottok annen hjelp enn forventet, opplevde de hjelpen til liten nytte (Reichelt 1983).

Lobatto intervjuet 6 familier etter avsluttet familierterapi, og alle barna tok på seg rollen som problembærere (Lobatto 2002). Det samme rapporterte alle barna i Frøylands undersøkelse.

Denne forskningen anses å være relevant for dette studiet da det bringer inn brukermedvirkningsperspektivet. Foreldres og barns erfaringer med terapi med foreldre til stede er et tema i datamaterialet.

1.9.3 Om evidensbasert forskning på familiebasert terapi

Systemiske terapeuter har tradisjonelt vært kritiske til evidensbasert forskning. Familierapifeltet har vært opptatt av sirkularitet og studert teorier om endring. Mer lineære effektstudier har blitt sett på som mindre interessant (Asen -02). Etter hvert som det evidensbaserte klimaet har økt internasjonalt, og kamp om ressurser knyttes opp mot effektstudier, har familierapifeltet også måtte vise til at deres metoder har effekt (ibid). Alan Carr har summert store deler av evidensbasert forskning innen systemisk familiebasert terapi (Carr -09). Han peker på svært god effekt av familiebaserte terapimetoder rettet mot lidelser blant barn og unge. Metodene som viser best effekt er korttidsbaserte, inntil 20 intervensjoner, og de fleste evidensbaserte familierapimetodene er innen strukturelle, strategiske og kognitive atferdsterapeutiske tradisjoner. Manualbaserte metoder som multisystemisk familierterapi, funksjonell familierterapi og familiebasert kognitiv atferdsterapi viser god effekt. Carr mener det kan argumenteres for familiebasert terapi innen en rekke psykiske lidelser blant barn og unge, som spiseforstyrrelser, depresjon og angstlidelser, atferdsproblemer og tvangslidelser (ibid). Diamond og Josephsons oppsummering av forskning på familiebasert behandling viser god behandlingseffekt

ved å involvere foreldre i behandling for barn (Diamond & Josephson 2005).

2 Teori

2.1 Innledning

Teorien er valgt ut for å bringe lys over relevante faktorer som påvirker om foreldre skal delta i terapien med barn eller ikke. Det finnes lite litteratur som direkte omhandler oppgavens problemstilling. Valg av teori må derfor også sees på som en del av avgrensingen av oppgaven. Tre forhold vil spesielt nevnes. 1. Teori som individualterapeutiske retninger baseres på er ikke spesielt gjort rede for. Heller ikke tradisjonelle familierapeutiske teorier, utover ovennevnte systemteori som et grunnlag for studien. 2. Redegjørelsen for utviklingspsykologisk kunnskap forsøker å vise en vei hvor det systemiske og barnespesifikke forenes teoretisk, og empirien drøftes i lys av dette. 3. Et stort fagfelt som faktisk sier noe om faktorer som påvirker metodevalg i arbeidslivet er Organisational Behaviour (McKenna 2012). Litteratur innen dette fagfeltet er bevisst utelatt da den er knyttet opp mot organisasjonspsykologi og større sosiologiske perspektiver, og å bringe inn dette perspektivet vil sprengte rammene for denne oppgaven.

Det empiriske materialet vil i kapittel 5 bli drøftet opp mot tre teoretiske perspektiver. Først vil nyere utviklingspsykologisk kunnskap gjøres rede for med vektlegging på tilknytningsteori, selvutvikling, hjerneforskningens relevans og disse teorier som grunnlag for familiesamtaler. Dernest vil terapeutrollen berøres i et historiskfilosofisk perspektiv og maktforholdet vil her stå sentralt. Til slutt vil det gjøres rede for forskning og teorier om terapeutfaktorer; det vil si egenskaper ved terapeuten som virker inn på den terapeutiske relasjonen og eventuelt også kontekst for terapi.

2.2 Utviklingspsykologisk kunnskap

2.2.1 Observasjon av spedbarns utvikling

Den utviklingspsykologiske kunnskap vokste ut av den Freudianske tradisjon og den psykoanalytiske skole i London. Utviklingen gikk fra forskning på voksne og ut fra dette konstruere teori om barns utvikling, til direkte observasjoner av spedbarns utvikling i samspill med sine omgivelser. Dette ble utviklet av Winnicott og Bowlby, som senere omtales i forbindelse med tilknytningsteorien. En hovedutvikling i utviklingspsykologien gikk fra intrapsykologiske forklaringer til å inkludere interpersonelle og relasjonelle faktorer (Hart & Schwartz 2009).

Innenfor området utviklingspsykologisk kunnskap vil utvikling av tilknytningsteorien og Sterns selvfornekkelse og selvutvikling belyses. I tillegg berøres nyere hjerneforskningens relevans til utviklingspsykologi og terapi.

2.2.2 Tilknytningsteori

Tilknytningsteorien oppsto i kjølvannet av 2. verdenskrig, da det var overveiende fokus på barns behov for fysisk trygghet og pleie fremfor følelsesmessige bånd mellom barnet og omsorgspersonen (Hart & Schartz 2009). Donald W. Winnicott hadde sin utdannelse fra den psykoanalytiske skolen i London og utviklet objektrelasjonsteorien, hvor han baserte sine studier på observasjon av spedbarn og deres omsorgspersoner. Den psykoanalytiske utviklingsforståelse og dens teorier var basert på rekonstruksjoner av voksnes erindringer av barndommen. Winnicott var en av de første som pekte på betydningen av «god nok» omverden og omsorg, og hans interesse for omgivelsenes betydning for spedbarnets utvikling satte ham opp mot sterke krefter i det psykoanalytiske miljøet (ibid.) (Winnicott 1966).

John Bowlby anses imidlertid å være tilknytningsteoriens far og var den som først benyttet begrepet tilknytning - attachment - systematisk (Hart & Schartz 2009). Han hadde som Winnicott, sin utdannelse fra den psykoanalytiske skolen i London og så på seg selv som psykoanalytiker. Disse to var samtidige, og Bowlby konsentrerte seg om den følelsesmessige tilknytning mellom omsorgsperson og spedbarn og at denne relasjonen forandrer begge parters personlighet (Bowlby 1996). Han satt seg fore å utvikle en teori for hvordan man skulle forstå personlighetsforstyrrelser, og han så disse forstyrrelser i sammenheng med tap av moderlig omsorg. Teorien om tilknytning gir en beskrivelse av at personlighet dannes nettopp i relasjonen med omsorgspersonen. Hans forståelse av barnets utvikling er bygd opp omkring dets medfødte tilbøyelighet til å knytte nære bånd til omsorgspersonen. Gjennom samspill utvikler barnet indre arbeidsmodeller, som beskriver hvordan barnet forstår verden. Arbeidsmodellene omhandler både opplevelsen av tilknytningspersonen og barnets selv. Bowlby identifiserte trygg og utrygg tilknytning. Det trygge tilknytningsmønsteret kjennetegnes av at barnet bruker omsorgspersonen som en sikker base for utforskning og vil søke tilbake til basen for trøst og hjelp. Dette samspillet danner så grunnlag for utvikling av selvtillit og selvstendighet. To utrygge tilknytningsmønstre ble identifisert. Ambivalent tilknytning er kjennetegnet av at barnet er anspent og usikker i sin søking etter nærhet, uten at det gir barnet ro eller det kan gjøre bruk av

tilknytningspersonen som utgangspunkt for undersøkelse av omverdenen. Det unnvikende tilknytningsmønsteret er kjennetegnet av at barnet unngår å søke kontakt med omsorgspersonen når det blir redd og unnlater å vise egne behov. Bowlby mente å se at dette viste seg der tilknytningspersonen ikke var emosjonelt til disposisjon for barnet (Bowlby 1996) (Hart & Schwartz 2009).

Videre utdypning av tidlig utvikling av tilknytningsteori tillater ikke avgrensingen av oppgaven. Men det er interessant å merke seg Winnicots og Bowlbys utgangspunkt som psykoanalytikere og deres dreining fra intrapsykiske forklaringer i utviklingspsykologien til forskning på relasjonen mellom individet og omsorgssystemet. For Bowlby ble atferdssystemet et nøkkelbegrep, inspirert av systemteori og homeostase og feedback. Han møtte da også sterk motstand i det psykoanalytiske miljøet og ble truet med utestengelse fra den britiske psykologforening (ibid).

Denne utviklingen har åpnet opp for en interesse i kliniske miljøer for å bringe foreldre inn i terapi og ha fokus på samspill i familien (ibid). Videre er det naturlig å se på Daniel Sterns videreutvikling av tilknytningsteorien og utviklingspsykologien.

2.2.3 Sterns teori om selvopplevelse

På 70-tallet førte utviklingen av videoteknologi til at det ble mulig å observere spedbarn og mødre deres på en helt ny måte. Stern og andre kunne undersøke samspill på mikronivå. Stern mente å kunne påvise at barnet har medfødt sosial kompetanse, og at barnet aktivt deltar i samspillet fra fødselen av (Stern 2003). Dette sto i strid med tidligere forståelse av barn som født inn i en nærmest autistisk tilstand (Hart & Schwartz 2009). Sterns forståelse av intersubjektivitet ble sentralt for hans utviklingsteori. Han utvider forståelsen av tilknytningssystemet og gir det en ekstra dimensjon; psykologisk intimitet. Tilknytningssystemet som atferdssystem gir fysisk nærhet og tilhørighetsforhold, men ikke nødvendigvis psykologisk intimitet. Psykologisk intimitet utvikles kun gjennom intersubjektivitet. Tilknytningssystemet legger til rette for utvikling av intersubjektivitet, og intersubjektivitet gir igjen mulighet for tilknytning og psykologisk nærhet. Stern beskriver det gjentagende, strukturerte samspill mellom tilknytningsperson og barnet som *danser*, og disse blir prototyper på senere mellommenneskelige relasjoner. Disse dansene skaper evnen til å være alene, uten å være ensom, fordi det gjennom den intersubjektive orientering utvikles en selvidentitet og selvsammenheng (Stern 2003) (Hart & Schwartz 2009).

Sterns sterke interesse for å gjøre teoriene relevant for klinisk praksis har hatt enorm betydning for interessen for samspill i klinisk praksis og å bringe foreldrene inn i terapi (ibid). Videre vil Sterns teori om utvikling av selvfølelse kort berøres.

2.2.4 Sterns teori om selvutvikling

Stern utviklet en teori for selvutvikling, og han mente barnet er genetisk utstyrt med kapasitet til å skape psykisk utvikling. Barnet benytter seg av det sosiale miljø til å utvikle selvet, og Stern pekte på fire selvfølelser som blir formet i bestemte faser i barnets liv. Hver selvfølelse forsvinner ikke, men vedvarer i aktivt samspill med de andre følelsene. Selvfølelsene bearbeides og er aktive gjennom hele oppveksten og videre i livet. De fire selvfølelsene delte Stern opp i følgende: *Følelse av det gryende selvet, følelse av et kjerneselv, følelse av et intersubjektivt selv og følelse av et verbalt selv*, som utvikles suksessivt fra fødsel til 30 månedersalderen. Disse utvikles og bearbeides i mor-barn-dyaden, og dersom en slik naturlig utvikling skades alvorlig, vil det ifølge Stern sannsynligvis føre til psykiske lidelser eller sosiale mangler. Derfor vil disse områdene av selvet være relevante i behandling for psykiske lidelser også senere i livet (Stern 2003).

Stern har bidratt til en teoretisk sammenheng mellom sosialt samspill og intrapsykologisk utvikling. Hans teoriutarbeidelse har også åpnet for en kobling mellom tilknytningsteori, utviklingspsykologi og en nevrobiologisk forståelse av følelseslivet. Utvikling av hjerneskanningsteknologi har muliggjort nærmere forskning på følelsesmessige og nevralt prosesser (Hart & Schwartz 2009).

2.2.5 Hjerneforskningens relevans

Psykiater og forsker Allan H. Schore har tatt steget fullt ut og forsket på sammenheng mellom tilknytningsmønstre og nevrobiologi. Han har ment å påvise at tidlig samspill mellom tilknytningspersonen og barnet er essensielt for utvikling av barnets nervesystem. Det er altså ikke bare barnets atferd som reguleres i samspill med tilknytningspersonen, men også dets fysiologi og indre biokjemiske tilstand. Schore påviste en sammenheng mellom følelsesmessig utvikling og utvikling av hjernestrukturer. Eksempelvis beskrives nerveaktiveringer i forbindelse med aggressiv atferd. Omsorgspersonens demping av aggressivitet gjennom fremkallelse av

skamfølelse skaper en nevralt nedtoning av aggressiv aktivitet. Fremkallingen av skam bør skje gradvis for at regulering og ikke hemming av modning skal forekomme (Schore 1994).

Søren Hertz, dansk barne- og ungdomspsykiater, peker på at nyere utviklingspsykologi legger opp til å betrakte atferd som kommunikasjon. Han problematiserer funksjoner innen det diagnostiske system som beskrivende og potensielt selvoppfyllende og hindrende for terapeuters nysgjerrighet på kommunikasjonen i atferden. Dette kan igjen føre til en uforholdsmessig vektlegging på kompenserende tiltak som medikamentell behandling og store tilrettelegginger i omgivelsene.

Hertz mener at nevrobiologisk vitenskap viser at hjernen i kraft av sin plastisitet og evne til forandring gir store utviklingsmuligheter, også innenfor mer definerte kroniske lidelser. Dette har det ifølge Hertz vært for lite fokus på i barne- og ungdomspsykiatrien (Hertz 2008).

2.2.6 Utviklingspsykologi og familiesamtaler

Johnsen tar også til orde for at nyere utviklingspsykologisk og nevrobiologisk forskning er viktig kunnskap i samtaler med foreldre og barn (Johnsen 2004). Røed Hansen, Johnsen og Sundet tar utgangspunkt i Sterns selvteorier i arbeid med familier. Sirkulær spørring er den sentrale intervensjon, og målet i terapien blir gjennom narrativer å få frem hvordan deltakerne i terapien påvirker hverandres liv (Røed Hansen, Johnsen og Sundet 1994). Denne tilnærmingen er også nærmere beskrevet og knyttet opp til narrativ praksis og beskrevet i boken "Samspill og selvopplevelse" (Johnsen, Sundet, Torsteinsson 2000).

Hertz utfordrer terapeuter til å se etter uanede muligheter for barn og unge i psykiatrien og inviterer til å bevege seg bort fra det bio-pyko-sosiale vitenskapssyn. Dette synet har sikret en sammenheng mellom de faglige disipliner. Han argumenterer imidlertid for det transdisiplinære vitenskapssyn som åpner for fokus på muligheter og prosesser utover grensene til de faglige disipliner:

Det er dermed ikke blot tale om et tværfaglig fokus på samspillet mellem de tre faglige dicipliner, men et kreativt overskridende fokus på de processer, som beveger seg ud over de adskilte faglige dicipliner, og som har ideen om de

Det teoretiske grunnlaget for dette ligger i Gregory Batesons syn på at helheten er mer enn summen av de enkelte deler (Bateson 2005). Dette systemiske perspektivet gjør veien til å arbeide med barn sammen med deres nære omgivelser kort, hvor fastlåste mønstre, gjensidige forventninger og påvirkninger er sentrale temaer i terapi (Hertz 2008).

Mæhles påpekning av uforholdmessig lite familiesamtaler i BUP på den ene siden og for lite barnespesifikk kunnskap blant familieterapeuter på den andre er det redegjort for i introduksjonskapittelet. Han gir seg imidlertid ikke med denne kritikken, men argumenterer for familiesamtaler ut fra spesielt tre relevante forskningsområder innen utviklingspsykologi: tidlig samspill, temperamentsforskning og tidlig tilknytning (Mæhle 2000). Han foreslår i likhet med Johnsen, Sundet og Torsteinsson spørsmålsstilling som sentral terapeutisk intervensjon. Dette bringer inn kunnskap fra sosialkonstruksjonistisk inspirerte narrative teorier om spørsmålsstilling knyttet til spesifikke unntak og unike resultat, samt sirkulær spørring som hjelp for familien til å forstå hvordan de påvirker hverandre. Mæhle mener imidlertid, i motsetning til sosialkonstruksjonister og narrative terapeuter som de Shazer, Anderson og White, at kvaliteten i disse spørsmålene bør baseres på vitenskapelig og barnespesifikk kunnskap og kaller dette kunnskapsbaserte spørsmål (Mæhle 2001).

2.2.7 Utviklingsstøtte og triangulert samtale

Hafstad og Øvreeide beskriver det utviklingsstøttende samspill mellom barn og foreldre og bygger sin teori og praksis på tilknytningsteori og systemteori (Hafstad og Øvreeide 2011). Barnet bygger sin forståelse av verden og seg selv gjennom samspill med omsorgspersonen. Tre forhold må ligge til grunn i samspillet for at barnet skal få adekvat støtte i sin utvikling.

1. Aksept: Omsorgspersonen viser at han/hun ser barnet ved å forstå dets opplevelse, og samtidig viser at han/hun inkluderer barnet slik det er.
2. Struktur: Omsorgspersonen tilrettelegger for og gir forutsigbare rammer for samspillet. Han/hun tar dermed ansvar for den gjensidige avhengigheten som er i relasjonen. Barnets behov og motiv støttes og tolkes slik at barnet kan veiledes av omsorgspersonen.
3. Informasjon: Barnet får kunnskap om seg selv og verden gjennom gjensidighet i emosjonell og språklig deltakelse mellom begge parter. Barnet utvikler evnen til

felleskap i en større kulturell sammenheng (Hafstad og Øvreeide 2011. s 43-45).

Hafstad og Øvreeide beskriver triangulert samtale som terapeutisk metode bygget på kunnskap om det utviklingsstøttende samspillet. Her samtaler terapeuten med barnet og forelder og hjelper barnet til å uttrykke seg slik at forelder får økt forståelse for barnet. Terapeuten kan snakke med begge sammen eller vekselvis mens en part lytter. Terapeuten bringer inn perspektiv ved å støtte og anerkjenne både barnet og forelderens i deres opplevelse og erfaring (Hafstad og Øvreeide 2011).

2.3 Terapeutrollen

2.3.1 Ulike terapeutroller - i historiskfilosofisk perspektiv

Modernismen – terapeuten som ekspert

Modernismen er en betegnelse på store kulturelle endringer fra forrige århundreskifte. Det vokste frem en ny tro på vitenskap og tilegnelse av kunnskap som skulle gi en nøytral og objektiv beskrivelse av virkeligheten. Vitenskapen overtok mye av religionens rolle som sannhetsforvalter. Et positivistisk vitenskapssyn førte til målet om å oppnå felles sannhet og beskrivelser av virkeligheten (Aadland 2011). Terapeutrollen ble preget av å stå i vitenskapens tjeneste og fremsto med nøytral og objektiv ekspertkunnskap (Hårtveit og Jensen 2004).

Postmodernismen – terapeuten som en del av systemet

Postmodernismen oppsto som en reaksjon til den positivistiske og naturvitenskapelige holdning til kunnskap. Bertalanffy introduserte systemteori for å forstå naturen på en ny måte. Fokuset ble rettet mot systemers opprettholdelse på bakgrunn av samspillet mellom systemets ulike deler. Menneskelige systemer er høyst komplekse og deltar i samspill med andre systemer. Dermed blir terapeuten en del av klientsystemet, og på den måten både påvirker og påvirkes av dette (Hårtveit og Jensen 2004).

Konstruktivismen – terapeuten som aktør

Innenfor konstruktivismen forstås virkeligheten som en sosial konstruksjon. Forståelse dannes ikke objektivt, men subjektivt, ut fra observatørens utgangspunkt og forestillinger. Nøytrale beskrivelser eller ståsted er altså en umulighet. Terapiens mål er ikke å forandre i en bestemt retning, men å skape rom for endring. Terapeutens vurderinger blir da hverken sannere eller mer gyldige enn klientsystemet. Ny

forståelse av virkelighet skapes gjennom erfaring, og dette er ensbetydende med endring (Hårtveit og Jensen 2004).

Sosialkonstruksjonismen – terapeuten som samskaper

Sosialkonstruksjonismen er en reaksjon på at konstruktivismen ikke tar høyde for at mening skapes i et fellesskap med andre. Språkets plass i den sosiale konstrueringen av virkeligheten er vesentlig. Gregen introduserte begrepet sosialkonstruksjonisme og henviser til at mening skapes i språket, og at dette både er sosialt og kulturelt (Gregen 2009). Terapeutens rolle blir da å bidra til at klientsystemet gjennom dialog med seg selv og andre skaper endring. Språket åpner for nye måter å se virkeligheten på gjennom historier og nyfortelling av disse (Anderson 2003).

2.3.2 Maktbegrepet og Foucault

Batesons syn på makt som en lineær idé, og derfor skadelig, kom til å prege maktdebatten i familieterapifeltet. Lundby påpeker at dette nærmest førte til en sensurering av ideen om makt i systemisk terapi (Lundby 1998). Anderson og Goolishian la synet på makt til grunn for sin ikkevitende posisjon. De var opptatt av at den hierarkiske relasjonen mellom terapeut og klient kunne virke ødeleggende for terapi og bygget dette på den konstruktivistiske idéen om den terapeutiske samtalen (Anderson & Goolishian 1992). Minuchin kritiserte denne posisjonen som naiv, da han mente den overskygget de virkelige maktforhold i menneskers liv, som fattigdom og undertrykkelse (Minuchin 1996).

Filosofen Foucaults analyser av makt og kunnskap fikk stor innflytelse på terapifeltet og spesielt utviklingen av narrative retninger som Whites eksternaliserende samtaler. For Foucault var diskursbegrepet sentralt. Gjennom sine diskursanalyser viste han hvordan noe kunnskap fremsto som mer gyldig enn annen. Makt er hos Foucault til stede i alle relasjoner, og samfunnet organiseres og utvikles gjennom bruk av makt. Dette muliggjør også motstand. Fordi makten er relasjonell er det alltid en mulighet til å gjøre motstand mot det som er den rådende kunnskap (Lundby 1998) (Foucault 1999).

2.3.3 Whites bruk av Foucault

White brukte Foucaults idéer om makt i sin utvikling av den narrative praksis. Han utviklet metoder, som nyskriving av historier, for å frigjøre potensialet i den fortrenge kunnskapen klientene hadde om sine erfaringer. Fortrengningen av denne foretrukne identitet er et resultat av maktpraksis. Språket er et sentralt maktinstrument og kan brukes i motstanden mot den rådende kunnskap. Lundby trekker frem skoleverkets bruk av karakterer som eksempel. Karakterene kvalifiserer og kategoriserer elevens evner og forteller oss om de er dumme, flinke, late eller flittige. Ingen kan unngå å bli påvirket av dem, og de forteller noe om elevenes identitet. Dette er en maktpraksis det er mulig å gjøre motstand mot, og denne motstanden mot en unyttig identitet inviterer White sine klienter til å gjøre i terapi (Lundby 1998) (White & Epston 1990).

2.4 Terapeutfaktorer

2.4.1 To ulike forskningsmodeller innen psykoterapi

Bruce Wampold har analysert forskning på psykoterapi og gjør en todeling av denne. Den medisinske forskningsmodellen på psykoterapi har som hovedfokus å finne behandlingsmetoder knyttet til spesifikke tilstandsbilder og måle effekten av gjennomført behandling. Behandlingsmetodene er stort sett manualbaserte og legger til grunn en teoretisk forklaring på den aktuelle tilstanden hos pasienten. Målet er å finne spesifikke og effektive behandlingsmetoder rettet mot spesifikke lidelser. Denne modellen har klare likhetstrekk med forskning innen medisin, med en klar forskjell vedrørende kontrollgrupper. Innen medisin er placeboeffekten begrepet for behandlingseffekt i kontrollgruppen mens dette begrepet gir liten mening innen psykoterapi. Behandlingen kontrollgrupper mottar blir innen psykoterapeutisk forskning normalt kalt «treatment as usual», og behandlingseffekten i denne gruppen kalles generelle effekter av psykoterapi (Wampold 2001).

Den andre modellen innen forskning på psykoterapi, den kontekstuelle modellen, er primært opptatt av å studere disse generelle effektene av terapi og å finne fellesfaktorer ved effektfull terapi. Denne modellen har interesse i den terapeutiske relasjonen og egenskaper ved terapeutene som gir effekt (ibid). Her rettes oppmerksomheten mot terapeutfaktorer, altså egenskaper og ferdigheter ved terapeuten i større grad enn hvilke metoder som brukes. Herunder kommer evnen til å skape en god allianse med pasienten.

2.4.2 Terapeutfaktorer og behandlingseffekt

Wampold argumenterer for at det er svake empiriske funn som kan tilsa at det er det spesifikke innhold i behandlingsmetoder som gir effekt av terapi. Han argumenterer videre for at de generelle effekter av terapi er mer primære, og at forskning på disse derfor bør vektlegges. Her er faktorer som terapeutens tro på behandlingen og alliansen mellom pasient og terapeut sentrale. I tillegg påpeker Wampold at stort sett alle terapeuter beskriver seg selv som eklektikere. Det vil si at de benytter seg av ulike teoretiske og behandlingsmessige tilnærminger til terapi og at behandlingstilnærmingen formes i møte med pasienten. Ut fra dette argumenterer han for at terapeuter bør ha et bredt tilfang av teoretisk og behandlingsmessig kunnskap og tilpasse terapien til den enkelte pasient. I tillegg vektlegges terapeuters bevisstgjøring på egne egenskaper som effektfulle for terapiens utfall (Wampold 2001).

En norsk studie fokuserer på egenskaper ved terapeuten og deres effekt på behandlingen. Denne viser også at egenskaper ved terapeuten og terapeutrelasjonen er vesentlig for utfall av terapi. Evne til refleksjon og tvil hos terapeuten øker sensitivitet og lydhørhet overfor pasienten, og dette synes å øke behandlingseffekten. Studien bygger opp under kunnskap om et klart forhold mellom allianse og bedring. Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad sammenligner sine funn med pedagogisk forskning som viser hvordan en lærer påvirker elevenes resultater i større grad enn f. eks metodikk, reformer og klassestørrelse (Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad 2010).

2.4.3 Dilemmaer med å ha foreldre og barn sammen

Nilsson og Trana påpeker at det i familierapilitteraturen er viet lite oppmerksomhet til utfordringene ved å møte foreldre og barn i samme samtale. Håndtering av forskjeller i ansvar og makt mellom partene blir sjelden gjort til et eksplisitt poeng. Deres erfaring er at behandling i BUP ofte starter med familiesamtaler, men ender i individualterapi. De ser dette i sammenheng med terapeutenes opplevelse av ubehag når konflikter kommer til syne mellom foreldre og barn. De har gjennom en studie på en BUP identifisert fire typer dilemmaer i familiesamtaler som skaper vansker for terapeutene. De fire dilemmaene er 1. Når foreldrene snakker nedsettende om barnet, og barnet trekker seg unna. 2. Når foreldrene tar så mye fokus at barnet blir usynlig. 3. Når barnet forteller noe vanskelig, og foreldrene vil dekke over. 4. Når barnet ikke vil snakke, og foreldrene legger press på at de skal (Nilsson og Trana 2000). De inviterer så til refleksjon over ubehaget for å unngå nødløsninger. Presenterte

løsninger i studien har tre overordnede trekk. Det er å synliggjøre betydning av kontekst, bryte konvensjonelle samtaleregler og å tydeliggjøre forskjell i makt og ansvar (ibid).

2.4.4 Per Jensens resonanskart

Per Jensen har i sin doktorgradstudie studert hvordan familierapeuters egen livshistorie og private erfaringer påvirker deres praksis. Han benytter begrepet resonans om relasjonen mellom terapeuters personlige ideer og deres praksis, og relasjonen mellom terapeut og klient. Jensens teori om resonanskartet forsøker å gi en forklaring på hvordan terapeuters verdier og egne personlige erfaringer gir rammene for den profesjonelle praksis og hvordan disse rammene gir mening til praksisen. Resonansen mellom det personlige og profesjonelle kan for eksempel skape en meningsfull enhet. Resonansen er altså relasjonell (Jensen 2008).

Jensen tar høyde for bringe inn maktaspektet med hjelp av Foucaults beskrivelse av makt som relasjonell (Foucault 1999). Jensen beskriver den symmetriske relasjonen hvor terapeut og klient møtes som likeverdige personer hvor også terapeutens personlige og private erfaringer gjøres gjeldende. Det andre nivået i relasjonen er komplementær, hvor klienten kommer for å få hjelp hos en terapeut som er tildelt en makt av et større samfunnssystem (Jensen 2008).

Gjensidig resonans

I denne sammenheng gir det mening å redegjøre kort for begrepet gjensidig resonans, som både kan være støttende og utfordrende samt terapeutisk kolonialisering. Gjensidig resonans handler om at det skapes en gjensidig forståelse i den terapeutiske relasjonen. Begrepet er nært knyttet opp til alliansebegrepet, og at terapeutisk allianse skapes på bakgrunn av at klienten vekker minner eller følelser i terapeuten. Den støttende gjensidige resonans oppstår ved at terapeuten opplever støtte og mening i relasjonen, og at denne er basert på felles kultur for terapeut og klient. Denne felles meningsopplevelse gir retning i terapien. Den utfordrende gjensidige resonans beskriver situasjoner hvor terapeuten utfordres av klientens kultur og atferd, og at dette er med på å gi retning i terapien (ibid).

Terapeutisk kolonialisering

Med terapeutisk kolonialisering har Jensen utviklet et begrep som beskriver terapeutens potensielle maktutøvelse gjennom språket. Terapeutens personlige

verdier og bakgrunn kan prege terapien slik at den reduserer muligheten for gjensidig kommunikasjon og samtidig reduserer klientens rom til å snakke om det han eller hun ønsker å snakke om. Den terapeutiske kolonialiseringen kan også skje indirekte ved at dette ikke er uttalt, og både terapeuten og klienten kan være ubevisst denne maktbruken i den terapeutiske relasjonen (ibid).

3 Metode

3.1 En kvalitativ tilnærming

3.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Mange ulike metoder kan benyttes for datainnsamling i et slikt prosjekt. På den ene side ville det være informativt med flest mulig informanter for å få et oversiktsbilde over BUP- terapeuters praksis vedrørende foreldres deltakelse i terapi. Dette kunne blitt utført ved meget strukturerte intervjuer med begrenset dybde for å øke antallet informanter eller spørreundersøkelser til mange informanter knyttet til praksis innen tema.

I forbindelse med kvalitative intervjuer benytter Kvale to metaforer om forskeren; «gruvearbeideren» og «den reisende» (Kvale 1997). Datainnsamling kan lignes med å grave etter gull, ved å arbeide med å frembringe dette i en ren form, gjennom datareduksjon og analyse. Reisemetaforen, som gir mest mening i denne kontekst, beskriver intervjueren som en som er underveis på jakt etter nye impulser og kunnskap, med ulik grad av målrettethet og ikke minst:

Reisen kan spore til ettertanke og refleksjon, og dermed vise intervjueren vei til ny selvinnsikt, så vel som verdier og tradisjoner som tidligere er tatt for gitt (Kvale 1997 s. 20).

Med dette med i bevisstheten og med hensyn til en masteroppgaves begrensede omfang, fant jeg at 3 – 5 informanter til et kvalitativt intervju er et rimelig antall. Dette vil gi tid og mulighet til dybde i intervju, samt begrense datamaterialet i en slik grad at en relativt grundig analyse vil være mulig. Kvalitative intervjuer bidrar til at informantene får klargjøre og utdype sine perspektiver på temaene som presenteres (Kvale 1997). Dette syntes da som et hensiktsmessig verktøy i belysning av problemstillingen.

Jeg hadde noen temaer som jeg ønsket å finne ut av. Jeg utviklet derfor en intervjuguide med kategorier av spørsmål basert på delproblemstillingene. Denne intervjuformen kaller Kvale semistrukturert intervju. Det er strukturert, samtidig åpent for endringer, slik at intervjuer kan følge opp svar og historier som kommer

frem (Kvale 1997).

3.1.2 Å forske i egen hage

En grunnleggende motivasjon gjennom hele prosessen har vært å gjøre prosjektet praksisnært. Det er en tett sammenheng mellom motivasjon og læring, som forsker så vel som terapeut. Som familierapeut i BUP har jeg fra første dag naturlig nok vært nysgjerrig på familieperspektivet i behandling av barn med psykiske problemer. Samtidig har jeg i møte med kolleger som ikke anser seg som familierapeuter blitt fylt av respekt for deres praksis, refleksjoner og kunnskap.

I utgangspunktet var det nærliggende å finne informanter ved andre BUPer i østlandsområdet for å vinne tilstrekkelig avstand i relasjon til informanter og praksisen jeg ville forske på. Men en merkbart dalende motivasjon i denne prosessen gjorde at jeg vendte blikket tilbake til egen arbeidsplass. Intervjuene vil da være delt refleksjon som felles ressurs i ettertid. Forskningsblikket på egen BUP gav en merkbar energi i kollegiet vedrørende oppgavens tema. Det gav også en mulighet til bevisstgjøring rundt vurderinger som alle terapeutene står i, uavhengig av faglig bakgrunn og praksis vedrørende foreldres deltakelse i terapi. Dette ble helt avgjørende for forskningsdesignet og metodevalg.

Tilden problematiserer avstanden mellom forskning og klinikk (praksis) og argumenterer for nærhet mellom forskning og praksisfeltet, slik at klinikere kan få eierforhold til forskningen og nyttiggjøre seg forskningsdata i sin praksis. Han påpeker også noe humoristisk at en doktoravhandling sjelden leses av flere enn kandidatens veiledere og en bedømmelseskomite. (Tilden 2011). Det ble ut fra dette naturlig å ta et valg om å forske på egen BUP, med håp om et økt opplevd eierskap blant kolleger til forskningsdata og nyttiggjøring av data i klinikkens praksis.

Et anstendig forskningsprosjekt med systematisert dataanalyse og refleksjon krever imidlertid en grad av distanse mellom forsker og informanter og forskningsmateriale. Å intervju kolleger innebar bla at intervjupersoner og intervjuer var kjent for hverandre. Det kan være både ulemper og fordeler med dette. På den ene siden kan bekjentskap gi mer trygghet for begge parter, og derfor gjøre det enklere å fokusere på temaene for begge. Dette kan også gi mer dybde i informasjonen som kommer frem. Det kan også gi mer presisjon i å få frem fakta når intervjuer kjenner noe til intervjupersonens praksis og personlighet (Repstad 1987).

På den annen side kan det for intervjupersonen være vanskelig å komme med kritiske utsagn til intervjuer og dennes prosjekt fordi det kan komme til å skade relasjonen og i dette tilfelle kollegialt samarbeid. Dette kan føre til at intervjupersonen legger bånd på seg og bevisst eller ubevisst «pleaser» intervjuer med sin informasjon (ibid).

3.1.3 Forskningsdesign

Oppgavens forskningsdesign ligger tett opp til deltagende observasjon som samfunnsvitenskapelig metode. Deltagende observasjon er av de mest sentrale kvalitative metodene innen samfunnsforskning. Fangen påpeker at hun ikke vektlegger fasitliste over metoden, da det er mange måter å utføre deltagende observasjon på. Metoden oppsummert beskriver to handlinger utført til samme tid, observasjon og deltakelse, og kan utføres med ulik vektlegging av de to (Fangen 2010). Det er i oppgaven tatt to valg som legger seg tett opp til deltagende observasjon som metode. Det ene er at datamateriale samles inn på egen arbeidsplass rundt praksis som jeg selv som forsker også står i til daglig. Det andre er at jeg setter meg i samme situasjon som øvrige informanter og lar meg intervjuer (dette omtales i eget avsnitt 3.2.3). Det er imidlertid vanlig å bruke andre innsamlingsmetoder enn intervjuer innen metoden (ibid). Jeg har som tidligere nevnt benyttet meg av kvalitativt forskningsintervju etter Kvaales modell (Kvale 1997), og forskningsmetoden i oppgaven er derfor en kombinasjon av deltagende observasjon og kvalitativt forskningsintervju.

3.2 Innsamling av data

3.2.1 Kriterier for utvelgelse av informanter

Nå var valget tatt, informantene skulle finnes på min egen arbeidsplass, BUP Grorud. Neste steg ble å finne kriterier for utvelgelse av informanter. Jeg konkluderte med 3 inklusjonskriterier og 1 eksklusjonskriterium, med påfølgende begrunnelse og resonnering for hvert kriterium:

Informantene skulle så langt som mulig ha ulik profesjon. Begrunnelsen for dette var å få en variasjon i bakgrunn og utdanning og se om ulik teoretisk bakgrunn dannet grunnlag for ulik praksis vedrørende foreldres deltakelse i terapi. BUPen praktiserer en generalistmodell, hvor alle behandlere er saksansvarlig i sine saker og dermed er

ansvarlig for behandlingsplan og det terapeutiske forløp. Det ville da være mulig å undersøke utdanningens relevans for terapeutenes veivalg vedrørende foreldres deltakelse.

Informantene skulle ha minimum 3 års arbeidserfaring innen BUP- systemet.

Begrunnelsen for dette er at informantene må ha opparbeidet seg en viss erfaring i arbeid som berører problemstillingen. Denne erfaringen må ikke nødvendigvis være fra nåværende BUP, men innen BUP- systemet; enten det er poliklinisk arbeid, mer ambulant arbeid eller institusjonsarbeid. Dette kriteriet begrenset i relativt stor grad hvem jeg kunne spørre, da arbeidsplassen er preget av stor turnover. En del terapeuter fylte rett og slett ikke kriteriet om erfaring. Dette blant annet på grunn av flere terapeuter som var i et års praksis i barne- og ungdomspsykiatrien som del av spesialisering innen andre felt (gjelder kun leger/psykologer).

Informantene skal arbeide med aldersgruppen 6-12 år (barneskolealder).

Begrunnelsen for dette gir nærmest seg selv, da datainnsamlingen må gjelde terapeutenes praksis innen aldersgruppen forskningsprosjektet omhandler. Dette medførte at hele BUPens sped- og småbarnsteam ble ekskludert som informanter og mulig noen terapeuter som arbeider kun med ungdom over 12 år. Denne siste gruppe terapeuter hadde jeg ikke oversikt om eksisterte, og det ble derfor helt vesentlig å tydeliggjøre dette kriteriet i informasjonsskrivet.

Informantene og forsker skal ikke ha vært medarbeidere i felles saker. Begrunnelsen for dette var et ønske om å ha en viss avstand til informantene. Noen kolleger jobber jeg tett med, andre i mindre omfang. Pga organisering i ulike team er det en del terapeuter som automatisk er inkludert i dette kriteriet. Likevel ekskluderte dette ikke alle i mitt eget team på ca 12 medlemmer. For nær relasjon til informant fant jeg ville være forstyrrende i datainnsamlingen. Jeg ønsket også en viss uvitenhet om informantenes praksis og hvordan de forholdt seg til vurderingene knyttet til foreldres deltakelse. Slik unngikk jeg å ta vurderinger som å velge informanter jeg visste jobbet mye familierapeutisk eller omvendt. Det må sies at selv om BUPen er en stor arbeidsplass, ville jeg uansett eksklusjonskriterier ha en viss relasjon til informantene på forhånd. Så i alle tilfelle ville jeg måtte forholde meg til implikasjonene ved å intervju kollegaer på samme arbeidsplass, som tidligere omtalt i kapittelet «å forske i egen hage».

3.2.2 Utvelgelse av informanter

Så sto valget mellom å sende ut en generell forespørsel til alle mulige informanter på BUPen, eller å selv henvende meg direkte til de jeg ønsket. Første alternativ ville på den ene siden gi stor grad av tilfeldig og nøytral utvelgelse ved at de første som meldte seg ble valgt eller ved en loddtrekningsvariant. Valget falt på å henvende seg direkte til fire informanter på BUPen som oppfylte de fire ovennevnte kriterier. Begrunnelsene for dette var flere. Et av aspektene var hos meg en usikkerhet om hvorvidt kollegaer ville stille til intervju ved en generell forespørsel til alle. Dersom en generell forespørsel ikke ville gitt ønsket antall informanter, ville en andre runde med konkret forespørsel synes noe unaturlig. Det fordi ikke-tilbakemelding på den generelle forespørselen ville være det samme som nei. En slik andre forespørsel ville være noe mer betent og kunne føre til at kollegaer med nær relasjon til meg ble foretrukket, mer som en «vennetjeneste». På den annen side kunne den andre runden også blitt sendt til alle med forespørsel om å på ny vurdere forespørselen.

Valget om å spørre direkte var også begrunnet med enkelhet i gjennomføring og større grad av kontroll fra min side vedrørende utvalget. Jeg kunne gå rett på kollegaer som oppfylte kriteriene, inkl kriteriet om ulike profesjonsbakgrunner. Jeg kunne da også spørre kollegaer som jeg i liten grad visste hvordan jobbet, spesielt vedrørende foreldres deltakelse i terapi. Slik håpet jeg å oppnå en åpenhet og en nøytral innfallsvinkel til temaene i intervjuene. Det vil si at jeg i minst mulig grad visste hva de ville svare om sin egen praksis og vurderinger.

I etterkant er det naturlig å vurdere denne fremgangsmåten som uttrykk for ambivalens vedrørende nærhet til forskningsfeltet og informantene. På den ene siden ville jeg forske i egen hage og bruke kollegaer som informanter. Samtidig valgte jeg å ha informanter som jeg så å si sto lengst fra relasjonelt og hadde minimalt med kjennskap til. En generell forespørsel og «nøytral» utvelgelse innenfor kriteriene ville nok i etterpåklokskapens lys vært mest ryddig. En uventet vending i prosjektet må sees i sammenheng med min fremgangsmåte for å innhente informanter. Denne vendingen vil bli behørig omtalt i neste avsnitt.

Et informasjonsskriv ble sendt ut til informantene (appendix 1). Dette inneholdt informasjon om tematikk og metode i prosjektet, samt forhold rundt taushetsplikt. Informasjonsskrivet ga også informasjon om spørsmålskategoriene og form på intervjuet.

3.2.3 Forsker som informant

Nødvendig avstand til praksisen det forskes på var som nevnt en utfordring i mitt tilfelle. Som familieterapeut med en systemisk praksis vil for forståelsen og ståsted i tematikken kunne legge føringer på innhentingen av datamaterialet. For det første ble det viktig for meg å klargjøre dette dilemmaet overfor meg selv og intervjupersonene, samtidig som det ville kreve en presisjon i formidling av prosjektets problemstilling til intervjupersonene. Dette ble vektlagt i informasjonsskriv og i innledning til intervjuene. I tillegg ble prosjektet presentert relativt grundig i et personalmøte i forkant av intervjuene.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene var i høyeste grad også relevante for min egen praksis, og økt refleksjon og kunnskap knyttet til disse var som nevnt viktige motivasjonsfaktorer i prosjektet. En samtale med professor Arlene Vetere, tilknyttet Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, ga meg en avgjørende vending. Hun foreslo regelrett at jeg brukte meg selv som informant, nettopp for å gjøre dette anliggendet eksplisitt. Det slo meg som en paradoksalmåte å plassere eget ståsted i prosjektet, samtidig som det kunne gjøre det mer håndterlig og åpent. Det ville bli eksplisitt og analysert, fremfor å være implisitt og muligens prege analysen uhensiktsmessig. Min første reaksjon var «er det lov?», hvorpå Vetere svarte «of course!». Forutsetningen ville naturlig nok være, som alt annet, å være bevisst implikasjonene ved dette, samt begrunne avgjørelsen. Med andre ord ville det kreve av meg å være mest mulig eksplisitt i håndteringen av denne vendingen.

Dette grepet lot seg praktisk løse ved at jeg utsatte meg selv for intervjuet basert på intervjuguiden. Min studentveileder, som også var kollega på BUP og godt kjent med min problemstilling, fikk oppgaven med å gjennomføre det første intervju med forskeren som intervjuperson. Intervjuet fungerte i tillegg som en testing av intervjuguiden og ga meg selv opplevelsen å bli utsatt for spørsmålene.

Forskningsmessig var dette veivalget naturligvis langt på vei problematisk. For det første ville jeg måtte forholde meg til informantkriteriene. Jeg oppfylte for såvidt alle kriteriene, bortsett fra kriteriet om at informant og forsker ikke skal ha samarbeidet i konkrete saker. Det ville kreve stor filosofisk kreativitet å si at jeg oppfylte dette kriteriet, og en videre drøfting av dette ville nok fremfor alt ha en mer humoristisk hensikt. Som forsker ville jeg sette meg selv på lik linje med informantene og utsette meg for samme undring og refleksjon over temaene. Med min egen studie i prosjektarbeidet og spesielle nysgjerrighet vedrørende temaet ville dette bli en

umulighet. Jeg måtte nøye meg med å ta høyde for at denne vendingen ville kunne ha betydning for utfallet av studien.

I tillegg ville dette intervjuet ha en annen intervjuer, som i stor grad påvirker det innkomne datamaterialet. Selv om intervjuet er relativt strukturert, vil alltid intervjuerens rolle være helt sentral. Hun vil ta i mot meninger og i løpet av intervjuet foreta tolkninger og fortettinger som gis tilbake til informant, som igjen gis mulighet til å svare på dette (Kvale 1997).

For at jeg i størst mulig grad skulle anses som en informant på lik linje med andre, ble følgende valg foretatt for gjennomføringen av prosjektet: Jeg gjennomførte alle intervjuene før jeg begynte arbeidet med oppgavens teoridel. Dette for å selv være minst mulig preget av teori og forskning innen temaet. På forhånd stod det teoretiske grunnlaget for oppgaven klart, som er nærmere beskrevet i introduksjonskapittelet. Men dersom jeg hadde gjort dypdykk innen dette, ville det i stor grad prege min refleksjon som informant. Jeg ville nå kunne gi informasjon om min reelle praksis og reflektere mer på linje med de andre informantene som ikke spesielt hadde studert dette temaet.

Oppsummert ble begrunnelsene for valget av meg selv som informant følgende: Mitt eget engasjement og vurderinger innen tema ble gjort eksplisitt. Jeg oppfylte kriteriene, sett bort fra samarbeidskriteriet, og står i samme type vurderinger som de andre informantene.

3.2.4 Informantene

Utvalget av informanter ble, i tillegg til meg selv, bestående av en psykologspesialist, en psykolog og en klinisk pedagog. Det tverrfaglige aspektet ble på denne måten ivaretatt ved å ha to psykologer, en klinisk pedagog og en klinisk sosionom.

Tverrfaglig sammensetning av informantene kunne være et argument for å innlemme leger i utvalget. Dette ble for det første uaktuelt da det i denne fasen ikke var leger ved poliklinikken som oppfylte kriteriene. I tillegg kan det argumenteres for faktisk å utelate leger fra utvalget, da leger i stor grad har profesjonsspesifikke oppgaver som somatiske undersøkelser/vurderinger og medisinerer. Det er på sin plass å understreke at legene på BUP Grorud etter min erfaring i stor grad deltar i det samtaleterapeutiske arbeidet.

Det må nevnes at en femte informant også ble intervjuet. Dette var en psykolog. Det ble i løpet av intervjuet klart at vi hadde misforstått hverandre vedrørende kriterier for deltakelse, og informanten fylte ikke kriteriene knyttet til erfaring. Misforståelsen baserte seg på uklar informasjon vedrørende arbeidsforhold før nylig ansettelse ved BUP Grorud. Dette ble jeg bevisst på i løpet av intervjuet, men jeg så det som unaturlig å avbryte intervjuet. Dette må jeg som forsker ta det hele og fulle ansvar for. Jeg besluttet på bakgrunn av informantens svært begrensede erfaring fra BUP å utelate intervjuet fra datamaterialet. Dette var det siste intervjuet, og jeg opplevde etter transkribering å ha tilstrekkelig materiale i de fire første intervjuene, slik at jeg heller ikke søkte en erstatning for den utelatte informant.

3.2.5 Taushetsplikt og anonymitet

Ved bruk av kollegaer som informanter stilles ikke krav til godkjenning av intervjuer av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Spørsmålet om taushetsplikt og anonymitet for informantene blir ikke mindre viktig av den grunn. Informasjonsskrivet til informantene omhandlet spørsmålet om anonymitet. Anonymitet vedrørende informantenes navn skulle opprettholdes. Informantenes anonymitet ble ivaretatt ved at opptak av samtalen ble transkribert og anonymisert kort tid etter intervju. Opptak vil oppbevares trygt og uten tilgjengelighet for andre enn undertegnede. Opptak vil slettes innen 6 mnd etter levering av oppgaven. Anonymitet innad på arbeidssted og overfor ledelse ble ivaretatt ved at forespørsel om informanter ble foretatt direkte pr. e-post. Ledelsen eller andre hadde naturligvis ingen rett til å få identifisert informantene. Kontakt foregikk videre primært pr. e-post. Undertegnede utviste diskresjon i forbindelse med gjennomføring av intervju. Informantene valgte selv tidspunkt og sted for intervju, og alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsstedet. Alt dette ble det informert om skriftlig i informasjonsskrivet og gjennomgått muntlig i innledningssamtalen til intervjuet.

Å intervju kollegaer på egen arbeidsplass gir noen implikasjoner for opprettholdelse av anonymitet. Informantenes profesjon og kjønn kommer frem i oppgaven, og da det er et begrenset antall ansatte på BUPen, ville noen kollegaer ved lesning av datamateriale muligens kunne gjette seg til hvem en informant er. Disse forhold var helt åpent overfor informantene. I innledningssamtalen til intervjuet kom det frem at alle opplevde dette uproblematisk. Tematikken i intervju går på praksis og faglig fokus jfr. problemstillingen, og datamaterialet kan i liten grad anses som sensitivt. Likevel vektla jeg anonymitetsspørsmålet i informasjonsskrivet og i innledningen til intervjuet.

Informantene er også eksplisitt gitt mulighet til å kunne trekke seg som informanter, uten begrunnelse eller gjenytelse, gjennom hele prosjektperioden.

3.2.6 Forskningsetikk

Etiske refleksjoner er en avgjørende kvalitet i forskning. Det bidrar til ikke å ta ting for gitt når det gjelder å forstå andre personer og deres arbeid. Kvale peker på tre viktige forskningsetiske hensyn. I tillegg til betydningen av samtykke og konfidensialitet legger han vekt på å ta høyde for konsekvenser for informantene (Kvale 1997). Informantene blir bedt om å dele informasjon som kan være personlig og mer eller mindre sensitiv. Forsker gjør i analyse utvalg av informasjon og tolker denne basert på sine egne punktueringer. Dette kan by på følelser av å ha blitt tolket feil, og at uttalelser blir tatt ut av sin sammenheng (Malterud 2003). Dette stiller krav til aktsomhet både i transkribering, analyse og tolkning. Jeg har valgt å fremstille analysert datamateriale i kapittel 4 på en beskrivende måte. Det vil si at jeg gjenforteller og tolker minst mulig. Utvalget av datamaterialet er basert på nedenfor beskrevet analysemetode. I kapittel fem vil så funnene bli gjenstand for tolkning og drøftning.

3.2.7 Intervjuet

Som intervjuform valgte jeg semistrukturert intervju (Kvale 1997). Med utgangspunkt i hovedproblemstillingen og delproblemstillingene utformet jeg fire kategorier av spørsmål. Disse kategoriene var som følger:

- Din teoretiske bakgrunn og terapeutiske ståsted. Kunnskap du vektlegger i din praksis.
- Kontekst. Arbeidsplassens føringer på din praksis, ressurser, pålegg, begrensninger.
- Pasienters og foreldres ønsker om behandlingsform.
- Andre personlige faktorer. Som nære relasjoner, egen familie, verdisystem. Refleksjon rundt disse faktorerers innflytelse på ditt forhold til foreldres deltakelse.

Til sist ba jeg dem beskrive sin praksis i BUP ved å fortelle om en case.

Da jeg utarbeidet spørsmål innen disse kategoriene, ble det også et valg om å strukturere og styre samtalen. Et åpnere intervju kunne gitt en langt mer

fenomenologisk vinkling på datamaterialet (Kvale-06). Informantene kunne i langt større grad selv velge å snakke om det de selv er opptatt av vedrørende foreldres deltakelse og selv definere egne vurderinger og vektlegginger. Da jeg har foretatt denne kategoriseringen, sier det noe om hva jeg ønsker å vite noe om, altså hvilke forskningsspørsmål jeg hadde (jfr. delproblemstillingene). I motsetning til et mindre strukturert intervju gir intervjuet føringer på hvilke typer vurderinger vi skal snakke om. Et eksempel er spørsmålet om brukermedvirkning. Jeg etterspør vurderinger knyttet opp til familiens egne ønsker. Med denne fremgangsmåten må jeg ta høyde for at andre kategorier går tapt, og at informasjonsgrunnlaget begrenses. For eksempel kunne en informant ha ønsket å snakke om etiske aspekter knyttet til foreldres deltakelse uten at hun opplevde at det ble gitt rom for det.

Selv om intervjuet er semistrukturert, ønsket jeg at det skulle ha form av en samtale. Jeg ønsket innen kategoriene å kunne følge min nysgjerrighet på informantenes vektlegginger og følge disse i vesentlig grad. I tillegg er siste kategori en svært åpen kategori om andre faktorer som påvirker vurderingene knyttet til foreldres deltakelse. Dette gir muligheter for informantene å fritt bringe inn refleksjoner som ikke fanges opp av tidligere kategorier.

Et viktig grunnlag for oppgaven ble lagt i den stadig gjentakende prosess med veileder for å utvikle intervjuguiden. I denne prosessen ble to anliggender avgjørende. For det første ønsket jeg å studere virksomme faktorer for foreldres deltakelse i fire nivåer. 1. Teoretiske faktorer, i forstand av fagligteoretiske terapeutiske vurderinger. 2. Faktorer ved barna og foreldre i et brukermedvirkningsperspektiv. 3. Kontekstuelle faktorer, som BUP som kontekst og terapeutrollen i denne konteksten. 4. Terapeutfaktorer i vid forstand, også med henblikk på personlige verdier og bakgrunn. For det andre valgte jeg å skille mellom to måter å innhente informasjon på. Eller for å si det på en annen måte, informantene fikk to måter å snakke om disse temaene på. De informerte for det første gjennom å svare på spørsmål knyttet til disse 4 faktorene. For det andre ble de bedt om å fortelle om en case av nyere dato, som i størst mulig grad beskrev deres praksis. På den måten har det kommet frem et rikere datamateriale hvor informantenes refleksjoner over temaer i kategoriene kan drøftes i lys av informantenes beskrivelse av sin praksis i form av caseformidling.

3.3 Analysen

3.3.1 Transkribering

Intervjuene ble i sin helhet tatt opp på lydfiler. Kort tid etter gjennomførte intervju ble materialet så transkribert. Dette ble valgt satt bort til en annen person. Intervjuene ble transkribert ord for ord, nonverbale utsagn som f. eks latter ble registrert. Dette for å muliggjøre innlemming av emosjoner, som f. eks ubehag og engasjement i analysen. Varighet av stillhet mellom setninger ble også registrert med antall sekunder.

Transkriberingen ble satt bort av hensyn til arbeidsmengde. Da transkriberte intervju kom meg i hende, ble avstanden til materialet påtakelig. Jeg hørte derfor gjennom alle intervjuene flere ganger med transkripsjonen foran meg. Dette gav en ny og viktig nærhet til materialet. Jeg kunne også gå gjennom transkriberingen og gjøre noen justeringer på detaljnivå.

3.3.2 Analysemetode

Som analysemetode ble det Kvale kaller «ad hoc meningsgenerering» benyttet (Kvale 1997). Denne formen blir ikke brukt som standardmetode for å analysere et datamateriale som helhet, men den åpner for et fritt samspill mellom ulike teknikker. Kvale beskriver også fire andre analysemetoder, og jeg benyttet også to av disse i stor grad. «Meningskategorisering» vil si å dele materialet inn i ulike meningskategorier. Dette kan gjøres før intervju, eller de kan oppstå i analyseprosessen (ibid). Jeg valgte å være tro mot kategoriene av spørsmål fra intervjuet i analyseprosessen. Alt materiale som var relevant i en kategori ble samlet, inkludert merking av hvem som hadde uttalt seg. Så brukte jeg elementer av det Kvale kaller «meningsfortetting» (ibid). Jeg laget meningsoppsummeringer av lengre uttalelser så lite forutinntatt som mulig. Dette som en metode for å søke meningsinnholdet i materialet. Datamaterialet som i utgangspunktet var på ca 30.000 ord, ble gjennom meningskategoriseringen redusert til ca 9.000 ord. Meningsfortettingen gav en oppsummering på innholdet på ca 2.000 ord.

Jeg har valgt å presentere materialet i så «ren» form som mulig i resultatkapittelet. Dvs. at jeg etter gjennomført analyseprosess og datareduksjon søker å gjengi uttalelser så fritt for tolkning som mulig. Dette for at materialet skal bli synliggjort i størst mulig grad for leser. Tolkning vil da først bli gjennomført i drøftingskapittelet, hvor datamaterialet blir drøftet og tolket i lys av teori.

Informantene omtales i form av profesjon. Hensikten med dette er, i tillegg til faktisk å skille dem fra hverandre, å tydeliggjøre eventuelle differensieringer mellom de ulike profesjonene. Utover dette har denne omtaleformen ingen funksjon. Da det er to psykologer, og en av dem er spesialist, omtales disse to som psykologen og psykologspesialisten. Klinisk pedagog og klinisk sosionom omtales for enkelthets skyld for pedagogen og sosionomen.

3.3.3 Prosjektets pålitelighet

Reliabilitet og validitet sier noe om pålitelighet og troverdighet innen forskning. Disse begrepene er mest brukt innen kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning er begreper om troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet mer relevante. Troverdighet baseres på om studiet er gjennomført på en tillitsvekkende og transparent måte.

Bekreftbarheten knyttes til kvaliteten i gjennomføringen av studiet, og om forståelsen som studiet fører til har støtte i annen forskning. Overførbarhet handler om utførte tolkning også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard 1998).

Troverdighet er i dette prosjektet forsøkt ivaretatt ved relativt grundige beskrivelser av forskningsprosessen. Dette har vært spesielt viktig sett i lys av forskers nærhet til datamaterialet. Bekreftbarheten søkes oppnådd gjennom kjente analysemetoder og materialets drøfting i lys av kjente teorier. Spørsmålet om overførbarhet er avhengig av om funnene kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger. Informantutvalgets størrelse på kun fire personer er et ankepunkt mot overførbarheten. Det kan likevel være grunnlag for å mene at funnene kan være relevante for andre BUPer i Norge. Dette pga de sterke nasjonale direktivene i lokale poliklinikker, og at BUPer i Norge har en relativt lik oppbygning og instruks, jfr. Nasjonal Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge fra 2008. Da det er få studier som har sett på dette temaet, gir data i oppgaven muligheter til å generere hypoteser for testing og undersøkelse i andre studier.

4 Resultat

4.1 Innledning

Som nevnt vil informantenes uttalelser presenteres i dette kapittelet så fritt for tolkning som mulig. Overskriftene i kapittelet er i tråd med spørsmålskategoriene i intervjuguiden. Det vil blant annet si at casene presenteres under egen overskrift.

4.2 Teoretisk bakgrunn og terapeutisk ståsted

4.2.1 Utdanningsbakgrunn

Informantgruppen består altså av fire terapeuter ved BUPen: To psykologer, hvorav en er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, samt en klinisk pedagog og en klinisk sosionom. Psykologspesialisten fremhever ikke spesielle fordypningsområder ved sin utdanning. Psykologen valgte fordypning innen psykodynamisk terapi i psykologistudiet. Pedagogen er utdannet førskolelærer og fremhever nettverkstenkning og barns utviklingspsykologi som vesentlig fra sin grunnutdanning. Hun har også fordypning innen nevropsykologi samt familieterapi. Sosionomen har i tillegg til sin grunnutdanning videreutdanning innen familieterapi.

4.2.2 Terapeutisk ståsted

Psykologspesialisten:

Jeg vet ikke om jeg er noen sånn bestemt retning egentlig....Jeg synes nå at jeg bare bruker det jeg har samlet opp gjennom årene, ikke noe rendyrket på noe vis.

Psykologspesialisten er tydelig på sin eklektiske tilnærming til terapi og henviser til opparbeidelse av erfaring og hva som har vært i fokus i kollegiet. Hun sier at tilknytningstenkning tidligere preget arbeidet på BUP, men etter to forskningsprosjekter innen kognitiv tilnærming som BUPen har deltatt i, har dette preget tenkningen på BUP. Hun forteller at hun selv snapper opp litt her og der og synes å nyttiggjøre dette i sin terapi.

Når psykologen får spørsmål om sitt terapeutiske ståsted forteller hun om en

kombinasjon av sin psykodynamiske bakgrunn og erfaring fra arbeid med rusproblematikk. I rusfeltet var endringsfokusert rådgivning og kognitiv terapi sentralt, altså mer fokus på her og nå i terapi. I tillegg henviser hun til mentaliseringsbegrepet og mentaliseringsbasert terapi. Hun fremhever psykodynamisk forståelse om at tidligere relasjoner utspiller seg i livet her og nå. Når dette eventuelt utspiller seg overfor terapeuten, kan det jobbes med endring. I arbeid med barn og familier i BUP ser hun kombinasjoner av disse retningene i sin egen terapi.

Pedagogen:

Mitt utgangspunkt er vel egentlig at når en i familien sliter, så berører det hele familien.

Pedagogen presenterer seg i likhet med psykologspesialisten som en eklektiker i stor grad og henviser til sin faglige «ryggsekk». Hun vil sammen med familien finne ut hva som fungerer. Hun fremhever mestringstenkning som vesentlig i sin terapi; finne styrker og det positive, og så bygge videre på det. Hun sier det ligger mye Marte Meo tenkning i dette.

Sosionomen har i tillegg til sosionomutdanning videreutdanning innen familieterapi. Han henviser til sin sosialfaglige bakgrunn, og spesielt systemisk forståelse som vesentlig teori sammen med fokus på nettverksarbeid. «Personen i situasjonen» sier han er et viktig begrep han har med seg som terapeut. På spørsmål om terapeutiske retninger eller tradisjoner trekker han frem strukturell familieterapi som viktig for ham.

Sosionomen:

Hvis jeg skulle trekke frem noe...vil det være strukturell familieterapi som handler om,...å gjeninnsette foreldre som autoriteter...forholdet mellom foreldre og barn blir veldig viktig da i terapi, forholdet mellom ulike subsystemer.

4.2.3 Hvordan påvirker dette foreldres deltakelse?

Informantene ble så spurt om sammenheng mellom teoretisk bakgrunn og foreldres deltakelse. Psykologspesialisten gir lite informasjon om teoretisk ståsted utover at hun har en eklektisk tilnærming til terapi. Hun sier følgende vedrørende foreldres

deltakelse:

Psykologspesialisten:

Altså, jeg synes jo at foreldre i utgangspunktet skal med,...at de er nødvendige å ha med for å få til endring i utgangspunktet.

Hun balanserer dette med at hun av og til jobber noe individuelt, spesielt med traumeproblematikk, for å få frem spesifikke symptomer. Hun taler også for deling av foreldre og barn i tilfeller hvor foreldre har store psykiske vansker selv. Å da ha fellessamtaler vil kunne bryte ned ungen, ifølge henne. Utgangspunktet hennes er altså: alltid foreldre med.

Pedagogen, som også er eklektisk, gir ikke direkte informasjon om sammenheng mellom sin teoretiske bakgrunn og foreldres deltakelse. Men hun er som psykologspesialisten tydelig på at foreldre bør med i terapi. Hun bruker fotball og lagspill som sammenligning til teamarbeid i terapi. Det vil si at foreldre, barn og terapeut sammen utgjør teamet. Hun vil at foreldre skal føle at de har fått til endringer.

Psykologen og sosionomen forteller om sammenhengen mellom teoretisk bakgrunn og foreldres deltakelse. Og dette gir seg utslag på forskjellig måte. Psykologens psykodynamiske forståelse taler for individualterapi:

Psykologen:

Jeg føler på den ene siden så har jeg jo tro på at barn også i mer individualterapeutisk setting kan nyttiggjøre seg det, og at det kan skje endringer i en sånn terapi som påvirker familien og relasjoner da.

Hun fortsetter å fortelle om sin erfaringsutvikling hvor hun også kan se nytte av å ha foreldre med inn i terapirommet, da for å kunne fremheve positive sider ved barnet overfor foreldre. Som terapeut kan hun da fremheve de gode tingene ved barn som oversvømmes av negativitet eller kritikk. Hun sier også at hun erfarer at barnet er mer fritt følelsesmessig i individualterapi enn om foreldre er med. Barnet vil med foreldre tilstede i større grad legge bånd på seg.

Sosionomen sier kort og godt at han vil ha foreldre med i terapi, og at dette er naturlig innenfor hans teoretiske preferanseramme. Han kaller også dette ønsket for

intuitivt og sier at det er dette han kan noe om, å arbeide med familier. Den teoretiske bakgrunnen blir da en begrunnelse i seg selv fordi han er opplært innen denne arbeidsform.

4.3 BUP som kontekst

4.3.1 Føringer eller begrensninger

Psykologspesialisten beskriver en utvikling i BUPen hvor en tidligere hadde mer fokus på tilknytning og relasjon, og at foreldre ble sett på som coterapeuter. Utviklingen har gått i retning av mye mer fokus på kognitiv atferdsterapi, og hun henviser til kognitive forskningsprosjekter som har bidratt til dette. Hun sier at kognitiv terapi ikke bare er individualterapi, men at denne har mindre vektlegging på relasjoner. Hun synes hun selv har frihet til å gjøre som hun selv vil og gjentar dette tre ganger. Hun sier at terapeutene på BUPen ikke får sterke direktiver om hva de skal gjøre i terapi, og at de står fritt.

Psykologspesialisten:

Men jeg synes likevel så har jeg nå den friheten til å gjøre som jeg vil da. Altså hvis ikke de her prosedyrene skal ta kvelertak på oss, men det vil vi ikke.

Hun nevner altså prosedyrer som noe som kan ta kvelertak på terapeutene, men at hun selv ikke opplever dette. Prosedyrer og deres føringer utdypes ikke videre.

Psykologen:

Jeg føler vel at det er sånn relativt fleksibelt eller åpent hvordan man som behandler velger å jobbe med en sak man har fått fordelt da.

Psykologen nevner imidlertid ventelister og frister som noe som kan legge begrensninger vedrørende familieterapi og på muligheten til å kunne være to terapeuter i en sak. Dette mener hun kunne vært nyttig både for terapeutene og familien.

Pedagogen sier at det ligger en føring på at terapeutene skal være effektive, ha mange tiltak og at de blir sett og målt. Hun sier også at hun opplever frihet til å legge opp terapien slik hun vil, men at hun ville kjent på effektivitetskravet dersom hun hadde vært nyansatt. Hun sier at hun ser at de unge og nyansatte har øyne og fokus

på dette med effektivitet og antall tiltak. BUPens fokus på tiltak og effektivitet mener hun gir føringer vedrørende foreldres deltakelse, da familiesamtaler tar lengre tid enn individualsamtaler. Og korte samtaler gir like mye betalt som lengre samtaler.

Pedagogen:

Du bruker ikke en og en halv til to timer på en familiesamtale hvis du er veldig opptatt av å telle tiltakene...

Sosionomen gir et todelt svar på spørsmålet om BUPs kontekst gir føringer vedrørende foreldres deltakelse. På den ene siden opplever han full åpenhet for å bringe foreldre inn i terapi. Han henviser til generalistmodellen som i teamet gir åpenhet til å jobbe på ulike måter. I den andre delen av svaret peker han på generalistmodellen som begrensende for utviklingen av det familierapeutiske arbeidet. Han sier at familierapeutisk arbeid krever mer samkjøring mellom terapeuter, da en i større grad bør jobbe to og to i familier.

Sosionomen:

Jeg tror det krever en felles forståelse for hva som foregår i terapien og rammene for terapi hvis jeg og en makker jobber sammen. Det er ikke organisert noen sånn type arbeid her. Det er litt tilfeldig.

4.3.2 Ønsker om endringer

Psykologspesialisten sier at kontorene er store nok til familiesamtaler. Hun etterlyser imidlertid bedre lekerom, der hun også har med foreldre inn i samtaler.

Psykologen mener man kunne sikret seg deltakelse fra foreldre dersom det hadde vært to terapeuter i hver sak.

Pedagogen sier at det er helt opp til terapeuten selv å bringe foreldre inn i terapien. Både pedagogen og sosionomen påpeker fravær av familieteam og organisering av et familierapeutisk arbeid.

Sosionomen fremmer dette som et ønske: å organisere et familierapeutisk tilbud. Han sier også at BUPen ikke har fysiske begrensninger for familiesamtaler. Det ligger til rette for dette med familierom, enveisspeil og videoutstyr.

4.4 Barns og foreldres ønsker vedrørende foreldres deltakelse

4.4.1 Foreldrenes og barnas ønsker

På spørsmål til terapeutene om foreldrene selv ønsker å delta i terapien svarer alle at de opplever en del foreldre som mener at barnet bør gå i individualterapi.

Psykologspesialisten:

Altså, det er noen som da helst vil bare levere barnet til reparasjon da...

Psykologspesialisten sier imidlertid at de fleste foreldre synes det er ok å være med, men altså at noen forventer individualterapi for barnet.

Psykologen sier hun har ganske mange erfaringer med at foreldre vegrer seg for å være sammen med barnet i terapi. Dette har hun registrert ved at foreldre gjentar at barnet vil ha best av å snakke alene og at det vil være vanskelig for barnet å snakke hvis foreldre er tilstede.

Pedagogen beskriver en tredelt erfaring, den ene der foreldre har en bestilling om å ordne barnet og at foreldre helst ikke vil være med på dette selv. Andre ganger opplever hun at familien er sendt til BUP av andre instanser, de er der motvillig, og det gir seg utslag i at de helst ikke vil være med på noen ting. Til sist har hun erfaring med at foreldre uttrykker at de vil være med i terapien.

Sosionomen starter sitt svar med å si at det hadde passet ham godt å kunne si at foreldre var veldig ivrige på å være med i terapien, men at det egentlig ikke er hans erfaring. Han sier han opplever at foreldre kommer spørrende til hva han som ekspert foreslår. Foreldre har da en ide om at fordi barnet er i fokus så skal de delta i liten grad.

Sosionomen:

Men en del, jeg vil heller si at en del reagerer med en form for overraskelse når en foreslår foreldres delaktighet i terapiprosessen.

Han sier det virker som om foreldre forventer individualterapi fremfor fellessamtaler. Den vanligste holdningen han mener å møte blant foreldre er at det er bedre å snakke med barna alene fordi barnet da vil si ting de ikke tør si til foreldrene.

Når det gjelder barnas ønsker, svarer psykologspesialisten at noen ungdommer slett ikke vil ha med foreldrene. Videre sier hun at barn kan føle på at de er til bry for foreldrene og er redde for å begynne å kritisere foreldrene.

Psykologen sier hun stusser over noen barns ønsker om å komme på egenhånd. De fremstår i følge henne som påfallende selvstendige.

Pedagogen sier hun opplever at foreldre stort sett er ønsket med av barna, og at barna opplever økt trygghet med mamma og pappa til stede.

Sosionomen formulerer seg slik at han opplever at barna i større grad ønsker foreldre med, enn det motsatte. Også han opplever en økt trygghet for barnet når de kommer til at det er naturlig å ha med foreldre.

4.4.2 Terapeutenes håndtering av ønskene

På spørsmål om hvordan terapeutene forholder seg til familiens ønsker, tar psykologspesialisten utgangspunkt i ungdommer som ønsker individualterapi. Hun lar ungdommene ta mye styring i starten. Dette for at det skal kjennes som ungdommens eget prosjekt. Hun vektlegger tungt barnets ønske ut fra et allianseperspektiv. Hun velger altså i individualterapi å bruke tid til å involvere foreldre.

Psykologen sier hun etterspør foreldres ønsker, og at hun som terapeut kan kjenne på at det er behov for begge deler; barnet trenger en del timer alene, men at foreldre og barn også trenger å bli mer kjent.

Psykologen:

...det blir jo en sånn balansegang mellom å, ja gi dem det de ønsker seg og så gi tilbake noe av den faglige begrunnelsen vår.

Hun kaller sin egen håndtering en blanding mellom å akseptere ønsket om individualterapi og å være tydelig på sitt ønske om jevnlig fellessamtaler. Hun finner det også viktig å presisere at barnet ikke behøver å si så mye, at det er ikke noen tvang å snakke i samtalene med foreldre.

Pedagogen:

Når du jobber med tiåringer så er det jo en selvfølge at foreldrene er med.

Pedagogen svarer imidlertid videre at dersom barnet har et eksplisitt ønske om alenesamtaler, tillater hun dette. Hun sier hun da er veldig opptatt av sammen med barnet å finne ut av hvilken måte de kan involvere foreldrene i det som barnet forteller om. Dette dersom det barnet sier er viktig.

Pedagogen:

Men jeg er veldig opptatt av at det vi da snakker om og finner ut av, på hvilken måte kan vi involvere mamma og pappa i dette, hvis det er noe viktig.

Hun beskriver denne prosessen som å få barnet med på lag i forhold til å formidle videre til foreldre temaer fra individualsamtaler. Hun sier at det underveis i terapiforløpet også kan komme ønske om individualsamtaler, og at hun da legger til rette for dette. Det blir da kombinasjoner av individualterapi og fellessamtaler. Hun bekrefter at hun er tydelig i sitt ønske som terapeut om at foreldrene deltar i samtalene og har en forventning om at foreldre vil det beste for barnet og at de stiller opp for barnet. Og hun synes ikke det er veldig vanskelig å få de med på lag, hun får god respons fra foreldre på dette.

Sosionomen:

...mitt inntrykk er at de fleste reagerer positivt på den litt overraskende vendingen at deres delaktighet er ønsket og sees på som nærmest nødvendig, eller i hvert fall verdifull i barnets terapeutiske prosess.

Sosionomen tar utgangspunkt i sin teoretiske bakgrunn på spørsmål om hvordan han håndterer ønsker om terapiform fra familien. Han har fokus på tilknytning mellom foreldre og barn, og at da blir foreldre viktige i barnets terapeutiske prosess. Han sier han derfor ikke er nøytral vedrørende dette eller overlater det til familien å bestemme. Han mener at han legger relativt sterke føringer både på barn og foreldre om at fellessamtaler er en naturlig måte å jobbe på. Han sier at dersom han virkelig er opptatt av deres ønsker, så bør han være mer nøytral i sin etterspørsel. Han sier han etterspør foreldres ønsker, men samtidig legger føringer for at de skal delta. Han har også individualterapi med barn der foreldre og barn ønsker individualterapi og sier at individualterapi da er bedre enn om det ikke blir noe av. For ham er terapi med

foreldre en plan A, mens plan B er uten foreldre. Han mener han ser foreldre vokse i sin foreldrerolle når han som terapeut kommuniserer deres viktighet overfor barnet. Han opplever å se en del foreldre som er ganske skjøre på sin selvoppfatning med opplevelse av å ha mislykkes og at eksperter da må ordne opp.

4.5 Nåværende praksis

4.5.1 Andel saker med foreldredeltakelse

Det ble stilt spørsmål om terapeutene kunne angi med prosenttall de sakene der foreldre var delaktige i den terapeutiske prosessen. Psykologspesialisten sa hun ikke kunne angi et prosenttall, hun kikket litt i pasientlisten på data, og sa at det var vanskelig å svare på dette spørsmålet på det gitte tidspunkt da hun nå var i avslutningsfasen på en del saker og i oppstartfasen av andre.

Psykologspesialisten:

Nei altså, det der var håpløst vanskelig

Psykologen svarer at hun tror nok foreldre er med i terapeutiske samtaler med barnet i alle saker, uten at det betyr at de er med i alle samtaler. I noen saker er foreldre med i alle samtaler, i andre saker mer innimellom. Noen ganger foretar hun også oppdeling av samtaler, en halvtime med foreldre, så en halvtime med barnet alene. Hun sier også noe om en oppdeling med individualsamtaler/foreldresamtaler:

Psykologen:

Da må det eventuelt være saker hvor jeg har en medarbeider som bare har foreldresamtaler uten barnet og eventuelt at jeg bare har barnet.

Pedagogen svarer at hun har foreldre sammen med barnet i alle sakene, men ikke nødvendigvis i alle samtalene. Hun nevner i tillegg saker der hun kun har drevet foreldreveiledning.

Pedagogen:

Det hender jo at jeg har saker der jeg kun jobber med foreldrene, ikke ser ungene i det hele tatt. Bare hilser på dem, vet hvor de er og har observert dem på skolen og barnehagen, men jeg har drevet ren foreldreveiledning.

Sosionomen svarer at i 2/3 av sakene er foreldre mer eller mindre med i terapirommet i den terapeutiske prosessen med barnet.

4.5.2 Presentasjon av caser

Informantene ble bedt om å fortelle om en "prototypesak", et inneværende terapiforløp som i størst mulig grad representerer deres praksis.

Psykologspesialisten tar frem det hun kaller en psykosesak, en gutt på 12 år. Hun forteller at de i startfasen hadde både individualsamtaler og fellessamtaler med gutten og mor. Dette i et forsøk på å forstå hans indre verden og hvordan han opplevde ting. De prøvde seg frem for å best mulig forstå. Hun sier begge deler var nyttig, men at moren ble mer og mer med i samtalene. Terapeuten opplevde mest nytte med å ha mor tilstede i samtalene. Hun trekker frem to fordeler med mor tilstede i terapien. Når det i samtalene ble vanskelig for gutten med for mye intense følelser, kunne mor og terapeut snakke sammen, så han kunne slippe fullt fokus.

Psykologspesialisten:

Han kunne få slippe litt, og så kunne han få høre på det som vi snakket om, sånn at noe ble sånn ufarliggjort og tryggere, og var liksom greit å snakke om uten at han trengte å si så mye, og så kunne vi hekte ham på igjen.

For det andre opplevde terapeuten at mor observerte hvordan gutten hadde det hjemme, og at hun hjalp gutten sin med å få frem ting i samtalene. Slik kunne de sammen komme frem til hva de kunne gjøre som gjorde det tryggere for gutten hjemme. Terapeuten mener gutten følte en ivaretagelse ved at mor var med i timen i tillegg til at tryggheten på sett og vis kunne bli med hjem også.

Psykologen trekker også frem en sak med en 12 år gammel gutt, henvist for depressive plager, destruktiv atferd og store konflikter mellom skilte foreldre. Terapeuten innkalte foreldre og gutten. Bare mor kom da foreldrene ikke ville være i samme rom pga høyt konfliktnivå mellom dem. Etter andre gang med mor foreslo terapeut en oppdeling, noe felles med mor og noe individuelt. Dette ble begrunnet med foreldrenes konflikt og guttens lojalitetskonflikt.

Psykologen:

Og så tenkte jeg også bare ettersom det er så, det var beskrevet veldig sånn lojalitetskonflikt og sånn, så tenkte jeg at kanskje, kanskje ville han si noe til meg som han ikke kan si når mor er der eller...Så derfor delte jeg opp, og det hadde jeg tenkt på forhånd.

Gutten hadde tatt opp farens rusmisbruk i samtaler der mor var tilstede, og dette tema ville gutten ikke at far skulle få vite at de hadde snakket om. Gutten ble videre tilbudt individualsamtaler, men fikk beskjed av psykologen at det er bra om han kom sammen med sin far også. Gutten var da eksplisitt på at han ikke ville ha far med i samtalene. Gutten tok likevel med seg far til neste samtale, og psykologen mener dette hadde en meget positiv effekt. Hun sier hun ble overrasket over dette ønsket fra gutten og effekten det hadde i saken. Rus ble tema mellom far og sønn, og psykologen opplevde at dette var en viktig samtale for gutten og bra for ham å slippe å bære på vonde hemmeligheter. Faren viste seg ifølge henne fra en ivaretakende side. Hun sier hun ble berørt og at dette var utrolig nyttig for gutten.

Psykologen:

Og da tenkte jeg at jeg kunne ikke ha klart å formidle det til gutten på samme måte som far der gjorde.

Pedagogen tar opp en sak med en gutt på 11 år, oppmerksomhetsvansker, skilte foreldre, og der skilsmissen betegnes som "vond". Hun foretok utredning etter prosedyrer for ADHD- mistanke. Observasjon, foreldresamtale samt evne- og modenhetstest. Testen ønsket gutten å ta alene, og han fikk lov til det. Terapeuten tenkte etter hvert at gutten egentlig slet mye med skilsmissen. Far ville ikke ut av ekteskapet, og terapeuten opplevde ham noe deprimert. Mor hadde vært veldig syk de to første år av guttens levetid, og far hadde hatt hovedansvar for gutten. Far og gutt kom så til samtaler:

Pedagogen:

For meg ble det veldig viktig at gutten opplevde at far kunne ta vare på seg selv, at han ikke trengte å passe på pappa. Og heldigvis så skjønte faren ganske fort hva jeg var ute etter....Jeg begynner nesten å gråte når jeg snakker om det, for at det er ganske forståelig når du får hele historien rundt det, og at far ble møtt på det og fikk forståelse, det tror jeg gjorde noe med han også i forhold til at hele situasjonen var blitt som den var blitt, og at han kunne trygge

gutten på at jeg har det bra. Du trenger ikke ringe for å passe på meg...Jeg er voksen. Jeg kan passe på meg selv, og så skal jeg passe på deg. Du er barnet mitt.

Mor ble så involvert i temaet i senere samtaler sammen med far og gutten. Pedagoguen beskriver disse intervensjoner som viktige for guttens endrede atferd i ettertid. Hun sier hun opplevde ham som mer åpen og trygg. Dette fikk også effekt på skolearenaen hvor han tidligere hadde trukket seg tilbake sosialt, men nå var mer åpen og trygg.

Sosionomen tar også opp en sak med en 11 år gammel gutt, som bor i fosterhjem. Ved inntak hadde han vært i fosterhjemmet ca et halvt år. I forkant har det vært omsorgsovertakelse fra biologiske foreldre på grunn av grov omsorgssvikt og utøvd vold mellom foreldre og overfor barnet. Sosionomen sier han tidlig foreslo å møte gutten sammen med fosterfar. Gutten responderte veldig positivt på dette, og han uttrykte et sterkt ønske om å ha fosterfar med. Sosionomen forteller at fosterfar ble overrasket over dette og responderte positivt. Terapeuten sier de hadde en antakelse om forstyrret tilknytning hos gutten, samt mulige posttraumatiske symptomer; som mareritt, konsentrasjonsvansker og sengevæting. Det ble da et fokus på å fasilitere ny tilknytning til fosterforeldre. Tilknytning ble den teoretiske ramme for at fosterfar skulle være med. En gjensidig tilknytningsprosess kunne fasiliteres ved å jobbe med sammenheng i guttens liv, fortid og nåtid.

Sosionomen:

Så på en måte kunne en tenke på det som en, kanskje som en terapi med barnet, nærmest som en individualterapi, bare at fosterfar var tilstede, at en tilleggseffekt var at man får til en tilknytningsprosess og fokusere på det.

Sosionomen forteller at guttens historie synes å ha gjort inntrykk på fosterfar, blant annet guttens hyppige flyttinger og mange brudd. Han mener det har vært nyttig at fosterfar har vært så delaktig i terapien, slik at guttens historie er mer kjent for fosterfaren.

4.5.3 Eventuelle fordeler med individualterapi i presentert sak

På spørsmål om eventuelle fordeler med individualterapi i presentert sak, henviser psykologspesialisten til at de prøvde seg frem, for å se hva som var mest nyttig. Hun

mener dette nettopp var viktig for å unngå en mulig utrygg situasjon for gutten.

Psykologspesialisten:

...for det er litt voldsomt å gå inn i en psykotisk verden og fortelle til mamma hvis hun ikke har hørt noe om det, hva gjør det med mamma, blir hun altså kjemperedd....

Det at gutten delte noe om sine symptomer i individualsamtaler, økte tryggheten til å kunne dele dette med mor tilstede, ifølge psykologspesialisten. Hun ser imidlertid ikke fordeler ved å skulle fortsette med individualterapi utover den første utprøvningsfasen.

Psykologen sier i sin sak at gutten kunne nyttiggjøre seg individualterapi. Hun anser ham som verbal, reflekterende og ærlig og med evne til å inngå i en relasjon til henne som terapeut. Hun ville da jobbet med ham om å være agent i sitt eget liv, og om hans egen påvirkningskraft på hvordan han har det. Hun antar at han presenterer seg i møte med andre som ikke gir ham andre alternativer enn å havne i konflikter.

Psykologen:

...jeg tenker at det kan ha en effekt i en sånn individualterapi å jobbe liksom med hans rolle i relasjoner...Men samtidig så har jeg jo tematisert det også sammen med mor og far tilstede, så det også går jo.

Hun argumenterer for nytte av individualterapi. Samtidig henviser hun til å ha foretatt samme typer intervensjoner som i individualterapi, men at foreldrene er tilstede i rommet.

Pedagogen avviser eventuelle fordeler med individualterapeutisk fokus i sin sak:

Pedagogen:

Hva skulle vi to gjøre på et kontor vi to uten å ha de som virkelig betydde noe her inn i rommet? Det hadde ikke blitt riktig her, altså.

På samme spørsmål om eventuelle fordeler ved individualterapi svarer sosionomen at det nok kunne vært fordeler, for eksempel at gutten ville snakket mer. Videre argumenterer han likevel for fellessamtaler med fosterfar ut fra tilknytningsperspektiv.

Sosionomen:

...kanskje det går senere og tar lengre tid og er mer komplisert, men jeg tenker at det er det som er målet i alle tilfeller at en kan oppleve en åpenhet i den familien han er i nå, og ikke minst at fosterforeldre kan tåle og takle det å være tilstede og også bli tilknyttet til barnet på et emosjonelt nivå da, et emosjonelt plan, og det opplever jeg har skjedd denne fasen, hvordan fosterfar til stadighet har uttalt litt flåsete at "jeg lurte på hvem som er i terapi?".

4.6 Personlige verdier og privat bakgrunn

4.6.1 Personlige verdier, privat bakgrunn og foreldredeltakelse

Intervjuet avsluttes med spørsmål knyttet til personlige verdier og privat bakgrunn og sammenheng mellom denne og vurdering av nytte med foreldredeltakelse.

Psykologspesialisten trekker frem det faktum at hun selv er forelder, og at det kan bidra til at hun tenker at det er viktig å ha med foreldre. Dette argumenterer hun med at hun i forhold til egne barn har sett hvor viktig man som foreldre er. Hun sier hun har en solid familie med gode relasjoner. Hun sier spørsmålet er vanskelig å svare på da hun ikke er bevisst denne sammenhengen.

Psykologspesialisten:

Jeg synes det er vanskelig å svare på, for antagelig er det ikke så...det er jo ikke bevisst, nei. Vi har gode relasjoner der innover i egen familie, men hvordan det påvirker inn på min sånn praksis her og nå, det vet jeg ikke.

Psykologen sier hun har arbeidet som terapeut både før og etter hun ble forelder. Dette har gitt henne en ny refleksjon over det å komme som forelder til BUP.

Psykologen:

...at hvis jeg skulle tenke meg selv og barna i en lignende situasjon, så ville jeg jo tenke veldig at jeg ville ønsket å være delaktig hvis barnet mitt hadde et problem eller trengte hjelp da...,men jeg føler ikke at min terapeutiske strategi har endret seg sånn sett heller.

Hun forteller så om en annen psykologvenn med ustabil familiebakgrunn, som syntes det var vanskelig å involvere foreldre i terapi på BUP. Psykologen sier det kan være en sammenheng mellom denne vennens familiebakgrunn og praksis. Videre forteller hun

om egen familiebakgrunn med en temperamentsfull mor som ikke har vært god på konfliktløsning, og at hun selv har orientert seg slik at hun ikke trigger sinne hos moren, for at ikke kontakten skal bli brutt. Dette anser hun som opparbeidede evner som kan brukes fordelaktig i terapi med foreldre og barn tilstede, men at det også er ulemper med det. Hun synes det er vanskelig å ivareta barna i terapien når foreldre blir sinte og negative.

Pedagogen forteller om egen forelderkompetanse og erfaring som positivt i møte med familier. Hun mener da hun lettere kan identifisere seg med foreldrene, og at foreldre derfor opplever trygghet i møte med henne. På spørsmål om hennes eget foreldreskap innvirker på graden av foreldreinvolvering i terapi svarer hun imidlertid:

Pedagogen:

Det vet jeg ikke. Det kan jeg ikke svare på, altså jeg har jo den bakgrunnen jeg har utdanningsmessig. Så det vet jeg sannelig ikke. Nei, det kan jeg ikke svare på.

Sosionomen sier han tenker at det er en sammenheng mellom egen familiær bakgrunn og grad av foreldredeltakelse i hans terapier. Hans bakgrunn er preget av stabilitet, trygghet, harmoniske relasjoner, og han sier han tror dette har bidratt til at han er opptatt av at foreldre skal delta i terapien. Hans positive erfaring med familie tror han ligger til grunn for hans optimistiske holdning til å ha foreldre med i terapien:

Sosionomen:

Ja, jeg tenker jo at denne håpsdimensjonen på en eller annen måte, det tror jeg nok ligger til grunn i et positivt familiesyn, at jeg er veldig optimistisk i forhold til familiesystemets ressurser, at det er mye kraft i en familierelasjon, da.

Han sier også at denne holdningen kan være en utfordring for ham som terapeut, og at hans positivitet rundt dette kan gi ham blindsoner i terapien. De som kommer til terapi kan oppleve dette helt annerledes enn ham.

5 Drøfting

5.1 *Behandlingsteoriske faktorer*

5.1.1 Teoretisk ståsted som argumentasjon

Informantene har ut fra utdanningsbakgrunn relativt forskjellige innganger til det terapeutiske arbeidet. Psykologspesialisten har spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri, og psykologen har fordypning i psykodynamisk terapi. Pedagogen har både spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri og videreutdanninger innen nevropsykologi og familieterapi, mens sosionomen har videreutdanning innen familieterapi.

Psykologen er den eneste som ut fra sin bakgrunn argumenterer for individualterapi med barn med den psykodynamiske tradisjonens vektlegging på individualterapi. Hun sier at tidligere relasjoner utspiller seg i livet her og nå, og at når dette viser seg overfor terapeuten, jobber barnet og terapeuten sammen om endring av dette. Dette harmonerer med den psykodynamiske tilnærmingens tradisjon, også innen barnepsykiatri, om at individualterapi er foretrukket behandlingsform (Hafstad og Øvreeide 2011).

Sosionomen er på den andre siden den eneste som oppgir sin teoretiske bakgrunn som begrunnelse for at han ønsker foreldre med i terapien. Den sosialfaglige og familieterapeutiske utdanningen gjør at dette blir naturlig for ham. Han så å si søker støtte i familieterapeutisk litteratur for at foreldre skal delta (Hårtveit og Jensen 2004).

5.1.2 Eklektisk tilnærming gir ikke variasjon

Psykologspesialisten og pedagogen slår begge fast at foreldre skal med. Ingen av de to formidler imidlertid en direkte sammenheng mellom sin bakgrunn og dette ståsted. Pedagogen bruker to begreper i sin argumentasjon, lagspill og teamarbeid, uten at dette settes i sammenheng med hennes teoretiske bakgrunn. Det synes imidlertid som om systemisk forståelse preger henne når hun forteller om individets problem som relevant for hele familien.

De er begge tydelige på at de har et eklektisk ståsted som terapeuter, og man kunne tenke seg at det også ga seg utslag i en mer variert stillingstaken til om foreldre skal med. Ståstedet om at foreldre skal med kommer altså foran åpenheten for å benytte seg av ulike teorier og tilnærminger. Den eklektiske tilnærmingen begrenser seg således til en familieterapeutisk eklektisk tilnærming. Det vil si at det samlet sett er en tilbøyelighet for en familietilnærming unntatt når man har en psykodynamisk orientering.

5.1.3 Samspill som den viktigste endringsfaktor

En tolkning av casene viser imidlertid en mer ensrettet beskrivelse av terapeutisk forløp enn teoretisk bakgrunnsbeskrivelse blant terapeutene. De presenterer klare likheter i sakene. Både i den forstand at det er gutter på 11-12 år, og at foreldre er delaktige i timene. Mest interessant er imidlertid informantenes presentasjon av samspillet mellom foreldre og barn som virksom endringsfaktor. Om ikke problemene i utgangspunktet beskrives relasjonelt knyttet til samspill i familien, synes det som om potensialet for endring likevel ligger primært i samspillet mellom barn og forelder, og at terapiens funksjon i stor grad er å legge til rette for et samspill som skaper endring. Dette synes å sammenfalle for alle informantenes presentasjon av sakene uavhengig av pasientenes symptomer. Et poeng er at dette også gjelder psykologen som har en psykodynamisk orientering.

5.1.4 Begrunnelser for foreldres deltakelse

Psykologspesialisten sier hun rett og slett prøvde seg frem med individualsamtaler og fellessamtaler gutt/mor. Og hun kom frem til at fellessamtaler var mest nyttig. For det første ble det for intenst for gutten med fokus på ham hele tiden. Mors tilstedeværelse åpnet for at dette kunne reguleres med at terapeut og mor også snakket sammen. For det andre nevner hun dialogen mellom gutten og moren om samarbeid i hverdagen for at gutten skulle kjenne seg tryggere, og at denne dialogen ble overført til hjemmesituasjonen.

Psykologen sier hun i utgangspunktet forespeilte mor og gutt en kombinasjon av fellessamtaler og individualsamtaler begrunnet i foreldrenes konflikt og guttens lojalitetskonflikt. Overraskende for terapeuten tok gutten med far til samtale. Han fortalte da til sin far om sin opplevelse av fars rusmisbruk, og terapeuten vurderte denne samtalen som svært nyttig for gutten. Dette ble begrunnet med at faren

ivaretok gutten på en måte terapeuten selv ikke kunne gjort, og at gutten slapp å bære på vonde hemmeligheter overfor faren.

Pedagogen beskriver fars deltakelse som nyttig i samtalene på grunn av guttens tanker knyttet til skilsmisse og bekymring for far i etterkant av denne. Far kunne i samarbeid med terapeuten forstå denne bekymring og dertil møte gutten med støtte og ivaretagelse.

Sosionomen beskriver samtalene med gutten og fosterfar som en fasilitering av en gjensidig tilknytningsprosess mellom de to. Terapeuten jobbet med sammenheng i guttens historie og at fosterfarens delaktighet og økte kjennskap til denne skulle bidra til tilknytningen.

Et viktig funn i studien er at informantenes syn på samspillet mellom foreldre og barn som viktigste endringsfaktor er den avgjørende teoretiske faktor for foreldres delaktighet i terapien. Dette uavhengig av utdanningsbakgrunn/teoretisk ståsted. Det kan tyde på at når det kommer til praksis vedrørende foreldreinvolvering, er det sannsynligvis andre variabler som påvirker dette, f. eks subkultur ved klinikk, nåværende trender osv.

5.1.5 Casene i utviklingspsykologisk perspektiv

Tilknytning

En måte å tolke alle casefremstillingene på er i lys av tilknytningsteori som presentert i teorikapittelet. Alle terapeutene beskriver samspillet mellom forelder og gutt som avgjørende ut fra et todelt perspektiv.

Ut fra barnets perspektiv synes det naturlig å søke kontakt med forelder i en terapissetting. Alle barna responderer positivt på dette samspillet. Terapeutene beskriver dette samspillet som helt avgjørende for barnas positive utvikling i terapi. Dette harmonerer med Bowlbys tanker om at barnet søker kontakt med omsorgspersonen når denne er emosjonelt til disposisjon for barnet (Bowlby 1996). Psykologens gutt bringer selv aktivt far inn i terapien. Først ved å bringe forholdet til far opp som tema når far ikke er tilstede, dernest at han tar far med seg til samtale for å snakke med ham.

Informantene beskriver også endring ut fra foreldres perspektiv. Samspillet med

barnet beveger også forelderen. Far i pedagogens case synes å tydeliggjøre seg som far ut fra sønnens bekymring for far. Pedagogen sier hun søkte å støtte far til å møte guttens behov, og far responderte med en tydeliggjøring av seg selv som emosjonelt støttende og ansvarstakende. Sosionomen sier at tilknytning er teoretisk utgangspunkt for å ha fosterfar med i samtale med gutten og ser på denne tilknytningen som gjensidig. Og han vektlegger fosterfars bevegelse i samtale, hvordan guttens historie gjør emosjonelt inntrykk på fosterfaren.

Intersubjektivitet og selvopplevelse

Tre av terapeutene observerer prosesser som henleder til Sterns intersubjektivitetsbegrep (Stern 2003). Utgangspunktet for at foreldre blir med i samtale er at det eksisterer en tilknytning mellom foreldre og barn, om enn skjørt påbegynt, slik som i sosionomens case med fostergutt. Stern mente at tilknytning ikke nødvendigvis gir psykologisk intimitet. Psykologisk intimitet tilveiebringes gjennom intersubjektivitet. Psykologen, pedagog og sosionomen sier at barnet i fellessamtaler forteller noe som er ukjent for forelder, beskrevet som hemmeligheter i en eller annen form. Den ene at han vet om farens rusbruk, den andre at han er bekymret for far etter skilsmisse og den tredje om sin oppvekst preget av omsorgssvikt. Dette synes å være emosjonelt sterke øyeblikk og kan anses å være uttrykk for psykologisk intimitet mellom forelder og barn. Pedagog og psykolog gir også uttrykk for at disse intervensjoner berørte dem sterkt følelsesmessig. De ulike selvene utvikles i intersubjektiv fellesskap, i følge Stern (Hart & Schwartz 2009).

Triangulering og utviklingsstøtte

Alle terapeutene oppgir samtale med en forelder og barn som særs viktige for barnets utvikling. Alle ser også utviklingen i lys av forelderens støtte til barnet. Psykologspesialisten beskriver triangulerte samtaler hvor gutten slipper å ha fokus hele tiden. Terapeuten veksler mellom å snakke med dem begge, med gutten og med mor, jfr. Hafstad og Øvreeides beskrivelse av triangulerte samtaler (2011). Mor får støtte til å forstå guttens indre verden og styrkes i sine ferdigheter til å stå i et utviklingsstøttende samspill med gutten. Fosterfar i sosionomens case har ifølge sosionomen også fått økt forståelse for gutten, ved at gutten har fått hjelp av terapeuten til å fortelle om sin vanskelige bakgrunn. Sosionomen beskriver det som en tilknytningsprosess. Det kan forstås som at fosterfar får økt sin evne til å gi gutten utviklingsstøtte.

5.1.6 Pasientenes symptomer som underordnet for valget

Variert symptombilde

Om det er klare likheter i casene, er det likevel en klar ulikhet i presenterte symptomer. Psykologspesialistens gutt viser psykotiske symptomer og behandles for disse. Psykologens gutt har depressive plager og viser selvdestruktiv atferd. Pedagogens gutt ble henvist for oppmerksomhetsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser, ADHD problematikk. Sosionomens gutt hadde en mulig tilknytningsforstyrrelse og posttraumatiske symptomer.

Casene gir et godt bilde på variasjonen av problemområder terapeuter i BUP møter. Disse ulike lidelsene kan forstås på mange måter, og kan også forstås forskjellig fra hverandre. Ifølge det diagnostiske system (ICD-10) forstås f. eks ADHD- problematikk som en nevrologisk lidelse, tilknytningsforstyrrelse sees i sammenheng med kvalitet i tidlig samspill. Posttraumatiske symptomer sees i sammenheng med traumatiske hendelser. Det synes uhensiktsmessig å gå nærmere inn på ulike forståelser av disse typer lidelser da dette bringer oss langt utenfor oppgavens hovedtema. Forskjellene i problematikk blir likevel interessante for å studere nærmere terapeutenes refleksjoner over foreldres deltakelse i et behandlingsteoretisk perspektiv.

Terapeutenes vurderinger om foreldres deltakelse synes helt uavhengig av barnas symptombilde. Dette kan synes noe overraskende ut fra variasjonen av lidelser som presenteres i casene. Dette sett ut fra den medisinske forskningsmodellen hvor det søkes effektive og spesifikke behandlingsmetoder overfor spesifikke tilstandsbilder (Wampold 2001). Fokuset på spesifikke behandlingsmetoder vil også gi utslag i foreldres rolle i terapi, f. eks kognitive metoder overfor barn med angstlidelser, og hvor foreldres rolle primært blir å delta i psykoedukative samtaler uten at barnet er tilstede (Kendall, Martinsen og Neumer 2006). Terapeutene deler tanker om foreldres deltakelse uten å sette dette opp mot ulike sykdomsbilder hos barnet eller problematikk i familien, med ett unntak. Psykologspesialisten sier at foreldres psykiske helse kan være relevant. Dvs. at dersom en mor er alvorlig psykisk syk, kan det diskvalifisere henne som nyttig å ha med i terapien.

Teoretisk ståsted går foran diagnostisk kategori

Informantene synes å ha tatt stilling vedrørende foreldreinvolvering før de møter pasientene. Psykologen med psykodynamisk tilnærming til terapi tenderer til å benytte individualterapi, mens de tre andre i utgangspunktet vil ha foreldre med. Dette harmonerer forøvrig med litteratur innen de ulike terapitradisjoner. Metodikk

innen barnepsykiatrien har tradisjonelt vært individualterapi bygget på psykodynamisk teori uavhengig av hvilke symptomer barnet har. Terapeuten skal gi en foreldrekompenserende trygghet for barnet til å uttrykke, bearbeide og håndtere sine vanskeligheter. Foreldrenes rolle blir da å motta informasjon om behandlingen, gjerne fra en egen foreldrearbeider (Hafstad og Øvreeide 2011).

Likeledes tar den systemiske og familierapeutiske litteratur i stor grad for gitt at terapeuten ikke møter barnet alene. Forestillingen om at problemet er kontekstuel er universell, i den forstand at problemets karakter er underordnet (Hårtveit og Jensen 2004).

5.2 Maktfaktorer

5.2.1 Barns ønsker viktigere enn foreldrenes

Ut fra datamaterialet kan vi si at foreldres ønsker spiller en viss rolle for om de faktisk deltar. Informantene beskriver stor variasjon i foreldres ønsker. Psykologspesialisten sier at noen foreldre ikke ønsker å delta, men at de fleste er positive. Psykologen sier de vegrer seg. Pedagogen beskriver stor variasjon mellom positivitet og vegring, mens sosionomen sier foreldre overraskes over at de er ønsket med.

Pedagogen og sosionomen uttrykker klarest at de aktivt prøver å få foreldre med i samtalene. Pedagogen bruker uttrykk som «å få de med på lag», og sosionomen sier han etterspør foreldres ønsker, men likevel legger føringer på at de skal delta. Psykologen er noe mer balansert, mens psykologspesialisten ikke gir informasjon om sin håndtering av foreldres ønsker.

Informantenes praksis er i større grad i tråd med barnas ønsker. Barna er mer positive til at foreldre skal delta enn foreldrene selv. Tre av informantene ønsker fellessamtaler, men de begrunner ikke dette med barnas ønsker. Psykologen kan vurdere at det er behov for individualterapi selv om barna ikke ønsker dette. Pedagogen og psykologspesialisten legger stor vekt på barnas ønske, i den forstand at de tilbyr individualterapi når barna ønsker det. Presentasjonen av casene styrker hypotesen om at barna i stor grad får det som de vil. Dette støttes i Johnsen (1988) og Reimers/Treachers (1995) funn om at foreldre i større grad enn barna forventer individualterapi.

5.2.2 Terapeuten er eksperten

Alle informantene avslører seg på den ene siden som eksperter i den forstand at de har en forutinntatt mening om foreldres deltakelse. En overforenklet oppsummering gir følgende resultat: 3 for og 1 mot. Ekspertrollen har sitt utgangspunkt i det positivistiske vitenskapssynet vi finner i modernismen. Dette kommer for eksempel til uttrykk i sosionomens sterke føringer på foreldre om å delta i terapi eller psykologens vurdering av at barnet har behov for individualsamtaler uavhengig av familiens ønsker.

Ingen informanter refererer imidlertid til vitenskap i evidensbasert form for å hevde sitt syn på foreldres deltakelse. Omvendt henviser psykologspesialisten til at kognitivt inntog på BUPen, som med sin basis i evidens fører til et mer individuelt fokus, likevel ikke endrer hennes syn på at foreldre bør med. Hun trosser altså evidensen og fastholder sitt eget ekspertsyn.

5.2.3 Ekspertisens begrensning

På den annen side har ingen av informantene overdrevet tro på sin egen rolle som ekspert. Selv om argumentasjonen er klar, må denne likevel justeres i møte med familien. Det pågår en forhandling mellom foreldre, barna og terapeuten. Psykologen sier for eksempel at hun med økt erfaring er blitt mer positiv til foreldres deltakelse. Dette rimer med det postmodernistiske vitenskapssynet (Hårtveit og Jensen 2004). Det er ikke en sannhet, men ulike syn som må tillegges verdi. Og selv om informantene i utgangspunktet mener de har rett, anerkjenner de foreldres og barns ønsker og lar seg påvirke av disse i sine valg. Postmodernismen har innhentet informantene så å si mot deres vilje.

5.2.4 Maktforholdet mellom terapeut, forelder og barn

Terapeutens makt er utvilsomt stor i møte med pasienter. En inngående drøfting av maktforholdet i relasjonen mellom terapeut og pasient tillates ikke her, heller ikke en generell drøfting av maktforholdet mellom foreldre og barn.

Men ut fra datamaterialet er maktspørsmålet relevant. Helt klart bruker terapeutene sin makt til å påvirke både barn og foreldre i en retning av fellessamtaler eller individualsamtaler som i psykologens tilfelle. Dette kan forklares ut fra rådene diskurser i terapitradisjoner, som også preger BUP som institusjon. Tradisjonell vektlegging på individualterapi kan sees på som et uttrykk for at den psykodynamiske

diskurs har hatt forrang for den systemiske diskursen (Mæhle 2000) (Hafstad og Øvreeide 2011).

Forhandlings situasjonen oppstår der barn eller foreldre motsetter seg behandlingsformen informantene foreskriver. I disse situasjonene er det å anta at informantene har størst makt ut fra sin egen og samfunnets gitte rolle som ekspert (Foucault 1999). Utover dette er det barnets stemme som tillegges størst vekt. Psykologspesialisten og pedagogen uttrykker, som ovenfor nevnt, stor lojalitet til barnets ønsker. Dersom barnet ønsker individualsamtaler, blir ønsket oppfylt. Ingen uttrykker like stor lojalitet til foreldres ønsker. Ut fra dette kan det synes som om at barna i noe større grad enn foreldrene bestemmer om foreldre skal delta i terapien og faktisk noen ganger mer enn terapeutene også.

5.2.5 Begrensninger i BUP

Tre av informantene peker på at effektivitetskrav og prosedyrer indirekte fører til mer individualterapi. Psykologspesialisten og pedagogen gir en beskrivelse av at de står i mot et press i denne retningen, og at dette er akseptert praksis. Pedagogen sier at hun kan se på nyansatte at de i større grad preges av effektivitetskrav og prosedyrer. Det kan tolkes i retning av at andel individualterapi øker i BUP. Dette kan brukes som argument for at BUP som institusjon legger føringer for terapeutene som begrenser foreldres deltakelse i terapi. Dette harmonerer med Mæhles analyse, hvor han påpeker paradokset mellom den store andelen av individualterapi og kunnskapen om familiens viktighet for behandlingsresultat (Mæhle 2000).

Informantenes uttalelser kan tolkes på to måter. På den ene siden begrenser BUP i praksis foreldres deltakelse med fokus på effektivitet og prosedyrer, samt inntog av kognitiv tilnærming. Mangelen på aktiv tilrettelegging for foreldres deltakelse synes å prege BUP som institusjon. På den andre siden gir BUP i praksis terapeutene stor frihet til selv å velge terapiform. Denne passive tilretteleggingen kan tolkes som en tillatelse til å se bort fra den institusjonelle begrensningen på foreldres deltakelse. Informantenes erfaring synes å styrke deres evne til å se bort fra disse begrensningene.

5.3 Terapeutfaktorer

5.3.1 Et spørsmål om allianse

Evnen til å skape allianse med klienten er den terapeutfaktoren som viser seg å ha den største effekt i terapi (Wampold 2001) (Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad 2010). Hafstad og Øvreeide argumenterer for at terapeutens allianse med barnet er avhengig av at terapeuten opprettholder allianse med foreldre (2011). Informantene synes å ta høyde for denne kunnskapen. Selv om de i stor grad har en forutinntatt mening vedrørende foreldres deltakelse, kan deres uttalelser også tolkes slik at det terapeutiske samarbeidsprosjektet er et spørsmål om allianse. Informantene prøver å skape et felles prosjekt med barna og foreldrene. Forhandlingssituasjonen om terapiform, her om foreldre skal delta, vil videre tolkes i lys av alliansebegrepet.

5.3.2 Allianse med barnet – eller forelderen

Psykologspesialisten er den eneste som eksplisitt bringer inn alliansebegrepet vedrørende foreldres deltakelse. Hun bruker det da som et argument for individualterapi. Hun sier hun lar barna få mye styring i starten, implisitt at alliansen bygges mellom bare de to. Så kan hun eventuelt bruke tid på å involvere foreldre.

Psykologens argumentasjon for individualterapi kan sees i sammenheng med psykologspesialistens bruk av alliansebegrepet. Dette kan vi si ut fra psykologens syn på foreldrenes funksjon i terapi. Hun sier for det første at barnet opptre mer fritt følelsesmessig uten foreldre, foreldres tilstedeværelse legger lokk på følelsene til barnet. For det andre sier hun at foreldres tilstedeværelse er positivt fordi hun som terapeut da kan fremheve positive sider ved barnet. I dette ligger det at foreldrene er kritiske og negative til barnet.

Man kan da gå ut fra at psykologens allianse med foreldre er svak, og at hun ved å fremheve barnets positive sider mener at hun må velge mellom allianse med foreldre eller barnet. Ut fra Hafstads og Øvreeides syn vil alliansebrudd med foreldre også skade alliansen med barnet. Hos dem er nettopp foreldrealliansen grunnlaget for alliansen med barnet (Hafstad og Øvreeide 2011).

5.3.3 Allianse med begge parter

Psykologspesialisten og psykologens casebeskrivelser tyder imidlertid på at foreldrenes tilstedeværelse var medvirkende til en god allianse med barna. Psykologspesialistens gutt hadde da større handlingsrom i samtalen til å delta aktivt eller ta pauser når det ble for intenst. Psykologen beskriver samtalene med far og gutt virksomme og sterke følelsesmessig. Hennes beskrivelse tyder også på en god allianse med far. På samme måte kan vi tolke de to andre informantenes caser dit hen at foreldres deltakelse fremmer barnets allianse med terapeuten.

Datamaterialet kan ikke tolkes entydig vedrørende allianseperspektivet. To av informantene tolkes dit at det kan være en konflikt mellom å inngå i allianse med foreldre og med barn. Da kan spørsmålet om allianse ligge til grunn for anbefaling av individualterapi. Dersom vi imidlertid ser på casebeskrivelsene, synes allianse med både foreldre og barn å sammenfalle. Det kan synes som om de bygger opp under hverandre, og informantene bruker dette i sin argumentasjon for at foreldre bør delta i terapi. Vi kan derfor forsiktig dra den slutning at spørsmålet om allianse bidrar til foreldredeltakelse.

5.3.4 Egen bakgrunn spiller inn

Psykologspesialisten, psykologen og sosionomen forteller om egen familiebakgrunn. Psykologspesialisten og sosionomen sier de har gode og solide relasjoner i sin familie. Psykologen sier at hun har orientert seg slik at hun ikke skal trigge sinne hos sin mor for at kontakten ikke skulle bli brutt.

Sosionomen er klar på at det er en sammenheng mellom sin egen bakgrunn og at han ønsker å ha foreldre med. Han har et optimistisk syn på familien og sier det er mye kraft i familierelasjoner. Psykologspesialisten sier at dersom hennes bakgrunn bidrar til mer foreldredeltakelse, er hun i så fall ikke bevisst det. Psykologen sier ikke noe direkte om sammenheng mellom sin noe vanskelige bakgrunn og foreldredeltakelse. Hun går da over til å snakke om en kollega i en annen BUP med ustabil familiebakgrunn. For henne er det vanskelig å samarbeide med foreldre. Pedagogen sier ingenting om sin bakgrunn.

Disse uttalelsene kan tolkes i lys av Jensens resonanskart (Jensen 2008).

Psykologspesialistens og sosionomens gode familiebakgrunn kan bidra til at det søkes å skape gode familierelasjoner i terapi. Terapeutene har modeller i egen bakgrunn for

gode relasjoner. Dette vil da gi retning i terapien. Dersom det i terapien ligger til grunn en felles forståelse for dette mellom foreldre og terapeut, skapes en gjensidig støttende resonans (ibid). Dette synes å være tilstede i psykologspesialisten og sosionomens casebeskrivelser. De har en felles forståelse med pasientens foreldre om foreldrerollen.

Psykologens syn på foreldres deltakelse kan også sees i sammenheng med hennes bakgrunn. Hun sier hun fremhever gode sider ved barnet overfor foreldre i fellessamtaler. Hun legger til grunn at barnet ikke blir sett. Dette samsvarer med beskrivelsen av forholdet til egen mor. Det er også naturlig å tolke psykologens referering til sin psykologvenn som en stedfortredende beskrivelse av noe hun kjenner på selv. Det vil ut fra dette oppstå en gjensidig utfordrende resonans (ibid). Psykologen utfordres av foreldrenes rolle overfor barnet. Hun er også den informanten som i størst grad argumenterer for individualterapi.

Ut fra dette kan vi trekke den forsiktige slutning om at når informantene selv opplever å ha en god familiebakgrunn, øker dette sjansen for foreldres deltakelse i terapien.

5.3.5 Å være terapeut og forelder

Alle informantene er selv foreldre. Psykologspesialisten sier hun tror dette bidrar til at hun vil ha med foreldre. Pedagogen sier hennes foreldrekompetanse er nyttig i hennes praksis. Den øker evnen til å identifisere seg med foreldrene, og dette gir økt trygghet hos foreldrene. Imidlertid vet hun ikke om dette fører til mer foreldredeltakelse. Psykologen sier at dersom hun selv søkte hjelp for eget barn, ville hun ønske å være delaktig i terapien. Men hun tror ikke hun har endret strategi i terapi etter at hun ble forelder. Å være forelder selv har likevel gitt økt refleksjon over det å komme som forelder på BUP. Sosionomen gir ikke informasjon om sammenheng mellom egen foreldrestatus og foreldres deltakelse.

Datamaterialet gir lite grunnlag for å hevde en klar sammenheng mellom egen foreldrestatus og foreldres deltakelse i terapi. Det faktum at alle informantene er foreldre hindrer sammenligningsgrunnlag med praksis der terapeut ikke har barn. På en annen side er det ingen indikasjoner på at egen foreldrestatus fører til mindre involvering av foreldre i terapi. Alle de tre informantene som uttaler seg om dette ser på egen foreldrestatus som en positiv egenskap i møte med foreldre. Økt forståelse og refleksjon over foreldres situasjon, økt evne til identifisering og økt trygghet hos

foreldrene er alle uttalelser som kan tyde på at veien inn i terapien for foreldre kortes ned noe. Derfor kan vi likevel forsiktig anta at egen foreldrestatus bidrar til økt foreldredeltakelse.

5.3.6 Et fremmed tema?

Det er på sin plass å kort reflektere over datamaterialet knyttet til egen familiebakgrunn og foreldrestatus. I alle intervjuene endret kommunikasjonen seg påfallende, registrert med lengre pauser og ufullstendige setninger. Det ble flere ganger uttrykt manglende bevissthet vedrørende sammenhenger her, og temaet syntes å komme noe overraskende på informantene. Det er ikke unaturlig ut fra temaets personlige preg. Jensens studie bekrefter også at disse sammenhengene er lite tematisert i terapiforskning og blant terapeuter (Jensen 2008). Det kan virke som om begrepet «terapeut» som yrkesidentitet synes å stå uten referanse til personlige faktorer. Dette peker igjen på en positivistisk forståelse av den terapeutiske virksomhet som objektiv.

5.4 Konklusjon

5.4.1 Behandlingsteoretiske faktorer

Det viktigste funnet i studien er at informantenes syn på samspill mellom foreldre og barn som en viktig endringsfaktor i terapien, fører til foreldredeltakelse. Dette gjennomsyrrer informantenes syn på terapi. I den grad informantene vektlegger samspill mellom terapeut og barnet, blir foreldre mindre delaktig i terapien.

Tilknytningsteori og intersubjektivitet viser seg å være sentrale teoretiske begreper i informantenes praksis, og dette bidrar til foreldredeltakelse.

Hva slags type symptomer barna har synes ikke å spille inn på grad av foreldredeltakelse.

5.4.2 Maktfaktorer

Datamaterialet viser at barnas ønsker i større grad vektlegges enn foreldrenes. Barna får det i stor grad som de vil, og de vil ha foreldre med i samtalene. Det at barnas ønsker vektlegges bidrar til foreldredeltakelse.

Informantene legger også relativt stort press på barna og foreldre om at foreldre skal delta, og dette øker også foreldredeltakelsen.

BUPens prosedyrer og ledelsens fokus på antall tiltak, bidrar til at terapeuter er opptatte av sin egen effektivitet, det vil si antall tiltak. Funnene i undersøkelsen tyder på at dette fokuset begrenser foreldredeltakelsen.

5.4.3 Terapeutfaktorer

Informantenes uttalelser viser et samsvar mellom god allianse mellom terapeut og foreldre og barn, og at foreldre deltar. Alliansespørsmålet bidrar til økt foreldredeltakelse.

Det synes å være en sammenheng mellom opplevelse av god familiebakgrunn for informantene og at foreldre deltar. God familiebakgrunn for terapeutene bidrar økt foreldredeltakelse.

Funnene kan tolkes dit at når terapeutene selv er foreldre, øker foreldredeltakelsen. Dette synes imidlertid å være for svak empiri til endelig å hevde dette, blant annet ut fra det faktum at alle informantene er foreldre.

6 Avsluttende refleksjoner

I arbeidet med studien har det vokst frem en bevissthet i meg knyttet til kompleksiteten i temaet om foreldres deltakelse og problemstillingen. Forestillingen om to parallelle og motstridende praksiser med enten familierapeutiske eller individualterapeutiske metoder i BUP har blitt betydelig nyansert. Utformingen av et terapeutisk forløp foregår ved at en rekke faktorer påvirker i et komplekst samspill. Den todelte forestillingen vil i dette perspektivet fremstå som en overforenkling. Oppgaven har vært et forsøk på å belyse disse faktorene og samspillet mellom dem. Arbeidet kan også beskrives som en refleksjon over temaet, med det formål at refleksjon fører til ny kunnskap og bevissthet. Det er min overbevisning at refleksjon over praksis bør være en vesentlig del av det terapeutiske arbeidet. Refleksjon bidrar til å gjøre det ubevisste bevisst, som igjen muliggjør endring og modning. Dette mener jeg vi som terapeuter skylder familiene vi arbeider med. Terapi kan betegnes som en invitasjon til å inngå i endringsprosesser. Denne prosessen krever et samarbeid mellom terapeut og familien som vil være unikt i hvert enkelt tilfelle, slik enhver mellommenneskelig relasjon også vil være.

Arbeidet med denne oppgaven har for min del bidratt til en refleksjon over egen praksis og en nyansert holdning til foreldres deltakelse. Som en av informantene har jeg satt søkelys på egen refleksjon og praksis. Jeg har vært både deltager og forsker. Det er ikke fritt for at det har kommet en og annen overraskelse over egne uttalelser. Dette har vært både en spennende og krevende prosess hvor forholdet mellom nærhet og distanse til datamaterialet løpende måtte bevisstgjøres. Helt sikkert er det at ubevisste sider ved min praksis har kommet for dagen. Og det bare å håpe at dette skal bidra til modning som terapeut.

Det er et ønske om at leseren av oppgaven ved gjennomlesning skal bli delaktig i en refleksjon rundt temaet og oppleve seg beriket gjennom dette. Det finnes ingen retningsgivende konklusjoner av rådgivende karakter i oppgaven, og det har heller ikke vært hensikten. Våre liv er komplekse. Pasienters og deres familiers liv er komplekse. Alle mellommenneskelige relasjoner er komplekse. I møte med denne kompleksiteten vil nysgjerrighet og ydmykhet være nyttige verktøy. Oppsummert vil kanskje nettopp dette være det beste råd å gi.

7 Litteraturliste

Anderson, H. (2003): *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. Hans Reitzels forlag, København.

Asen, E. (8/2002): *Outcome research in family therapy*. Advances in Psychiatric treatment.

Bateson, G. (2005): *Mentale systemers økologi*. Akademisk forlag. København.

Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco (1991): *Systemisk familierapi – Milanometoden: samtaler om teori og praksis*. Reitzel forlag. København.

Bowlby, J. (1996): *At knytte og bryde nære bånd. Tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. Det lille forlag. København.

Carr, A. (31/2009): *The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems*. Journal of family therapy.

Diamond, G., Josephson, A. (sept/2005): *Family-based treatment research: A 10 year update*. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry.

Fangen, K. (2010): *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget. Bergen.

Focault, M. (1999): *Galskapens historie*. Gyldendal forlag. Oslo

Gergen, K. (2009): *An Invitation to Social Construction*. SAGE Publications Ltd.

Hafstad, R., Øvreeide, H. (2011): *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Hart S. & Swartz R. (2009): *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Hertz, S. (2008): *Børne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheter*. Akademisk forlag.

Hårtveit, H. og Jensen, P. (2004): *Familien – pluss en*. Tano. Oslo.

Jensen, P. (2008): *Narratives which connects*. Diakonhjemmet Høyskole. Oslo

Johnsen, A. (10/1988): *En forløpsstudie av en gruppe familier tilbudt korttidsfamilieterapi*. Tidsskrift for psykologforeningen. Monografiserien.

Johnsen A., Sundet, R., Torsteinsson V. W. (2000): *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Universitetsforlaget.

Johnsen, A. (4/2004): *Hva påvirker barns utvikling? En utviklingshistorie. Eller en terapeut i krise? Fokus på familien*.

Kendall, P. C. Martinsen, K., Neumer, S. P. (2006): *Mestringskatten. Terapeutmanual*. Universitetsforlaget. Oslo

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske.

Lobatto, W. (2002): *Talking to children about family therapy: a quality research study*. Journal of Family Therapy no 24.

Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget. Oslo.

McKenna, E. (2012): *Business psychology and organizational behaviour*. Psychology Press Ltd.

Minuchin, S. (1/1996): *Konstruktivismens forførelse; at definere magten væk vil ikke få den til at forsvinde*. Fokus på familien.

Minuchin, S. Nichols, M. P. Lee Wai Y. (2006): *Assessing families and couples. From symptom to system*. Pearson Education Inc.

Mæhle, M. (1/2000): *Barnespesifikk kunnskap i familieterapi*. Fokus på familien.

Mæhle, M. (1/2001): *Barnespesifikk kunnskap i familieterapi. Del II*. Fokus på

familien.

Mæhle, M. (2005): *Re-inventing the Child in Family Therapy*. Unipub Forlag. Oslo.

Nasjonal Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008)

NFBUI (1996): Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Årbok: Norsk barne- og ungdomspsykiatri.

Nilsson, M, og Trana, H. (37/2000): *Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Nissen Lie, H., Monsen, J.T. & Rønnestad, H. (2010): *Therapist predictors of early patient rated working alliance: A multilevel approach*. Psychotherapy Research. Oslo.

PasOpp-rapport: *Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne-og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Institusjonsresultater fra en nasjonal undersøkelse*. Kunnskapssenteret, Oslo: Rapport nr. 4/2008.

Reichelt, S. (8/1983): *Evaluering av arbeid ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Monografiserien.

Reimers, S og Treacher, A. (1995): *Introducing user-friendly family therapy*. Routledge. London.

Røed Hansen, B. Johnsen, A. Sundet, R. (2/1994): *Daniel Stern og familieterapi*. Fokus på familien.

Schore A. N (1994): *Affect regulation and the origin of the self*. Lawrence Elbaum Ass. Hillsdale NJ.

Schulman L. (2011): *The skills of helping individuals and families, groups and communities*. Wadsworth Publishing Co Inc. KY.

Stern, D (2003): *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal forlag. Oslo.

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Tilden, T. (4/2011): *Terapeut og forsker i tospann: Innføring av forskning ved en klinisk enhet*. Fokus på familien.

Wampold, B. E. (2001): *The Great Psychotherapy debate. Models, Methods and Findings*. Lawrence Erlbaum Ass. USA.

White, M. (2006): *Narrativ Praksis*. Hans Reizel forlag. DK.

White, M. Epston, D. (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton. New York.

Winnicott D. W. (1966): *The Family and Individual Development*. Tavistock Publications. London.

Aadland, E. (2011): *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget. Oslo.

8 Appendix

8.1 Infoskriv

Forespørsel om informanter til kvalitative intervju

i forbindelse med masteroppgave i familieterapi og systemisk forståelse

Arbeidstittel:

Foreldre i terapi med barn

Tema:

Familieterapi som terapeutisk kontekst for behandling av barn i BUP. Hvilke vurderinger ligger til grunn hos terapeuter for om foreldre skal være delaktige i terapi eller ikke? Presisering: Med foreldres delaktighet menes tilstedeværelse i terapi og delaktighet i intervensjoner. Avgrensning av alder for barn er satt til 6 – 12 år (barneskolealder).

Oppgaven er en kvalitativ studie basert på kvalitative intervju med 4 informanter ved gjeldende BUP.

Informantene vil være terapeuter fra gjeldende BUP, gjerne med ulik profesjon og tidligere praksis med barn og ungdom.

Vedrørende anonymitet:

Anonymitet vedrørende navn og arbeidssted vil naturligvis opprettholdes i oppgaven. Arbeidssteds anonymitet vil være begrenset da en leser ved lettere detektivarbeid kan finne ut hvor undertegnede jobber p.t.

Informants anonymitet vil bli ivaretatt ved at opptak av samtalen transkriberes og anonymiseres kortest mulig tid etter intervju. Opptak slettes da umiddelbart.

Anonymitet innad på arbeidssted og overfor ledelse ivaretas ved at forespørsel om informanter foretas direkte pr. e-post. Ledelsen har ingen rett til å få identifisert informantene. Kontakt foregår videre primært pr. e-post. Undertegnede utviser diskresjon i forbindelse med gjennomføring av intervju. Informant godkjenner tidspunkt og sted for intervju.

Om intervjuet:

Intervjuet vil ha en semistrukturert form og med varighet på inntil 1 time. Intervjuet vil foregå en til en. Samtalen vil bli tatt opp på båndopptaker og transkribert snarest mulig. Opptak vil så bli slettet, og intervjuet vil dermed være anonymisert. Tema for intervjuet vil være terapeuts vurderinger knyttet til foreldres

deltakelse i terapirommet med barnet. Det tas utgangspunkt i terapeuts praksis og hvordan vurderingene påvirker konkret klientarbeid. Det vil derfor etterspørres praksiseksempel i intervjuet. Ingen forberedelser kreves av informant til intervjuet.

Etter inngått avtale kan informant når som helst, uten begrunnelse eller gjenytelse, trekke seg som informant. Dette gjelder også etter utført intervju.

Så dersom du kan tenke deg å bidra som informant i mitt masterprosjekt, er jeg svært takknemlig for det.

Infoskrivet er sendt ut i overensstemmelse med gjeldende BUPs ledelse.

Mvh

Ole Drønen

klinisk sosionom

Mastergradsstudent i familieterapi og systemisk forståelse ved

Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

8.2 Intervjuguide

Intro

(leses ikke ordrett opp, men innholdet fortelles som rasjonale/bakgrunn for masterprosjektet og intervju)

Takk for at du svarte ja til å snakke med meg om temaet: foreldres deltakelse i terapi. Som jeg skrev i infoskrivet, er jeg opptatt av våre (terapeuters) vurderinger rundt foreldres deltakelse i terapi med barn. Alle i BUP står i denne type vurderinger.

Masteren min handler om møtet mellom utviklingspsykologi og familierapi og systemisk arbeid. Jeg fungerer i stor grad som familierapeut i BUP, pga egen bakgrunn/utdannelse. Men mitt ståsted, og det gjøres synlig i oppgaven, er at et systemisk perspektiv i behandlingen ikke er bedre eller viktigere enn andre perspektiv. Det jeg vil finne ut av er hvordan familierapi og systemisk teori kan være nyttig sammen med annen type kunnskap og praksis. Jeg er ute etter gjensidig nytte fremfor å sette ulik behandling opp mot hverandre. Som terapeuter gjør vi naturlig nok ulike vurderinger i behandlingen, og vedr kontekst for behandlingen. Data rundt terapeuters ulike vurderinger i forhold til foreldres deltakelse vil jeg bruke i oppgaven til å søke etter dette gjensidige nytteperspektivet. Derfor er det et poeng for meg å spørre forskjellige terapeuter som jobber i samme institusjon og i prinsippet med samme type saker, da vi jobber innenfor en generalistmodell.

Jeg vil studere nærmere disse vurderingene vi står i, og på hvilken bakgrunn utfallet blir terapi sammen med foreldre eller uten. Med dette tema som overordnet vil jeg stille spørsmål innen 5 kategorier/områder.

- 1 Din teoretiske bakgrunn og terapeutiske ståsted. Kunnskap du vektlegger i din praksis.*
- 2 Kontekst. Arbeidsplassens føringer på din praksis, ressurser, pålegg, begrensninger.*
- 3 Pasienters og foreldres ønsker om behandlingsform.*
- 4 Egen praksiserfaring med terapi med foreldre tilstede. Nåværende praksis i BUP.*
- 5 Andre personlige faktorer. Som nære relasjoner, familie, verdisystem. Refleksjon rundt disse faktorerers innflytelse på ditt forhold til foreldres deltakelse.*

Jeg er opptatt av hva vi terapeuter vurderer som avgjørende faktorer for om foreldre deltar eller ikke i vår egen praksis. Med foreldres deltakelse mener jeg at minst en tilknytningsperson er med i terapirommet sammen med barnet. Dvs. at dette ekskluderer type samarbeid som foreldreveiledning, informasjonssinnhenting som foregår utenfor barnets terapirom.

Jeg vil i løpet av intervjuet etterspørre en konkret pasientsak du står i. Vi vil da måtte anonymisere denne, utelate navn og steder, og ev andre opplysninger som kan bryte taushetsplikten.

Pga av spørsmål rundt dette tenker jeg det er praktisk å ha tilgang til BUPdata.

Har du noen spørsmål før vi begynner med selve intervjuet?

Da begynner vi med lydopptak fra nå:

1. Din teoretiske bakgrunn og terapeutisk ståsted. Kunnskap du vektlegger i din praksis.

Kan du beskrive den teoretiske basis for din praksis? Terapimetoder, tradisjoner du er inspirert av, teorier som står sentralt.

Gir denne kunnskap føringer vedr foreldres rolle i terapi?

2. Kontekst. Arbeidsplassens føringer på din praksis, ressurser, pålegg, begrensninger.

Mener du det er føringer i BUP (vedr f.eks metodevalg og kontekst) som er med på å prege foreldres rolle i terapien. Fra ledelse – andre ansatte.

Gir systemet muligheter for at foreldre kan delta i terapi?

Ser du noen barrierer i systemet for at foreldre deltar i terapien?

F.eks lokaliteter, utstyr, mer ressurser eller annet.

Hva tenker du kunne vært gjort annerledes vedr dette?

3. Pasienters og foreldres ønsker om behandlingsform.

Intro: Pasienters og familiers medbestemmelse i terapi er et stort tema. Jeg skal prøve å unngå at vi går oss vill innen dette tema. Men jeg vil se litt på om foreldres og barnets ønsker er med på å avgjøre om foreldre blir med eller ikke.)

a) Hvilken generell erfaring har du ang. foreldres innstilling til å delta i terapien?

b) Kan du si litt om hvordan du vurderer barnets ønsker for foreldres deltakelse i terapien?

Etterspør du barns ønsker vedr foreldrenes deltakelse?

Ev. på hvilken måte?

c) Hvordan forholder du deg til at foreldre ønsker å delta/ eller ikke delta i terapien?

Etterspør du foreldres ønsker vedr deltakelse?

Ev. på hvilken måte?

4. Egen praksiserfaring med terapi der foreldre deltar. Nåværende praksis i BUP.

(I pkt 1 snakket vi om teoretisk skoloring og ståsted. Nå er det tidligere og nåværende praksiserfaring jeg er interessert i.)

Kan du først fortelle litt om din egen praksisbakgrunn? Terapeutisk erfaring. Erfaring fra arbeid med familier og individuelt.

Din nåværende praksis i BUP:

Av dine pågående saker, i hvor mange av dem deltar foreldre i terapien. (til prosentvis utregning?).

Kan vi plukke ut en av dine nåværende saker og se nærmere på den? Hver sak er unik, men nå ønsker jeg at du velger en sak som i størst mulig grad er representativ for måten du jobber på (en slags ”prototype sak”).

(NB: Viktig at informasjonen som kommer forblir anonymisert).

Kan du fortelle kort om saken, henvisningsgrunn/problematikk?

Hvilke vurderinger ble gjort underveis som førte til at foreldrene ble med i terapien? Hva tenkte du og eventuelt dere som nyttig ved at foreldre ble med.

Kan du si litt om effekten foreldres deltakelse har hatt?

Hvilke fordeler kan du se ved å ha dette barnet i individualterapi?

5. Andre, personlige faktorer. Som nære relasjoner, familie, verdisystem. Refleksjon rundt disse faktorerers innflytelse på ditt forhold til foreldres deltakelse.

Intro: Som nevnt vil jeg spørre litt om hvordan du tenker andre, mer personlige faktorer påvirker din praksis generelt og spesielt vedr samarbeid med foreldre. Jeg er ikke først og fremst ute etter å vite om din bakgrunn, private relasjoner eller dine verdier, men om dine refleksjoner vedr denne sammenhengen. Du selv avgjør

naturligvis i hvilken grad du ønsker å gå inn i dette tema. Dersom du opplever mine spørsmål knyttet til dette upassende eller ikke ønsket, er det fint om du sier fra og ber meg stoppe dette. Vi hopper da over dette temaet.

Er det forhold ved deg eller måten du lever livet ditt på som påvirker din praksis, og da spesielt vedr samarbeid med foreldre?

Hvilken sammenheng er det mellom disse, og hvordan du vurderer nytten av foreldres deltakelse i terapien?

På hvilken måte?

Tenker du at din bakgrunn gir deg en styrke, kompetanse, i møte med pasienter når foreldre er med?

Skulle du ønske at dette så annerledes ut, at din bakgrunn fører til mindre terapi med foreldredeltakelse enn ideelt?

Avslutningsdel:

Vi har nå kommet til slutten av intervjuet. Du har vært til stor hjelp for meg. Er det noe mer du ønsker å legge til, eller er det noe annet som du synes er viktig knyttet til dette tema som du tenker på nå?

Tusen takk for at du tok deg tid.