

**Nettverkets betydning i en
individualterapeutisk kontekst**

*Nettverkets betydning i en
individualterapeutisk kontekst*
- en studie av erfarne terapeuters kliniske praksis.

**Berit S. E. Lilleengen
Mastergrad i familierapi og systemisk praksis
Diakonhjemmets Høgskole, mai 2007**

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD

SAMMENDRAG

1 INNLEDNING

1.	Tema og bakgrunn for oppgaven.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	Bakgrunn for oppgaven.....	1
1.2.1	Lukket rom.....	2
1.3	Eget forhold til feltet.....	2
1.4	Presisering og avgrensning av problemformulering.....	3
1.4.1	Problemstillingen.....	3
1.4.2	Forskningsspørsmålene.....	4
1.5	Praksisfeltet.....	4
1.5.1	Det psykiatriske behandlingssystemet.....	4
1.5.2	Poliklinikker.....	5
1.5.3	Diagnoser og sykdomsbegrep.....	6
1.6	Oppgavens struktur.....	6

2 TEORI

2.1	Innledning.....	8
2.1.2	Den psykiatriske pasienten.....	8
2.1.3	Psykoterapi/ begrepsavklaring.....	8
2.2	Teorigrunnlaget for oppgaven.....	9
2.2.1	Familieterapiens historie.....	9
2.2.2	Kommunikasjonsorienterte teorier.....	10
2.2.3	Sosialkonstruksjonistiske tilnæringer.....	10
2.2.4	Utviklingen innen psykoterapifeltet.....	12
2.2.5	Sterns selvutviklingsmodell og relevansen for terapi.....	12
2.2.6	Tilknytnings- og affektteori.....	14
2.2.7	Nettverksteori, språket og samtalene.....	15
2.2.8	Likeverdige dialog.....	17
2.2.9	Nyere sentral forskning.....	18

3 METODE OG MATERIALOPPBYGGING

3.1	Innledning.....	19
3.2	Fenomenologi.....	19
3.2.1	Hermeneutikk.....	20
3.3	Problemstilling og valg av metode.....	20
3.3.1	Valg av metode og plan for prosjektet.....	21
3.3.2	Det kvalitative forskningsintervju.....	21

3.3.3	Utvalg.....	22
3.3.4	Gjennomføringen av intervjuene og intervjuguide.....	23
3.4	Transkripsjoner.....	24
3.5	Analyseprosessen og tolkning av materialet.....	25
3.5.1	Innledning.....	25
3.5.2	Innholdsanalyse.....	25
3.5.3	Arbeidet med teksten/ kategoriproduksjon.....	26
3.5.4	Fra kategorisering til identifisering av mønstre.....	27
3.5.5	Etiske hensyn og personvern.....	27
3.5.6	Reliabilitet og validitet.....	28
3.5.8	Generalisering.....	30
4	RESULTATER	
4.1	Innledning.....	30
4.2	Formelt ståsted/terapeutenes teoriforståelse.....	31
4.2.1	Hva hjelper teoriene til.....	31
4.3	Terapeutenes beskrivelser av individet.....	32
4.3.1	Individet i relasjon.....	34
4.4	Nettverk.....	35
4.4.1	Hvordan tenker de at nettverk påvirker et behandlingsforløp.....	35
4.4.2	Positivt nettverk.....	36
4.4.3	Hvordan terapeutene involverer nettverk direkte.....	36
4.5	Begrunnelser for å involvere nettverk.....	37
4.6	Begrunnelser for å ikke involvere nettverk.....	48
4.7	Innholdet i den terapeutiske samtalen.....	40
4.8	Oppsummering.....	40
5	DISKUSJON	
5.1	Innledning.....	41
5.2	Teoriforståelse i forhold til involvering av nettverk eller ikke.....	42
5.2.1	Relasjonen mellom terapeut og pasient/terapeutiske holdninger	43
5.3	Terapi i voksenpsykiatrisk poliklinikk, hva vektlegges?.....	44
5.4	Nettverkets rolle i individualterapi.....	47
5.4.1	Det profesjonelle nettverket.....	48
5.4.2	Det private nettverkets rolle i individualterapi.....	49
5.5	Nettverk som belastning og ressurs.....	51
5.6	Involvering av privat nettverk.....	52
6	AVSLUTNING	
6.1	Innledning.....	55
6.2	Konklusjoner fra undersøkelsen.....	55
6.3	Veien videre.....	58
6.4	Fremtidige studier.....	58
	LITTERATUR	59
	VEDLEGG	62

FORORD

Denne oppgaven er et resultat av en lærerik og arbeidskrevende prosess. Jeg hadde ved oppstart av dette masterstudiet en ide om hva jeg ville undersøke. På veien har jeg fått mange nye ideer, forslag og utkast. Når man skriver en oppgave som dette velger man hele tiden sin vei, og må la andre ligge uutforskede.

En varm takk til mine sønner Gaute og Bendik. Uten deres hjelp hadde jeg ikke kunnet gjennomføre studiet.

Takk til min veileder Inger Oterholm, ved Diakonhjemmets Høgskole, som ryddig og tålmodig har loset meg gjennom de ulike fasene av denne undersøkelsen.

Når jeg tenker tilbake på denne prosessen ser jeg at jeg er et privilegert menneske som kjenner mange verdifulle mennesker. De har hjulpet meg og gitt støtte og oppmuntring hele veien. En stor takk til dere alle.

Jeg vil takke informantene for at de engasjert ville dele av sin kunnskap. Jeg har et ønske om at resultatene i denne rapporten kan bli diskutert videre i ulike sammenhenger.

Mai 2007

Berit S.E. Lilleengen

SAMMENDRAG

Denne undersøkelsen setter søkelyset på terapeuters kliniske arbeid i voksenpsykiatrisk poliklinikk, når det gjelder involvering av nettverk i terapi.

Jeg valgte et hermeneutisk-fenomenologisk utgangspunkt for denne oppgaven. Ut fra dette valgte jeg kvalitativ metode for å belyse terapeutenes beskrivelser fra sitt kliniske arbeid.

Materialet i undersøkelsen bygger på intervjuer med fem erfarne terapeuter.

Undersøkelsen baserer seg på intervjuer med terapeuter fra ulike profesjoner fra forskjellige arbeidssteder innen psykisk helsevern.

Hovedområdene for terapeutenes beskrivelser ble; Teoriforståelse når det gjelder involvering av nettverk i terapi. Terapeutenes forståelse av individet. Involveres nettverk i en poliklinisk kontekst, og på hvilken måte gjøres eventuelt dette?

Disse områdene ble til slutt et grunnlag for konkretisering av problemstillingen.

Teorigrunnlaget i oppgaven bygger på perspektiver som favner individnivå, familie og nettverk. Etter å ha presentert og drøftet resultatene trer terapeutenes praksis fram som en reflektert virksomhet med mange fellestrekk. Et av disse er individet som meningsfullt fokus, men at individet alltid ses som en del av det nettverket det inngår i.

Gjennom økt kunnskap om terapeutenes teoriforståelse og beskrivelser fra konkrete eksempler fra terapirommet, ønsker jeg å utforske hva som bidrar til at nettverk trekkes inn, og hva som hindrer involvering av netteværk i terapi.

KAPITTEL 1. INNLEDNING

”Ingenting er den siste sannhet om noe”

John Bowlby

1. Tema og bakgrunn for oppgaven

1.1 Tema

Jeg vil i det følgende gjøre rede for valg av tema for Masteroppgaven i familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høgskole, Etter- og videreutdanningsavdelingen. Denne oppgaven har som mål å belyse psykoterapeuters kliniske praksis, avgrenset til en voksenpsykiatrisk poliklinisk kontekst, med fokus på nettverkets rolle i terapi.

1.2 Bakgrunn for oppgaven

Kritiske røster har hevdet at pårørende i liten grad blir innlemmet som samarbeidspartnere av det etablerte hjelpeapparatet, og at de føler seg lite forstått og ivaretatt av psykiatrien (Mevik1998). Resultatet fra en spørreundersøkelse (Moss/Hafstad 1990 i Moss/Åhlin 1994), hvor man bl.a. undersøkte hvilken plass familie-/systemperspektivet har på psykiske problemer ved voksenpsykiatriske poliklinikker i Norge, i forhold til forskjellige behandlingstiltak, viste at landsgjennomsnittet for pasienter som ble behandlet gjennom familierapitiltak lå på ca 7 %.

Ved en poliklinikk i Halden, har de sett en økende grad av systemisk tilnærming som viktig for å styrke samarbeidet mellom spesialistene innen psykisk helsevern på den ene siden og pasientene, pårørende og primærhelsetjenesten på den andre. De hevder at ferdighetene de har med seg fra familierapifeltet i å møte og arbeide med flere mennesker samtidig, gjør det lettere å kunne arbeide med eksterne samarbeidspartnere. Dette kan gjøres ved at for eksempel primærlege går inn som co-terapeut. Det kan også gjøres ved å samle de som er berørt av pasientens problemer. Ut fra dette kan man få ideer om hvordan man kan gå videre, med familierapi, individualterapi eller psykososiale tiltak. (Moss/Åhlin 1994).

1.2.1 Lukket rom

Denne studien tar sikte på å gi et praksisnært bidrag til kunnskapsutvikling i forhold til hvordan erfarne terapeuter har utviklet egne arbeidsmåter, inspirert av teorier og praksis gjennom flere år i feltet. Terapirommet blir veldig ”lukket”, og det gir liten tilgang til refleksjoner rundt hvordan det arbeides med individet, og nettverket det er en del av. Våre forestillinger om individualterapeutisk arbeid, bygger bare på det som terapeutene selv velger å fortelle, hvilket ikke nødvendigvis speiler det som skjer i terapirommet. Formålet med denne undersøkelsen tar sikte på å gi et innblikk i ”det lukkede rom”. Jeg ønsker å utforske om og hvordan terapeuter har tatt til seg impulser fra både individual-psykologiske- så vel som familie-systemiske kilder i sin praksis, og om nettverk involveres i terapi.

1.3 Eget forhold til feltet

Det har for meg vært flere argumenter for å velge dette temaet. Hva er hjelpende og helbredende psykoterapi, og hvilken rolle har nettverket i dette? Jeg er opptatt av om man skal utvikle eller gi større plass til familie-/systemperspektivet i behandlingen av psykiske problemer i poliklinisk behandling av voksne. Jeg har i min tid som behandler ved poliklinikken aldri fått henvist en familie til behandling.

Jeg har gjennom min praksis som terapeut vært interessert i å kombinere tenkning fra systemorientert familiearbeid med moderne individuell psykoterapi. Det har vokst frem et behov i meg for å inkludere en forståelse av individet og individets utvikling, uten å måtte gi avkall på en overordnet systemforståelse i terapi. Systemteorien tar utgangspunkt i at pasienten er en del av et sosialt system. Årsaksforklaringene har med relasjonene i et system å gjøre (Kringlen 2005). Jeg har ofte fått spørsmål fra kollegaer om jeg har nytte av familierapiutdanningen min ved poliklinikken, og om jeg ikke heller ønsker å arbeide ved et familiekontor. Disse spørsmålene har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre terapeuter arbeider i psykiatrisk poliklinikk, med individet og nettverket det er en del av.

For meg er det mulig å velge hvilken tilnærming jeg bruker i terapi og hvordan jeg vil forstå psykiske problemer, uavhengig av hvor mange jeg inkluderer i terapirommet. I arbeidet med enkeltindividet kan jeg velge å ha en annen forståelse enn problemer som forskyldt av

intrapsyriske konflikter, og arbeide med familiesystemer og forhold ved interaksjonsmønstrene i familien, selv om bare en person er tilstede i terapirommet. Jeg er nysgjerrig på hvilke beskrivelser informantene i denne undersøkelsen kommer med av sin praksis, når det gjelder involvering av nettverk i terapi. Jeg ønsker å belyse hvilken teoretisk forståelse og metode informantene har nytte av, og nettverkets betydning i denne sammenheng.

1.4 Presisering og avgrensning av problemformulering

Jeg har valgt å avgrense feltet til å gjelde poliklinisk behandling av voksne innen psykisk helsevern. I denne studien inntas et terapeutperspektiv. Jeg har ikke til hensikt å undergrave et brukerperspektiv, som jeg ser som et viktig perspektiv i behandling av psykiske problemer. Jeg ønsket i utgangspunktet å belyse erfarne terapeuters praksis fra poliklinisk arbeid med individet, og temaer rundt involvering av nettverk i terapien. Nettverkets perspektiv kommer ikke fram i denne undersøkelsen, verken voksne eller barn som pårørende. Deres erfaringer kommer noe frem i indirekte form, gjennom informantenes beskrivelser fra terapirommet. Studien diskriminerer ikke på profesjon eller kjønn hos terapeutene. Informantene blir nærmere presentert i kapittel 3.

Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i praksisfeltet og den kunnskapen som finnes der. Studien har derfor et såkalt innenfra-perspektiv, der terapeutenes opplevelser er det sentrale. Jeg ønsker å få tak i deres virkelighet knyttet til problemstillingen, deres beskrivelser fra klinisk praksis. Det er derfor hensiktsmessig med et kvalitativt design for denne studien. Jeg benytter meg av det kvalitative forskningsintervjuet som forskningsmetode (Kvale1997).

1.4.1 Problemstillingen

Problemstillingen for dette prosjektet ble: *Hvordan beskriver terapeuter sitt arbeid i voksenpsykiatrisk poliklinikk, når det gjelder involvering av nettverk i terapi?*

Hensikten med dette studiet er ikke et forsøk på å generalisere, selv om jeg også vil se etter om det er noen mønstre mellom det terapeutene forteller. Undersøkelsen tar heller ikke sikte på å gi entydige eller korrekte svar når det gjelder måter å tenke om individualterapi, og involvering av nettverk på. Jeg ønsker å hente fram kunnskap fra praksis, som kan diskuteres

videre, og kanskje påvirke vår måte å arbeide med disse spørsmålene på. Jeg ønsker å få belyst terapeutenes teoriforståelse og beskrivelser fra sin praksis og derigjennom å frembringe klinisk kunnskap om hvordan det tenkes og arbeides med individ og system. Jeg søker å få terapeutenes historier og erfaringer gjennom deres egne ord, gjennom deres eksempler fra sin praksis. Jeg ønsker å se på om dette kan ha konsekvenser for vårt syn på behandling av pårørende og individet i psykisk helsevern, og om det kan ha betydning for videre praksis.

1.4.2 Forskningsspørsmålene

I min undersøkelse utarbeidet jeg disse spørsmålene som et utgangspunkt for materialoppbygging, bearbeiding av materialet og senere analyseredskap;

- Individets versus nettverkets/pårørendes plass i behandling av psykiske lidelser. Involveres nettverk/ pårørende i poliklinisk behandlingen av individet? I hvilken grad og på hvilken måte gjøres eventuelt dette? Hvordan definerer terapeutene nettverk? Hva er terapeutenes begrunnelser for å trekke inn, ikke trekke inn nettverket?
- Hva er terapeutenes formelle ståsted/ teoriforståelse?

1.5 Praksisfeltet

1.5.1 Det psykiatriske behandlingssystemet

Begrepet psykiatri kan defineres ulikt av hvem som refererer til det, og sammenhengen det refereres i. Folk flest vil kanskje forbinde det med sykdom eller sinnssykdom, mens helse- og sosialfaglige yrkesgrupper først og fremst vil forstå psykiatri som et fagfelt. Psykiatri som et begrep refererer seg både til et praksisfelt og et kunnskapsfelt. Formelt er psykiatri en medisinsk spesialitet, som har sterke forbindelseslinjer til biologien. Men moderne psykiatrisk forskning av klinisk og epidemiologisk natur har kanskje en vel så sterk tilknytning til samfunnsvitenskapene. Psykiatrisk forskning er først og fremst opptatt av å studere sinnslidelsenes årsaksforhold, utvikling og utbredelse i befolkningen og evaluering av behandlingsresultater (Kringlen 2005 s11).

I dag kan behandlingsapparatet inndeles i psykiatriske sykehusavdelinger, som ofte inkluderer akutt-, intermedier- og langtidsavdelinger, og Distriktskykiatriske sentra, DPS, som i beste

fall omfatter poliklinikker, dagsentra, ettervernshjem og bokollektiver. Poliklinikkene, som er fokus i denne oppgaven, behandler pasienter som ikke trenger innleggelse i sykehus. I tillegg til psykiatere arbeider ulike yrkesgrupper innenfor dagens psykiske helsevesen. Det psykiatriske behandlingssystemet har fokus på psykiatriske utredninger og diagnoser, ved siden av terapeutiske behandlingsforløp (Kringlen 2005).

1.5.2 Poliklinikker

Praksis ved poliklinikker er som oftest at pasienter tas imot etter henvisning fra lege. Henvisningen er stort sett fokusert på den personen som viser psykiske problemer/symptomer, og bestillingen til poliklinikkene går derfor i retning av individuell behandling. Pasientene kommer til regelmessige avtaler ved poliklinikken, hvor målet er å sette i gang en prosess som fører til en endring.

Det foreligger sentrale føringer, anbefalinger om hvilke tilbud som bør gis til mennesker med alvorlige psykiske problemer. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, danner bakgrunnen for den endringen som finner sted gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr. 63 1997-98, i Helse og sosialdirektoratet 2006 veileder 15-1388) . Stortingsmeldingen slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for omfattende styrking og omstrukturering. En vesentlig strategi i Opptrappingsplanen er utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av Distriktpsykiatriske sentre, DPS. Dette er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land, og positive virkninger av disse er dokumentert ved mye forskning. (Veileder 15-1388, Sosial- og helsedirektoratet 2006)

Psykiatriske poliklinikker driver tverrfaglig spesialisert rusbehandling og en generell psykiatrisk virksomhet. Behandlingen kan være av både kort og lang varighet. Poliklinikkene får i hovedsak henvist pasienter med rusproblemer, personlighetsproblematikk, dobbeltdiagnoser (samtidig forekomst av psykiske lidelser og rusmisbruk), traumerelaterte problemer, spiseforstyrrelser, angst og depresjon med suicidalfare. (Veileder 15-1388, Sosial- og helsedirektoratet 2006). Familierapi som behandlingsform kan være aktuell for hver og en av disse diagnosegruppene, men har etter min erfaring en liten plass i poliklinisk behandling i psykisk helsevern.

1.5.3 Diagnoser og sykdomsbegrep

Hva som oppfattes som sykdom i psykisk helsevern, er til en viss grad avhengig av samfunnets normer og kulturelt bestemt. Psykiatriske diagnoser har vært kritisert fordi man har ansett det for å være kritikkverdig å kategorisere mennesker. Innenfor medisinen er klassifikasjonen ofte basert på årsaksfaktorer. Etter som man er blitt klar over at psykiske lidelser som regel er sosialt betinget, forårsaket av konflikter mellom mennesker, og ikke nødvendigvis av legemlige forstyrrelser – har en økt gruppe av fagfolk satt spørsmålsteget ved hensiktsmessigheten av å benytte den medisinske modellen innenfor psykisk helsevern (Kringlen 2005 s 43).

Innen psykisk helsevern vil man ofte strides om årsaksforholdene, og se psykiske lidelser som komplekse og multifaktorielle. Diagnostisk klassifisering vil derfor i første rekke finne sted ut ifra pasientens presenterte symptomer. Fra psykiatrisk hold har det blitt hevdet at det er symptomer og syndromer som klassifiseres, ikke personer (Kringlen 2005 s.38). I dag har vi to sykdomsbegreper innen psykisk helsevern: det medisinske eller somatiske, og det sosialpsykologiske. En sosialpsykologisk betraktningssmåte ser psykiske lidelser som sosialt betinget, forårsaket av mellommenneskelige konflikter (Kringlen 2005).

Ved diagnostisk vurdering gis prioritet til de kjennetegn personen har felles med en gruppe. Individuelle særtrekk underordnes og perspektivet innsnevres. Dette er den klassiske medisinske sykdomsmodellen. Diagnostisering skjer som regel i henhold til etablerte diagnostiske system. Fra 1997 er den psykiatriske delen av ICD-10 (International Classification of Diseases) innført i Norge. Klassifikasjonen er inspirert av amerikansk klassifisering DSM (Diagnostic Statistical Manual) (Kringlen 2005).

1.6 Oppgavens struktur

Når jeg skiller mellom begrepene struktur og oppbygging, er hensikten å vise til struktur som oppgavens helhet og oppbygging som de ulike elementene strukturen bygger på. Oppgaven består av 6 kapitler inkludert innledningen. Jeg vil komme med begrepsdefinisjoner underveis, etter hvert som begrepene tas i bruk.

Innledningskapitlet setter temaet i en ramme hvor jeg ønsker å presentere feltet jeg har merket

meg ut for oppgaven. Jeg introduserer temaet, hvorfor jeg har valgt dette og hvorfor det er et viktig tema for feltet.

I kapittel 2 vil jeg redegjøre for sentral teori og forskning avgrenset til det mest relevante for dette prosjektet. Jeg har valgt å se på litteratur og forskning knyttet til følgende;

Flere sentrale teoretikere innen familierapifeltet har hatt innvirkning på tenkning og praksis i individualterapeutisk arbeid. Flere argumenterer også imot inndelingen av terapi i individual-, par- og familierapi (Lundby 1988). Jeg setter søkelyset på klassikerne og de mest sentrale teoretikerne relevant for prosjektets tema.

Psykologisk teori med vekt på Sterns (1985) teori om utviklingen av selvet og relasjoner danner et viktig grunnlag for å forstå samspill og selvopplevelse. Stern har videre utviklet egne originale bidrag om følelsesmessig kommunikasjon mellom barn og omsorgsgiver, og hvilke betydning dette kan ha for voksenlivet.

Elementer fra tilknytningsteorien gir mulighet til å få et voksenperspektiv på individets relasjonshistorie. Stern (1985) og Fonagy et. al (2007) er sentrale teoretikere innen tilknytningsforskningen, og forståelsen av hvordan relasjonelle erfaringer utvikles.

Nettverksteori med fokus på Seikkulas (2000) arbeider bidrar med forståelse av nettverkets betydning for individet. Nettverk blir sett på som en helhet av menneskelige relasjoner som danner rammen for det individet i øyeblikket handler og lever innenfor. Den psykiske betydningen av menneskelige relasjoner blir fokusert her.

I kapittel 3 vil jeg beskrive de metodiske aspektene ved oppgaven. Jeg vil redegjøre for det vitenskapsteoretiske perspektivet, og metodisk tilnærming som er brukt. Jeg vil videre beskrive hvordan undersøkelsen er lagt opp.

I kapittel 4 presenterer jeg prosjektets viktigste funn, og min analyse av dataene.

Kapittel 5 inneholder en diskusjon av resultatene fra mitt materiale, opp mot eksisterende teori og tidligere forskning.

Kapittel 6 inneholder konklusjoner fra undersøkelsen.

KAPITTEL 2. TEORI

2.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for teori og forskning, som er sentralt for å studere det avgrensede området jeg har valgt å skrive om. Ut ifra dette er det sentralt å beskrive ulike teoretiske perspektiver som favner individnivå, familie og nettverk. Jeg har valgt dominerende teorier om utvikling og behandling av psykiske problemer, og betydningen av individets relasjonelle sammenheng. Jeg har avgrenset fremstillingen til det problemet jeg er oppatt av, de sentrale delene og de nyeste arbeidene på feltet.

2.1.2 Den psykiatriske pasienten

Til tross for utvikling og forskningsaktivitet på mange områder, er det vanskelig å gi svar på hva psykisk lidelse egentlig er, og hvordan slike lidelser skiller seg fra eller ligner på fysisk sykdom. Sykdom kan defineres som forstyrrelse eller problemer i en levende organismes funksjoner, det motsatte av helse. Medisinen tar utgangspunkt i enkeltindividet. Når vedkommende oppsøker helsevesenet, kalles han pasient. Ordet er avledet fra det latinske ”pati”, som betyr å lide, tåle, eller utholde. En pasient er altså en som lider av eller behandles for en sykdom (Snoek og Engedal 2000).

2.1.3 Psykoterapi/begrepsavklaring

Terapi- eller behandlingsbegrepet er ikke beskyttet av offentlige godkjenninger, eller forbeholdt visse skoleretninger. Psykoterapi kan forstås som enhver intervensjon som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd, eller fremme hensiktsmessig atferd, gjennom veiledning et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan. Målet med psykoterapi er å løse konflikter og reparere utviklingssvikt (Snoek og Engedal 2000).

Begrepet individualterapi kan forstås på mange måter. Jeg forstår individualterapi slik at terapeuten møter enkeltindividet i terapi, og innholdet i terapien blir lagt opp etter individets behov. Familierapi karakteriseres av at fokus er på interaksjonen i familiesystemet (Lundby 1998). Jeg opplever det lite hensiktsmessig å skille for kategorisk mellom individual- og

familieterapi, da begge forståelsesmåter kan brukes i tilnærming med individet eller med flere tilstede.

2.2 Teorigrunnlaget for oppgaven

Jeg har sett på hvilke teorier, studier, hvilke forskningsresultater som finnes gjennom litteratursøk. Jeg har blant annet søkt i databaser som Google og BIBSYS. Eksempler på søkeord jeg har brukt er; psykoterapi, nettverksterapi, familie- og individualterapi. Oversiktsartikler har vært nyttige, da jeg fant interessante henvisninger i litteraturlista. Jeg fant mer forskning om nettverk/pårørende og behandling på inneliggende pasienter og deres familie, enn pasienter i poliklinisk behandling. Jeg har sett på hva som debatteres i forskningsmiljøer relatert til mine forskningsspørsmål. Det ser ut til å være en del forskning på barn og deres familier, som har klinisk relevans, men lite forskning, intervjuundersøkelser på terapeuters arbeid med voksne pasienter og deres familie i poliklinisk kontekst.

Jeg har valgt å fokusere på retninger hentet fra både familieterapi- og utviklingsteori. Nyere utviklingspsykologi har gitt et nytt bidrag i synet på barnets kompetanse og aktive bidrag i relasjonen, så vel som et nytt syn på utvikling (Johnsen 2004). Jeg har valgt å gjøre rede for forståelser og fremgangsmåter med fokus på hvordan man kan forstå og intervensere på ulike måter avhengig av hvilken av de individual- og familieterapeutiske modellene man følger.

2.2.1 Familieterapiens historie

En forståelse av familieterapiens historie bidrar til å synliggjøre hvilke forståelsesformer og tilnæringsmåter terapeuter velger i dag. Familieterapeutisk tenkning vokste frem i en tid da individualpsykologisk forståelse var ganske enerådende (Tjersland 1993). Man kan si at familieterapi har oppstått ut fra en utilfredshet hos psykoterapeuter som gjennom arbeid med enkeltpersoner så at forandring ikke holdt seg over tid når pasienten var tilbake i sin familie eller dagligliv. Man fattet interesse for det "signifikante systemet", det relevante endrings skapende systemet, og man var inspirert av bl.a. Batesons (1972) teorier.

Når familieterapifeltet skal forankres, er det naturlig å ta utgangspunkt i sentral forskning fra klassikerne innen feltet, først og fremst Bateson og hans medarbeidere i Palo Alto i 1950-årene. Bateson kalte selvbegrepet for et epistemologisk spøkelse, og mente at selvet ikke kan

forstås som en avgrenset enhet, men at individ og relasjon er uløselig knyttet sammen (Bateson 1972). Blant klinikerne i gruppen var det stor misnøye med det eksisterende diagnoseapparatet og den individualterapi som ble drevet med schizofrenipasienter. De var opptatt av samhandlingen mellom pasientene og sentrale personer i familien. Bateson, Jackson, Haley og Weaklands artikkel fra 1956, "Toward a theory of Schizofrenia" er et av de første forsøkene i psykologisk faglitteratur på å beskrive hvordan kommunikasjon kan bidra til å skape psykiske vansker og forvirringstilstander hos mennesker. Dette førte til de første eksperimentene med å arbeide med individer med symptomer, sammen med deres foreldre eller familie (Tjersland 1993 s.115).

Familieterapitradisjonen har videre utviklet ulike retninger.

2.2.2 Kommunikasjonsorienterte teorier

Kommunikasjonsorientert tilnærming og de strategiske familieterapiretningene baserer seg mye på studier av kommunikasjon, kybernetikk og paradokser i kommunikasjonen (Watzlawick et. al 1974). Watzlawick et. al (1967) tok til orde for å skifte fokus fra en forståelse av mennesket som isolerte, lukkede systemer med individuell patologi, til å se på forholdene mellom mennesker i et større system. De var opptatt av å unngå spekulasjon om intrapsykisk dynamikk. Fokus for modellen var samhandling mellom mennesker og utvikling av mønstre. De hadde en forståelse av at mellommenneskelige forhold kan føre til fastlåste samspill, hvor den ene utløser atferd hos den andre.

Haley (1963) dannet etter hvert sin egen tilnærming til familieterapi, det han kaller Strategisk familieterapi. Han var opptatt av strategier, og psykiske problemer ble forstått som forsøk på løsninger og mestring som repeteres (Axelsen 1997). Axelsen henter ideer fra strategisk/kommunikasjonsorientert tilnærming og viser gjennom dette hvordan familieterapeutisk tenkning kan overføres til møtet med individet. Symptomet formidles gjennom formen på kommunikasjonen som individet gjentar i et mønster (Axelsen 1997).

2.2.3 Sosialkonstruksjonistiske tilnærminger

Sosialkonstruksjonistiske ideer går ut på at virkeligheten samskapes gjennom språk og samspill. Gergen (1991) tar utgangspunkt i at språk er basis for all mening. Virkeligheten

eksisterer ikke uavhengig av observatøren, den konstrueres gjennom språket. Språket påvirker og lager våre erfaringer og gjennom språket gir vi uttrykk for våre erfaringer. Slik blir virkeligheten et sosialt samskapt produkt. Skiftende selvoppfatning blir en konsekvens av at vi inngår i mange relasjoner

I sosialkonstruksjonistisk terapi, arbeider pasient og terapeut sammen for å skape nye og mer tilfredsstillende fortellinger i en prosess, ved å føre samtaler som utfordrer pasientens virkelighetsoppfatning, slik at vedkommende kan utvide sine handlingsalternativer og skape ønskede endringer i eget liv (McNamee og Gergen 1992). Det handler ikke om å behandle pasienter, men om å samarbeide med vedkommende om hvordan pasienten kan oppnå en ønsket forandring. Problemet tenkes først og fremst som del av en sosialt skapt virkelighet, hvor språket er en omforming av atferd, tanker og følelser.

Ideer som Anderson og Goolishian (1992) argumenterer for innebærer at terapeuten møter sine klienter ut ifra en ”ikke-vitende” posisjon. Terapeuten møter pasientens narrative virkelighet med nysgjerrighet, i en prosess hvor man er underveis for å lære noe nytt. Pasientens begreper blir utforsket, og man får større forståelse for hvordan klientene konstruerer sin verden, og finner mening. Klienten ses som ekspert på seg selv.

de Shazer (1998; Haaland 2005) bygger videre på sosialkonstruksjonistiske ideer. Hans grunntanke er at løsningen av et problem ikke nødvendigvis henger sammen med årsaken til problemet. I motsetning til de strategiske retningene som fokuserer på problemet, fokuseres det eksplisitt på løsningen. Språk skaper virkelighet, og de Shazer mener derfor at ved å forandre hvordan klientene snakker om problemene sine, kan også deres problemer bli borte. Terapeutens holdning er preget av håp, optimisme og positive tilbakemeldinger. Klientens egne mål blir tydeliggjort. Man forsøker å finne frem til klientens ressurser, velfungerende atferds- eller tenkemåter som klienten allerede har i sitt repertoar. Dette gjøres ved å spørre om unntak fra regelen, fremtidsfokus, mirakelspørsmål, skaleringspørsmål og relasjonsspørsmål.

White og Epston (1990) tar utgangspunkt i at mennesker forsøker å skape seg identitet, sammenheng og mening ved å konstruere historier. Narrativ terapi forsøker å bidra til å skrive om historien, re-forfatte de historier klienter forteller om seg selv og sine problemer. Dette kan videre forandre hvordan de tenker og handler. Terapeuten kan hjelpe klienten med å

utvikle nye og ennå ikke fortalte historier som gir større handlingsrom og bedre selvfølelse. Den narrative retningen har langt på vei opphevet motsetningen mellom individualterapi og familierapi. Hensikten med denne terapiformen er å nyskrive pasientens historie (Lundby 1998).

2.2.4. Utviklingen innen psykoterapifeltet

Parallelt med ensidig fokusering på interaksjon, til en økende interesse for individet, begynte man igjen å bli opptatt av ”selvet” (Lundby 1998). Familierapeuters avvisende holdning til tradisjonell utviklingspsykologi har vært begrunnet ut fra at denne representerer et deterministisk syn på utvikling, og legger for stor vekt på barndommens eller fortidens betydning. Også tilknytningsteorien kan invitere til et slikt syn (Johnsen 2000). Sterns (1985) teori beskriver hvordan det er sensitive perioder for utvikling, men at selvområdene er i utvikling hele livet. Kliniske temaer kan ikke lenger forutsi den utviklingsmessige opprinnelsen til symptomet. Å knytte disse livstemaene til problemer og erfaringer innenfor selv- og relasjonsområder gir større terapeutisk frihet. Et relasjonelt syn på utvikling med vekt på interpersonlig erfaring preger moderne utviklingspsykologi (Stern 1985).

Slik jeg kjenner norsk familierapi, er det blitt mer og mer vanlig å kombinere ulike terapiretninger. Haaland (2005) skriver i sin bok *LØFT og narrativer i profesjonelle samtaler* (2005) om hvordan metoder kan komme til anvendelse i det norske behandlingsapparatet, illustrert med ideer fra løsningsfokusert og narrativ tilnærming. Helmer og Hammer (1997) har skrevet en studentoppgave; Høyere utdanning i familierapi. De hevder at utviklingen innen familierapifeltet de siste årene har i stadig mindre grad handlet om terapeutisk arbeid med familier. Det har i større grad handlet om generelle metateoretiske perspektiver på ulike måter å tenke og å samtale på i samarbeid med mennesker, enten det er en eller flere tilstede i terapirommet (Helmer og Hammer 1997). En kan ut ifra dette se at tenkning og metoder fra familierapifeltet brukes i dag, i møtet med individet og ikke bare i arbeid med familier.

2.2.5 Sterns selvutviklingsmodell og relevansen for terapi

Utviklingsteori er til stede i all teori som er utgangspunkt for terapeutisk virksomhet. All terapi dreier seg om samhandling mellom mennesker. Dette er også utviklingsteoriens hovedfokus (Johnsen et. al 2000 s19) Sterns (1985) selvutviklingsmodell har skapt dialog

mellom nyere utviklingspsykologi og systemisk familierapi. Jeg vil avgrense meg til å gjøre rede for hvordan Stern forstår utvikling av problemer og Sterns terapiforståelse.

Familierapifeltet er opptatt av narrativer. Stern er også opptatt av hvordan historier skapes, noe som kan åpne opp for flere måter å forstå oss selv og de andre. (Johnsen et. al 2000 s15).

Stern (1985) er opptatt av det som kalles fenomennære beskrivelser, og temaer som alltid er en del av våre relasjonelle liv. Han nærmer seg fenomener med ulike teoretiske begreper, som skal bidra til å øke vår forståelse i terapi. Stern (1985) hevder at tendensen til å ordne opplevelser og erfaringer i narrativer skjer i tidlig utvikling, før utviklingen av det verbale språket.

Stern ser på selv og relasjoner som to sider av samme sak. Utvikling av selvet skjer parallelt med utvikling av relasjoner og selvområdene er i utvikling hele livet. Stern beskriver en utvikling gjennom livstemaer, ikke aldersspesifikke sårbare utviklingsfaser (Johnsen 2004) Et av Sterns (1985) utviklingspsykologiske kjernebegreper er "sense of selv» – selvopplevelse. Med dette som utgangspunkt blir det mulig også innenfor en systemisk referanseramme å forholde seg til individet som et meningsfullt fokus

Stern (1985) er opptatt av forståelse av hvordan personligheten dannes. Barnets utvikling kan bli forstyrret av mange forhold, som for eksempel traumatiske opplevelser, vedvarende uheldige samspillerfaringer, livsproblemer, eller mangel på adekvat stimulering og gode erfaringer. Tidlig i livet dannes altså den grunnleggende innlæringen av hva vi kan forvente oss av andre, og hvordan forholde seg til og føle overfor omgivelsene. I følge denne modellen kan psykiske problemer utløses av et misforhold mellom det barnet, og senere den voksne trenger, og det nære andre er i stand til å gi.

Ut ifra dette perspektivet forstås ikke psykiske problemer som medfødt sykkelighet eller som et resultat av intrapsykiske konflikter. Psykiske problemer ses som utløst av livshendelser av ulike slag. Men opplevelse og konsekvensene av slike erfaringer blir påvirket av hvordan den enkelte på et indre plan bearbeider det som skjer, og av samspillet med omverdenen. Dette er en måte å forstå psykiske problemer i lys av individets bredere livskontekst, som jeg finner meningsfull og i kontrast til tradisjonell sykdomsmodell.

Stern (1985) beskriver ulike selvopplevelser og relasjonsområder. Han beskriver utvikling av

følelsenes og den nære sosiale verden. Kjerneselve er basert på at spedbarnet gir inntrykk av å ha en integrert opplevelse av seg selv som fysisk atskilt fra andre, med egne handlinger og følelser, med utvikling av minne og episodisk hukommelse. Spedbarnet opplever at andre mennesker har en indre psykisk verden slik som det selv har og at det er mulig å dele indre opplevelser med andre. Dette er det han kaller intersubjektivitet. (Johnsen et. al 2000 s.26) Stern (1985) hevder at det verbale selvet innebærer muligheten og evnen til å reflektere over seg selv, og kommunisere om seg selv til andre. Mening er et interpersonlig og sosialt dannet fenomen. Mening knytter seg til språket, og språkutvikling er derfor forankret i dialog og interpersonlig erfaring. Det innebærer muligheter til kommunikasjon, samspill og nærhet men også mulighet for fremmedgjøring og splittelse. (Johnsen et. al 2000 s 27)

Barnet skaper mening og sammenheng gjennom å fortelle sine egne historier, gjennom å snakke om seg selv med egne ord. Historiene konstrueres og baserer seg på elementer fra de andre selvområdene. Foreldrenes formidling av virkeligheten påvirker også barnets selvbiografi, slik barnet var, slik det er og slik det skal bli. Selvområdene som dannes de første leveårene fortsetter å fungere kontinuerlig og samtidig. De er aktive og muliggjør opplevelse og utvikling. De vil også kunne rammes av påkjenninger og traumer i senere faser. Opplevelsen av et kjerneselv, av å være agent for egne handlinger, av å være en fysisk helhet, av å ha affekter og å eksistere over tid, tydeliggjør dette selvområdet som et helhetlig perspektiv. Det skjer en distinksjon mellom selvet og andre (Stern 1985).

Johnsen et. al (2000 s 33) kommer med noen kritiske kommentarer til Stern. De hevder at Sterns teori er en mulig tolkning, hvor selvopplevelse og samspill er det bærende elementet. I denne tolkningen ligger det en mulighet for å idyllisere samspillet mellom barnet og omsorgspersonen ut ifra en ide om at forståelse er et normalfenomen, at spedbarnet er ”perfekt”, og at det kan skades utenfra gjennom samhandlingspartnere som ikke er gode nok, ofte representert ved mødrene. En fare er at en gir mødrene skylden for eventuelle problemer. Sterns arbeider har møtt kritikk fra sosialkonstruksjonistisk hold, med utgangspunkt i at selvet ikke er et universelt utformet fenomen, men historisk, kulturelt og kontekstuellt avhengig.

2.2.6 Tilknytnings- og affektteori

Tilknytningsforskningen vektlegger betydningen av hvordan historien fortelles og ikke bare hva som fortelles. Tilknytnings- og affektteori er sentralt i en individualsentrert forståelse. På

dette området skjer det mye forskning og teoriutvikling som også har relevans for forståelse og behandling av psykiske problemer. Tilknytning forstås som en gjensidig kommunikasjonsprosess, og nyere forskning viser at barnet gir et aktivt bidrag til relasjonen (Johnsen 2004). Behovet for gjensidig kommunikasjon som er viktig for et lite barn, er også viktig for voksne, for vår opplevelse av mening og velvære. Interpersonlig erfaring påvirker vår bevissthet hele livet, men viktige strukturer, for eksempel selvregulering, er dannet i tidlige år. Siegel (1999) hevder at mellommenneskelige samspill former hjernens struktur og funksjon. Siegels motiv for å skrive boken *The Developing mind*, var at han savnet et overbyggende perspektiv som inkluderte familierapi og familiesystemteorier med blant annet tilknytningsforskning og biologisk kunnskap (Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006 nr. 9 vol 43)

Tilknytningsforskningen (Bowlby 1982) viste at tidlig tilknytning er avgjørende for vår evne til å danne gode relasjoner senere i livet. Boscolo har uttalt at ”vi har alle en Bowlby” i magen, og at vi bærer med oss bagasje av tidligere kunnskap som påvirker oss (Boscolo og Bertrando 1996).

Tilknytningsforskningen viser at det beste vi kan gjøre for å skape en opplevelse av trygghet er å skape en sammenhengende forståelse av våre liv. Forskningsfunn viser at den beste prediksjon for barns tilknytningsmønster er foreldres evne til å formidle en sammenhengende fortelling om sitt liv (Fonagy et. al 2007). Fonagy et.al fremhever betydningen av gode tilknytningsprosesser.

Fonagy er opptatt av mentalisering, et nytt ord for kjente fenomener. Mentalisering handler om evnen til å tenke og reflektere om sine egne tanker og følelser og andres. Indivdets evne til mentalisering, vil prege samspill og kommunikasjon (Fonagy et. al 2007). Familierapeuter har vært opptatt av den kommunikative siden ved følelser, og hvilken virkning følelsene har (Johnsen 2004) Siegel (1998) hevder at følelsenes funksjon er sosial kommunikasjon. Sterns (1985) syn på følelser, i tillegg til systemisk forståelse av følelser som atferd og kommunikasjon, gir en utvidet forståelse (Johnsen 2004).

2.2.7 Nettverksteori, språket og samtalene

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Seikkulas arbeider, når det gjelder nettverksteori. Seikkula

(2000) preges av en overbevisning om at psykiske problemer oppstår i relasjoner, og at det er der de best kan løses. Han har utført forskning i samarbeid med flere institusjoner. Jeg vil avgrense meg til å ha fokus på Seikkulas (2000) nettverksteori og nettverkssentrert tilnærming til psykiske problemer.

I sin bok *Åpne samtaler* (2000), hevder Seikkula at suksess og vansker kommer utenfra, og at forandring først og fremst skjer gjennom det som omgir oss, nemlig nettverket, språket og samtalene. Dette representerer en annen tenkning enn at problemene kommer innenfra, og at forandring må skje i den personen som har et problem. Samtalene og språket er ikke bare hjelpemidler til å forstå, men har kraft til å skape. Seikkula hevder at språket skaper nye meninger, skaper nye forhold mellom mennesker, faktisk (om)skaper menneskene. Han har ikke forsøkt å presentere en ny teori om psykiske problemer, eller årsaken til sosiale problemer generelt. Han ser ikke det sosiale nettverk som årsaken til sykdom eller problemer. Han er opptatt av faktorer som har sammenheng med det aktuelle problemet eller familiemedlemmenes stilling Seikkula (2000 s 176).

Grunntanken i Seikkulas (2000) modell er at pasientens menneskelige relasjoner utgjør en uerstattelig ressurs. Han er opptatt av den sosiale støttenes betydning i forhold til sykdom. Sosial støtte betyr at individets relasjoner gir emosjonell eller annen støtte, og at dette har positiv innvirkning på individets problemutvikling. Seikkula (2000) hevder at hvis pasientens relasjoner stenges ute fra behandlingen av problemet, kan den profesjonelle hjelperen forsterke problemet ved at hjelperen forventes å vite mer om problemet enn noen andre. Hvis pasientens relasjoner i nettverket blir delaktige, blir hjelperens bare en av flere stemmer, og pasienten får større valgmuligheter.

I nettverksarbeid kan man bruke flere teorier samtidig, og integrere flere forskjellige forklaringer på ulike fenomener. Nettverkssentrert arbeid kan ikke erstatte de eksisterende hjelpemetodene, men det gir en mulighet til å integrere enkeltstående metoder, slik at pasientens helhetssituasjon blir med i betraktning. Innen nettverksarbeidet finnes tanker som konkurrerer med tradisjonelle tenkemåter, blant annet kritikk som går på at individet forsvinner som individ, når alt spres ut i nettverket. Seikkula (2000) hevder det motsatte og tenker at pasientens individualitet øker når man kan dele det vanskelige med alle mennesker som står en nær; Når alle de viktige menneskene er tilstede samtidig, blir det mulig å finne en individuell linje og identitet. (Seikkula 2000 s 177)

Marsella og Snyder (1981, i Seikkula 2000), definerer sosialt nettverk som; ”... *de samhandlingsforhold som gjør at individet bevarer sin sosiale identitet. Fra disse samhandlingsforholdene får det åndelig støtte, materiell hjelp, tjenester, kunnskaper og nye relasjoner*” (Seikkula, 2000 s 18).

Seikkula hevder det har vært fruktbart å studere sosiale nettverk som nye systemer som utvikles i hver samhandling. Helheten av et individs relasjoner, nettverket, er ikke et selvstendig og uavhengig system, men består av de relasjoner menneskene selv opplever som viktige (Seikkula 2000 s 19). Nettverket bør ikke ses som et fast system som regulerer menneskenes funksjoner, for eksempel slik familien ses i systemisk familieterapi.

Det er ikke tettheten i de sosiale relasjonene som avgrenser nettverket. Nettverk kan like gjerne bestå av familiemedlemmer eller arbeidskamerater man treffer daglig, som en god venn man møter en gang i året. Relasjonen kan derfor omfatte svært forskjellige mennesker. Hovedsaken er at individet selv opplever dem som betydningsfulle. Denne gruppen er vanligvis liten og håndterlig.

2.2.8 Likeverdige dialog

Seikkula (2000) deler arbeidet inn i nettverkssentrert arbeid, hvor terapeuten tar hensyn til pasientens sosiale nettverk i behandlingen, og nettverksterapi som kan tilpasses en spesiell metode. Når den profesjonelle retter oppmerksomheten mot forskjellige stemmer i klientens liv for eksempel ved å invitere dem til en felles samtale for å definere oppgaven da arbeider han nettverkssentrert (Seikkula 2000 s 53) Når målsettingen er definert i forhold til ulike sider ved klientens liv, kan hjelpemetoden for eksempel bli individuell psykoterapi. Målet er å mobilisere pasientens nettverk, slik at det kan bidra til å løse for eksempel familieproblemer. Nettverk er ikke et objekt for forandring men det iverksetter forandringen. Man lytter til hver enkelts oppfatning av problemet og begynner samtalen ut fra det. Ved å samtale om problemet og prøve å forstå det i mest mulig likeverdig dialog, skapes et nytt felles språk eller en ny fortelling.

En nettverkssentrert arbeidsmåte prøver å påvise potensielle ressurser i pasientens relasjoner ved hjelp av en dialog (Seikkula 2000). Klienten ses som ansvarlig for sitt eget liv og som

aktiv deltager i samhandlingen med de andre i nettverket. Synsmåten endres fra problemorientering til ressursorientering, i motsetning til et tradisjonelt medisinsk synspunkt som analyserer livskriser som mangler eller sykdommer.

2.2.9 Nyere sentral forskning

Flere teoretikere har vært opptatt av de samme temaene som nevnt ovenfor; forholdet mellom nyere utviklingspsykologi og systemisk familieterapi. Mæhle (2003) peker på at familieterapi og utviklingspsykologi har et interessefellesskap ved at de begge er opptatt av hvordan mening skapes. I sin doktorgrad (*Re-inventing the child* 2003) undersøker han forholdet mellom akademisk kunnskap og klinisk praksis, forholdet mellom utviklingspsykologi og familieterapi. Han drøfter bakgrunnen for at familieterapifeltet har vært kritisk til bruken av akademisk kunnskap. Han argumenterer for at kunnskap om barns utvikling er nødvendig og nyttig for å kunne drive effektivt og etisk familieterapeutisk arbeid som involverer barn. Han peker også på at familieterapi og utviklingspsykologi har et interessefellesskap. Begge er opptatt av hvordan mening blir skapt gjennom gjensidig fortolkning og av historiefortelling (narrativer) som et redskap til å gi erfaringer og opplevelser mening.

Bruner (1990) hevder at all menneskelig handling er forankret i en historisk og kulturell virkelighet. Menneskelige handlinger kan etter hans mening ikke gjøres rede for med en ensidig ”utenfra-inn” vinkling. Han hevder vi i en viss forstand må betraktes som autonome eller selvstyrte.

Nyere psykoterapiforskning har forsket på virksomme faktorer i psykoterapi, og hva slags kunnskap som gir gode terapeuter (Hubble et. al 1999). Når man ser på forskning som er foretatt vedrørende virkning av terapi, ser det ut til at jo bedre allianse det er mellom terapeut og pasient, desto større er sjansen for at det skal skje en positiv endring i pasientens liv. De terapeutiske metoder eller teorier er av mindre betydning. Hubbel et. al (1999) forsøker å samle empiri, teori og pragmatisk tenkning i en modell for hva som virker i terapi, og fellesfaktorenes betydning. Disse faktorene handler om empati, varme, respekt, anerkjennelse og akseptering. De er snarere uttrykk for en terapeutisk holdning enn for bestemte terapeutiske teorier, metoder eller teknikker. Det som virker er faktorer som er felles for alle behandlingsformer; ekstraterapeutiske faktorer, klient/terapeutrelasjonen, tro/håp/forventning og metode. Med ekstraterapeutiske faktorer mener de alt i pasientens liv som bidrar til

bedring uavhengig av at pasienten er i behandling som pasientens styrke, ressurser, sosialt nettverk, støtte og tilfeldigheter. Disse faktorene ser ut til å gjelde uansett om terapi foregår på familie-, par eller individplan (Helmer og Hammer 1997).

Nafstad (2005) hevder at positiv psykologi i stor grad vil fortrenge sykdomsmodellen som i dag er rådende innen klinisk behandling av psykiske problemer. Det ser ut til å være en del nyere forskning på positiv psykologi. Stikkord er verdier og valgmuligheter forbundet med det gode liv, positiv terapi, positiv utvikling gjennom livsløpet, hvordan håp og optimisme har betydning for mental helse, resiliens (motstandskraft) og psykologisk vekst (Seligmann et.al 2005). De mener med sin forskning å ha belegg for at fokus på positive intervensjoner kan supplere tradisjonell behandling, og gi økt individuell ”lykke” hos pasientene.

Jeg har i dette kapitlet fokusert på teori og forskning som er med på å belyse hvordan tidlig samspill kan ha betydning for utvikling av evnen til å danne gode relasjoner senere i livet. Ved siden av systemiske teorier og nettverksteori danner dette grunnlaget for drøftingen i kapittel 5.

KAPITTEL 3. METODE OG MATERIALOPPBYGGING

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for denne oppgaven, og de metodiske valgene som ble gjort i undersøkelsen. Jeg vil gjennomgå metodiske tilnærminger jeg bruker i dette prosjektet. Jeg vil også diskutere fordelene med å benytte metoden jeg har valgt i denne oppgaven. Jeg vil redegjøre for hvordan jeg har samlet inn data, og hva slags viderebehandling jeg har gitt dem med tanke på analyse og tolkning.

3.2. Fenomenologi

Min undersøkelse tar utgangspunkt i praksisfeltet og den kunnskapen som finnes der. Jeg ønsket å få tak i informantenes beskrivelser av sitt kliniske arbeid, i denne sammenheng. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av meningen i enkeltpersoners erfaringer. Interessen rettes mot fenomenverdenen slik informanten opplever den, og fokus rettes mot det som tas for gitt innenfor en kultur

(Thagaard 2003 s 36) Fenomenologien bygger på en underliggende antagelse om at realiteten er slik mennesker oppfatter at den er (Kvale 1997). Ut ifra dette perspektivet ønsket jeg å forankre denne undersøkelsen i metoder som tar utgangspunkt i et vitenskapssyn basert på en fenomenologisk hermeneutisk forståelsesform.

3.2.1 Hermeneutikk

Hermeneutikken er en bevegelse utover fenomenologien, ved at det brukes en fortolkning til å forstå et fenomen. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten. All forståelse bygger på en forforståelse, og fortolkningens styrke vil være knyttet til forskerens argumentasjon for at denne fortolkningen er den rette (Thagaard 2003).

Ut fra målsettingen om å oppnå forståelse for informantenes kliniske virkelighet, har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitative metoder. Kvalitativ tilnærming kan derfor knyttes til fortolkende teorier som fenomenologi og hermeneutikk i denne studien. Den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen danner grunnlaget for den forståelsen jeg utvikler i løpet av forskningsprosessen (Thagaard 2003 s13). Det ble et ”innenfra” og ”nedenfra” perspektiv for frembringelse av kunnskap i dette prosjektet, der informantenes beskrivelser og fortellinger kunne tre frem uten å skulle plasseres i forutbestemte kategorier.

3.3. Problemstilling og valg av metode

Problemstillingen i oppgaven er; *Hvordan beskriver terapeuter sitt arbeid i en voksenpsykiatrisk poliklinikk, når det gjelder involvering av nettverk i terapi?*

Litteraturgjennomgang ble brukt som grunnlag for presisering av problemstillingen. Jeg forsøkte å lage et så smalt fokus som mulig, slik at jeg kunne få mest mulig kunnskap om det jeg ville belyse. Det var hele tiden en avveining mellom presisjon og åpenhet. Jeg ønsket fleksibilitet i forhold til at prosjektet kunne utvikle seg i en annen retning enn utgangspunktet. Jeg arbeidet med å finne fokus for studiet, konkretisere hva jeg ville undersøke. Bearbeiding av problemstillingen ble en kontinuerlig prosess under hele arbeidet. Arbeidet med å

formulere en problemstilling for denne undersøkelsen var en prosess som tok utgangspunkt i det perspektivet som er beskrevet i innledningen under punkt 1. Dette perspektivet ble fastholdt i intervjuene med informantene hvor fokus ble lagt på å belyse praksis så omfattende og fullstendig som mulig. Problemstillingen er en presisering av hva denne oppgaven handler om, og ble ferdig formulert mot slutten av studien.

3.3.1 Valg av metode og plan for prosjektet

Ut ifra tema og problemstilling er det hensiktsmessig å velge kvalitativ metode og intervju i denne studien. Første fase var, ved siden av arbeidet med problemstillingen, å planlegge prosjektet. Jeg utarbeidet og fikk godkjent en prosjektplan. Altså en beskrivelse av undersøkelsens hvem, hva, hvor og hvordan (Thagaard 2003).

Utgangspunktet for mitt prosjekt var at prosjektplanen måtte gi grunnlag for fleksibilitet. Slik kan forskningsprosessen tilpasses forhold som anses som strategiske underveis. Jeg ønsket å kunne endre fremgangsmåten på grunnlag av den informasjonen dataene ga underveis. På grunnlag av erfaringer tidlig i datainnsamlingen ville strategien kunne endres slik at dataene blir relevante i forhold til problemstillingen, slik at analysen kan føre til interessante opplysninger (Thagaard 2003 s14).

3.3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Jeg vil nå gjøre rede for den særskilte metode som ble brukt i materialoppbyggingen – det kvalitative forskningsintervju. Det kvalitative intervju ble en nærliggende og naturlig metode å velge fordi det vil bidra til å få fram informantenes egne fortellinger og beskrivelser fra sitt arbeid. Kvale (1997 s 21) definerer det kvalitative forskningsintervju slik; *”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”*

Nettopp dette var min hensikt med undersøkelsen. Det er informantenes beskrivelser av opplevelser fra sitt arbeid jeg ville ta utgangspunkt i, noe som også begrunnet mitt vitenskapsteoretiske valg ovenfor. Det finnes utallige måter å utføre et slikt intervju på. Noe av kjernen i et kvalitativt intervju er å bruke seg selv og sin nysgjerrighet aktivt under

intervjuet. Det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap (Kvale1997).

Opplysninger som kommer frem i et kvalitativt intervju ses ikke som objektive, men subjektive i den forstand at de avhenger av dem som ble intervjuet. Intervjuformens styrke er at den fanger opp variasjonen i informantenes oppfatninger om et tema, og dermed gir et bilde av en mangfoldig verden. Kvale (1997) presiserer også at det kvalitative forskningsintervju har en vitenskapsteoretisk forankring i fenomenologisk og hermeneutisk tenkning.

3.3.3 Utvalg

I det følgende vil jeg presentere informantene og hvordan jeg kom frem til utvalget. Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard 2003). Kriteriet for utvelgelse var at det var kunnskapsrike terapeuter. Det var viktig for meg å velge informanter som kunne reflektere inngående rundt sin praksis i lys av sine erfaringer og ferdigheter. Jeg ønsket å få en så fyldig beskrivelse av den undersøkte praksis som mulig, slik at det ble utfyllende nok.

Jeg ønsket å starte med å intervju en erfaren informasjonsrik terapeut som besitter mye teori- og praksiskunnskaper. Jeg valgte å bruke denne terapeuten som en nøkkelinformant da han kan spesielt mye om feltet. Jeg ønsket å bruke vedkommende til å teste ut intervjuguiden og å få en intervjutemaliste til bruk i de andre intervjuene. Jeg valgte nøkkelinformanten ut ifra at jeg kjente til han som en erfaren terapeut som er god til å formidle sin kunnskap.

Jeg kjenner praksisfeltet godt og valgte ut de to neste informantene etter mitt kjennskap til disse. Den fjerde informanten valgte jeg ut etter å ha forespurt erfarne terapeuter i et annet fylke. Jeg kjente ikke til denne informanten fra før, og syntes det var interessant å intervju denne, for å se om det kunne føre til andre resultater enn i de andre intervjuene. Den siste informanten ble valgt ut etter forslag fra en forespurt terapeut, som ikke hadde tid til å delta i undersøkelsen selv. Jeg har koblet utvalgsstørrelse til metningspunkt, det vil si når fortsatt materialinnsamling ikke syntes å gi noe nytt (Holter og Kalleberg 1996).

Utvalget består av en nøkkelinformant og ytterligere fire terapeuter, 2 menn og 3 kvinner. Alle informantene hadde lang erfaring fra psykisk helsevern. I gjennomsnitt var det 20 år siden de var ferdige med sin grunnutdanning. Deres arbeidserfaring fra psykisk helsevern var fra over 20 til 7 år. Tre av informantene er utdannet psykologer, en er spesialist i psykiatri og en er klinisk barnevernspedagog. To av informantene arbeider ved samme poliklinikk, mens de tre andre representerer tre forskjellige arbeidssteder. Informantene kommer fra tre ulike fylker.

3.3.4 Gjennomføringen av intervjuene og intervjuguide

Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes kontorer. Jeg erfarte at intervjuguiden ble en veileder, og noen av intervjuene ble en samtale omkring tema. Jeg ønsket samtidig å være åpen for andre tema eller spørsmål, hvis disse kunne kobles opp mot forskningsspørsmålene, og gi funn av interesse.

Det første intervjuet ble gjennomført med nøkkelinformanten. Jeg hadde satt opp en liste over temaer og spørsmål som jeg forsøkte løpende å tilpasse intervjuets forløp. Intervjuet med nøkkelinformanten ble ved siden av bånd, også tatt opp på video. Dette for å sikre at informasjon fra intervjuet ikke skulle gå tapt. Jeg opplevde at intervjuguiden var for lite fokusert, og at det var vanskelig å stille de riktige spørsmålene for å kunne belyse problemstillingen. Nøkkelinformanten besitter store mengder kunnskap og erfaring, og ga rikholdig informasjon, dette på tross av mitt noe famlende intervju.

Jeg utarbeidet en forbedret utgave av intervjuguiden i samarbeid med min veileder etter intervjuet med nøkkelinformanten. Jeg forsøkte å tydeliggjøre spørsmålene etter det første intervjuet, da noen av de kunne være vanskelige å forstå. Jeg reduserte også antall spørsmål og fikk et smalere fokus i intervjuet, for å kunne få fylldige beskrivelser av temaene. Denne intervjuguiden ble brukt som en veileder i de neste intervjuene. Jeg ønsket å styre samtalen til å omhandle de tema som jeg satte opp i intervjuguiden på forhånd for å kunne belyse spørsmålene jeg ønsket å utforske.

For å få erfaring med hvordan den valgte strukturen i intervjuguiden fungerte, foretok jeg et pilotintervju på en kollega. Jeg ønsket også å teste ut utstyret, at båndopptakeren virket. Konklusjonen etter dette intervjuet var at guiden fungerte godt mht å bringe fram informantens beskrivelser. Samtaleteknisk erfarte jeg at jeg burde kjenne intervjuguiden

bedre. Jeg erfarte videre at spørsmålenes rekkefølge ikke var så viktig som at innholdet i samtalen ble fyldige beskrivelser, rundt sentrale temaer for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble viktigere at informanten kunne reflektere rundt temaene, enn at de skulle svare på spørsmål.

Jeg gjorde kun ett intervju pr dag. Dette fordi jeg ville ha tid til refleksjon etter hvert intervju. Jeg ønsket tid til å skrive ned inntrykket etter intervjuet, og tenke over hvilke tema jeg skal ta opp videre i neste intervju.

De neste intervjuene ble gjennomført etter nærmere avtale om tid og sted med informantene. Intervjuene varte fra 1,5 til 2 timer. Jeg tok opp alle intervjuene på bånd, da det kunne være vanskelig å opptre som en god lytter samtidig som jeg skulle ta notater. Jeg forsøkte å stille oppfølgingsspørsmål, ba om eksempler, for å få så utfyllende informasjon om deres praksisnære kunnskap som mulig.

Jeg hadde fokus på beskrivelser av hvordan terapeutene faktisk arbeider, fremfor hvordan praksis var tenkt på arbeidsstedet. Jeg ønsket å utforske hvilke erfaringer som finnes, få frem informantenes fortellinger fra konkrete møter med pasienter. Ingen av informantene synes å føle seg brydd med at båndopptakeren sto på, da de var godt vant med dette fra sin praksis og veiledning. Jeg var noe forstyrret av båndopptageren, da jeg er relativt uvant med bruk av den. Det viste seg lettere å improvisere under de siste intervjuene, da jeg var tryggere i rollen som forsker. Jeg noterte også stikkord fra intervjuene, i en egen forskningsdagbok, til senere hjelp i analysearbeidet

Materialet til undersøkelsen består av 1 pilotintervju, 1 nøkkelinformantintervju og 4 intervjuer. Dette utgjorde 2 timers videoopptak og 9 timers lydbåndopptak, som ble transkribert til ca 100 sider tekst.

3.4 Transkripsjoner

Jeg transkriberte (skrev ut) alle intervjuene selv, i sin helhet fra lydbåndopptak. Jeg gjenga samtalene ordrett, med gjentakelser og digresjoner. Jeg valgt å gjøre det på denne måten for å få nærhet til materialet, selv om prosessen var møysommelig og tidkrevende. Utskriftene ble sett som et tolkningsredskap for det som ble sagt under intervjuene. Jeg brukte få kodesystem

under transkripsjonene. Jeg noterte meg tenkepauser. Jeg noterte ikke-verbale uttrykk, som latter hos informantene, ved å sette inn et tegn, for å se om dette kunne brukes i tolkning senere i prosjektet. Jeg ønsket å få tak i meningsinnholdet i det informantene sa, og så derfor ikke hensikten i å bruke et vell av kodeord. Jeg merket aktuelle sitater med uthevet skrift, som jeg muligens ville bruke videre i rapporten, for å illustrere relevante poeng. Alle pasienthistorier som informantene kom med ble referert i parentes, for senere lettere kunne ivareta anonymisering.

Transkribering og analyse gikk fortløpende under hele prosessen. Gjennom transkribering fikk jeg ideer underveis. Jeg brukte god tid på å gjennomgå hvert intervju, så på tvers av intervjuene for å se etter interessante funn. Målet var å kunne si mye om det avgrensede feltet eller temaet jeg vil forske på, gå i dybden med smalt fokus. Jeg ville derfor avgrense meg, bestemme hva jeg skulle fokusere på og hva jeg ikke skulle inkludere.

3.5 Analyseprosessen og tolkning av materialet

3.5.1 Innledning

Begrepene analyse og tolkning synes ofte å bli brukt om hverandre. Repstad (1993) definerer analyse som den måten en prøver å ordne data slik at en får en struktur som gjør materialet lettere tilgjengelig for forskning. Tolkning defineres som en begrunnet vurdering av data i forhold til de problemstillinger som tas opp, og i forhold til teorier som setter funn fra studien inn i en større sammenheng. Arbeidet ble utført systematisk, men i praksis ble analyse, tolkning og rapportskrivning gjort samtidig og gled over i hverandre i denne studien.

3.5.2 Innholdsanalyse

Analyse av kvalitativt datamateriale finner ikke sted ved hjelp av en egen analysenøkkel eller et magisk redskap (Kvale 1997). Som et utgangspunkt for hvordan jeg analyserte og tolket undersøkelsens materiale vil jeg beskrive prosessen med å komme fram til analyseprosedyrer jeg valgte for min studie

Jeg vurderte flere analyseretninger i løpet av prosessen. Da jeg startet prosjektet tenkte jeg at Grounded Theory (Glaser 1998) var den analysemetoden som passet mitt prosjekt best, men

fant ut at metoden ble unødvendig komplisert for dette prosjektet. Jeg ville også unngå at reglene blokkerte for fremvekst av resultater. Noen trekk fra metoden er allikevel brukt i denne studien, med en åpen og oppdagelsesorientert tilnærming. Datainnsamling og analyse ble parallelle prosesser. En stadig sammenligning av nye observasjoner med tidligere data ble benyttet for å utvikle intervjuene, kategoriene og se relasjonene mellom dem. Jeg vurderte videre å benytte meg av diskursanalyse. Da mitt prosjekt handler om å få tak i innholdet i det informantene sier, mer enn måten de sier det på, fant jeg ut at denne tilnæringsmetoden ikke var den beste.

Analysen begynte allerede under intervjuet på den måten at jeg reflekterte tilbake til informanten. Jeg forsøkte å utdype ved å spørre; kan du si mer om, fortell om, hva mener du med, hvordan opplevde du, hva var dine reaksjoner på, forstår jeg deg riktig når jeg oppfatter at (fortolkende karakter).

Analyse kan som sagt i mange tilfeller være ganske komplisert. Jeg så ikke berettigelsen av en for detaljert og komplisert bearbeiding av komponentene av intervjuutskriftene. Professor Suzanne Guerin foreleste om "Content Analysis", innholdsanalyse, under en av studiesamlingene ved dette masterstudiet. Jeg opplevde innholdsanalyse som et konstruktivt og passende utgangspunkt for analysen i denne studien, da jeg ønsket å se etter beskrivelser av temaer og innhold i terapeutenes praksis. Jeg valgte derfor innholdsanalyse som et utgangspunkt for analysen. Det betyr at ikke all informasjon blir en del av analysen. Informantenes kroppsspråk, måten de sier ting på, tonefall osv. utelates fra analysen.

3.5.3 Arbeidet med teksten/ kategoriproduksjon

Jeg valgte å dele teksten inn i kategorier for å kunne sammenfatte materialet til oversiktlige enheter. Dette hjalp meg til å identifisere sentrale temaer og mønstre i materialet. Jeg benyttet meg av en tretrinnsprosess (Holter og Kalleberg 1996 s18) til å utforme kategoriene. Jeg foretok en første gjennomlesning som ga et helhetsinntrykk av intervjuet og informanten. Jeg noterte egne assosiasjoner som en begynnelse på kategorioppstilling. Så fulgte en lesning der alle innfall til kategorier ble notert, bygget på teorien og forforståelsen av problemstillingen. Ved tredje lesning laget jeg et memo/narrativ av hvert intervju. Også i denne forbindelsen ble forslagene til kategorier endret. Teksten ble forsøkt delt inn i unike kategorier. Det er viktig at disse kategoriene ikke overlapper hverandre (Mayring 2000).

Jeg laget et eget Word-dokument for hver kategori. Jeg fant fem avgrensede kategorier hvor informantene beskrev områder fra sin praksis. Deretter gjennomgikk jeg hvert intervju for å se hva informanten hadde sagt om dette temaet, kodet med en farge for hver informant slik at jeg skulle ha kontroll på hvem som hadde sagt hva. Jeg trakk ut det som var relevant for kategorien og for å belyse problemstillingen. Jeg skrev dette inn i de ulike Word-dokumentene.

3.5.4 Fra kategorisering til identifisering av mønstre.

Jeg analyserte, i et eget dokument til slutt materialet på tvers av intervjuene. Jeg gjennomgikk alle intervjuene på nytt, hvor jeg så etter mønstre og særtrekk som relaterte seg til de analytiske spørsmålene. Mønstre ble notert systematisk under ulike overskrifter. I denne fasen gikk analyse og tolkning over i hverandre. Jeg søkte bevisst å la data tale for seg og ikke tvinge noe ut av materialet som det ikke var dekning for.

Jeg så etter innholdet i det informantene sa, om de sa noe av det samme, om det var noen mønstre og hvilke forskjeller det var. Jeg så også etter illustrerende sitater, relevant på temaer og mønstre. Under leting etter resultater (analysen) hadde jeg særskilt oppmerksomhet på brudd, kontradiksjoner, inkonsekvens i informasjonen jeg fikk. Jeg så etter det tatt for gitt, og hva det var vanskelig å spørre om. Hvilke spørsmål jeg stilte til teksten ble også en del av analysen. Jeg forsøkte å samle informantene til et møte etter analysearbeidet og presentere resultatene for dem. Målet var å lytte til deres diskusjon, "løfte den opp" og gjøre et mindre analysearbeid av den etterpå. Dette fordi det tenkes kvalitet innenfor kvalitativ forskning. Dette lot seg allikevel ikke gjøre, av tidshensyn. Jeg tok med resultatene tilbake til en drøfting med nøkkelinformanten. Materialet blir drøftet opp mot eksisterende teori og forskning i neste kapittel.

3.5.5 Etske hensyn og personvern

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste ga godkjenning for det planlagte prosjektet. Dette studiet medførte ikke meldingsplikt til REK (Regional etisk komite) da jeg forsket på terapeuters beskrivelser av sin praksis, og ikke på pasientene. Da dette var avklart, kontaktet

jeg informantene med et fyldig informasjonsskriv om prosjektet og en invitasjon til å delta. Her ble fokus og rammene presentert.

Det ble lagt vekt på at deltagelse var frivillig, og at de uten begrunnelse kunne trekke seg fra prosjektet og kreve at egne data ble slettet. Jeg innhentet skriftlig samtykke fra hver enkelt informant, før intervjuet fant sted. Som en del av informantenes rettigheter ble det fremhevet at informasjon skulle behandles konfidensielt. Materialet som brukes er anonymisert.

Jeg la vekt på å få et godt klima mellom meg og informantene, slik at det skulle oppleves som positivt og trygt å delta i intervjuet. Hensikten var å hente fram deres praksiskunnskap. Gjennom min kjennskap til feltet hadde jeg en nærhet til det som skulle studeres og en bevissthet om at en er en del av kunnskapen som frembringes. Samtidig ble det forsøkt holdt en distanse i interaksjonen mellom meg og informanten slik at deres beskrivelser fikk rom til å tre frem. Jeg inviterte til refleksjon rett etter intervjuene, slik at informantene hadde anledning til å snakke om intervjuopplevelsen og å formidle eventuelle reaksjoner.

3.5.6 Reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet dreier seg om resultatene er gyldige og til å stole på. Studiens troverdighet avhenger blant annet av at den kan vurderes kritisk av andre. For å sikre dette har jeg gjort rede for fremgangsmåter under datainnsamling, opplegg for analyse og hvordan resultatene kan tolkes. For å kunne trekke gyldige konklusjoner fra materialet må dette være pålitelig (Thagaard 2003).

Reliabilitet kan forstås som påliteligheten av undersøkelsen. Materialets validitet innebærer om forskeren har undersøkt det som var ment å undersøkes, og om det innsamlede materialet har relevans for problemstillingen (Repstad 1993). Når en har forsikret seg om at en undersøker det som var hensikten med undersøkelsen har vi god validitet. Er dette gjort på en troverdig og sikker måte, har vi god reliabilitet (Repstad 1993).

Informantenes mulighet for kontroll var ikke der i analysefasen, da kontakten mellom meg og informantene var brutt. Kvale (1997) hevder at valide svar (i et intervju) er et spørsmål om å spørre riktig. Den mest direkte pålitelighetsprøven får man når intervjuutskriftene forelegges informantene til godkjenning. Dette kan være tidkrevende men forholdsvis sikker

fremgangsmåte (Holter og Kalleberg 1996). Jeg ønsket derfor å samle informantene når resultatene forelå slik at de hadde anledning til å vurdere mitt produkt og muligheten for endringer var tilstede. Dette lot seg som tidligere beskrevet ikke gjennomføre.

Kunnskap er i kvalitativ forskning kontekst- og personavhengig og følgelig mangfoldig (Kvale1997). Et argument er at min tolkning bare er en av mange mulige og at disse er farget av mine holdninger til temaet. Kunnskap som genereres i intervju påvirkes definitivt av forskerens, men også av informantens ståsted, verdier og synspunkter. Spørsmålet blir dermed om jeg som forsker har vært tro mot mine informanternes beskrivelser, og om jeg har funnet troverdige sammenhenger med relevant teori i materialet.

Intervjuene var etter min vurdering preget av åpenhet, og tillit – et godt utgangspunkt for et bra materiale. Jeg var forstyrret av båndopptageren, men informantene snakket allikevel og var ikke preget av dette. Jeg fikk et inntrykk av at informantene i starten av intervjuet var opptatt av min forankring i familieterapifeltet, og hva som skulle være min hensikt med denne undersøkelsen. Min forbindelse med undersøkelsens felt bidro til at det var vanskelig å unngå faglige diskusjoner. Jeg hadde fokus på dette. Min forforståelse ble på denne måten ikke forstyrrende, da jeg ikke gikk inn i faglige diskusjoner. Informantene ga positiv tilbakemelding etter intervjuet. De likte å reflektere rundt sin praksis og jeg skapte interesse for temaet gjennom spørsmålene mine. Dette førte til utfyllende beskrivelser fra informantene.

Denne undersøkelsen har sine svakheter. En svakhet ved metoden informantene ble valgt ut etter, er at utvalget kan bli skjevt ut ifra at informantene kjenner hverandre, var fra samme miljø, lignet hverandre og de ble anbefalt av hverandre. Jeg tror ikke det ble slik i dette studiet, da alle var erfarne og hadde ulike erfaringer og beskrivelser, slik jeg var ute etter. Det var ikke ubehagelig, men noe vanskelig å spørre terapeutene om involvering av pårørende i terapi. Dette kan ha påvirket måten å spørre om disse temaene på. Det kom allikevel frem fylldige beskrivelser fra terapeutene om hva de tenker rundt disse spørsmålene.

Det var vanskelig å finne et tydelig avgrenset fokus i undersøkelsen, og problemstillingen ble ferdig utformet mot slutten av studiet. Dette kan ha påvirket undersøkelsen under materialoppbyggingen. Viktig materiale kan ha gått tapt, eller ikke kommet klart nok fram.

Samtidig har terapeutene med sitt engasjement gitt av sin kunnskap og gjennom det vært med å belyse problemstillingen.

3.5.8 Generalisering

Det er flere ting som har gjort denne studien troverdig. Terapeutene i denne undersøkelsen er opptatt av og oppdatert på nyere teori. De var alle erfarne klinikere, med et reflektert forhold til sin praksis, og en kan tenke seg at andre terapeuter med lignende teoriforståelse og erfaring ville kunne sagt noe om det samme. De kommer fra samme miljø, men fra ulike poliklinikker. Man kan tenke seg at beskrivelsene fra terapirommet også vil kunne gjelde i andre polikliniske terapier. Jamfør undersøkelsen til Moss og Hafstad (1990, i Moss/Åhlin 1994), kan man kanskje tenke seg at det er en trend at nettverk som regel ikke blir trukket inn direkte, som en del av terapien, men at man allikevel er opptatt av nettverk på en indirekte måte.

I neste kapittel vil jeg presentere resultatene fra undersøkelsen.

4. RESULTATER

4.1 Innledning

Fokus i denne undersøkelsen har vært terapeuters beskrivelser av hvordan de arbeider med individet og nettverket i en psykiatrisk poliklinikk. I det følgende vil jeg presentere resultatene fra den undersøkte praksis, og min tolkning av disse. Teksten blir på denne måten mitt arbeid, og ikke bare en sammenfatning av terapeutenes stemmer.

Et viktig mål har vært å få fram hvordan terapeutene faktisk arbeider, ikke bare praksis slik den er tenkt på arbeidsstedet. I resultatdelen har intervjumaterialet blitt innordnet etter hoved- og underkategoriene jeg kom frem til gjennom analysen. Disse kategoriene var; terapeutenes teoriforståelse, forståelse av individet og individet i relasjon, nettverkets betydning.

Når det gjelder identifisering av mønstre i materialet, så har jeg funnet at terapeutene sier noe av det samme, det finnes noen mønstre, og det finnes forskjeller. I denne undersøkelsen kom det frem at systemet individet er en del av er et kjernepunkt i terapeuters møte med individet. Innholdet i individualterapi handler mye om relasjoner og følelser knyttet til disse.

Informantene hadde flere fellestrekk mht syn på individets plass og involvering av nettverk i terapien.

4.2 Formelt ståsted/ terapeutenes teoriforståelse

Det første hovedtemaet er teoriene og de terapeutiske metoder som informantene bygger sin praksis på. Formelt ståsted innebærer her den enkeltes teoretiske forståelsesmodell. Her er det interessant å se på om terapeutene definerer seg ulikt teoretisk og hva de har hatt nytte av i praksis. Det informantene uttrykker av holdninger til terapi kommer også frem her. Faktorer som empati, varme, respekt, anerkjennelse og akseptering er uttrykk for terapeutisk holdning. Noen av beskrivelsene og begrepene er mine, men trofast til materialet.

4.2.1 Hva hjelper teoriene til

Her fant jeg at alle terapeutene beskriver hvordan de trekker veksler på flere ulike typer teorier. Ingen beskrev seg selv som avgrenset teoretisk. Flere nevner at teoriene hjelper de til å være nysgjerrige, stille spørsmål og at de gir inspirasjon til faglig utvikling. Flere beskriver at teoriene hjelper de til å forstå hvordan psykiske problemer utvikles og hvordan de kan løses i terapi.

Flere nevner at de drar nytte av alt sammen i praksis, fra hovedinnholdet i de systemiske, kommunikasjonsorienterte, løsningsfokuserte og narrative retningene til utviklingspsykologi, tilknytningsteori, affektteori og sosialpsykiatri. Felles for terapeutene er at de stadig er på søken etter teori som de kan ha nytte av i praksis. Det var stor variasjon i hva de sa om hvilke teorier de hentet inspirasjon ifra.

I denne sekvensen av intervjuet var informantene veldig engasjerte. Et tema som trer frem er deres opptatthet av hva det er som gjør at mennesker utvikler problemer, men også hva det er som gjør at de klarer seg bra. Selv om det var variasjon i hva informantene sa om formelt ståsted, var alle opptatt av et optimistisk menneskesyn. Flere av terapeutene var opptatt av samspill, tilknytning og selvutvikling hos barn som et viktig bidrag til å forstå senere utvikling av psykiske problemer. En av terapeutene hadde mer nytte av de kommunikasjons- og løsningsorienterte retningene. Det er interessant å se at de definerer seg en del ulikt teoretisk, men at de drar nytte av mye felles i praksis.

En sa; ”Jeg tar ikke på et nytt tankesett eller holdninger hvis jeg skal jobbe med enkeltindivider, par eller familier. De samme teorier eller teknikker gjelder, uansett hvor mange det er til stede i terapirommet”. Resultatene av undersøkelsen viste at det er små forskjeller i tenkning og praksis, teorier og teknikker i møte med individet, eller hvor det er flere personer til stede i rommet. Jeg fant ingen tydelig interesse for nettverksteori hos terapeutene. Dette kan forstås ut ifra at de arbeider med individet i fokus.

4.3 Terapeutenes beskrivelser av individet

Neste kategori jeg kom frem til gjennom analysen var terapeutenes beskrivelser av individet. Flere uttrykte en holdning som gjenspeiler at det ikke finnes en mal for hvordan et individ skal være. En av terapeutene sa at hun tenker om personen ut ifra det systemet vedkommende lever i. De så hver enkelt pasient som et unikt menneske, som trengte assistanse i å finne tilbake til det sporet det var ment å skulle være på, i livet. Individet blir sett som unikt, og hver terapi blir ut ifra dette tilpasset den enkelte. Terapeutene er opptatt av at pasienten skal føle seg forstått, og ikke være redde for å komme i terapi.

Alle formidlet at de ser individet som et meningsfullt fokus, men veldig ofte fokusert hvilke relasjoner individet inngår i. Ingen av terapeutene forstår individet som en ”konturløs amøbe”, og flere refererer til Stern (1985) og hans begrep ”kjerneselve”. Flere av terapeutene fokuserte på tilknytning, utviklingsprosesser og personlighetsutvikling. De brukte begreper som ”mind”, et sjelsliv, et sinn, en bevissthet som andre ikke har tilgang til, en personlighet og identitet som eksempler på begreper om individet.

En av terapeutene beskriver hvordan hun ”går i dybden på menneskesjela” Individet beskrives med et sjels- og et følelsesliv. Hun utdyper det slik; ”Tidlig skade på utvikling, gjør det mye vanskeligere og smertefullt for individet. Man repeterer gamle barndomstraumer og følelser i voksen alder”. Det kom fram at tidlig skade på utvikling, gjør det mye vanskeligere for individet å møte livsbelastninger senere i livet. Flere sa at ved å gå inn i historien til pasienten, se på mønstrene, og se noen sammenhenger, kan dette belyse hvordan problematisk samspill i voksen alder kan forstås. Et eksempel fra teksten er eksemplet med gutten som aldri ”kom inn” til mor, som gjerne velger en kone hvor han aldri ”kommer inn”. Denne konen har alltid hatt noen som har prøvd å ”invadere” henne, så for henne blir det ”å holde ut”. Det er

interessant hvordan terapeuten ser individets relasjonelle mønster, og hvordan hun beskriver hvordan individet velger det komplementære negative der det blir problemer.

Jeg fant at tilknytning og relasjon er sentralt når terapeutene snakket om individet. Ingen snakket om driftsteorier om mennesket, slik Freud tidligere tenkte. Nesten alle informantene fremhevet at terapi, handler om å få en stemme som er på ”din side”, hvor individet lærer å forsvare seg selv, ta vare på seg selv, tro på seg selv. Individet beskrives av terapeutene med sårbarhet eller en styrke. Her fant jeg at det er et biologisk utgangspunkt som er en viktig bit, og den andre viktige biten er at man blir til gjennom andre. Flere sa at gener og arv spiller inn i forhold til hvordan individet utformes, og hvordan individet påvirker omgivelsene sine. Omgivelsene påvirker også individet, ved at man blir til gjennom andre.

Flere av terapeutene er opptatt av at individet gjennom terapi skulle få økt bevissthet om sine følelser. En terapeut arbeidet mye med at pasienten skulle utforske og differensiere følelser, og derigjennom forstå og godta seg selv. Hun sa; ”*Så blir man seg selv så mye man kan bli seg selv*”. Jeg tenker at dette er slik man gjennom en terapi kan ”sense” hvem man er, forstå seg selv, og hvordan man ikke skal komme inn i, eller ut av destruktive relasjoner. Vi kommer ikke til verden som et ferdig individ, vi blir det gjennom relasjon til andre hele tiden. Slik sett går det ikke an å tenke psyke, uten å tenke relasjon. Fire av terapeutene mente at det er de tidligste relasjonene, den tidligste tilknytningen man bærer med seg, inn i voksenalder. Individet utvikler en relasjonell stil og knytter seg til andre på samme måten videre i livet.

En av informantene var ikke så opptatt av dette, noe som viser at dette kan ses på forskjellige måter. Flere av informantene fremhevet at det er mange beskrivelser av en person som kan være sanne, på forskjellige måter i forskjellige sosiale sammenhenger. En brukte i denne sammenhengen begrepet ”sosial identitet”. De sa at dette gjør det lettere å være terapeut, ved at en kan spørre om en rekke måter det kan være på, og unngå jakten på hvordan ting ”egentlig” er.

En av terapeutene uttrykte interesse for og brukte begrepet ”personlighetspatologi”, mens de andre ikke brukte begreper som syk/frisk om individet. Samtidig var det denne terapeuten som var mest opptatt av pasientens nettverk og involvering av pårørende i terapi. De andre brukte beskrivelser som ”psykiske problemer” eller ”tilstander”.

Jeg fant at ingen av terapeutene opplevde det som konfliktfylt å veksle mellom individ- og relasjonsorienterte terapier. Det går an å arbeide med begge nivåer samtidig. En sa; *”Det er noen jeg aldri kommer lenger med enn å jobbe med det interpersonlige, relasjoner. Noen få kommer jeg intrapsykisk, jeg kan forsøke men kommer ikke fram”*. Hun illustrerte dette med et eksempel; en kvinne diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse. Terapeuten beskrev hvordan hun aldri får kommet inn på temaer om pasientens personlighet og hennes fungering, da dette er en pasient som bare snakker om økonomiske problemer, konflikter i familien, hvem hun har kranglet med siden sist osv.

Samtlige terapeuter var opptatt av diagnoser, dette ut ifra et krav fra systemet de jobber innenfor. En kan tenke at diagnoser er relevant i forhold til å vurdere om det er et individ med alvorlig personlighetsproblematikk, eller om det er i en livskrise. Dette kan si noe om prognose og hvordan terapien skal legges opp.

4.3.1 Individet i relasjon

Selv om terapeutene bruker begreper om individet som et ”selv”, var de opptatt av forholdet mellom individ og relasjon. En av terapeutene uttrykker om individuell tilnærming i terapi; *”Det går ikke å ha en ren individuell tilnærming, annet enn at pasienten sitter her alene, relasjonene er alltid tilstede, mer eller mindre”*. Jeg fant at samtaler med individet i fokus handler mye om systemet individet er en del av. Alle terapeutene var opptatt av det relasjonelle. Flere beskriver videre hvordan utgangspunktet for praksis på poliklinikken er individualterapi. Samtalene handler om hvordan individet har det med seg selv, og hvordan det har det med andre mennesker, jobb eller skole. Samtlige fremhevet at mye av samtalene handler om relasjoner på ett eller annet vis. Det kan være destruktive relasjoner men også samtaler om viktige allianser, og gode hjelpere.

Flere sa at terapi handler om å hjelpe individet til å få kontakt med følelsene, og få bedre oversikt over hva som skjer i relasjonen. En sa; *”Angst handler ikke om at mennesket er sykt, angst handler om relasjoner”*. Individet reagerer ut ifra den personen det er, sine følelsesmessige mønstre og den historien det har. Et annet menneske ville reagert annerledes, men pasienten ville ikke fått angst uten den relasjonen.

4.4 Nettverk

Det er sammenfallende hvordan alle delte nettverk inn i offentlig og privat nettverk. Offentlig nettverk består av andre hjelpeinstanser, offentlige samarbeidspartnere. Det kan være Trygdekontor eller lege. Det var interessant å se at lærere ble fremhevet som en viktig del av dette nettverket. Privat nettverk ble definert som bestående av familie, venner og kollegaer. Besteforeldre ble av flere fremhevet som viktig i denne sammenheng. Privat nettverk blir heretter omtalt som nettverk.

4.4.1 Hvordan tenker de nettverk påvirker et behandlingsforløp

Samtlige informanter i denne studien uttrykte betydningen av nettverkets rolle. Alle beskrev nettverket, spesielt pårørende, som en sentral faktor for individet. Dette var uavhengig av om nettverket var til stede eller ikke i terapien, indirekte eller direkte. En av terapeutene fremhevet betydningen av et nettverk med viktige allianser og gode hjelpere. Han sier om dette; *”Jeg tror nettverk betyr mye mer enn slik det ser ut i forhold til hvordan jeg jobber.”* Det kom tydelig frem at nettverk i vid forstand, venner, familie og offentlig nettverk har mye å si for et behandlingsforløp.

Samtlige terapeuter fremhevet at nettverk kan bety destruktive relasjoner, hvor man brytes ned og psykiske problemer opprettholdes. En av terapeutene illustrerer dette slik; *”En pasient ble stadig dratt inn i konflikter i familien. Det endte etter hvert med at hun kuttet kontakten med familien sin, for å kunne bli frisk”* Jeg fant at terapeutene snakket veldig forskjellig og ambivalent om pårørende. En uttrykte; *”Særlig merkes det der de ikke er tilstede, der de ikke er den trygge basen, eller er noen å gå til, omsorgssviktende eller sliter med egne ting”*. . . Flere viste usikkerhet i forhold til om eller hvordan de skulle involvere nettverk. Terapeutene visste om kritikken fra pårørende om at de er en ubrukt ressurs innen psykisk helsevern. Samtidig hadde de gode begrunnelser for å ikke involvere direkte. Kanskje de mente både-og. Jeg merket meg at informantene ikke var tydelige på hvordan de skulle snakke om dette temaet, men som de allikevel mente var viktig å få diskutert og reflektert rundt. Nettverk ble beskrevet som veldig mye forskjellig, ikke som en entydig ressurs eller et problem. Men uansett var det viktig i et behandlingsforløp. Alle informantene sa at relasjonene er tema, de blir snakket om i samtalene.

4.4.2 Positivt nettverk

Terapeutene beskriver hvordan trygghet og gode relasjoner gir et sikkerhetsnett for individet gjennom hele livet. Dette sikkerhetsnettet kan være veldig forskjellig; nærmeste familie, ektefelle, barn, foreldre, søsken, nære venner, kollegaer og naboer. *En sa; ”Skummelt i en terapi hvis de ikke har noen å støtte seg til, det er grenser for hvor mye du kan åpne opp og hvor mye smerte pasienten går igjennom helt alene.* En kan her se at terapi må planlegges i forhold til hva pasienten har rundt seg. Noen har et støttende nettverk når de kommer til terapi, mens noen står nesten helt alene. Dette er med å påvirke innholdet i behandlingsforløpet.

4.4.3. Hvordan terapeutene involverer nettverk direkte

Det framkom lite beskrivelser av hvordan terapeutene arbeider med nettverket på en direkte måte. Flere av terapeutene fortalte at de samarbeider med det offentlige nettverket, ofte med kommunen gjennom ansvarsgruppemøter. Dette gjaldt som regel når pasienten hadde rusproblemer og flere instanser var involvert. Flere av terapeutene hadde erfaring med nettverk i ansvarsgruppemøter, særlig i arbeid med unge voksne, hvor foreldrene fortsatt ble omtalt som en viktig faktor.

En sa at det ble foreslått gjennom et standard innkallingsbrev fra poliklinikken at pasienten kunne ta med noen til første time. Flere av terapeutene beskriver at de i flere terapier foruten individuelle samtaler med pasienten, har hatt samtaler med pårørende. Dette har blitt gjort enten sammen med individet i terapirommet eller hver for seg.

Flere sa at det hender noen fra nettverket ringer til poliklinikken, eller kommer med beskrivelser hjemmefra skriftlig til terapeuten. En av terapeutene fortalte at han hadde fått et bilde tilsendt fra pasienten kone, som viser pasienten beruset, for å vise at pasienten hadde bagatellisert sitt rusproblem for terapeuten. Nettverket i dette tilfellet ble etter dette involvert direkte i terapirommet som en del av terapien. Det kom fram at ingen av terapeutene som hadde beskrivelser fra ambulant virksomhet, gjennom hjemmebesøk hos pasient eller nettverk.

4.5 Begrunnelser for å involvere nettverk

I denne kategorien har jeg fokus på hvilke begrunnelser terapeutene hadde for sin praksis. Jeg vil se på hvordan de begrunner at de trekker inn nettverket i behandlingen av individet, og hvilke begrunnelser de har for å la være.

Det var sammenfallende hvordan samtlige av terapeutene sa at de trekker nettverket inn i behandlingen, men som regel på en indirekte måte. Terapeutene hadde flere ulike begrunnelse for å trekke inn nettverket direkte/indirekte. Alle forsøkte å trekke inn hvis pasienten ønsker det, eller hvis noen fra nettverket ber om det, og pasienten samtykker. Nettverk ble også involvert for å nå pasienter som hadde vansker med å møte poliklinisk. Dette ved at pasienten ble fulgt til avtalene, eller det kunne være gjennom telefon kontakt.

Flere av informantene sa at nettverk kunne gi mye informasjon om pasienten som igjen påvirket behandlingsforløpet videre. En av terapeutene hadde et eksempel med en mann som var henvist til terapi. Pasientens døtre ville gjerne hjelpe, og skrev et brev til terapeuten om farens problemer, slik de opplevde det. Det førte til et samarbeid og døtrene ble en kjemperessurs i terapiforløpet og for at det skulle gå bra med denne pasienten. Prosessen blir fundamentert på flere støttepunkter. Flere sa at innholdet i individualterapien blir annerledes når nettverk trekkes inn. Terapeuten sa; *”Brevet fra døtrene, i dette eksemplet, ble en flott inngang på individualterapi”*. Terapeuten kom raskere til informasjon og realitetsdrøfting om hva han og pasienten skulle jobbe med, etter brevet fra døtrene.

En av informantene begrunnet å involvere nettverk med at de ses som en del av løsningen og ikke problemet. Det kom fram at samtlige sjelden foreslår det, men tydeliggjør at det er en mulighet. Det kom fram at terapeutene trekker inn indirekte. En beskrev hvordan hun jobber med ”stemmer” som er internalisert i individet, for eksempel ”stemmer” som kommer fra mor. Hun sa; *”Morens stemme var mer til stede i terapirommet enn pasienten i starten”*. Hun beskrev hvordan morens ”stemme” var mer til stede i pasienten og terapirommet, enn pasienten selv. Denne informanten hadde et eksempel fra en terapi med en voksen dame. Dette ble en langtidsterapi, hvor pasienten fikk hjelp til å komme i kontakt med sin egen ”stemme”, gjennom å få tak i egne følelser og få tydeliggjort noen samspillmønstre. En annen terapeut uttrykte det slik at det hele tiden foregår en dialog med de som ikke er tilstede. En kan her se at dialog står sentralt.

Flere begrunner at de trekker inn nettverk ved suicidalfare, men ofte i form av å gi informasjon, og ikke at de involveres som en del av terapien. Nettverket kan også trekkes inn når pasienten trenger å bli tatt vare på, utenfor terapien, som en forsikring om at det er noen som skjønner hva pasienten gjennomgår.

En beskriver hvordan han trekker inn nettverk, når det kan ha terapeutisk virkning, Dette kan for eksempel være å ta en telefon til trykdekontoret eller barnevernet. Det er interessant at flere av terapeutene beskriver hvordan det gjør godt som behandler å få ordne opp i noen praktiske forhold i pasientens liv.

4.6 Begrunnelser for å ikke involvere nettverk

En terapeut siterte en av sine pasienter slik; *"Jeg kan ikke ha kontakt med familien min hvis jeg skal klare å bli bra"*. Samtlige sa at hovedbegrunnelsen for å ikke trekke inn pårørende i behandlingen var pasientens ønske om å la være.

Utover hensynet til pasientenes ønsker, var også tidsfaktoren en sentral begrunnelse hos terapeutene. En uttrykte; *"En mulighet jeg ønsker meg oftere er å reise ut, og jobbe med folk andre steder, jeg skulle gjerne hatt bedre tid til å ha nettverksmøter"*. En annen sa; *"Det har hendt jeg har trekt inn foreldre og angret etterpå, foreldre som på oppfordring ikke klarte å si noe positivt om sønnen sin, eller foreldre som kjefter på systemet"*. Flere fremhevet negative erfaringer med å trekke inn nettverk i behandlingen.

Terapeutene sa at nettverk er sentralt, men noen fremhevet at de opplever det som nyttigere å jobbe individuelt. Flere av terapeutene fremhever viktigheten for pasienten av å kunne sitte i et individualrom, og bli forstått av en terapeut. Spesielt to av terapeutene beskriver terapirommet som et fristed for pasienten, som det er viktig å avgrense. De beskriver videre hvordan terapeut og pasient etablerer en samarbeidsrelasjon, og at de ikke har samme relasjon til nettverket. Dette var ikke et tema som ble brukt som begrunnelse av alle terapeutene. De vektlegger dette forskjellig.

Flere viste til henvisningen, hvor bestillingen er individualterapi, som en begrunnelse for å ikke trekke inn nettverk. Her kan en tenke at henvisende lege også oppfatter konteksten ved

poliklinikken som individorientert. En uttrykte; *”Jeg jobber indirekte med pårørende, så jeg ser ikke hensikten med at de skal være fysisk tilstede”*. Terapeuten ser ikke hensikten med at nettverket skal være fysisk tilstede. Det ses ikke som nødvendig for å kunne jobbe med relasjonene. En sa; *”Kan hemme pasienten, de har kanskje vært ”invadert”*. Jeg fant også at det kan virke hemmende på pasienten i en terapi, dersom pårørende blir involvert i behandlingsforløpet. Flere av informantene fremhevet at når pårørende ikke er en ressurs, så er de tappende, og destruktive. En informant uttrykte; *”Når pårørende er en ressurs, da er de det og trenger ikke psykiatrien til å fortelle de det”*. Det kom fram at der nettverk er en ressurs, så ses det ikke som et problem.

Terapeutene snakket noe utydelig under denne sekvensen av intervjuet. Når det gjaldt kritikken som har kommet fra pårørende, om at de er en ubrukt ressurs i psykisk helsevern, ble det gitt svar som gir brudd i materialet. En sa tydelig at hun mente denne kritikken var berettiget, samtidig sa hun at hun tenkte det var mer nyttig å jobbe individuelt. Hun sa; *”Unaturlig å trekke pårørende inn på pasientens arena, forestiller meg at det ikke kan bli fruktbart”*. En måte å tolke dette på er at kanskje terapeutene synes de burde trekke inn nettverk mer enn de gjør. Det kan også være grunnet mine spørsmål om nettverk, at terapeuten svarer slik hun gjør.

Flere fremhevet at relasjonene er det sentrale temaet, og at terapi handler om de følelsesmessige konfliktene. Flere mente at det var nyttigere å jobbe individuelt, samtidig som de sa de kanskje skulle ha arbeidet mer med nettverk. En av terapeutene sa hun mente at familieterapi hører hjemme på familiekontoret.

En begrunnet at dette også kan ha med selvbeskyttelse og trygghet å gjøre, ut ifra hva terapeuten følte hun ikke behersket som terapeut. Hun hadde erfaring med at det var mer krevende å håndtere praksis hvor det var flere tilstede. Hun beskrev hvordan hun da må ta en annen posisjon, noe hun mente hun ikke får til. Flere uttrykker at det blir ”kludrete”. Det er interessant at flere sier det er lite de får gjort med systemet rundt pasienten, og at de ikke kan ”oppdra” nettverket til å bli gode samspillspartnere for individet. Terapeutene har erfaringer med at det blir mye ”styr” med nettverk, at det er krevende, at det medfører ubehageligheter særlig når nettverket sliter med egne problemer. Flere hadde en begrunnelse i at ofte så var det ingen i nettverket som tar initiativ til å involveres i behandlingen. Dermed unngås konflikter som kan oppstå ved involvering av nettverk.

4.7. Innholdet i den terapeutiske samtalen

Når det gjelder innholdet i den terapeutiske samtalen, fant jeg at samtalene kunne handle om mye forskjellig. Det var alt fra økonomiske problemer, til følelsesmessige konflikter. En sa det slik; *”Folk er alltid opptatt av forholdet til kjæresten sin, barna, foreldrene, særlig foreldrene sine, det er der såra er”*. Det fremkom at relasjonene er selve temaet i de fleste terapier, på godt og vondt. Flere av terapeutene uttrykte at følelser og relasjoner til de nærmeste er hovedinnholdet i terapi.

4.8 Oppsummering

Tre hovedtemaer ble undersøkt i dette studiet; Informantenes teoriforståelse når det gjelder involvering av nettverk i terapi, terapeutenes forståelse av individet, og nettverkets betydning i behandlingsforløpet. Materialet ble kategorisert innenfor disse områdene.

Nettverket involveres alltid i terapirommet, men som oftest på en indirekte måte, ved at det foregår en dialog med de som ”ikke er tilstede”. Det ble gitt ulike begrunnelser for dette. En sentral begrunnelse var å beskytte den terapeutiske alliansen, og å avgrense terapirommet til pasienten. Jeg fant ingen begrunnelser som handlet om å beskytte nettverket mot pasienten.

Terapeutene viser noe usikkerhet rundt disse spørsmålene. Det ble ikke snakket entydig om nettverk. Det kunne ses på som en del av løsningen og en ressurs i behandlingsforløpet, eller bli sett på som et problem. Det kom frem at terapeutene ser individet som et meningsfullt fokus, men alltid i relasjon til omgivelsene, og nettverket de er en del av. Tilknytning og tidligere erfaringer ble sett som en viktig motivasjonsfaktor for at individet handler slik det gjør. Terapeutene ser individet som grunnleggende relasjonelt, og som søker tilknytning. Slik sett sluttet terapeutene seg til en forståelsesramme hvor tilknytning er sentralt for å forstå individets utvikling (Stern 2005, Fonagy et. al 2007).

Det kom fram at nettverk ikke ble involvert direkte, ofte ut ifra pasientens ønske om å la være. Det er flere faktorer som virker inn på hvordan terapeutene arbeider med nettverk. Noe har å gjøre med terapeutens trygghet, og hva de behersker å gjøre, mens andre har faglige begrunnelser eller negative erfaringer fra å involvere nettverk. Det å trekke inn nettverk

oppleves som mer tidkrevende, og krever mer organisering. Samtidig sa flere det var mer nyttig å jobbe individuelt.

Flere sa at nytten eller fordelen terapeuter kan ha av å møte noen i nettverket gjør noe med terapeutens måte å forstå pasienten på. Innholdet i terapien blir annerledes. Terapeutene involverer nettverket hvis pasienten ønsker det. Særlig i arbeid med unge voksne, hvor foreldrene er viktige, når de er en del av løsningen og ikke en del av problemet.

Terapeutene formidlet ikke et normativt syn på hvordan mennesker bør være for å være utviklet i psykologisk forstand. De bygger på en forståelse av at psykiske problemer handler om sentrale eksistensielle temaer, og livsbelastninger. Teoretisk forståelse av hvordan psykiske problemer kan forstås, hvorfor de oppstår og hvordan de kan møtes beskrives noe nyansert av informantene. Jeg fant ingen store forskjeller i hvordan de faktisk arbeider.

Jeg har i dette kapitlet gitt et perspektiv til teksten, som representerer min tolkning av meningsinnholdet i det informantene sa. Resultatene fra denne undersøkelsen blir knyttet opp mot eksisterende teori, og diskutert i neste kapittel.

KAPITTEL 5. DISKUSJON

5.1 Innledning

Jeg vil i dette kapitlet diskutere resultatene i lys av teorien presentert i kapittel 2.

Problemstillingen for prosjektet ble formulert slik: *Hvordan beskriver terapeuter sitt arbeid i voksenpsykiatrisk poliklinikk, når det gjelder involvering av nettverk i terapi?*

Tre temaområder ble sentrale i det terapeutene sa. Ut ifra det vil jeg ta utgangspunkt i tre områder som er følgende;

- Hvordan er terapeutenes teoriforståelse i forhold til involvering av nettverk eller ikke?
- Terapi i voksenpsykiatrisk poliklinikk, hva vektlegges?
- Nettverkets rolle i individualterapi

5.2 Teoriforståelse i forhold til involvering av nettverk eller ikke

På den ene siden fremhevet terapeutene teoriens betydning for egen praksis. På den andre siden viser de også begrensningene i teoriene vi har fått av teoretikerne, ved at de søker forståelse i flere retninger. Familierapiens historie og psykoterapiforskning viser at man går fra en forklaringsmodell til en annen, uten at man har kommet fram til en skoleretning som har blitt stående som gyldig over lang tid. Psykiske problemer har blitt forstått og møtt på ulik måte opp igjennom historien (Kringlen 2005). Terapeutenes teoriforståelse kan på den ene siden være med å belyse deres praksis med individet i fokus. På den andre siden har de alltid relasjonene individet er en del av som et sentralt tema.

Det terapeutene nevner de har hatt størst nytte av, er kanskje knyttet til arbeidsmåter som er relevante i en individualterapeutisk kontekst, fremfor direkte involvering av nettverk i terapi. Flere av terapeutene sa at utviklingspsykologien var sentral da den gir fenomennære begreper for å forstå individet. Stern (1985) og Fonagy et.al (2007) er relasjonsorienterte, mens terapeutene på den andre siden i hovedsak var orientert mot individet, selv om de alltid så individet i relasjon.

En av terapeutene sa; ”*Det er alltid flere til stede i terapirommetrommet*”. På denne måten knytter de individualterapi mot omverdenen, ved at relasjonene gjøres til tema og snakkes om. Johnsen et. al (2000 s 11) skriver i sin bok *Samspill og selvopplevelse* om disse temaene; nyere utviklingsteori som bidrag til det systemiske begrepsapparatet. Deres begeistring over denne dialogen har vært stor. De diskuterer hva slags kunnskap som er relevant innenfor familierapifeltet i dag. Systemteori og sosialkonstruksjonismens kritiske holdning til psykologisk teori har dominert på den ene siden, mens det har vært en økende etterspørsel etter psykologisk teori og fenomennære begreper på den andre. Det samme kan sies om følelsenes betydning og ”selvets” plass i relasjonen, som er satt på dagsorden (Johnsen et. al 2000).

Teori omkring disse temaene etterspørres også av terapeutene i denne studien. Mæhle (2003) har sett på forholdet mellom familierapi og utviklingspsykologi, og hevder det eksisterer et interessefellesskap ved at begge er opptatt av hvordan mening blir skapt gjennom gjensidig fortolkning, og av historiefortelling som et redskap til å gi erfaringer og opplevelser mening. Terapeutene i denne studien er i likhet med Mæhle (2003) opptatt av forholdet mellom nyere

utviklingspsykologi og familierapifeltet, og hvordan denne kunnskapen kan anvendes i praksis.

5.2.1 Relasjonen mellom terapeut og pasient/terapeutiske holdninger

Teori og forskning vedrørende virksomme faktorer i terapi (Hubble et. al 1999), viser at relasjonen mellom terapeut og pasient er en sentral faktor for endring i pasientens liv. Dette kan være med på å belyse terapeutenes fokus på relasjonen mellom terapeut og pasient. En sa; ”*Det handler om å ville folk vel, skape en god relasjon*”. Flere av terapeutene var svært opptatt av relasjonen, og at de i sin vektlegging av denne på den ene siden ikke var rom for å involvere nettverk fysisk i terapi på den andre. Stern (2004) har også fokus på det interpersonlige møtet mellom pasient og terapeut. Stern (2004) argumenterer i likhet med terapeutene i denne undersøkelsen for at det kan bli vanskelig å arbeide på en slik måte hvis hele familien deltar i terapi. På den andre siden snakket de noe forskjellig om dette, gjennom at en av terapeutene ikke brukte denne teoriforståelsen som begrunnelse for å la være å involvere nettverk, på en direkte måte i terapirummet.

Flere av terapeutene sa at de la vekt på å ha en ”ikke-dømmende” holdning som et av vilkårene for å etablere en god relasjon, og at den relasjonen de ønsket å oppnå innebar en engasjert holdning fra deres side. Når det gjelder terapeutenes holdninger vedrørende empati og respekt, kommer de til syne ved at det terapeutiske samarbeidet foregår i forhold til pasientens behov og uttrykte problem, og ikke ut fra terapeuten eller andres bekymringer. Innenfor kommunikasjonsorientert tilnærming, som en av terapeutene lente seg mest mot, kommuniserer terapeut og pasient på relasjonsnivå, fremfor innholds nivå (Tjersland 1993). Dette kan forstås slik at terapeuten måte å kommunisere på ”matcher” pasientens. Dette muliggjør kontakt og skaper relasjon mellom pasient og terapeut.

Et tema som trer fram er at det ikke ligger et normativt syn hos terapeutene, eller teoriene på hvordan mennesket bør være. Ulike retninger tilbyr en forståelse av den menneskelige tilstand som gir rom for mangfold. Dette gjør det morsomt og spennende å være terapeut, fordi det finnes så mange måter å forstå et fenomen på, samtidig som det er engasjerende at det ikke finnes et svar på alle disse spørsmålene.

5.3 Terapi i voksenpsykiatrisk poliklinikk, hva vektlegges?

Terapeutenes forståelse av individet bygger på det systemet pasienten er en del av, fremfor å se individet som syk eller frisk. Axelsen (1997) tar også til orde for å snakke om psykiske problemer som ”tilstander” og ikke ”sykdommer”. Psykiske symptomer kan i dette perspektivet ses som en ressurs og vekstmulighet. Psykisk smerte kan ses som et signal på at noe er galt, og være med å vise hva problemet handler om. Axelsen definerer psykiske problemer som ”*en kommunikasjon av avmakt og forsøk på mestring av avmakt*” (Axelsen 1997 s.35). Symptomer har ut ifra terapeutenes perspektiver en tilknytning til hvordan individet har bearbeidet og mestret sine livsbetingelser. Terapeutenes tilnærming til individualterapi åpner for å arbeide med å utvikle styrket selvfølelse og å utforske pasientens livshistorie mer i dybden. Terapeutene vektlegger i likhet med Axelsen (1997) og Seligman et. al (2005) ressurser og sterke sider hos pasientene på den ene siden og opplevd smerte, livsbelastninger og komplisert samspill på den andre.

Terapeutene forstår i hovedsak psykiske problemer som knyttet til teorier som omhandler samspill, tilknytning og selvutvikling som bidrag til å forstå senere utvikling av psykiske problemer. Barndomsforhold, og hvilke relasjoner individet til enhver tid befinner seg i vektlegges som sentralt i denne sammenheng, ved siden av et biologisk utgangspunkt. Sterns (1985) fremstilling kan på sin side føre til marginalisering av alle de andre samfunnsmessige og biologiske faktorer som kan skape problemer. En fare ved dette perspektivet er at det gir foreldrene ”skylden”, ved at barnet skades utenfra gjennom samhandlingspartnere, det vil si omsorgsgiver, som ikke holder mål (Johnsen et. al 2000). Sterns arbeider har møtt kritikk fra sosialkonstruksjonistisk hold, som hevder at selvet ikke er et universelt utformet fenomen, men historisk, kulturelt og kontekstue avhengig (Johnsen et. al 2000). Terapeutene vektlegger på den ene siden barndomsforhold, og det relasjonelle perspektivet som hos Stern (1985), samtidig vektlegges individuelle biologiske faktorer på den andre siden.

Terapeutene vektlegger forhold som preger personlighetsutviklingen hos individet. Dette i samsvar med Sterns (1985) og Fonagys et. al (2007) teorier om utvikling og tilknytning. Teorier om individets utvikling, Stern (1985) og Fonagy et. al (2007) som flere av terapeutene refererte til, gir mening til å se individet i kontekst. På denne måten trekker terapeutene nettverk indirekte inn i terapien. Det er samspillet mellom våre genetiske disposisjoner på den ene siden, og miljøets egenskaper og ressurser på den andre, som danner grunnlaget for

personlighetsutviklingen (Johnsen 2004). Dette kan muligens ses som en av flere forklaringer på at terapeutene i undersøkelsen hadde individet som utgangspunkt for sin praksis, men at relasjonene alltid gjøres til tema i terapi. Tilknytningsteorien viser at individet utvikler et tilknytningsmønster og en relasjonell stil, et kjerneselv, som det har med seg i møte med andre (Stern 1985, Fonagy et. al 2007). Individ og relasjon blir uløselig knyttet sammen, slik også terapeutene i denne undersøkelsen var opptatt av.

Pasientenes historier og individets forståelse og fortellinger om seg selv ble vektlagt av terapeutene. Dette er i tråd med White og Epston (1990) som er opptatt av sammenheng og mening som et sentralt utgangspunkt for hvordan individet forsøker å skape seg en identitet. I dette perspektivet kan terapi ses som en prosess der pasienten forteller sin problemfylte historie til terapeuten, og der de sammen arbeider for å nyskrive historien, slik at problemhistorien ikke lengre dominerer pasienten liv. Hvordan individet opplever sin historie er forskjellige fra menneske til menneske (Lundby 1998). En av terapeutene sa; *”Hvordan livserfaringer treffer individet, med dets styrke og sårbarhet, synes å påvirke utformingen av symptomene”*. Individet skaper mening i sitt liv gjennom historiene det forteller om seg selv og andre. Slik kan en forstå at terapi er ”skreddersøm”, lik terapeutenes beskrivelser av hvordan de tilpasset terapien til den enkelte pasient.

En av terapeutene sa; *”Det er mange beskrivelser av en person som kan være sanne, på forskjellige måter i forskjellige sosiale sammenhenger”*. Identitetsbegrepet ville vært meningsløst om man skulle vokst opp i et sosialt vakuum. Watzlawick et. al (1967) skiftet fokus fra å se på individet som et lukket system, til å se på forholdene mellom mennesker ved bl.a. å studere kommunikasjon. Dette kan ses i sammenheng med sosialkonstruksjonisme, som på sin side ser at en sosial virkelighet alltid skapes i enhver samhandling. Da får alltid hver deltagers funksjon sin betydning på nytt. Også en slik sosial identitet, individets sosiale betydning, har nødvendigvis forbindelse med hver samhandling. Man ser ikke en sosial identitet som en spesiell, permanent egenskap hos individet, men som noe som stadig er i forandring i de ulike situasjonene (Gergen1991). På den andre siden ser terapeutene i denne undersøkelsen individet ”i kraft av seg selv”, og de er opptatt av egenskaper, eller kjerneselvet, individet bærer med seg i samspill med andre.

Palo Alto-gruppen, representert ved Bateson (1972) hevdet at psykiske problemer ikke hadde sin årsak i individuell patologi, men interaksjonsproblemer oppstått i relasjon med andre,

utviklet og fastlåst gjennom kommunikasjon. De var derfor opptatt av interaksjonen mellom personen og omgivelsene, og at interpersonlig kontekst gir mening til å forstå utvikling av problemer. Årsaksforklaringene har med relasjonene i et system å gjøre, slik også terapeutene i denne undersøkelsen vektla. Faren ved systemteori er at man kan overse individuelle biologiske faktorer på den andre siden. Synspunktet om at individet er ”drevet” til å gjøre ting på grunn av de andre, kan virke som en ansvarsfraskrivning (Kringlen 2005). På den andre siden vektla de fleste terapeutene i denne studien at individet har en sårbarhet, eller styrke, både biologisk og miljømessig. Psykiske problemer, og særlig forverring av problemer ses ofte i sammenheng med at nettverket svikter, i første omgang det private.

Nyere utviklingspsykologi representert ved Stern (1985) og Fonagy et. al (2007) kan være med på å belyse terapeutenes vektlegging av arbeid med relasjoner, hvor nettverket er tema – og hvor de følelsesmessige konfliktene er. En uttrykte det slik, ”*Hva skal man ellers jobbe med, hvis man ikke jobber med folks relasjoner til andre mennesker, det er en selvfølge på et vis*”. Stern (1985) hevder at selvområdene er i utvikling hele livet. Dette kan motvirke avmakt hos terapeuten, og gir pasienten mer tro på seg selv. Dette gir et optimistisk menneskesyn, som i positiv psykologi (Seligman et. al 2005, Nafstad 2005). Flere av terapeutene la vekt på å se pasientene som eksperter på seg selv, i likhet med Anderson og Goolishians (1992) tradisjon med ”ikke-vitende” holdning, og at pasientenes egen forståelse for sin tilstand er viktig. Psykiske reaksjoner som for eksempel angst eller depresjon kan ses som normale tilstander etter belastende hendelser, heller enn som sykdom.

Her kan vi kanskje se at terapi er mulig på mange måter. Flere sa noe om dette men på en litt forskjellig måte. En fremhevet at løsningen på et problem ikke nødvendigvis henger sammen med årsaken til problemet. En viktig målbærer for dette perspektivet er de Shazer (1998) som fokuserer eksplisitt på løsningen. Dette i motsetning til de strategiske retningene som på den andre siden fokuserer på problemet, selv om de også flyttet problemårsaken fra individnivå på den ene siden til systemnivå på den andre (Haley 1963). Dette perspektivet representerer i likhet med den tradisjonen som Seikkula (2000) representerer, en forståelse av at problemer best løses der de oppstår, i nettverket.

Terapeutene beskrev hvordan de ”glemte” teoriene i møtet med pasientene, og hvordan de vektla dialogen, den gode samtalen. Dette er perspektiver som blant annet Andersen (1992) bringer inn i sitt behandlingsarbeid. Han legger på sin side vekt på at både terapeut og pasient

veksler mellom indre og ytre dialog. Terapeutene bruker begreper som behandling på den ene siden, men også begreper som dialog og samarbeid med pasienten på den andre.

Psykoterapi legger vekt på å behandle sjelelige sår på den ene siden, mens viktigheten av å fremme positive tanker og sterke sider hos pasienten vektlegges på den andre. Med sin kritikk av sykdomsmodellen og diagnostisering, er Nafstad (2005) i likhet med Seligmann et. al (2005) opptatt av positiv psykologi og fremtidsfokus i terapi. Seligman et. al (2005) er i likhet med flere av terapeutene også opptatt av å bringe "fremtiden" inn i terapirommet, ved å stille spørsmål om fremtid, ikke dvele ved fortid. Dette perspektivet belyser hvordan terapeutene i denne studien fokuserer på positiv terapi, positiv utvikling gjennom livsløpet og hvordan håp og optimisme har betydning for mental helse. En annen representant for fremtidsperspektivet, er Lang og McAdam (1997). De hevder at å ikke dvele ved fortid, men heller stille spørsmål om fremtid vil gi en positiv innvirkning på nåtid.

Dette er en annen tradisjon enn å forstå symptomer i et livshistorieperspektiv som på sin side fokuserer på at tidligere historie virker inn på den betydning senere påkjenninger får for individet (Akselsen 1997). Dette er en tradisjon spesielt to av terapeutene representerte, ved at de fremhevet vektleggingen av barndommens betydning, og hvordan tidlig tilknytning og tidlig samspill (Stern 1985, Fonagy 2007) virker inn på den betydning senere belastninger får for individet. En kan tenke at måten selvfølelsen er involvert på, og individets nåværende sårbarhet, synes å være avgjørende for om personen utvikler psykiske problemer (Axelsen 1997). I denne tradisjonen vektlegges muligheten for individet til å "re-forfatte" historien om seg selv, ved å arbeide med fortid. Dette samsvarer med White og Epstons (1990) narrative metode, "nyskriving av historier". De argumenterer for at historiene om våre liv ikke bare konstituerer vår forståelse av oss selv, men også av vår kultur og hva Bruner (1990) kaller kulturpsykologi (Lundby1988). Samtidig kan en tenke at ingen av disse perspektivene utelukker hverandre, men at de vektlegges forskjellig ut ifra hvilke tema det snakkes om i terapirommet.

5.4 Nettverkets rolle i individualterapi

Samtlige terapeuter møter individet og nettverket uten en "sann" forståelse. De hadde ikke en enhetlig beskrivelse av hva nettverk var, men opplevde det som veldig forskjellig. Dette var alt fra trygghet og gode relasjoner på den ene siden, til belastende relasjoner på den andre. På

den ene siden så terapeutene betydningen av ressurser i nettverket som en styrke i terapien, mens de på den andre siden så at nettverket kunne være en belastning. Noen pasienter kom til terapi uten et trygt nettverk rundt seg. Dette fikk konsekvenser for innholdet i terapien, ved at terapeutene ikke åpnet for å ta opp temaer som kunne utløse for mye psykisk smerte i pasienten, som denne måtte tåle alene utenfor terapirommet.

Seikkula (2000) representerer en noe annen tenkning enn at problemer kommer ”innenfra”, og at forandring må skje i den personen som har et problem. Han hevder at forandring skjer gjennom våre omgivelser, nettverk, språket og samtalene. Seikkula (2000) vektlegger den ressursen som ligger i pasientens nettverk, og søker aktiv involvering. Terapeutene i denne studien har en mer tilbaketrukket praksis i forhold til nettverket, ved at der nettverk er en ressurs, så er ikke terapeutene aktive når det gjelder å involvere fysisk i terapi. Der nettverk ses som et problem på den andre siden, unngås involvering som regel direkte i terapien.

Goolishian og Anderson (1988) vinkler dette på en litt annen måte. De hevder på sin side at systemet ikke skaper problemet, men at det er problemet som skaper systemet. De setter videre språkssystemet som oppstår rundt et problem i fokus. Problemet befinner seg ut fra dette perspektivet i språket, i samtalen. Terapi blir å delta i samtalen med de som er i problemet på en slik måte at man utvikler ny mening og en ny virkelighet (Goolishian og Anderson 1988). Forandring i dette perspektivet er utvikling av mening gjennom dialog, som også terapeutene i denne studien var opptatt av.

5.4.1 Det profesjonelle nettverket

Terapeutene snakket lite om det profesjonelle nettverk, det multisystemiske arbeidet rundt en pasient, selv om noen av terapeutene samarbeidet med det offentlige nettverket gjennom ansvarsgruppemøter. Dette gjaldt hovedsakelig i rusbehandling. Dette kan minne om psykososialt arbeid slik Seikkula og Arnkil (2005) har fokusert på, ved å se på møter mellom ulike nettverk i psykososialt arbeid. De fokuserer særlig på situasjoner der det multiprofesjonelle samarbeidet har blitt fastlåst. Klientssystemet og det profesjonelle systemet møtes, hvor problemet blir forsøkt belyst fra flere sider. De er opptatt av hva som er hjelpende og helbredende i dialoger.

Ingen av terapeutene i denne studien beskrev samarbeidsproblemer med profesjonelt nettverk, og dette kan forklare at de ikke var så opptatt av disse spørsmålene. Flere refererte til positive erfaringer gjennom å arbeide i ansvarsgruppe. Flere påpekte, som tidligere nevnt, spesielt at nettverket besitter mye informasjon om pasienten, som igjen kan påvirke individualterapien på en positiv måte.

5.4.2 Det private nettverkets rolle i individualterapi

Selv om terapeutene i hovedsak møter pasienten alene i terapirommet, ser de på den andre siden problemer som skapt av nåtidig eller tidligere interaksjon, og arbeider med hvordan pasienten forholder seg til sine relasjoner. Forholdet mellom "selvet" og relasjonen er mer sentralt for terapeutene enn fokus på individet som isolert, med individuell patologi. Dette perspektivet samsvarer med Watzlawick et. al (1967), som skiftet fokus fra individet til å se på forholdene mellom mennesker i et større system. På denne måten har nettverk en aktiv rolle i individualterapi, ved at relasjonene alltid er til stede, ved at de blir gjort til tema og snakket om.

Nettverket gis på denne måten en indirekte rolle når det gjelder involvering i terapi. En annen måte å se dette på er at psykisk helsevern er "lukket" og lite "koblet" mot omverdenen på en direkte måte. Dette kan føre til at det får råde ulike forståelser av hvordan det kan arbeides med disse temaene. Nettverket har på den ene siden ikke kjennskap til hvordan det arbeides i terapirommet, og terapeutene kjenner ikke pasientens nettverk, når denne kommer i terapi. Dette kan skape usikkerhet hos terapeutene i forhold til om det er lurt å involvere nettverk eller ikke. Kombinert med tidligere negative erfaringer og tidsbruk, kan det lett føre til at nettverk ikke involveres, også i de tilfeller der det kunne gitt positive resultater. En kan her tenke at det da blir viktig for terapeutene å begrunne hvorfor det er nyttig å arbeide individuelt.

Som resultatene fra denne undersøkelsen viste, har nettverk en sentral rolle i individualterapeutisk kontekst. Flere teorier er i likhet med terapeutene opptatt av forholdet mellom individ og system, eller individ som system, eller individet i systemet. Et eksempel er Boscolo og Bertrandos bok (1996) om systemisk individualterapi. I de senere år har systemiske terapeuter i økende grad blitt villige til å arbeide med enkeltpersoner, i den grad at de til og med snakker om at "individet er gjenoppdaget". Individualterapi kan i denne

konteksten ses som et nytt og adekvat svar, heller enn tilbakevending til fortiden (Jones 1996). I en nyere bok, Hedges (2005) er man også opptatt av systemisk individualterapi og sosialkonstruksjonistisk tilnærming.

Klassikerne innen familierapifeltet så at bedring i pasientens liv ikke holdt seg over tid, og begynte å arbeide med systemet rundt pasienten (Tjersland 1993). Nettverkets rolle i individualterapi har fortsatt betydning, men på en litt annen måte. Det er mulig å arbeide med større samhandlingssystemer selv om bare ett medlem av et slikt system er tilstede i terapien. Andre personer kan være nærværende og spille en rolle selv om de ikke er fysisk tilstede i terapirommet. En av terapeutene sa; *”Det slår meg gang på gang hvor viktig besteforeldre er, det er på grunn av den ene besteforelderen du har overlevd psykologisk”*. Besteforelderen ble trukket indirekte inn i terapien som en ressurs for pasienten, og fikk på denne måten en sentral rolle i terapien.

Terapeutene tok utgangspunkt i at psykiske problemer oppstår i relasjoner, i en kontekst, først og fremst familie og livsbetingelser. De var også opptatt av de gode relasjonene, god hjelpere og viktige allianser. Selv om de er opptatt av nettverkets rolle, så forholder de seg lite til dette på en direkte måte. På den ene siden beskrev terapeutene hvordan psykiske problemer løses i det terapeutiske rom ved å gjøre forholdet mellom selvet og relasjon til arbeidsområde. På den andre siden så fremhevet de nettverkets betydning for behandlingsforløpet.

Terapeutene står i en litt annen tradisjon enn Seikkula (2000). De er opptatt av systemet pasienten er en del av, men ikke som et hovedfokus som hos Seikkula. På den ene siden sier Seikkula (2000) noe om hvordan han tenker problemer best kan løses. Han begrunner dette med at psykiske problemer oppstår der folk lever sine liv, i relasjon og at de best kan løses i systemet rundt pasienten. På den andre side kan man spørre seg, om det er utelukkende positive sider ved å involvere nettverk direkte i terapi. Seikkulas nettverkstenkning er utviklet i møte med alvorlig psykisk sykdom, som psykosser. En kan tenke at det er spesielt viktig å ha fokus på nettverkssentrert arbeid ved alvorlige tilstander. Slik også klassikerne ved Palo Alto etterhvert utforsket.

de Shazer (1998) representerer som tidligere nevnt en tradisjon hvor man tenker at løsningen på problemet ikke nødvendigvis har sammenheng med årsaken til problemet. Dette betyr at selv om problemer oppstår og utvikles i relasjon, er det ikke gitt at løsningen finnes der. En

kan her tenke at nettverk som representerer belastende relasjoner for individet, ikke får en sentral rolle når det gjelder å løse problemene ved at de involveres fysisk i terapirommet. Dette kan gi forståelse til terapeutenes begrunnelser for hvordan de arbeider individuelt. På den andre siden kan dette minne om Batesons (1972) perspektiv, som viser at ingenting gir mening uten at man ser det i kontekst, og at selvet ikke kan forstås som en avgrenset enhet. Individet kan ikke ses isolert fra konteksten det er en del av.

Et tema som trer fram er at terapeutene arbeider relasjonsorientert med individet på den ene siden, samtidig har de alltid med relasjonene til stede i den terapeutiske samtalen på den andre. Samtlige terapeuters beskrivelser viste tydelig hvor betydningsfullt pårørende var for utvikling og behandling av psykiske problemer. Samtidig lokaliseres samtalen til terapirommet med individuell tilnærming. Ut ifra dette perspektivet kan en tenke at problemer oppstår i relasjon, men løses individuelt, dette i motsetning til Seikkula (2000) som på sin side hevder problemer løses best i nettverket.

5.5. Nettverk som belastning og ressurs

I denne studien beskrev samtlige nettverkets betydning for behandlingsforløpet på godt og vondt. En sa; *"Særlig merkes det der de ikke er tilstede, der de ikke er den trygge basen, eller noen å gå til"*. Flere fremhevet at de planla terapiforløpet ut ifra om pasienten hadde noen å støtte seg til under terapiforløpet. En sa det slik; *"Skummelt i terapi hvis de ikke har noe å støtte seg til, det er grenser for hvor mye du kan åpne opp og hvor mye smerte pasienten kan gå igjennom helt alene"*. Dette kan knyttes opp mot Seikkulas (2000) teorier om viktigheten av å mobilisere ressurser i systemet rundt pasienten.

Terapeutene løfter frem potensielle motsetninger mellom nettverk som en belastning for individet på den ene siden, og en ressurs i terapi på den andre. Det ble lite fremhevet at nettverk i hovedsak ble sett som en ressurs. Nettverk ble trukket inn i terapien når de var en del av løsningen, men ble ofte beskrevet som en del av problemet. Nesten alle beskrev at nære belastende relasjoner kunne stå i veien for at individet skulle klare å komme ut av sine psykiske problemer, men heller være med på å opprettholde problemer, og stå i veien for andre gode relasjoner på den andre siden. Terapeutenes beskrivelser minner her om en sosialpsykologisk betraktningssmåte, som ser psykiske problemer som sosialt betinget (Kringlen 2005).

5.6 Involvering av privat nettverk

Hvordan viste terapeutenes praksiskunnskap seg i deres begrunnelser for praksis, og sin forståelse av denne? Materialet inneholder indikasjoner på at terapeutene hadde evne til selvstendighet i sitt arbeid. Ingen begrunnet sin praksis med økonomiske hensyn, men med tid og prioriteringer, ved siden av et bakteppe av teori, holdninger og livskunnskap. Terapeutene hadde mange av de samme, men også ulike begrunnelser for å involvere nettverk eller ikke. Undersøkelsen viste at det handler om teoretiske, praktiske, og begrunnelser som kan tolkes som selvbeskyttende for terapeutene. Det stilles krav til terapeutene fra ledelse, om en viss aktivitet og produksjonskrav. Penger er knyttet til en refusjon. På den ene siden sa flere at de kanskje skulle reist mer ut, holdt nettverksmøter og møtt flere fra nettverket. På den andre siden oppfattet de dette som arbeids- og tidkrevende. Dette er i tråd med undersøkelsen til Moss og Åhlin (1994) som på den ene siden viser erfaringer med at familierapi ved hvert tilfelle engasjerer flere medarbeidere, og krever lengre tid enn individualsamtaler. På den andre siden viser undersøkelsen at involvering av nettverk fysisk, gir mye igjen i forhold til de ressurser som satses.

Det framkom som et utbredt fenomen at nettverk sjelden ble trukket fysisk inn i terapien. En sa om dette; *"Noen sier ja, mange sier nei"*. Pasientene hadde ofte et ønske om å ikke trekke nettverk direkte inn i terapirrommet. Noen av terapeutene sa at de hadde følt avmakt fordi de ikke fikk involvert nettverk i behandlingen, dette var spesielt der det var snakk om rusbehandling. Andre syntes det på den andre siden ble utfordrende faglig, hvis nettverk skulle trekkes direkte inn. Dette ble begrunnet i sammenheng med relasjonen til pasienten, slik også Stern (2004) er opptatt av.

En av terapeutene sa; *"Jeg tror nok som en overskrift at jo mer en kan involvere nettverk på en positiv måte, selv om det lager bråk underveis, så tror jeg resultatet blir bedre altså, det tror jeg"*. Det kan virke som om terapeutene oppfattet nettverket som krevende og ubehagelig å forholde seg til på den ene siden, samtidig som behandlingsresultatet blir bedre på den andre siden, dersom de involveres. Dette er sammenfallende med Palo Alto gruppens erfaringer, hvor de så at bedring ikke holdt seg over tid når pasienten var tilbake i systemet det var en del av. En måte å forstå manglende direkte involvering av nettverk, kan være mangelfulle metoder for hvordan man kan involvere på en konstruktiv måte. En av terapeutene refererte til

Seikkulas (2000) måte å organisere nettverksmøter på som en konstruktiv tilnærming. Problemet for terapeutene blir kanskje hvordan de skal gjøre det, i tillegg til at de må gjøre vurderingen av om det er nyttig å involvere pårørende direkte i terapi.

En sa; *Noen ganger kan pårørende være en ressurs, og da er de en ressurs, de trenger ikke psykiatrien til å fortelle dem det*". Der nettverk ble sett som et problem, ønsket flere av terapeutene å avgrense terapirommet til pasienten. Oppvekstvilkår og destruktive familierelasjoner ble sett som en sentral faktor hos terapeutene til at psykiske problemer oppstår. Nettverket kunne oppleves som tappende og stå i veien for at pasienten skulle bli "frisk". En beskrev hvordan en pasient stadig ble dratt inn i konflikter i sin familie, hvor det endte med at pasienten brøt kontakten med familien. Flere av terapeutene hevdet det var mer nyttig å jobbe individuelt. En måte å forstå dette på er å betrakte praksis i et mangfoldig perspektiv. På den ene siden sa terapeutene at ved å velge en individuell tilnærming blir det mulig å utforske i dybden forhold knyttet spesifikt til pasienten, og her-og-nå relasjonen til terapeuten. Ved at pasienten får økt selvinnsett med hensyn til sin fungering, vil dette kunne føre til endring i pasientens liv. På den andre siden har teoretikere som Haley (1963) en skepsis til innsikt som endringsprinsipp. Han regnet det som tilfredsstillende å løse problemet, selv om familien ikke forsto hva som skjedde.

En annen begrunnelse for å ikke arbeide med nettverket var at ingen i nettverket tok initiativ til å involveres. På den ene siden kan en tenke at terapeutene så på nettverket som overinvolvert og "invaderende" på individet, eller fraværende og ustabil "til stede" på den andre. Dette kan være med å forklare hvorfor terapeutene tar lite initiativ til involvering, kanskje spesielt der hvor nettverket er "ustabil til stede" i pasientens liv, eller beskrives som "invaderende". Dette kan ses i sammenheng med Fonagy et.al (2007), tilknytningsteori, og dens betydning for utvikling av mønstre i mellommenneskelig samhandling. En kan tenke at dersom det ikke er "gjensidighet" i relasjonen, vil det være nyttigere å arbeide individuelt uten å involvere nettverk direkte.

En sentral begrunnelse for å ikke involvere nettverk i terapirommet på en fysisk måte, var individets behov for å bli sett og forstått av en terapeut i et eget rom. En sa; *"Terapirommet er et fristed for pasienten, det er viktig å avgrense det"*. Terapeutene arbeidet med å hente frem individets "stemme", og å få tak i følelsene knyttet til dette. De åpnet for å arbeide med å styrke pasientens selvfølelse og å utforske livshistorien mer i dybden. Pasienten blir lyttet til

og bekreftet for sin opplevelse av situasjonen. Her kan en se at terapeutene lener seg mot Sterns (1985) teori om individets utvikling og følelsesbevissthet.

Nettverksarbeid representerer på den andre siden en annen tradisjon, som er mer opptatt av å la de ulike stemmene bli hørt, og å skape dialog og rom for flere synspunkter. En lignende tankeretning er også oppstått i familierapikretser. Blant tilhengerne av sosialkonstruksjonisme ses terapeutisk arbeid som det å skape en dialog mellom deltageres fortellinger (Seikkula 2000).

På den ene siden oppfattes utgangspunktet ved poliklinikken som individualterapeutisk, hvor pasienten skal ha et rom for utforskning av seg selv, uten andre enn terapeuten tilstede. Nettverkssentrert teori (Seikkula 2000) argumenterer på den andre siden for åpne samtaler og at forandring først og fremst skjer gjennom det som omgir oss, nemlig nettverket. Det primære målet for nettverkssentrert behandling er ikke å endre pasienten eller hans familie. Terapien søker heller å skape dialog mellom de forskjellige personene. En slik tilnærming legger ikke vekt på å tolke pasienten, slik at en kan si hva det her ”dreier seg om”. Tilnærmingen handler om å lytte til det de involverte sier, ta imot ordene, og følge med dem i det de er opptatt av (Seikkula 2000 s 161). Dette samsvarer igjen med det terapeutene i denne undersøkelsen sa. Det er pasientens interesser som er ledesnor for innholdet i terapien.

En kan tenke at all terapi dreier seg om samhandling mellom mennesker, sammen med en eller flere andre. Dette samsvarer med utviklingsteoriens hovedfokus (Johnsen et. al 2000). Utviklingsteoriene har fokus på individet på den ene siden, samtidig som det er fokusert på individet i relasjon på den andre siden. Psykoanalysen har på sin side, gjennom de siste tiår gjennomgått hva som kan kalles en ”relasjonell” dreining (Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006 Nr. 9). Den relasjonelle psykoanalysen forstår mennesket som grunnleggende relasjonssøkende og meningsskapende. Stern (2004) er opptatt av hvordan ”øyeblikk av møte” i relasjoner gir endring og vekst og et optimistisk menneskesyn. Dette er i samsvar med det terapeutene i denne studien også var opptatt av.

Jeg vil i neste kapittel presentere konklusjoner fra denne undersøkelsen.

KAPITTEL 6 AVSLUTNING

6.1 Innledning

Som avslutning og konklusjon vil jeg gi en oppsummering og svare på problemstillingen, slik at det kommer klart frem hva jeg har som hovedfunn. Jeg vil deretter presentere ideer til videre forskningsområder, basert på det jeg har kommet frem til.

Tittelen på denne studien er; *Nettverkets betydning i en individualterapeutisk kontekst – en studie av erfarne terapeuters kliniske praksis*. Jeg har samlet data gjennom intervju av fem erfarne terapeuter. Det sentrale var terapeutenes beskrivelser av hvordan det arbeides i terapirommet med individ og nettverk. Undersøkelsen belyser også hvordan de begrunner sin praksis. Problemstillingen er; *Hvordan beskriver terapeuter sitt arbeid i voksenpsykiatrisk poliklinikk, når det gjelder involvering av nettverk i terapi?*

6.2 Konklusjoner fra undersøkelsen

Som vi har sett beskriver ikke terapeutene et fasitsvar på hvordan man best kan arbeide med individ og nettverk, men at det finnes mange måter å tenke om dette.

Samtlige argumenterer for å ha et pragmatisk og uærbødig forhold til teori, og bruker teoretiske innsikter som inspirasjonskilde for sin praksis. Det fremkommer at det ikke finnes en dekkende teori for å forstå utvikling og behandling av psykiske problemer, men at terapiretninger kombineres. Terapeutene tar utgangspunkt i enkeltindividet som et meningsfullt fokus, men i dette perspektivet inngår hvilke relasjoner individet er en del av. Relasjonene er alltid til stede, direkte eller på en indirekte måte.

Ved analyse og diskusjon av materialet fremsto terapeutenes praksis med mange fellestrekk. Alle sa at de la vekt på å ivareta pasientens behov og interesser som ledesnor i terapien. Hver terapi er forskjellig, og innholdet i samtalene blir individuelt. Det kom fram at samtalene handler mye om systemet individet er en del av. Hvilke relasjoner individet er en del av og følelser knyttet til dette ser ut til å være hovedinnholdet i terapiene. Flere beskrev hvordan de

opplevde det private nettverket som krevende å forholde seg til, og at de hadde negative erfaringer med å involvere dette i terapi.

Samarbeidsrelasjonen mellom terapeut og pasient ble beskrevet som en viktig faktor for endring, og en sentral begrunnelse for å ikke involvere nettverk direkte i terapirommet. Terapeutenes holdninger og teoretiske forståelse av psykiske problemer som tilstander heller enn sykdommer kom tydelig frem. Et sentralt tema var å skape et rom for pasienten, slik at denne kunne utforske seg selv og sin historie i dybden. De psykiske problemene forstås i lys av individets bredere livskontekst, og forstås som livsvansker. Det er mulig å velge hvordan man vil forstå psykiske problemer, og hvilken tilnærming man velger i terapi, uavhengig av hvor mange man i praksis inkluderer fysisk i terapirommet.

De ulike systemiske familieretningene har ved siden av nyere utviklingspsykologi som viktig fokus samhandling mellom mennesker og utvikling av mønster. Det debatteres i forskningsmiljøer hvilke forståelsesmåter og tilnæringsmåter som gir god behandling, og psykoterapifeltet er i stadig utvikling. Etter mitt skjønn kan det se ut som om det er en trend at det skapes dialog mellom de ulike retningene, at de trekker veksler på og henter kunnskap fra hverandre. Dette er etter mitt syn en god beskrivelse på det som synes å være kjernen i terapeutenes måte å praktisere sin kunnskap på. Teoriene hjelper terapeutene til å være nysgjerrige, være på leting etter det som gir mening i terapi. Når det trekkes inn så mange mulige forklaringer på psykiske problemer, står alle muligheter åpne. Et hovedskille går, slik Nafstad (2005) ser det mellom sykdomsmodellen og positiv psykologi.

I denne studien belyser resultatene hvordan terapeutene er opptatt av nettverk ved at det gjøres til tema og snakkes om i terapirommet. Dette gjelder både der nettverk ses som et problem, eller en ressurs. Dette kan ha fellestrekk med det Mevik (1998) har hevdet, om pårørendes rolle i psykisk helsevern som en ubrukt ressurs. Undersøkelsen til Moss og Hafstad (1990, i Moss/Åhlin 1994) viste at landsgjennomsnittet for familiearbeid ved voksenpsykiatriske poliklinikker lå på ca. 7 % av den totale virksomheten. Denne studien viste at det å jobbe familie- og nettverksorientert ved poliklinikken, betyr at man har systemtenkningen med seg inn i terapirommet. Terapeutene er opptatt av å benytte familieteori, tilknytnings- og utviklingspsykologi i individualterapi, uten at dette står i motsetning til hverandre.

Terapeutene har fremhevet nettverkets sentrale betydning i terapi. Det snakkes om nettverk som ressurs, samtidig ser man ofte at det er her man finner en kobling til pasientens psykiske problemer. Man ser en sammenheng mellom pasientens relasjoner og psykiske problemer.

Med et individualterapeutisk utgangspunkt som kontekst ved psykiatrisk poliklinikk, ligger ikke rammene til rette for direkte involvering av nettverk i terapi. Dette på tross av at nettverket beskrives som en sentral faktor i det terapeutiske arbeidet. Terapeutene var åpne for flere måter å arbeide på, ut fra kunnskaper, erfaringer og personlige egenskaper. Terapeutene kunne også være sårbare for kritikk fra nettverket.

Resultatene i denne studien påpeker at det er grunn til å sette søkelyset på hvordan det arbeides med disse spørsmålene. Undersøkelsen viser at det finnes mange problemstillinger knyttet til involvering av nettverk i terapi. Det finnes begrunnelser for individentsentrert arbeid, samtidig som det finnes begrunnelser for å arbeide med nettverket direkte og indirekte. Det er ikke et enten eller, men et både-og perspektiv, individuelt tilpasset den enkelte pasient.

Terapeutene mente at psykiske problemer henger sammen med livspåkjenninger, hvilke relasjoner individet er en del av, men også individuell sårbarhet. Dette viser at nettverk, først og fremst det private, har en stor betydning for hvem du er og hvordan du har det med deg selv og andre. Psykiske problemer forstås på flere nivåer; pasientens indre sammenhenger, sosial kontekst, opplevd liv og personlig styrke. Dette inkluderer det generelle og det individuelle i psykiske problemer. På den andre siden løses de individuelt. Samtalene lokaliseres i hovedsak til poliklinikken. Arenaen for terapi blir i hovedsak ”det lukkede rom”. Til tross for at sykdomsmodellen er en overordnet modell som psykisk helsevern er basert på, ses individets ressurser, styrke og evne til utvikling som viktig fokus i terapi.

Det finnes ingen standardtilnærming til terapi. Ingen eier de rette svarene. Ved å kombinere moderne psykoterapi med tenkning fra systemorientert familiearbeid skapes nye muligheter for metodeutvikling. Psykoterapiforskning ser ut til å befinne seg i permanent evolusjon. Forståelse og metode befinner seg i denne studien i spenningsfeltet mellom nyere utviklingspsykologi og systemisk teori. Familierapifeltet ble av flere assosiert til arbeid med familier, noe som kan vise at ”familierapi” kan være et noe misvisende begrep.

Psykoterapiforskning og familierapifeltet kan ses som et levende fag som står i kontinuerlig

debatt med seg selv, og under stadig påvirkning av ulike strømninger i samfunnet. Det handler om en kultur som er videreført fra blant annet Batesons miljø i 50-årene.

Avslutningsvis vil jeg hevde at å hente ut kunnskap fra terapirommet kan føre til fortsatt diskusjon og økt refleksjon om disse temaene. Det er ikke noe ”mysterium” som foregår i ”det lukkede rom” og dette kan kanskje bidra til avmystifisering i samfunnet av hva terapi handler om. Dette kan igjen føre til en større åpenhet, og kanskje økt direkte involvering av nettverk som en ressurs i psykiatrisk poliklinikk.

6.3 Veien videre

Denne undersøkelsen er foretatt blant erfarne terapeuter. Jeg skapte interesse, og spørsmålene vedrørende involvering av nettverk i terapi virket engasjerende på terapeutene. Oppnår en å skape interesse for noe, så ligger veien videre åpen. En konsekvens av undersøkelsen resultater kan være en fortsatt diskusjon og økt refleksjon om hvordan man kan involvere nettverk i terapi ved voksen psykiatrisk poliklinikk.

6.4 Fremtidige studier

Det overordnede perspektiv for denne studien har vært å få økt kunnskap om praksis fra terapirommet når det gjelder involvering av nettverk i terapi, og om denne kunnskapen kan få betydning for hvordan det arbeides med disse spørsmålene. Undersøkelsen har vist at ved å studere praksis kan man gi informasjon til teori om utfordringer som må løses i møte med pasienter og deres nettverk. En kan se at kunnskapsformidling går begge veier i forhold til å forstå utvikling og behandling av psykiske problemer. Å utforske feltet ytterligere gjennom fremtidige studier, vil kunne synliggjøre praksiskunnskap og bidra til kunnskapsutvikling.

Hvordan imøtekomme pårørendes ønske om et samarbeid med psykisk helsevern?, er et spørsmål som kunne vært et tema for en fremtidig studie. En kunne ha studert hvordan pårørende kan involveres på en konstruktiv måte, og hvordan man kan forstå og ivareta pårørende, ved siden av individet.

LITTERATUR

- Andersen, T. (1992). Mellommenneskelige forhold, språk og forforståelse. Fokus på familien, 1 vol 20. 33 – 43 Universitetsforlaget
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992). The Client is the Expert: a Not-Knowing Approach to Therapy, i McNamee, S., Gergen, K. (red) Therapy as Social Construction. London: SAGE
- Axelsen, E. (1997). Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi. Oslo: Pax Forlag
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. New York: Balantine
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). Systemic Therapy with Individuals. London: Karnac Books
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. New York: Basic books
- Bruner, J. (1990). Acts of Meaning. Cambridge, MA: Harvard University Press
- De. Shazer, S. (1988). Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M.(2007). Affektregulering mentalisering og selvets utvikling. Dansk utgave. København: Akademisk forlag
- Gergen, K. (1991). The saturated self. New York: Basic Books
- Glaser, B.G. (1998). Doing grounded theory: Issues and Discussions Mill Valley, Ca.: Sociology Press
- Goolishian, H., Anderson, H. (1988). Understanding the Therapeutic Process. I Kaslow, F. (red): Voices in Family Psychology. Newbury Park: Sage
- Haaland, K.R. (2005). LØFT og narrativer I profesjonelle samtaler. Oslo: Universitetsforlaget
- Haley, J. (1963). Strategies of psychotherapy. New York: Grune & Stratton
- Hedges, F. (2005). Introduction to Systemic Therapy with individuals. A Social Constructionist Approach. London: Palgrave Macmillan.
- Helmer, R. Hammer, M. (1997). Familieterapiens bidrag til individuelt arbeid med stoffmisbrukere. Prosjektoppgave. Høyere utdanning i familieterapi. SSBU/Diavett
- Holter, H., og Kalleberg, R. (red) (1996). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget
- Hubble, M.A., Duncan B.L., Miller, S.D. (1999). The HEART & SOUL of CHANGE. What Works in Therapy. Washington, DC: American Psychological Assosiation

- Johnsen, A. (2004). Hva påvirker barns utvikling. En utviklingshistorie. Eller en terapeut i krise? Fokus på familien, vol 32: 216-231. Universitetsforlaget
- Johnsen, A., Sundet, R., & Torsteinsson, V.W. (2000). Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier Oslo: Universitetsforlaget.
- Jones, E. (1996). Familieterapi i systemperspektiv. København: Dansk psykologisk forlag
- Kringlen, E. (2005). Psykiatri, 8. utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Kvale, S. (1997). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam, Gyldendal
- Lang, P., Mc. Adam, E. (1997). Narrative-ating: Future dreams in present living jottings on an honouring theme. Journal of Systemic Consultation&Management. Vol 8, 3-12
- Lundby, G. (1988). Historier og terapi. Oslo: Tano Aschehoug
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum. Qualitative Sosial Research. Vol 1, No. 2
- McNamee, S., & Gergen, K.J. (1992). Therapy as Social Constuction. London: SAGE
- Mevik, K. (1998). Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug AS
- Moss, I.J., Åhlin, M. (1994). Familieterapi på en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Fokus på familien nr 2. Universitetsforlaget
- Mæhle, M. (2003). Reinventing the child in family therapy. Universitetet i Bergen, dr. Psychol. monografi.
- Nafstad, H.E. (2005). Positive Psychology: Historical, Philosophical, and Epistemological Perspectives. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2005. Nr.10 vol 42. 885-889
- Repstad, P. (1993). Mellom nærhet og distanse, 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Seikkula, J. (2000). Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug
- Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2005). Sociala network i dialog. Stocholm: Mareld forlag
- Seligmann M. E. P., Steen T. A., Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress Empirical Validation of interventions. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2005. Nr. 10 vol 42. 874-884
- Siegel, D.,J. (1999). The Developing Mind. Towards a Neurobiology of Interpersonal Experience New York: Guilford Press
- Snoek, J. E., Engedal, K. (2000). Psykiatri: kunnskap – forståelse – utfordringer Oslo: Akribe

Sosial og Helsedirektoratet (2006). Oslo. Veileder 15-1388, Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre.

Stern, D.N. (1985). The interpersonal World of the Infant. A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York: Basic Books

Stern, D. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton

St. meld. nr. 25, (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Thagaard, T. (2003). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 2. utgave
Bergen: Fagbokforlaget

Tidsskrift for Norsk Psykologforening (2006). Relasjonell psykoanalyse. Nr 9 vol 43, 956 - 958

Tjersland, O.A. (1993). Familieterapi. I Nielsen, G.H. og von der Lippe A.L. (red)
Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: TANO A.S.

Watzlawick, P., Weakland, J. & Fish, R. (1974). Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: Norton

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of human communication. New York: Norton.

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

Informant

INFORMASJONSSKRIV OM FORSKNINGSINTERVJU

Jeg viser til muntlig forespørsel om din deltagelse som informant til min planlagte Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høgskole.

Hovedtema for den planlagte oppgaven er;
Individualterapi og systemtenkning i voksenpsykiatrien, poliklinisk behandling. Jeg er opptatt av forholdet mellom individualterapi og systemteorier, og om det er mulig å arbeide med de samme temaene på individ- og system/relasjonsplan.

Jeg vil gjøre en kvalitativ studie. Jeg ønsker å intervju totalt fem erfarne terapeuter, om deres praksis og erfaringer fra individualterapi med bakgrunn i temaene individ og system. Jeg er opptatt av hvordan du personlig tenker og praktiserer, **dine praksiserfaringer** og ikke et idealperspektiv om hvordan praksis er tenkt på ditt arbeidssted.

Aktuelle temaer under intervjuet vil være;

- Ditt formelle ståsted, bakgrunn, utdanning, yrkeserfaring og teorier du tenker at du liker.
- Synspunkter, holdninger til individualterapi (taust ståsted)
- Dine erfaringer fra praksis, fortellinger eller eksempler fra praksis
- Har du følt at du har sittet uten »redskaper», at teoriene har sittet fjernt ?
- Din praksis mht pasientens relasjonelle kontekst, involveres nettverk i behandlingen og evt på hvilken måte?
- Forslag til tema/ spørsmål til neste informant.

Intervjuet antas å vare 1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd. Jeg vil også gjøre notater underveis. Vil transkribere intervjuet i sin helhet, og ber om ditt samtykke til å bruke sitater i analysearbeidet og i rapporten. Data vil bli gjengitt slik at de i minst mulig grad skal bli gjenkjendt av andre. Innsamlede data vil behandles på en forsvarlig måte og konfidensielt. Dersom du ønsker å trekke deg fra undersøkelsen vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Lydbånd slettes når studiet er avsluttet, etter planen i juni 2007.

Jeg vil invitere til refleksjon rett etter intervjuet, slik at du har anledning til å snakke om intervjuopplevelsen og formidle eventuelle reaksjoner.

Jeg ønsker å samle informantene, dersom dette er praktisk mulig og informantene har anledning, til en gruppediskusjon om hva som er kommet frem når jeg har gjort en analyse av data. Tenker å lytte til diskusjonen, »heise den opp» og gjøre et mindre analysearbeid av dette etterpå. Møtet forventes å vare 1 time. Det kan være aktuelt å ta dette opp på lydbånd eller video.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig

Datatjeneste. Jeg har sendt e-post til REK (regional etisk komite) for å informere om studiet. Prosjektet har ikke meldeplikt da jeg skal forske på terapeuters historier fra praksis og ikke på pasienter.

Hvis du har spørsmål vil du få anledning til å stille disse før intervjuet starter, eller sende de til min e-postadresse; berlil@online.no

Viser for øvrig til vedlagte samtykkeskjema

.....
Berit S.E. Lilleengen
Student

SAMTYKKESKJEMA

MASTEROPPGAVE I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS

Diakonhjemmet Høgskole

Student; Berit S.E. Lilleengen

Tema for den planlagte Masteroppgaven;

Individualterapi og systemtenkning i voksenpsykiatrisk, poliklinisk behandling.

Behandling av psykiske lidelser, forholdet mellom individ og system. En kvalitativ studie av erfarne terapeuters formelle ståsted og praksiserfaringer i voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Jeg har mottatt informasjon om studentoppgaven/forskningsprosjektet og samtykker med dette til deltagelse som informant.

Samtykket gis på frivillig basis, og jeg kan når som helst trekke meg fra deltagelse uten å måtte begrunne dette nærmere. Jeg samtykkes i at det kan brukes sitater i analysen/rapporten.

Dato,

Signatur,

INTERVJUGUIDE

Jeg vil oppfordre til personlige uttalelser og følelsesuttrykk, (uten at intervjuet blir en terapeutisk samtale).

Jeg vil først definere situasjonen, presentere samtaletemaene og styre intervjuet gjennom å stille ytterligere spørsmål. Jeg vil måtte finne en balanse mellom å gå i dybden og å få dekket temaene samt være åpen for andre ting som kan komme frem under intervjuet.

- Innledende briefing

Har du noe du vil spørre om vedrørende selve intervjuingen før vi begynner ?

Grov skisse over emner, samt forslag til temaer;

- Formelt og taust ståsted

Innledende spørsmål;

Først kunne jeg tenke meg at du forteller litt om din yrkesbakgrunn

Hvilken utdanning og yrkeserfaring har du ?

Hvilke formelle teorier tenker du at du liker som du har hatt nytte av i din praksis ?
(formelt ståsted)

Hvordan jobber du og hvordan tenker du at du er som terapeut ?

Hvilke synspunkter eller holdninger har du til individualterapi, eks nysgjerrig spørrende, respektfull, forklarende, rådgivende). Individet som meningsfullt fokus ? (taust ståsted)

- Erfaringer/ fortellinger fra praksis. Individualterapi, relasjon og samspill (Forholdet mellom individ og nettverk) Faglig tenkning mht individ og system.

Har du en fortelling eller et eksempel fra praksis relatert til disse temaene (invitere til historier)?

Har du opplevd konflikter mellom teoriforståelse og det du gjør i praksis, eksempler ?

Har du opplevd at teoriene har sittet fjernt, at du har sittet uten ”redskaper” og hvordan har dette vært for deg, evt hva er det du drar nytte av i praksis ?

De gangene du tenker at du gjør en dårlig jobb som erfaren terapeut, hvordan takler du det ?

Hva opplever du er de mest sentrale temaene for pasientene, er det noe som skiller seg ut ?
(Handler samtalerne mye om relasjoner?)

- Nettverk/ systemisk perspektiv. Trekkes nettverk/pårørende inn i behandling av enkeltindividet og hvordan gjøres evnt dette ?

Har du noen tanker om hva nettverk betyr for dine pasienter ?

Hvem er nettverk slik du oppfatter det (be informanten definere) ?

Hvem betrakter du som mest vesentlig nettverk ?

Trekker du nettverk inn i behandling av individet ?

Hvordan gjøres eventuelt dette?

Har du opplevd situasjoner hvor det er problematisk å ha et systemisk perspektiv?

Har du noen ganger angret på at du har trukket inn nettverk i behandling?

Har du noen ganger følt avmakt fordi du ikke har kunnet trekke inn nettverk?

Nå har vi diskutert nettverk/pårørende, hvor kommer individet inn i dette?

Evnt

Tilstrebes en ren individuell tilnærming/ metode? Hvorfor dette?

- Andre oppfølgingsspørsmål koblet mot tema som kommer frem i intervjuet

Kan du si noe mer om

Fortell mer om

Hvordan var det for deg å ...

- Avsluttende debriefing

Jeg oppsummerer de viktigste punktene som har kommet frem i løpet av samtalen

Kommentarer fra den intervjuede?

Nå har jeg ikke flere ting jeg vil ta opp eller spørre om før vi avslutter intervjuet.

Har du noe du vil spørre om eller tilføye før vi avslutter?

