

# Foreldre - barns beste

-terapeuter i ruspoliklinikker og samtaler rundt tema  
barn som pårørende.

Hege Seljebø

**Masteroppgave i familieterapi og Systemisk praksis**

Diakonhjemmet høyskole- april 2011

Ord: 27702

## **Forord**

Jeg vil takke terapeutene som stilte opp til intervju, det skal mot til for å stille opp å snakke om egen praksis. Det er mange på arbeidsplassen min jeg kunne nevnt, men min nærmeste leder som selv er familierapeut må fremheves. Hun har gitt meg støtte underveis, og lagt til rette for at jeg skulle greie å levere oppgaven til normert tid.

Begrepet pårørende har overraskende nok blitt nært for meg de siste to årene. Jeg har virkelig fått kjenne at det tar på når du plutselig er i en situasjon hvor dine nærmeste blir rammet av alvorlig sykdom. Dette har vært slitsomt for meg i skriveprosessen, men har også vært med å gi meg en utvidet forståelse av tema jeg hadde valgt å skrive om. Hasteturen til Paris to måneder før innlevering, hvor jeg både fikk oppleve både det offentlige og det private helsesystemet. Opplevelsen som pårørende å bli tilbudt å sove i en stol om natten, for så å lese høyt transkriberte intervju for min datter i sykesengen om dagen, har satt noen spor.

Hele familie har heiet på meg, men kjæresten vil jeg takke spesielt, uten dine spørsmål og tålmodighet hadde dette vært mye vanskeligere.

*Peer Gynt er fin: "Ja, tenke det; ønske det; ville det med, - - men gjøre det! Nei; det skjønner jeg ikke"*

– men, nå har jeg gjort det!

# 1. Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie basert på intervju med fem terapeuter som alle er ansatt på ruspoliklinikker i Midt – Norge. Oppgaven handler om hvordan terapeutene utfordres i sin praksis i forhold til at barn er pårørende. Studien gjøres med utgangspunkt i diskursteori og metode.

Gjennom endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten har en politisk ønsket å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjonsbehovet og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har. Loven ble vedtatt 19. juni 2009, og endringene trådte i kraft 1. januar 2010. I den forbindelse ble det mer fokus på barn som pårørende, og en utnevnte blant annet barneansvarlig på de ulike enhetene.

Problemstillingen er:

Hvilke diskurser om barn og foreldre er til stede i terapeutenes tilnærming til barn av foreldre som har et problemfylt forhold til rusmidler?

Og hvordan påvirker de terapeutenes håndtering av forholdet mellom barn og foreldre?

Feltet domineres av diskurser som tilsynelatende er dominerende og i konflikt til lovens intensjoner. Den dominante diskursen handler om at foreldrenes ansvar for den gode barndom, og terapeutens ide om behandlingsalliansen. Selv om terapeutene åpenbart også styres av diskurser som står i konflikt med disse, og som er mer på linje med lovgivers intensjon, slår de ikke gjennom i forhold til praksis.

I oppgaven drøfter jeg hvordan terapeuter i beste hensikt fremhever barneperspektivet, men at den terapeutiske alliansen kommer i en form for konflikt med de artikulerte diskursene knyttet til barnets beste.

## Hva er rus?

Det finnes mange former for rus.

Du har kanskje hørt ordet lykke-

rus- den følelsen du får når du

har det veldig gøy eller opplever

noe helt spesielt. Når du scorer

et mål i en fotballkamp,

eller har fått det kjæledyret du

har ønsket deg lenge. Noen

snakker om kjærlighetsrus, når de

er forelsket og føler at de svever over bakken.

Noen sier det er som en rus når

de er på en konsert med et godt

band, sammen med tusenvis av

andre.

En annen form for rus er den

Man får ved for eksempel

Drikke for mye øl eller brennevin.

Øl og brennevin kalles et rusmiddel. **Et rusmiddel er et stoff som påvirker kroppen**

**og hjernen vår, og får oss til å føle oss eller oppføre oss annerledes enn til vanlig.**

Slike rusmidler kan være alkohol(øl, vin, brennevin), piller eller narkotika

(John R. Pettersen, organisasjonen Voksne for barn).

# Innholdsfortegnelse

	Side
<b>Forord</b>	2
<b>1. Sammendrag</b>	3
Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Oppgavens struktur og innhold	10
1.4 Annen forskning	10
<b>2. Teori og ulike perspektiver</b>	12
2.1 Bakgrunn	12
2.2 Rusmiddelavhengighet	13
2.2.1 Den moralske tilnærmingen	14
2.2.2 Kulturell og historisk tilnærming	15
2.2.3 Psykodynamisk tilnærming	16
2.2.4 Medisinske tilnærminger	16
2.3 Perspektiver på barndommen	17
2.3.1 Den gode barndom - finnes den	17
2.3.2 Lovgrunnlag og bestemmelser knyttet til barn som pårørende	18
2.3.3 Barneansvarlig helsepersonell- Spesialisthelsetjenestelovens §3-7a	18
2.3.4 Hvordan møte barnas behov for informasjon når de er pårørende	19
2.3.5 Kompetansenettverk	20
2.3.6 Tilknytningsteori	20
2.3.7 Foreldrefunksjon	22
2.3.8 Skam og tabuer	24
2.4 Sosialkonstruksjonisme som forståelsesramme	25
2.4.1 Språk	25
2.4.2 Diskurs	27
2.4.3 Michel Foucault	28
2.4.4 Diskursteoretiske begreper	29
2.4.5 Element, artikulasjon og moment	30
2.4.6 Nodalpunkt og ekvivalenskjede	30
2.4.7 Diskursorden	31
2.4.8 Antagonisme	31
2.4.9 Hegemoni	32
2.5. Kritikk av diskursteori	32
<b>3. Metode</b>	35
3.1 Kvalitativ undersøkelse	36
3.2 Innhenting av data og valg av informanter	37
3.3 Intervju som metode	37
3.4 Intervjuprosess	38
3.5 Etske refleksjoner	39
3.6 Arbeid med datagrunnlag	40

3.7 Validitet, reliabilitet og generalisering	41
3.8 Forskningsetiske vurderinger	41
<b>4. Presentasjon og analyse av datagrunnlaget</b>	<b>43</b>
4.1 Analysens struktur	43
4.1.1 Diskursorden	45
4.1.2 Lovens intensjon	46
4.2 Foreldrerollens ukrenkelighet	47
4.3 Behandlingsalliansen	53
4.4 Rus som moralsk problem	57
4.5 Stein til byrden	59
4.6 De andres ansvar	61
4.7 Vi må skåne stakkaren	62
4.8 Frykten for det nye	65
4.9 Det hjelper å snakke om det	68
4.9.1 Spor av ”ikke vitende” posisjon	73
<b>5 Oppsummering analyse</b>	<b>74</b>
5.1 Noen refleksjoner	75
<b>Litteraturliste</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg</b>	
1 Kvittering på melding om behandling av personopplysninger	
2 Informasjon til informantene	
3 Intervjuguide	
4 Brev til foreldre fra Magne Raundalen	

## **Innledning**

Denne masteroppgaven handler om hvordan terapeuter i ruspoliklinikker blir utfordret i sitt møte med barn som pårørende av pasienter som har et problematisk forhold til rusmidler. Jeg valgte å ta med organisasjonen "Voksne for barn" sin beskrivelse av hva rus kan være, den lille informasjonen er skrevet for barn og presenteres i et informasjonshefte (Pettersen, 2007). Jeg tenker informasjonen også kan passe som en innledning på min masteroppgave, da jeg er opptatt av nyanser, også når det kommer til hvordan en kan snakke med barn om rus.

I mitt arbeid som samhandlingskoordinator og familieterapeut ved en rusinstitusjon i Midt-Norge har jeg sett hvordan familier blir påvirket når foreldre strever med rus. Det som forundrer meg er at det ikke er mer vanlig å jobbe med hele familien. Det er for meg et lite mysterium at vår behandling retter seg mest mot den som har rusproblemene, og at det i liten grad er et tilbud til hele familiesystemet. Nå skal det være sagt at jeg ikke tror alle familier hverken ønsker eller trenger familiebehandling, men jeg er nysgjerrig på hva det eventuelt er som holder oss tilbake.

Mange enkeltterapeuter utfører et godt arbeid med pårørende, men mye tyder på at det fremdeles er slik at det mangler effektive rutiner på å nå barn som pårørende. Jeg opplever at det blir opp til den enkelte terapeut. I praksisfeltet er det fokus på at mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser ofte kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer, og gjerne samtidig. Dette gjelder også for barna, det er mange hjelpere i forskjellige systemer som har ulike oppgaver og ansvar, da blir det også et spørsmål om samarbeid og kontakt mellom ulike instanser. Ettersom de ulike fagpersonene har forskjellige konstruksjoner ut i fra deres ulike erfaringer, blir det viktig for meg å få tak i disse ulike meningene som vi forholder oss til sammen, hvor kommer denne kunnskapen fra?

Den nye samhandlingsreformen vektlegger rett behandling på rett sted til rett tid sentral (St.meld 47, 2008-2009). Dette fordrer at man har en tettere kontakt mellom spesialisthelsetjensten og ulike kommunale instanser. Det utfordrer alle til samarbeid og utveksling av kunnskap på ulike nivå, også når det gjelder barn som er pårørende til foreldre som har et problematisk forhold til rusmidler. Slik jeg ser det, er barna til denne pasientgruppen ofte i en sårbar situasjon. Det gjør at jeg stiller meg stadig spørsmål hvilke diskurser er det vi forholder oss til, og hvorfor er ikke barna inkludert i større grad når de i mange tilfeller har levd med foreldre som ruser seg over lang tid?

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er at jeg har reflektert en del rundt rommet mellom kunnskap og praksis i møte mellom terapeuter, pasienter og barna som pårørende. Jeg er nysgjerrig på hva status er etter lovendringen, og hvilke diskurser er til stede i forhold til lovgivers intensjon.

Når jeg har valgt begrepet terapeut som tittel fremfor behandler, har det med at jeg opplever det som en funksjonell tittel. Mange av terapeutene som jobber innenfor ruspoliklinisk behandling har utdanningsbakgrunn som sosionom, barnevernspedagog, sykepleiere, i tillegg har de gjerne videreutdanning innenfor rus og avhengighet eller psykiatri. Det vil derfor være ulike teorier og forskjellig ståsted hos de forskjellige terapeutene. Selve utdanningsbakgrunnen velger jeg ikke å vektlegge, da jeg tenker det er lite relevant for problemstillingen. Men Foucault (1999:25) har et godt poeng når han sier at utdanning er en politisk måte å opprettholde eller modifisere tilegnelsen av diskurser på, med de vitensformer og maktformer de bringer med seg.

Jeg tenker vi alle har ulike konstruksjoner uansett utdanningsbakgrunn, som gir ulik mening ut ifra egne erfaringer, uten at det representerer noen universell virkelighet. Bateson skal ha sagt *"all erfaring er subjektiv"*, vi forstår på bakgrunn av hvem vi er, og vil oppfatte virkeligheten ulikt (Ulleberg 2007: 71).

Fagfeltet er i stadig forandring, også gjennom ny lovgivning. Lovbestemmelsene som omhandler barn som pårørende er Helsepersonelloven § 10a og § 25 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, samt rundskriv 15-5 /2010 Barn som pårørende.

I min forståelse av hvordan barn som pårørende skal tolkes i denne masteroppgaven, legger jeg til grunn den som rundskrivet beskriver, som er en vid tolkning, uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Den gjelder både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og andre. Mindreårige barn av pasienter omhandler barn under 18 år etter loven (Rundskriv 15-5/2010:4).

Tema jeg har valgt er etter min oppfatning preget av motsetningsforhold. Det handler om det å ha et problematisk forhold til rus og samtidig å skulle være forelder eller omsorgsperson.

Det gjør meg nysgjerrig på hvilke gamle og nye ideer terapeuter har som påvirker relasjoner og samtaler innenfor tema jeg har valgt. Det jeg mener med ideer er sosiale konstruksjoner, og



det er spennende å forske på hvilke posisjoner terapeutene tar i møte med barn som pårørende.

Det er foreldre med et problematisk forhold til rus, som er pasientgruppen til terapeutene jeg har intervjuet. Tema er barn som pårørende, dermed velger jeg å tenke at familieperspektivet er sentralt i min masteroppgave. Jeg har vanskelig for å forstå at man kan behandle foreldre for rusproblemer uten også tenke på barna sin situasjon og deres behov. I følge Fried Hansen fagsjef ved Borgestadklinikken, (1991) vil en tilgang være å fokusere på hvordan bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som ivaretas av familien.

I tillegg vil de følelsmessige relasjonene belastes og forstyrres når en av omsorgspersonene har problemer med rusmidler (ibid). Min tilnærming vil være at jeg har valgt å studere familierapi og systemisk praksis, og derfor vil det være naturlig for meg å velge et systemisk perspektiv. Det valget tok jeg ganske tidlig i prosessen. Dette fordi jeg er opptatt av hvordan vi gjennom konstruksjoner påvirker hverandre, hvordan vi posisjonerer oss som fagpersoner og handler ut fra sannheter tatt for gitt. Diskursanalyser bygger i stor grad på en strukturalistisk og poststrukturalistisk språkfilosofi som hevder at tilgangen til det virkelige alltid går gjennom språket (Jørgensen og Phillips, 2008: 17). Jeg velger å bruke sosialkonstruksjon og poststrukturalistisk teori og metode, og vil derfor trekke frem vesentlige deler av denne i kapitlene som omhandler teori og metode.

## **1.2 Problemstilling**

For å belyse temaet barn som pårørende har jeg valgt problemstillingen:

**Hvilke diskurser om barn og foreldre, er til stede i terapeutenes tilnærming til barn av foreldre som har et problemfylt forhold til rusmidler. Og hvordan påvirker de terapeutenes håndtering av forholdet mellom barn og foreldre?**

Hensikten med undersøkelsen er å bedre få innsikt og kunnskap om hvilke diskurser man kan påvirkes av innenfor tema barn som pårørende. Tema barn som pårørende er særlig aktuelt ettersom det nylig har vært gjort en lovendring, samt at det er kommet nytt rundskriv som omhandler tema.

Spørsmål jeg drøfter i oppgaven er blant annet: Hvilke sosiale konstruksjoner preger terapeutene som etter lovendringen har fått endrede forpliktelser i forhold til hvordan de arbeider i feltet mellom barn og foreldre?

Er det diskursen om at foreldre vet best? Er det diskurser om at hvis du har et problematisk forhold til rusmidler, er du i utgangspunktet en dårlig forelder?

Og bidrar lovendringen til en diskursiv kamp? I så fall hvordan artikuleres det?

### **1.3 Oppgavens struktur og innhold**

Oppgaven består av 5 kapitler.

Kapittel 1 beskriver bakgrunn for valg av tema, problemstilling, oversikt over innhold i oppgaven samt annen forskning.

Kapittel 2 inneholder teori og ulike perspektiver rundt de forhold som er viktig for å belyse problemstillingen.

Kapittel 3 beskriver forskningsmetode hvor jeg gjør rede for valg av metode, utvelgelse av informanter, prosess, validitet, reliabilitet og generalisering. Videre gjør jeg rede for etiske refleksjoner og forskningsetiske vurderinger.

Kapittel 4 presenterer datagrunnlaget gjennom analyse av hoveddiskurser som fremkommer av materialet, for i neste omgang å bli presentert i en mer detaljert analyse. Jeg drøfter dataene opp mot teori og forskning i selve analysen, tematisert etter funnene i datagrunnlaget.

Kapittel 5 inneholder en oppsummering hvor jeg gjør en vurdering på om jeg har svart på problemstillingen. I tillegg har jeg noen kritiske refleksjoner, og peker tilslutt på hvilke praktiske implikasjoner undersøkelsen kan få videre.

### **1.4 Annen forskning**

Når jeg skal trekke frem relevant forskning innenfor familierapifeltet er det lite som har vært gjort som direkte går på min problemstilling. Det er da kanskje ikke så rart da den tar utgangspunkt i en lovendring som ble gjeldende fra 1.januar 2010. Men det finnes mye forskning om tilliggende tema. I forholdt til barn er det forsket mye på tilknytning. I de opprinnelige tilknytningsmodellene til Bowlby og Einsworth så man på hvordan barnet oppførte seg mot tilknytningspersonen ved atskillelse og gjenforening (Hart og Schwartz, 2009). Tilknytningsbegrepet har som blant annet Lars Smith (2008) påpeker vært omdiskutert i alle år. Han sier også at det kan tas som et tegn på at det er et vitalt forskningsområde (ibid). Samhandling og samspills betydning er beskrevet gjennom forskningsarbeid gjort av Perry og

Stern(1975); Smith og Ulvund (1999) (tatt fra Brandt og Grenvik, 2010; 17). Det er dannet et nasjonalt kompetansenettverk for å bedre oppfølgingen av barn med somatisk og psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre. Gjennom denne forskerbanken fant jeg flere forskningsprosjekter som var relevant for mitt prosjekt( [www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)).

Astrid Halså avsluttet doktorgradsarbeidet i 2008 med avhandlingen: "*Mamma med nerver*". En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten når mor har psykiske helseplager. Dette er en kvalitativ studie av hvordan kvinner med psykiske helseplager håndterer foreldreskap når det er muligheter til å støtte barna og foreldrene.

Bente Storm Mowatt Haugland er forsker ved regionsenter for barn og unges psykiske helse. Hun leverte i 2004 avhandlingen "Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment" ved Universitetet i Bergen.

Jeg har hatt kontakt med Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Den eneste publikasjon de har som berører mitt tema, er "Afhængighed og relationer - de pårørendes perspektiv" utgitt av Helle Lindgaard (2008). Rapporten er den første av i alt tre fra et stort forskningsprosjekt som blant annet handler om de pårørende og deres belastninger. Det er en sammenfatning av eksisterende kunnskap, i tillegg til en gjennomgang av resultater fra undersøkelsen "avhengighet og relasjoner" som er en spørreundersøkelse hvor 415 pårørende og 210 med alkoholproblemer har deltatt. I tillegg er gjort en kvalitativ undersøkelse som gir et mer nyansert bilde og dypere forståelse av hvordan det er å være pårørende.

I mitt prosjekt er jeg opptatt av terapeutenes diskurser om foreldreskap og hvordan de tar disse med seg i sitt arbeid i forhold til barn som pårørende. Det er derfor relevant å nevne et doktorarbeid som nettopp omhandler terapeutens rolle i møte med pasienter, og hvordan de bringer inn sine egne preferanser i terapirommet. Anne Kyong Sook Øfsti (2008) sin doktoravhandling "Some call it love" er basert på intervjuer og videomateriale av terapeuter som jobber som parterapeuter. Hun har sett på hvordan terapeutene sine diskurser om kjærlighet og intime relasjoner bringes inn i terapien, og hvordan de normative forestillingene om hvordan samliv bør være påvirker hvordan parterapi utføres. For meg har hennes arbeid fått meg til å bli interessert i hvordan jeg selv som terapeut bringer inn mine forestillinger og diskurser. I mitt masterprosjekt er det nettopp terapeutenes perspektiver jeg vil undersøke.

## 2 Teori og ulike perspektiver

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for noe av den teoretiske utviklingen innenfor rusfeltet, synet på rus og hvordan foreldrerollen kan bli påvirket. I tillegg vil jeg gå inn på sentrale teorier om barns behov, som jeg mener terapeutene er preget av i det materialet jeg fått gjennom intervjuene. Videre vil jeg presentere teori som er grunnlaget for diskursanalysen.

Georgy Bateson, en av de fremste representantene for det systemiske paradigme, skal ha sagt; ” Without context, words and actions have no meaning at all”. Begrepet kontekst blir brukt om den sammenhengen et fenomen opptrer i (Ølgård 2004). I min masteroppgave vil kontekst være behandlingsinstitusjon, terapeutene jobber i poliklinikker, og pasientene de møter er til behandling ved disse. Som Bateson sa, en må se adferden relasjonelt i forhold til kontekst (ibid).

### 2.1 Bakgrunn

Jeg ønsker å bruke teori og forskning som sier noe om hvordan terapeutene posisjonerer seg gjennom språket, og som kan være med på å danne et bakteppe når jeg skal forsøke å forstå hvilke diskurser de bruker. Mitt vitenskaplige ståsted bygger blant annet på teori man kan finne innefor sosialkonstruksjonisme, diskurst teori og postmoderne filosofi. Selv om jeg gjennom studiet i familierapi og systemisk praksis har tatt i mot denne tenkningen med åpne armer, er det ikke mulig for meg å distansere meg helt fra den evidensbaserte forskningen som også har en betydelig plass i familierapifeltet og ikke minst innenfor fagfeltet rusbehandling.

Teorien jeg har valgt å trekke ut vil være begrenset og utvalgt, dette har sin naturlige forklaring i oppgavens omfang. Jeg har sett på pensumlister for å finne litteratur som er aktuell i forhold til problemstillingen, hørt på intervjuene for å finne relevant teori, jeg innser det kun er mulig å gjøre et lite utvalg.

Jeg må likevel tilkjenne at den systemiske tenkning om hvordan kunnskap skapes og utvikles, appellerer til meg og gir en gjenklang i hvordan jeg kan forstå hvordan kunnskap blir til og kan forstås. Jeg har lest all teori med sosialkonstruksjonistiske briller.

## 2.2 Rusmiddelavhengighet

I følge Bramness, som er forskningsdirektør ved Senter for rus og avhengighetsforskning ved universitetet i Oslo, kan en regne at det er minst 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer i Norge. Det er minst 20-30 000 mennesker med problemer med narkotika og minst 30-50 000 mennesker i Norge som har et problemfylt forhold til reseptbelagte legemiddel (Lossius, 2011:5).

Det finnes en rekke teorier om og forklaringer av avhengighet (Fekjær, 2004). Det er imidlertid sparsomt med undersøkelser om hvordan folk flest forstår fenomenet avhengighet. Når det gjelder terapeuters forståelse av hva avhengighet er, mener jeg at også de er preget av ulike tilnærminger. En kan forstå rusproblem eller avhengighet som både biologisk, sosialt, kulturelt og psykologisk betinget, dette avspeiler seg også i ulike definisjoner.

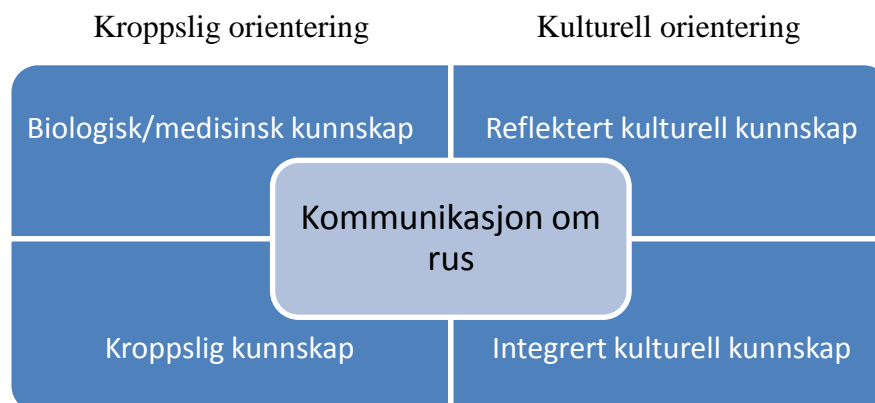
Fried Hansen, fagsjef ved Borgestadklinikken, definerer at det er et rusproblem når;

*”Bruken av rusmidler virker forstyrrende på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, når de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens rusbruk”* (Norsk Psykologforening 27/91).

En amerikansk familierapeut Craig Nakken (1996) definerer avhengighet som et patologisk kjærlighets- og tillitsforhold til et objekt eller en opplevelse.

Man skiller ofte mellom bruk, misbruk og avhengighet, men jeg velger ikke å differensiere, ettersom det er terapeutenes virkelighetsbeskrivelse jeg skal undersøke.

En modell som kan visualisere kunnskapsfeltet fant jeg hos Øystein Henriksen (2000:121). Han beskriver modellen som en sammenfatning av kunnskapsformer og kommunikasjon om rus.



Han skiller også mellom hverdagskunnskap og vitenskaplig kunnskap i modellen. Jeg ønsker å ha en amoralsk holdning til temaet, også i forhold til hvordan jeg bruker språket, men opplever at både i faglitteraturen, lovtekst og rundskriv brukes benevnelsen rusmisbruk.

Med rusreformen i 2004 omdefinerte en behandling av rusmiddelavhengige fra å være sosiale tjenester, til å bli et behandlingstilbud i tverrfaglig spesialisert rushelsetjeneste (Lossius, 2011:38). I veileder med tittel Vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling, utdypes det hva som ligger til grunn (Sosial- og helsedirektoratet, 12/2006: 19). Gjennom denne endringen fikk mennesker med et problematisk forhold til rus pasientrettigheter på linje med andre pasientgrupper etter pasientrettighetsloven (ibid).

### **2.2.1 Den moralske tilnærmingen**

Koblinger mellom religion og ruskultur er noe en nesten ikke tematiserer i vårt samfunn, men det har mange koblinger.

Vin har symbolisert det guddommelige og åndelige. I flere land i Europa er det fremdeles kobling mellom ruskultur og religion i hverdagslivet. Vinen er et viktig element i trossystemene og er et naturlig symbol i de ulike faser, årstider og ritualer (Henriksen og Sande, 1995:55).

Innefor et moralsk perspektiv ligger det mye ansvar på mennesket selv for valg og handlinger. Det vil kunne ligge til grunn en tanke om alle har et ansvar for egen handling, og at misbruk av rusmidler forklares med en dårlig moral. Det er knyttet fordømmelse i forhold til å miste kontroll over egne handlinger, en moralsk fordømmelse som kan føre til følelser som skam. Også innenfor religion er det beskrevet dyder som handler om å ha kontroll over egen handling. Dette henger sammen med en tanke om at det er umoralsk og syndig å misbruke rusmidler (Killen og Olofsson, 2003).

En kan se at meningen med rus er innvevd i selve trossystemet, og at det kan være interessant å se på ulike trossystemer og kombinasjoner av meninger slik de inngår i ulike fellesskap og bevegelser i vårt samfunn. Sett i et historisk perspektiv har meningen med alkohol vekslet fra å være Guds gave til å bli djevelens drikk (Henriksen og Sande, 1995:56).

## 2.2.2 Kulturell og historisk tilnærming

Kultur kan beskrives som et ide- og symbolsystem som mennesker skaper og vedlikeholder gjennom språklig kommunikasjon (Henriksen og Sande, 1995:25). Språket er en del av ruskulturen. For å kunne kommunisere om handling, opplevelse, stoffer og ulike rusmidler trenger en ord og uttrykk. Det samme fenomenet kan beskrives på forskjellige måter ved hjelp av forskjellige ord. Et eksempel tatt fra Henriksen og Sande(1995:26) er ordene ”rus” og ”fyll”. Begge ordene beskriver en tilstand, men ordet ”rus” er mer positivt ladet, ”fyll” brukes i forhold til å beskrive en tilstand som har lite positivt med seg.

Innenfor et kulturelt perspektiv ser en stor grad av fokusering på rusens funksjon i det sosiale liv. Normer for hva man drikker, på hvilken måte, på hvilken arena og med hvem. Man skiller mellom arbeid og rekreasjon, når man har fri er det sosialt akseptert å ta seg en fredagspils (Willy Pedersen, 1998). Det er en forståelse av at legale rusmidler kan brukes i bestemte situasjoner, dog har vi miljø i Norge som er totalt avholdende til rusbruk overhodet, men disse miljøene regnes som marginale (Henriksen og Sande, 1995:210).

Det kan kanskje uttrykkes som at det er en viss kulturelt fundert aksept for rusbruk i forhold til visse situasjoner som er normbundet. Pedersen som er en av de i Norge som har forsket mye på den sosiale betydningen av rusmidler, han bruker begrepet bittersøt, rusmidlene har også en nytelsesside. Han skriver også i boka Bittersøt (1998) om rusmidler sin betydning i overganger i livet, med et særlig fokus på ungdom. En kan i vår samtid hevde at russetiden er et eksempel på en feiring av en overgang mellom det å være barn til å bli voksen.

Feiring av ulike begivenheter og overganger i livet kan kalles ritualer. Ritualene har en rekke sosiale funksjoner, og en ser at ritualene er preget av alkohol og rus i vår kultur(Henriksen og Sande, 1995:46). En fikk fra slutten av 1500 tallet brennevin i Norge, importert vin var det mindre av, ellers gikk det i mjød og øl, disse skikkene er beskrevet i litteraturen (Per Holck, 1997), og er en del av vår kulturelle tradisjon.

Videre vil en kunne lese at det historisk har endret seg hva som er sosialt akseptert også innenfor samme kultur, og at diskursene om hva som er akseptabel bruk vil hele tiden være i endring. Sturla Norlund, alkoholforsker på Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), beskriver en utvikling av nordmenns alkoholvaner historisk. Han problematiserer forbruket i et historisk perspektiv, og sier noe om hvordan det registrerte alkoholsalget har endret seg.

( <http://www.sirus.no> )

### **2.2.3 Psykodynamisk tilnærming**

Den psykodynamiske tilnærmingen forklarer rusmisbruk som uttrykk for psykopatologi. En tenker årsaken til problemene er at misbrukeren har en personlighetsforstyrrelse, og at denne tilstanden ligger som en skjult faktor bak et misbruk. I ulike fagmiljø diskuteres det til stadighet hvorvidt pasienten har en psykisk lidelse i bunn, eller om det er bruken av rusmidler som har ført til psykiske problemer. En tenker at selv om behandling er vellykket, pasienten er rusfri, vil de psykiske lidelsene vedvare (Lossius, 2011).

### **2.2.4 Medisinske tilnærminger**

En av de mest kjente modellene som bygger på en medisinsk tilnærming er Minnesotamodellen, mer kjent som AA (anonyme alkoholikere) og NA som er en egen gruppering for de som har problemer med narkotiske stoffer. Denne tenkningen har sitt utspring i USA og kom til Norge i 1947. Det den er kjent for er tolvtrinnsmodellen og muligheten til oppfølging for sine tilhengere gjennom ukentlige gruppemøter ledet av tørrlagte alkoholikere. De bygger på en forståelse av at avhengigheten er en sykdom, og at du må akseptere at du er helt maktesløs ovenfor rusen. Ordtaket som ofte forbindes med AA sin tenkning er ”en gang alkoholiker, alltid alkoholiker”. AA mener at personer som har et problematisk forhold til rus er genetisk disponert for å utvikle avhengighet. Som kilde har jeg brukt hjemmesiden til AA, [www.anonymealkoholikere.no](http://www.anonymealkoholikere.no). og Trembacz sin beskrivelse (Trembacz, 2009: 17).

Den nevrobiologiske forskningen forklarer behovet rusmiddelbrukeren har for stadig å ville bruke rusmiddel, med at sentralnervesystemet blir påvirket. Denne forståelsen tar altså utgangspunkt i sentralnervesystemet, og fokuserer på de forandringene som oppstår der. Ved vedvarende rusbruk endres responsen i nervecellene og vil over tid gjøre at kroppen vil føle stadig og økende behov for tilførsel av rusmidler i form av russug. Dette er en av de ulike forklaringene innenfor den medisinske tilnærmingen til rusavhengighet og forståelse av hva som kan være årsaksforklaring (Pedersen 1996).

I Norge bruker helsevesenet den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 for å diagnostisere rusmiddelproblemer (Lossius, 2011:24).

I følge ICD-10 foreligger det avhengighet når;



*”Et spektrum av fysiologiske, adferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen adferd som tidligere var av stor verdi ”(ICD-10:73).*

Ettersom jeg har valgt å ha et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn, vil jeg i masteroppgaven legge til grunn at de ulike perspektiv i rusfeltet som jeg har trukket frem, er uttrykk for ulike diskurser i fagfeltet som kun representere deler av en virkelighetsforståelse og at delene er mindre enn helheten, og vil aldri fremstå som noe annet.

## **2.3 Perspektiv på barndommen**

Norge har vi undertegnet FNs konvensjon om barns rettigheter. Den er fra 1989 og ble inkorporert i norsk lov i 2003. I barnekonvensjonen defineres barn å være personer under 18 år. Barnekonvensjonen har fire hovedprinsipper. Det første prinsippet er hensynet til barnets beste. Så er det prinsippet om rett til medbestemmelse og prinsippet om ikke-diskriminering. Tilslutt har man prinsippet om barnets rett til liv og utvikling. Det siste prinsippet omfatter rett til helse tilbud, rett til sosial trygghet og tilstrekkelig levestandard, rett til utdanning og rett til hvile og fritid. Det sentrale i barnekonvensjonen og i statlige føringer i forhold til barns oppvekst er hensynet til barnets beste (Kvello, 2008).

### **2.3.1 Den gode barndom - finnes den?**

Barn kan defineres eller konstrueres i en kultur og i en bestemt tid styrt av rådende oppfatninger i sosiale, politiske, og kulturelle institusjoner. Verdien av og innholdet i barndommen vil derfor variere både mellom samfunn og kulturer og mellom tidsepoker i samme samfunn. På bakgrunn av dette kan definisjoner og forståelser av barn ikke sees isolert, fordi de er uttrykk for kulturen og tiden de konstrueres og gis meningsinnhold i (Kvello, 2008: 23). Videre sier Kvello at barndom ikke kun kan være klart forankret i biologiske forhold, fordi den er likeså mye en sosial konstruksjon (ibid). I min masteroppgave tar jeg utgangspunkt i vår tid. Når jeg bruker begrepet barn, mener jeg barn som lever i det norske samfunn. På bakgrunn av problemstillingen min og informasjonen jeg fikk gjennom intervjuene har ikke minoritetsbakgrunn og kjønnsforskjeller hos barna vært tematisert.

I følge statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) anslås det at mellom 50 000 og 150 000 barn bor sammen med personer med risikofylt alkoholforbruk (Lossius, 2011:355). Andre beregninger fra 1985 gjort av Frid Hansen som er fagsjef ved Borgestadklinikken, går lengre og sier at det er mellom 160 000 og 230 000 barn som lever i familier hvor foreldrene har et

høyt forbruk av alkohol (Anne Elisabeth Brandt og Tone Hestmo Grenvik, 2010). Disse tallene er beregninger gjort på bakgrunn av foreldrenes misbruk, men tallene sier lite om hvordan misbruket påvirker familien, og da heller ikke barna.

### **2.3.2 Lovgrunnlag og bestemmelser knyttet til barn som pårørende.**

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven § 10A og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010.

Bakgrunnen for lovendringen er de belastningene barn kan utsettes for i forbindelse med foreldrenes sykdom, skade eller avhengighet. Det ble også utarbeidet et rundskriv som utfyller og forklarer lovbestemmelsene (rundskriv 15-5/2010).

Men hva legger man i begrepet pårørende, og hva skiller barn og unge fra voksne som pårørende? Begrepet ”barn som pårørende”, brukes i rundskrivet om barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Lovbestemmelsene har som formål å forebygge problemer hos barn og foreldre gjennom å sikre risikoutsatte barn og unge tidlig hjelp. En ønsker å sette barn og foreldre bedre i stand til å mestre livet når foreldre opplever psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Lovbestemmelsene gjelder for mindreårige barn under 18 år og skal gjelde både for biologiske barn, stebarn, fosterbarn, adoptivbarn og andre (ibid).

Med helsepersonell menes alle som yter helsehjelp i tilknytning til foreldres sykdom. Alt helsepersonell i Norge har plikt til å ivareta barn som pårørende. Dette gjelder både innen kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter.

Plikten til å ivareta barn som pårørende vil først og fremst gjelde helsepersonell med ansvar for pasientens behandling. Det er de som ofte står nærmest pasienten, og har ansvar for å samordne den hjelpen som gis. Behandlingsansvarlig vil derfor både ha ansvar for og mulighet til å sørge for at barn får informasjon og nødvendig oppfølging.

### **2.3.3 Barneansvarlig helsepersonell- Spesialisthelsetjenestelovens §3-7 a.**

Gjennom den nye lovbestemmelsen ble det bestemt at helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal ha barneansvarlig. Dette er spesielt for disse enhetene, man har laget en organisatorisk løsning som gjelder for helseforetakene, og private sykehus/

institusjoner som har avtale med helseforetakene. Kommunene omfattes ikke av bestemmelsene, men kan velge å utnevne barneansvarlige. Det står ikke noe om hvor mange barneansvarlige enhetene eller avdelingene skal ha, det er derfor opp til ledelsen ved disse å avgjøre antall og omfang. Det vil derfor kunne variere mellom de ulike enhetene i forhold til hvor mange barneansvarlige de velger å ha, og det vil i neste omgang bety forskjellig arbeidsmengde på den enkelte barneansvarlig (rundskriv 15-5/2010).

Det som er regulert er arbeidsoppgavene til barneansvarlige. De skal koordinere og sette i system arbeidet. En barneansvarlig skal ha et ansvar for å veilede og delta når det er behov, i konkrete saker. En ønsker at barneansvarlig skal fremme barneperspektivet som en integrert del av det helsefremmende arbeidet og ivareta informasjon og oppdatering av helsepersonell i forhold til barn som pårørende. Det er også et ønske at barneansvarlig skal sikre god behandlingsflyt mellom avdelinger, samt ha gode samarbeidsrutiner i forhold til eksterne samarbeidsinstanser. Det er vektlagt at barneansvarlig skal ha oversikt over aktuelle oppfølgingstiltak for barn.

Gjennom kunnskap og kompetanse om barn og familiers behov ved sykdom, skade og avhengighet skal barneansvarlig være gode i forhold til samtale – og handlingsferdigheter. Man skal kjenne til lovverk knyttet til barn, barnevern og taushetsplikt. Helsepersonelloven pålegger spesialisthelsetjenesten å bidra til at barna av pasientene får informasjon og nødvendig oppfølging. Lovendringen vil kunne avspeile politiske føringer som kan være med på å påvirke utvikling av hvordan man i fremtiden vil drive pårørendearbeid i spesialisthelsetjenesten (ibid).

### **2.3.4 Hvordan møte barnas behov for informasjon når de er pårørende**

Samfunnsutviklingen har gjort at barn og unge stadig bruker flere moderne medier. De innhenter informasjon, kommuniserer med venner og bruker daglig mediene som underholdning (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim, 2001). I dag er alle, både voksne og barn påvirket av den teknologiske utviklingen. I mitt arbeid med barn som pårørende har jeg snakket med barn som forteller at de gjennom bruk av internett har søkt opp informasjon i forhold til foreldrenes problematiske forhold til rusmidler. Det finnes i dag nettsteder hvor fagfolk svarer på spørsmål, hvor det legges ut informasjon. En av de organisasjonene som står bak et slikt nettsted er Voksne for barn. Barn trenger informasjon som kan gi en utvidet forståelse av hva som foregår når en foreldre blir syk. Informasjonen må tilpasses situasjonen,

barnets alder og være slik at den skaper forståelse for barnet. En har gjennom rundskrivet (rundskriv 15-5/2010:12) formidlet hva lovgiver sin intensjon har vært.

### **2.3.5 Kompetansenettverk**

Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet et nasjonalt kompetansenettverk for å bedre oppfølgingen av barn med somatisk og psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre. Sørlandets sykehus HF, leder og koordinerer nettverket, som har fått navnet BarnsBeste. Gjennom dette kompetansenettverket samler man inn, systematiserer og formidler en kunnskap og metodikk. Formålet er å forebygge og behandle problemer barn kan ha som følge av foreldrenes sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet.

Oppsummert, har lovendringen i sum bidratt til en betydelig fokus på pårørendes situasjon, herunder barn.

### **2.3.6 Tilknytningsteori**

I boka "Fra interaksjon til relasjon (Hart og Schwartz, 2009) tas en med på en introduksjon av de fem mest kjente teoriene som er utviklet. Teoretikerne jeg vil nevne er Donald W.Winnicott, John Bowlby og Daniel Stern. Dette er teori som preger mye av tekningen i fagfeltet i dag, og jeg velger derfor å bruke noe av denne teorien.

De siste årene har interessen for tilknytningsteori vært voksende. En er opptatt av kompleksitet rundt utvikling, og mange teoretikere anerkjenner at personlighetsmønster både er relatert til medfødte forutsetninger og at man utvikles gjennom personlige og nære relasjonelle erfaringer(ibid).

I tilknytningsteorien beskrives prosessen som resulterer i barnets livsnødvendige forbundethet med omsorgspersonen, og hvordan tilknytning fører til dannelsen av indre mentale strukturer. Dette er grunnlaget for barnets personlighetsdannelse og senere samspill med omverden. Tilknytningsteorien oppfatter mennesket som et grunnleggende sosialt vesen som kommuniserer og knytter seg til andre mennesker. I den tradisjonelle tilknytningsteorien er begrep som adferdssystem inspirert av begrepene homeostase og feedback i systemteorien. Kort forklart er dette en forståelse av hvordan barnet holder forbindelsen til sin tilknytningsfigur innenfor visse avstands- og tilgjengelighetsgrenser.

I følge Bowlby er tilknytning å oppfatte som et organisert adferdssystem. Formålet med adferden er å sikre tilknytningspersonens tilgjengelighet for barnet, og den biologiske

funksjonen er i følge ham beskyttelse for barnet. Men han sier også noe om andre adferdssystemer som han mener regulerer menneskelig adferd, han bruker da begrep som omsorgssystemet som handler om foreldrenes binding til barnet. Han sier at det også er andre adferdssystemer som regulerer utforskningsadferd, spising, seksuell adferd, sosialadferd, frykt og engstelse. Han hevder de ulike adferdssystemene blir utviklet gradvis, men at tilknytningen er medfødt. Dette betyr at begrepet tilknytning kan forstås som utviklingens drivkraft. Teorien om at dette er å oppfatte som medfødt biologisk funksjon, kommer fra etologien (læren om dyrs adferd i sammenheng med deres miljø). Bowlby inkluderte faggrener som etiologien og det systemteoretiske perspektivet i sin forskning, i tillegg til kognitiv psykologi. Dette gjør at jeg har en viss faglig dragning til hans tenkning, nettopp fordi han er opptatt av det relasjonelle. Allerede som spedbarn deltar barn i kommunikasjon med foreldrene. Dette gjør de gjennom dialog som består av lyder, bevegelser og mimikk. Barn viser tidlig evne til å formidle følelser og ta etter foreldrenes mimikk (ibid).

I Norge har man med utgangspunkt i bred forskning innenfor utviklingspsykologi utviklet blant annet ulike metoder for veiledning til foreldre (Hundeide, 2001, Rye og Hundeide 2005). Dette fordi man tenker at gjennom veiledning av foreldre kan man på en god måte bistå familien i forhold til samspill (ibid).

Man har fra sosial- og helsedirektoratet satset på foreldreveiledningsprogrammet ICDP (International Child Development Programme). Målet er at man gjennom foreldreveiledning kan bevisstgjøre foreldre og andre omsorgsgivere i forhold til barns behov, og hvordan disse behovene kan møtes. Dette programmet er på vei inn i voksenpsykiatrien og rusbehandlingen som et tilbud til foreldre som ønsker foreldreveiledning som en del av deres behandlingstilbud.

Jeg tenker at mye av kunnskapen en har om barns behov tar utgangspunkt i slik teori som nevnt ovenfor, i tillegg har de fleste av oss en del oppfatninger av hva en god barndom er. I min datainnsamling leter jeg etter kunnskap om hvordan informantene snakker om og bruker denne kunnskapen i møte med barn som pårørende.

### 2.3.7 Foreldrefunksjon

En kan spørre seg hva et godt nok foreldreskap er. Hva er god nok omsorg, når kan man hevde at barn får god omsorg? Hvilke oppfatninger er en del av det vi tar for gitt, oppfatninger som vi bærer rundt på enten bevisst eller ubevisst? I møte med andre kulturer kan ens egne oppfatninger bli stilt på prøve.

De rådende oppfatninger av hvordan foreldre best bør forholde seg til små barn, er like ofte preget av politiske og feministiske ideologier som vitenskaplig basert kunnskap skriver Turid Berg – Nielsen (Kvello, 2008:191). Hun påpeker hvor vanskelig det kan være for foreldre og fagpersoner å skille mellom hva som er ideologi og hva som er vitenskap på området.

De aller fleste foreldre vil til tider kommunisere på en måte som ikke nødvendigvis fremmer et godt samspill, men i følge Winnicot (1949) er god nok omsorg langt fra det perfekte. Hans betegnelse *fasiliterende omverden*, som han også kalte *god nok mor-funksjon*, eller støttende omsorg er noe av de sentrale begrepene i hans utviklingsforståelse.

Han var opptatt av utviklingen som skjer i barnets første leveår, før språket, i tillegg til omverdenens og interaksjonens betydning for barn (Hart og Schwartz 2009).

Winnicot viser til ulike egenskaper hos omsorgspersonen som emosjonell involvering og glede over å være sammen med barnet, og at omsorgspersonen har kapasitet til å tolerere barnets umodenhet. Dette beskriver han som evne til å regulere sine egne følelser, og evne til å hjelpe barnet i forhold til å regulere følelser. Han sier også at det handler om å kunne skille mellom egne og barnet sine behov og følelser. En annen egenskap er å være sensitiv i forhold til de signalene barna gir. Et eksempel vil kunne være barn som ler og ler, kommer i en affekt slik at han ikke vet hvilken retning følelsene skal ta, latter går over til gråt, og ingen voksen er der for å roe situasjonen. Emosjonsregulering handler om å mestre emosjonelle uttrykksformer, dette er en faktor som gjør det mulig å etablere meningsfull samhandling mellom omsorgsgiver og barn (Brandt og Grevik, 2010:88).

Vi har alle, ofte ulike, oppfatninger av hvordan det ideelle barnet bør være, hvordan vi ønsker barnet skal utvikle seg, egenskaper vi synes er viktig og hvordan barndommen bør være. Mye tyder på at synet på barn er i endring, og dermed kan en spørre seg hvilke konsekvenser dette får i forhold til barn som pårørende.

Innenfor ulike fagområder som psykologi, sosiologi, pedagogikk og antropologi, pekes det på at barn må sees på som subjekt helt fra begynnelsen av livet. Spedbarn forstås ikke bare som passive mottakere av de voksnes omsorg, men som aktive deltakere i utvikling av relasjoner til andre mennesker. De bidrar selv i å skape mening i de situasjoner de møter (Stern 1991). Forskningen viser at små barn er sosiale vesener som via kroppslige handlinger og nonverbale kommunikasjonssignaler både søker og går inn i relasjoner til andre (Hart og Schwartz, 2009: 218). De er i stand til å signalisere egne intensjoner og grenser, for eksempel når de vil ha pause fra interaksjonen med omsorgspersonen, eller at de kjenner seg usikre.

For å komme inn i konstruktiv dialog og samhandlingsmønstre, må omsorgspersonene være i stand til å se og tolke både kroppslige og nonverbale kommunikasjonssignaler. Å møte barn som subjekt er altså ikke noe som trer i kraft etter hvert som de vokser og får språk.

Utfordringen ligger der helt fra de kommer til verden. For å komme inn i konstruktiv dialog og samhandlingsmønstre, må omsorgspersonene være i stand til å møte barnet, allerede i mors mage (Brandt og Grenvik, 2010: 65-68).

OECD (Organisation of Economic Co-operation and Development) stod for en stor undersøkelse av barns oppvekstvilkår 2007. Agendaen var å se på hvordan barn i medlemslandene faktisk har det. Hvor mye ressurser bruker man på barna, når brukes de og hvordan går det med den oppvoksende slekt.

Undersøkelsen tegnet et lite flatterende bilde av vår omsorg for barn. Den konkluderte at norske barn ligger på topp i forhold til materielle goder, men på bunn plass når det gjelder trivsel og velferd. Viser her til OECD sine hjemmesider på internett hvor rapporten ligger. [www.oecd.org/els/social/childwellbeing](http://www.oecd.org/els/social/childwellbeing)

I etterkant av undersøkelsene ble det i media intervjuet barnepsykologer for å gi kommentarer til resultatene. Noe av det som ble bemerket var at det i Norge er tabu er å snakke om barneoppdragelse. Magne Raundalen, som regnes for å være en av de mest kjente barnepsykologene i Norge, har vært med på å påvirke folks oppfatninger av hva en god barndom er. Han har ved flere anledninger i media uttalt at muren rundt privatlivet blir en hindring for de rundt en familie som ser at barn trenger sensitive voksne som bryr seg. Han har også skrevet boka "Kan vi snakke med barn om alt?" Hvor han tar opp ulike vanskelige tema som en kan oppleve vanskelig å snakke med barn om (Raundalen og Schultz 2008).

### **2.3.8 Skam og tabuer**

Det å føle skam handler om smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket (Skårderud, 1998:131). Familien rundt misbrukeren kan føle skam knyttet til adferden til den som misbruker rusmidler. Det kan være opplevelsen av adferden bryter sosiale normer, slik at det oppstår en redsel for at omverden skal fordømme eller ikke forstå (Glistrup, 2004:133).

Skam og skyld er følelser knyttet til problemer med rusmidler. Det en kan se er at følelsene ikke bare er knyttet til den som har problemet med rusmidlene, men også familien rundt beskriver at de sliter med slike følelser. Skam kan sies å være en intens og smertefull opplevelse som i et tilknytningsperspektiv gir seg utslag som en følelsesmessig reaksjon på tap av forelderens kjærlighet eller anerkjennelse. Barn som vokser opp med foreldre som har et problematisk forhold til rusmidler, forsår etter hvert at foreldrene bryter de sosiale normene som er knyttet til rusbruk. På dette viset utvikles et forhold preget av hemmelighold, fortielse og skam (Lossius, 2011:356).

Et familieliv som utvikler et samhandlingsmønster preget av skam vil særlig for barn bli en stor påkjenning. Kommunikasjonen i familien vil være preget av benektelse, bortforklaringer og hemmelighold, som igjen kan føre til at barn blir bærere av en skyldfølelse. For barn kan dette utvikle seg til en klemme, hvor de til stadighet kommer i en lojalitetskonflikt i forhold til egne foreldre (ibid.) Birgit Trembacz, dansk psykolog og familieterapeut, var en av de første i det offentlige behandlingssystemet i Danmark som så på barna og de unge i familier hvor det var problemer i forhold til rus. Hun har snakket med uttallige voksne barn som har vokst opp i under slike forhold. Det beskrives i boken (Trembacz, 2009:83) hvordan skammen over å være i en familie hvor det foregår rusing, påvirker og begrenser barnets selvfølelse, identitet og sosiale liv. Mange barn beskriver følelsen som å leve med en ”kronisk klump i magen”, dette kommer også av at det er gjennom nære familierelasjoner en former hverandres virkelighetsforståelse (Lossius, 2011: 357).



## 2.4 Sosialkonstruksjonisme som forståelsesramme

Burr sier i boken *An introduction to Social Constructivism* (1995), at det finnes flere teoretiske tilnærminger som kan sortere under sosialkonstruksjonisme, og at disse tilnærmingene kan sies å dele noen felles trekk (Jørgensen og Phillips, 2008 ; 13-14).

Et kjennetegn er at de har en kritisk holdning til selvsagt kunnskap. De sosialkonstruksjonistiske tilnærmingene forholder seg kritisk til slik kunnskap ut fra en oppfatning om at det er ingenting som tilsier at vår kunnskap om verden er objektiv. Det andre er at vår kunnskap om verden alltid er kulturelt og historisk preget. Det betyr at de måtene vi oppfatter og representerer verden på er gjennom kunnskapsproduksjon som er historisk og kulturelt kongruent, og umulig kan representere en universell, objektiv og verdifri sannhet. Dette vil da si at vi også er kontekstbundet. En tenker også at sosialkonstruksjonismen bygger på at det er sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser. Gjennom det sosiale skapes felles sannhet, vi konstruerer sannheter i relasjon til andre (ibid).

I tillegg ligger det til grunn et menneskesyn som jeg kan forholde meg til, vi står i relasjon til andre, og fenomener må forstås som en del av et samspill. Det som utspiller seg er ikke uavhengig av kontekst (Hårtveit og Jensen, 2004 ).

I boken til Jørgensen og Phillips (1999) beskriver de at sosialkonstruksjonisme er en fellesbetegnelse for flere nyere teorier om kultur og samfunn. Teoriene innenfor sosialkonstruksjonismen kan beskrives som en filosofisk retning som blant annet viser at mennesker konstruerer sin virkelighet gjennom språklige interaksjon med andre.

### 2.4.1 Språk

Språk og språkhandlinger avspeiler et ideologisk repertoar som noen ganger står i kontrast til hverandre. Disse kontrastene, eller kampene om hva som er riktig eller galt kan noen ganger fremstå som motsetningsfylte. Anne Øfsti (2010: 29) skriver om språkhandlinger at de kan være både direkte og indirekte handlinger. Øfsti refererer til Searle (1995) som sier at det å tale et språk er en språkhandling.

Det å tenke på språk på denne nyanserte måten vil i mitt møte med informantene og deres fortellinger kunne gi meg en mulighet til utvidet forståelse. Det en oppfatter er en subjektiv forståelse, og virkeligheten kun er en fortolkning gjort av de som beskriver sin forståelse gjennom sin erfaring. Ved formidling gjennom språk, både nonverbalt og verbalt viser man

flere sider av seg selv, og dermed er det åpent for mottakers tolkning og oppfatning. Jeg tar utgangspunkt i et postmoderne perspektiv, hvor man er opptatt av at vi er kontekstorientert og at man står i forhold til hverandre gjennom språket, jeg viser her til Harlene Anderson sin bok samtale, språk og terapi (Anderson 2003). Den strukturalistiske språkteorien har utgangspunkt i Saussures ideer fra begynnelsen av 1900 tallet. Han lanserte tanken om at forholdet mellom språk og virkelighet er vilkårlig (arbitrær). Det virkelige forteller ikke ut fra seg selv hvordan det skal uttrykkes. Mening skapes gjennom sosiale konvensjoner der ting relateres til bestemte tegn og omvendt (Jørgensen og Phillips, 2008:19). Saussures sier derfor at hvert enkelt tegns mening skapes i relasjon til andre tegn, og at tegn dermed er deler av en struktur. Saussure gjorde et skille mellom språkets struktur, *Launge*, og den konkrete språkbruken *Parole*. *Launge* er nettverket tegnene plasseres i og som er fast og uforanderlig. *Parole* er måten mennesker anvender tegn på i konkrete situasjoner. Det siste mente han bygde på det første og at det derfor er språkets struktur som bør være språkvitenskapens oppgave å kartlegge (Jørgensen og Phillips 2008).

Poststrukturalismen fører videre tanken om at tegn får sin mening fra hverandre i et relasjonelt forhold og ikke direkte fra virkeligheten. På to områder skiller poststrukturalismen seg fra Saussures strukturalisme. Det ene er at en er kritisk til ideen om at språket bygger på en uforanderlig struktur. I poststrukturalistisk språk teori fastholder man ideen om at tegn får mening gjennom å relatere seg til andre tegn, men man mener samtidig at det må vektlegges at tegn kan skifte mening etter hvilken kontekst de brukes i.

Det andre er at poststrukturalisme kritiserer Saussure for skillen mellom *Langue* og *Parole*-struktur og språkbruk. Poststrukturalismen hevder det er den konkrete bruken av språket som skaper, reproducerer og forandrer strukturen (Jørgensen og Phillips 2008:20-21).

Alt skjer gjennom interaksjon mellom mennesker. Det finnes ingen nøytrale sannheter om virkeligheten, det er konstruksjoner av virkeligheten, som vil være påvirket av både kultur og historie (Jørgensen og Phillips, 2008). Det at jeg velger å ha en slik forståelse av verden kan gi meg nyttige ideer om hvordan kunnskap og sannhet blir forhandlet i familier, i de aktuelle behandlingssammenhenger, og i intervjusettingen. Det er et faglig ståsted som egner seg for å svare på problemstillingen i masteroppgaven min.

Geir Lundby (1998:76-77) oppsummerer hovedideene i sosialkonstruksjonismen på en enkel måte. Han sier at en gjennom denne forståelsen tar en kritisk posisjon i forhold til antakelser som man tar for gitt om den sosiale verden. Han sier også at disse interessene antas å være

forsterket av dominante sosiale grupper. Tradisjonell positivistisk tilnærming avvises da det hevdes at denne ikke er reflektert nok, og målet for forskningen er ikke å søke kunnskapsproduksjon for å få endelige svar og universell kunnskap, men å søke etter kunnskap som åpner opp for ulike måter å forstå kunnskap på. Det er mulig å forstå verden som et produkt av historiske prosesser bestående av interaksjon og forhandling mellom ulike mennesker. Dette kan beskrives som noe i retning av å redefinere psykologiske konstruksjoner som vi kjenner gjennom begrepene ”sinnet”, ”selvet” og ”følelser”.

Gjennom en sosialkonstruksjonistisk forståelse vil en kunne hevde at alt er sosialt konstruerte prosesser, som kan fjernes fra hodet og heller plasseres i området for sosial diskurs (Ibid).

#### **2.4.2 Diskurs**

Det er ikke en absolutt enighet om hva diskurs er, eller noen faste regler for hvordan man analyserer dem. Begrepet er mye brukt både i journalistikken og i samfunnsvitenskapen, det kan til tider bli brukt svært generelt. For meg ble det vanskelig å skille mellom store samfunnsmessige diskurser, og ytringer som kan kalles diskurser. Jeg oppdaget at for min egen del måtte jeg tenke og velge å arbeide med de overordnede diskursene i materialet, og tenke at ordene og setningene som brukes av meg som intervjuer og av terapeutene, er ytringer som sier noe om en bakenforliggende diskurs som kanskje ikke engang er uttalt.

I følge Neumann (2001) er det vanskelig å finne dagligdags meningsinnhold som svarer til den samfunnsvitenskapelige betydningen. En kan derfor si at diskursene om det diskursive er en egen diskurs.

Neumann definerer diskurs på følgende måte;

*En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstruerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner (Neumann 2001:18).*

Jørgensen og Phillips,(2008) har en definisjon av diskurs jeg synes er anvendelig;

*”Diskurs er en bestemt måte å tale om og forstå verden,( eller utsnitt av verden) på”*

En annen måte er å si at vi handler og føler ut ifra diskurser. Davis & Harre (1990) snevrer inn begrepet ved å si at hvem vi er og hvordan vi oppfatter verden og oss selv, er avhengig av omstendighetene vi befinner oss i, og de diskursene som er tilgjengelig i den konteksten vi

befinner oss i (Øfsti 2010:18). En slik forståelse av begrepet vil kunne bety at vi snakker, føler og handler ut ifra diskurser. Man kan også beskrive diskurs som en type metasamtale som alle innenfor en kultur forholder seg til (Widerberg, 2001).

### **2.4.3 Michel Foucault**

Foucault var en fransk filosof (1926-1984) som fremdeles regnes som en av de mest innflytelsesrike samfunnstenkere i etterkrigstiden.

Han har hatt stor betydning for utviklingen av diskursen om diskursbegrepet. Han var opptatt av å vise hvordan kunnskap er et strategisk og politisk felt, og at kunnskap er sosialt konstruerte kategorier. Foucault hevdet gjennom sin diskursteori, arkeologien, å klarlegge reglene for hvilke utsagn som er akseptert som meningsfulle og sanne i en bestemt historisk periode (Neumann 2001).

Teori om diskurs og kunnskap er sentralt i masteroppgaven min, og det kan hevdes at Foucault gjennom sin tenkning prøver å gripe det diskursive gjennom å vise sammenvevingen av makt og kunnskap i ulike språkhandlinger. Ut fra Foucault forståelse av begrepet diskurs ligger de sosial relasjonene blottet og kan leses gjennom det språklige. Foucault var opptatt av hvordan kunnskap og makt i samfunnet påvirker og kontrollerer oss, og hvordan den igjen påvirker våre liv og historier (Jørgensen og Phillips 2008:9).

Foucault definerer diskurs som; *"vi vil kalde en gruppe af ytringer for diskurs i det omfang, de udgår fra den samme diskursive formation (.....diskursen) består af et begrænset antal ytringer, som man kan definere som mulighetsbetegnelsene for.*

*( Foucault 1969:153/1972:117)*

Sitatet er tatt fra Jørgensen og Phillips (2008:22).

Foucault utviklet et kritisk perspektiv knyttet til hvordan mening skapes ved hjelp av språket, men også hvordan man bruker språket aktivt for å konstruere riktige og mindre riktige meninger, sannheter og ideer (Øfsti 2010). Man kan si at en dekonstruerer makt i språket gjennom bruken av språket.

Foucault (1999: 29) sier at en må behandle diskurser som diskontinuerlige praksiser som krysser hverandre, av og til berører hverandre, men like ofte overser eller utelukker hverandre. Kvale (2009:232) refererer også til dette, han sier også at Foucault sine analyser av diskursive maktrelasjoner har påvirket senere former for diskursanalyse.

Diskursanalyse er en felles betegnelse på ulike tverrfaglige og multidisiplinære tilganger. Det er en metode som kan anvendes på ulike sosiale områder i mange ulike typer undersøkelser.

Iver B. Neumann (2001: 13-14) sier at noe av det som kan være vanskelig for en uerfaren forsker som velger å bruke diskursanalyse, er at det har vært en viss motvilje mot å utvikle metodelitteratur. En har ønsket å bryte ned skille mellom metode og teori. Dette henger sammen med ontologiske og epistemologiske problemer.

Han hevder at diskursanalytikeren ikke i hovedsak er mest opptatt av det værende, hva verden består av, men hvorledes og hvorfor ting fremtrer som de gjør. På bakgrunn av en slik tenkning vil en være mest opptatt av epistemologiske spørsmål, slik som hvordan kan vi ha kunnskap om verden, fremfor ontologien som er læren om det værende(ibid).

#### **2.4.4 Diskursteoretiske begreper**

I diskursanalysen bruker jeg en del redskaper i form av begreper knyttet til diskursteori, jeg vil derfor presentere noen av disse. Det mest sentrale begrepet er diskurs, dette har jeg allerede presentert. En kan altså forstå diskurser som de systemene som bestemmer hvordan vi definerer og kategoriserer forskjellige fenomener. Ulike ord og begreper kan i forskjellig grad kontinuerlig skifte meningsinnhold. Det vil kunne variere i meningsinnhold ut i fra relasjon, sammenheng og kontekst. En kan tenke at et språklig tegn i utgangspunktet er tomt, det er hvordan det står i relasjon til andre språklige tegn som er bestemmende for innholdet. Disse relasjonene blir gjerne kalt ” den diskursive strukturen”, og en ser at dets innhold endres over tid. En kan se på en diskurs som en midlertidig fastfrysing av betydning for bærerne av diskursen. Neuman sier da også at selve begrepet diskurs heller ikke er en fastspikret størrelse (Neuman: 2001). Det foregår derfor en kamp mellom de ulike diskursene om definisjon av kategorier og fenomener som danner vår verden.

Laclau og Mouffe bruker begrepene ”diskurs” og ”diskursivt felt” i sin diskursteori. Denne delingen gjøres for å kunne skille mellom betydningsfastleggelsen i en diskurs og alt som det ikke er plass til i den enkelte diskurs. I deres teori er diskurs midlertidig fiksering, eller sagt på en annen måte, fastlåsing av betydning, mens det diskursive feltet er diskursens ytre, alt som diskursen utelukker og definerer seg i forhold til. Det vil kunne bety at det diskursive feltet samtidig representerer andre mulige fastsettelse av diskursen. Diskursen konstitueres i forhold til dette ytre, det diskursive felt, og står i fare for å undermineres av det. Andre definisjoner av tegnene vil kunne true diskursenes entydighet. Konsekvensen av det vil være

at en diskurs aldri er fullstendig lukket, det vil alltid kunne komme en endring av betydningsfastsettelsen (Jørgensen og Phillips, 2008)

#### **2.4.5 Element, artikulasjon og moment**

Laclau og Mouffe bruker i sin diskursteori begrepene element, moment og artikulasjon når de snakker om hvordan struktureringen av tegnene i det diskursive feltet foregår. De bruker begrepet element om et tegn som ikke har fått endelig fiksert mening innenfor en diskurs. En kan si at elementer er flertydelige tegn. Et annet begrep de bruker er artikulasjon. I det legges at det er en betegnelse på enhver praksis som etablerer en relasjon mellom elementene slik at deres identiteter endres som et resultat av artikulasjonen. Et moment er et tegn som har blitt artikulert inn, som en del av en diskurs. En kan altså forstå det slik at en diskurs forsøker å artikulere elementer til momenter, det vil si å fastlåse elementets betydning på en bestemt måte (Jørgensen og Phillips, 2008:36).

#### **2.4.6 Nodalpunkt og ekvivalenskjede**

Betegnelsen nodalpunkt brukes om et viktig og særlig sentralt moment, altså et privilegert tegn, i en diskurs som de andre momentene i diskursen ordnes rundt og får sin betydning i forhold til. Et tegn kan på samme tid både være et nodalpunkt og en flytende betegner, som kan beskrives som et element som i stor grad er åpen for betydningstilskrivelse, i forhold til det diskursive feltet. De ulike diskursene vil forsøke å tilskrive seg den flytende betegneren sitt meningsinnhold på hver sin måte. Et eksempel fra mitt diskursfelt kan være tegnet *behandling*, som innenfor flere diskurser kan fungere som et nodalpunkt, samtidig som det kan betraktes som en flytende betegner i den forstand at de ulike diskursene kjemper om hvilket betydningsinnhold dette tegnet skal tilskrives (Jørgensen og Phillips, 2008:39).

Laclau og Mouffe bruker i sin diskursteori begrepet ekvivalenskjede for å beskrive diskursenes innholdsutfyllelse eller betydningstilskrivelse av nodalpunktene. En kan videre si at nodalpunktene er i utgangspunktet tomme tegn, som får sin betydning i det de kyttes opp i mot andre tegn gjennom ekvivalenskjeder (Neumann, 2001).

Videre kan *behandling* som nodalpunkt innen en bestemt diskurs knyttes til ”pasientrettigheter”, ”rusbehandling”, ”terapi” og ”mestring” av eget liv. Disse tegnene vil innen diskursen være sammenknyttet i en ekvivalenskjede, som knytter tegnene betydningsmessig sammen, og dermed diskursivt strukturerer betydningsinnholdet til tegnene.

Sammenkoblinger mellom nodalpunkter og andre betydningsbærende tegn i form av momenter i ekvivalenskjeder vil også fastlegge nodalpunktets betydning på den måten at det slås fast hva nodalpunktet ikke betyr, eller er forskjellig fra. Dette skjer ved at man knytter nodalpunktet til visse tegn og gjennom det utelukker at andre sammenknytninger konstrueres, slik kan det bli en avstand eller en negativ relasjon til andre mulige diskursive betydningstilskrivelser av nodalpunktet (Jørgensen og Phillips 2008).

#### **2.4.7 Diskursorden**

Jørgensen og Phillips(2008) bruker begrepet diskursorden fra Faircloughs kritiske diskursanalyse og foreslår at en kan inkorporere begrepet i Laclau og Mouffes diskursteori for å bygge videre på deres konsepter om diskurs og det diskursive feltet, og forholdet mellom disse. De foreslår å legge begrepet diskursorden mellom begrepet om diskurs og begrepet om det diskursive feltet. En kan forstå det slik at det diskursive feltet representerer all mulig utelukket betydning fra en diskurs, mens en diskursorden vil kunne betegne et felt eller et sosialt rom der det finnes minst to forskjellige diskurser som delvis dekker det samme terreng som de konkurrerer om å fylle med innhold. En diskursorden vil altså kunne være et avgrenset område der en faktisk eller potensiell diskursiv konflikt pågår.

Et eksempel på ulike diskurser som kjemper på et overlappende felt kan være den tradisjonelle medisin versus alternativ behandling, hvor en bruker andre virkemiddel for å forstå og behandle sykdom (Jørgensen og Phillips, 2008: 40).

Diskursorden jeg avgrenser i min masteroppgave vil kunne kalles ”talen om barns beste, og konsekvenser for barn som pårørende”. Dette vil kunne utgjøre rammen eller feltet hvor de ulike diskursenes kamp om betydningsfastsettelse finner sted. ”Pårørende” innenfor denne diskursorden vil være en viktig flytende betegner, hvis innhold de ulike konkurrerende diskursene forsøker å fastlegge, gjennom å relatere dette tegnet i forhold til andre tegn i diskursen og det diskursive feltet.

Dette skjer både ved at diskursene knytter eller sammenkobler tegnet ”pårørende” med visse andre tegn/momenter og dermed skaper ekvivalenskjeder mellom tegnene, og gjennom distansering av tegnet fra andre, på den måten skapes betydningsmessig avstand mellom tegnene (ibid).

#### **2.4.8 Antagonisme**

Diskursteorien oppfatter det sosiale felt som preget av kamp og konflikter omkring betydningsdannelse. Antagonisme er diskursteoriens begrep for konflikt. En kan forklare det

som at antagonismer finnes i diskursordner der ulike diskurser støter sammen og individets ulike subjektposisjoner gjensidig forhindrer eller blokkerer hverandre (Jørgensen og Phillips, 2008). Videre sier Jørgensen og Phillips at en diskurs som på en slik måte står i et antagonistisk forhold til en annen diskurs, vil true den andre diskursens eksistens, samtidig vil den selv være truet av den andre diskursen. En kan derfor se på antagonisme som en åpen konflikt mellom de forskjellige diskursene i en bestemt diskursorden.

Måten antagonismer kan løses på er gjennom hegemoniske intervensjoner. Gjennom hegemonisk intervensjon reartikuleres elementene og fastlåses til momenter på tvers av de motstridende diskursene. Resultatet av en vellykket hegemonisk intervensjon vil være hegemoni, det vil si at en diskurs alene dominerer feltet det tidligere rådet antagonisme. Den hegemoniske diskursen som står igjen kan være en av de tidligere antagoniske diskursene i endret form eller som en ny diskurs.

#### **2.4.9 Hegemoni**

Laclau og Moffes sitt begrep om hegemoni har en opprinnelse i den italienske marxisten Antonio Gramscis bruk av begrepet (Jørgensen og Phillips, 2008:42). Han definerte hegemoni som ”intellektuelt, moralsk lederskap”. Han ønsket å finne en grundigere forklaring på hvordan samfunnets borgelige overbygning og borgerskapets dominans ble opprettholdt, også med konsensus fra andre grupper og klasser enn borgerskapet.

Laclau og Mouffe fastholdt at i likhet med alle andre sosiale fenomener kan ikke klassene og klassekonfliktene være ”objektiv gitte forhold” oppstått utenfor en diskursiv strukturering. De hevder derfor i stedet at det er politisk-ideologiske diskurser som etablerer politisk hegemoni til tross for konfliktene og antagonismene i den sosiale orden.

I diskursteorien vil en hegemonisk diskurs betegne er diskurs som alene dominerer på et felt, eller en diskursorden. En kan si det sånn at det er den hegemoniske diskursen som i stor grad er bestemmende for hvordan majoriteten tenker, snakker og handler i forhold til det aktuelle felt. Enkelte hegemoniske diskurser er gjerne så befestede at de sjelden blir satt spørsmål ved, ”det bare er sånn”.

#### **2.5 Kritikk av diskursteori**

Diskursteori og sosialkonstruksjonistiske retninger har til tider vært utsatt for kritikk. En del av kritikken har vært i form av beskyldninger om relativisme og fornektelse eller bagatellisering av den foreliggende fysiske og objektive virkeligheten. Dette fordi retningene vektlegger å lese sosiale praksiser som om de var tekst.



Selv om ethvert objekt, fenomen eller relasjon er diskursivt konstituert i sin fremtoning for oss mennesker, har dette ingenting å gjøre med hvorvidt det eksisterer en fysisk verden med hendelser utenfor tankene eller ikke. Laclau og Mouffe avviser imidlertid tanken om at noen objekter eller hendelser kan konstituere seg utenfor en diskursiv frembringelse (Jørgensen og Phillips, 2008). Det er gjennom språket vi skaper representasjoner av virkeligheten, den fysiske virkelighet eksisterer, men kan bare få meningsinnhold gjennom diskursene (ibid).

En annen kritisk innvending mot diskursteori og sosialkonstruktivisme er at den fremstår som relativ. Dersom språket skaper samfunnet, så vil all betydning og mening være i "fri flyt" og virkeligheten vil være slik du vil den skal være, "slik en sier den er". Jørgensen og Phillips sier at på et nivå kan dette være riktig, det er gjennom å tillegge seg selv og omverden betydning at en kan forstå og handle i verden, og i den forstand kunne hevde at både en selv og andre er den betydning vi legger i dem. Forandrer vi betydningene forandres også subjektet og omverden, og vi får andre muligheter for å tenke og handle. Imidlertid hevder Jørgensen og Phillips at i en gitt verden vil det enkelte subjekt ha begrensede muligheter til selv å manipulere med betydningene som omgir oss. Forandringer i betydningstilskrivninger vil være resultater av langsomme kollektive sosiale prosesser.

Derfor kan en hevde at selv om diskursteorien poengterer at det sosiale og vår oppfattelse av ulike fenomener er menneskeskapt og kontingent, det vil i prinsippet si at alt kunne vært annerledes, er det viktig å huske at all mening ikke er i vilkårlig "fri flyt" (Neuman, 2001).

Diskursene dukker ikke opp av intet, de vil alltid være forankret i en spesifikk historisk, sosial og politisk kontekst (ibid).

En kan hevde at det ikke er så mange praktiske redskaper når en skal gjøre en diskursanalyse. Laclau og Mouffe sies å ha vært mest opptatt av å utvikle diskursteori, og kan derfor med fordel kombineres med andre teoretikere i følge Jørgensen og Phillips (2008).

Men den overordnede tankegangen i diskursteori er at sosiale fenomener aldri er ferdig utviklet eller totale. Det vil alltid foregå sosiale kamper om diskurser.

De hadde en forståelse av det sosiale som en diskursiv konstruksjon der alle sosiale fenomener i prinsippet kan analyseres med diskursanalytiske redskaper (Jørgensen og Phillips 1999: 34). Det analytiske fokus var den diskursive konstruksjon av samfunnet. De hevdet at alle praksiser er diskursive og at diskursene har en konstituerende og begrensende evne ovenfor praksis. En tenker diskursene stadig står i kamp ovenfor hverandre og at det til tider oppstår hegemoni som en form for dominerende form for sannhet.

Laclau og Mouffe har utviklet et begrepsapparat knyttet til sin teori. Disse kan brukes som analyseredskaper når en skal inn i arbeidet med å strukturere og analysere innholdet i og omfanget av diskursene(ibid).

Neumann har beskrevet noen av de grunnbegrepene som brukes i diskursanalyse. Han understreker dog at begreper er mangetydige. Som jeg tidligere har vært inne på sier Neumann at man kan se på diskurs som et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som såkalt normale, og kan dermed fremstå som virkelighetskonstruerende for sine bærere.

### **3. Metode**

I dette kapitlet gir jeg en oversikt over metodene jeg har brukt for å svare på problemstillingen. Jeg gir en begrunnelse på hvorfor jeg har valgt å bruke kvalitativ metode og diskursanalyse. Diskursteori gjør jeg rede for i teorikapitlet, det kunne kanskje like godt vært presentert som en del av metoden, da teori og metode er tett forbundet. Videre i metode kapitlet viser jeg den praktiske gjennomføringen av studien for tilslutt å gjennomgå etiske refleksjoner, validitet, reliabilitet og generaliserbarhet for studien. Når det gjelder redegjørelsen for selve diskursanalysen, har jeg valgt å presentere den i selve analyse kapitlet.

#### **3.1 Kvalitativ undersøkelse**

Problemstillingen min tar utgangspunkt i at jeg ville undersøke terapeuters diskurser om barn og foreldre.

Jeg måtte ta et valg mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode, og som jeg tidligere har vært inne på stod valget ganske klart for meg tidlig i prosessen. Kvalitativ og kvantitativ metode blir tradisjonelt betraktet som to forskjellige metoder. En kan hevde at metodene har hatt en gradvis tilnærming, og at all kunnskap kan ha i seg kvalitative og kvantitative sider. Jeg måtte velge metode begrunnet i problemstillingen, og for meg ble ikke noe vanskelig valg å ta, jeg var interessert i å forske på tema barn som pårørende, og metoden skulle være kvalitativ.

Når man velger å benytte kvalitativ metode, vil det være sentralt at man søker en forståelse av virkeligheten slik de som studeres forstår og opplever sin livssituasjon. Kvalitativ metode egner seg når man ønsker å oppnå større innsikt og forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2004). Her vil tre begreper kunne trekkes frem som viktige når man skal karakterisere dette; opplevd, erfart og tenkt rundt. Metoden er i utgangspunktet preget av kontakt mellom forskeren og den som skal studeres, kontekst vil derfor være viktig.

Det utvikles ofte nære relasjoner til informanten, man kan derfor hevde at kvalitativ metode er egnet til å studere personlige og sensitive emner. Betydningen vil være spesielt stor i forhold til tema og spørsmål som krever et tillitsforhold mellom undersøker og informant (Kvale, 2009). Kvalitativ metode krever ikke store representative utvalg, men en kan velge strategiske

eller tilgjengelig utvalg. Felles for kvalitative metoder er at de gir tilgang til bred, mangfoldig og dyp informasjon. Med andre ord mulighet til å gå i dybden.

Det er meningsfulle relasjoner som skal tolkes, dette gir fortolkning en sentral plass. Man kan hevde at det vil være en utfordring innenfor kvalitativ forskningsmetode at forskerens subjektive oppfatning i noen grad vil kunne påvirke analysene og tolkningene av de sosiale fenomener (ibid). Men jeg ønsker å være tydelig på min førforståelse, samt at jeg ikke er opptatt av de objektive sannheter, jeg er opptatt av diskursene og dermed også av de subjektive sannhetene. En slik forståelse kan bidra til et både/og ikke et enten/eller (Lundby 1998: 64-68).

Slik jeg ser det er det en fordel at forskeren har god kjennskap til tema, dette har også betydning for hvordan man stiller oppklarings spørsmål. Men det kan også være en utfordring at man som forsker har for nær tilknytning til fagmiljøet. Jeg tenkte i forkant en del på å skulle gå inn i en ny rolle som forsker, dette var noe jeg ikke hadde erfaring med, og det er derfor viktig at en bruker litt tid på å tenke gjennom hvordan en skal fremstå. Jeg ønsket ikke å opptre på en måte som provoserte frem svar. I tillegg tenkte jeg en del på det at jeg faktisk jobber som terapeut innenfor fagfeltet, hvilken betydning det kan tenkes å ha i en kontekst hvor jeg skal gjøre et forskningsintervju.

En har en gjensidig påvirkning som man skal være bevisst på. Det blir derfor viktig å vektlegge det å ha en kritisk distanse for å kunne formulere spørsmål som får frem hva informantene har opplevd, erfart og tenkt rundt tema og problemstilling (Thagaard 2003).

Kvale sier at et annet særtrekk ved kvalitativ forskningsmetode er at man kan arbeide fleksibelt med forskningsopplegget. En kan arbeide parallelt med de ulike delene av forskningsprosessen. Et gjensidig påvirkningsforhold mellom utformingen av problemstilling, innsamling av data, analyse og tolkning gir rom for fleksibilitet. En vil også kunne oppleve at de ulike aspektene i forskningsprosessen kan overlappes hverandre. Jeg har i min prosess gått frem og tilbake mellom teori, metode og informasjon som informantene ga meg gjennom intervjuene. Det oppleves som en lærerik prosess hvor jeg også får utfordret egne diskurser og hvordan jeg bruker språket i min fremstilling av det diskursive felt.

Kvalitativ metode kritiseres for at den gir lite grunnlag for generalisering. Likevel kan en hevde at funn støttet opp av eksisterende teori, kan være nyttig og kanskje bidra til at man

finner grunn til å spørre nye spørsmål. Det viktige er at kvaliteten på spørsmålene er gode, og at man skaper rom for utdypning.

### **3.2 Innhenting av data og valg av informanter**

Jeg valgte å samle inn data ved å intervju fem erfarne terapeuter tilhørende forskjellige ruspoliklinikker i Midt Norge. På forhånd hadde jeg tenkt at jeg ville nå både mannlige og kvinnelige terapeuter. Dette viste seg å være vanskelig, da det ikke var ansatt menn ved alle rusteamene. Jeg vurderte at lederne ved enhetene skulle plukke ut de som ønsket å være med, det var ingen mannlige terapeuter som meldte seg. Jeg tenker det er noe jeg må ta med, det er få menn som jobber som terapeuter i poliklinikker i Midt – Norge.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å intervju 6-8 terapeuter, men etter flere henvendelser både på telefon og mail ga jeg opp å få til avtaler på en av poliklinikkene, det hadde med tidsnød å gjøre. Lederen var i utgangspunktet positiv, men min opplevelse var at han trakk seg da han hørte hva tema var, det var egentlig ikke så aktuelt tema for dem, de snakket ikke med barna.

Heldigvis var det lettere på andre poliklinikker, de var veldig velvillig. For mange informanter, kan gi datagrunnlag som vanskelig kan håndteres på en ordentlig måte, og med min problemstilling og valg av analysemetode var antallet viktig. Den første kontakten tok jeg over telefon med leder av rusteamene. De ga uttrykk for å være opptatt av å finne terapeuter som var opptatt av barne- og familieperspektivet.

Ettersom terapeutene jobber ved forskjellige ruspoliklinikker regnet jeg med at der forelå en del indre kultur forskjeller på arbeidsplassene. Men disse forskjellene er ikke noe jeg har til hensikt å sammenligne. Det som var likt var at terapeutene jobbet på ruspoliklinikker, men det at arbeidsstedene var geografisk forskjellig med ulike miljø vil påvirke en del av grunnlaget for svarene og refleksjonene over egen praksis.

I min spørsmålsguide vektla jeg åpne spørsmål som hadde en intensjon om å fremme innsikt i erfaringer, tanker og følelser rundt tema barn som pårørende av foreldre som har et problematisk forhold til rus.

### **3.3 Intervju som metode**

Intervjuet bør ha spørsmålstillinger som er egnet til å avdekke terapeutenes erfaringer. Jeg utarbeidet en guide som skulle åpne opp for samtale. I følge Kvale (2009) er intervjuformen

spesielt egnet når man vil undersøke hvordan mennesker forstår sin verden. Gjennom intervju kan informanten beskrive sine erfaringer, og klargjøre og utdype sine perspektiver (ibid).

Noe av utfordringen blir hva man kan spørre om, og hvordan. Det finnes tre spørsmålstyper som man som forsker bør unngå:

Spørsmål som har flere innebygde problemstillinger

Spørsmål som er ledende.

Spørsmål informanten besvarer med ja eller nei.

Tove Thagaard har i sin innføringsbok i kvalitativ metode (Thagaard 2003) hevdet at forskeren må gå inn i informantens fortelling, og stille utdypende spørsmål rundt de tema informantene kommer med.

Spørsmål med flere problemstillinger kan føre til at informanten blir forvirret eller får fokus på den ene av problemstillingene, det kan igjen føre til at man må stille mange oppfølgingsspørsmål. Hvis man spør ledende spørsmål kan man oppleve at informanten kommer i opposisjon, det kan komme av at de opplever at forskeren er ute etter bestemte svar. Resultatet av å stille spørsmål som kan besvares med ja eller nei kan bli at man sitter igjen med lite informasjon, og man har da ikke fått informasjon som kan belyse problemstillingen.

### **3.4 Intervjuprosess**

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted i arbeidstiden, og hvert intervju varte i om lag 40 minutter. Min opplevelse var at informantene var positive, og de bidro så godt de kunne. Jeg opplevde at selve intervjusituasjonen var spennende, både for informanten og meg selv. Spørsmålsguiden fungerte greit, jeg var ganske strukturert i forhold til rekkefølge og oppfølgingsspørsmål, men noen av spørsmålene måtte jeg gjenta, eller forklare litt nærmere med oppfølgingsspørsmål. Det er informantenes erfaringer som er sentrale, og det er erfaringene som skal beskrives og forskes på (ibid). Jeg la vekt på å få til en atmosfære som inviterer informanten til åpenhet og fortrolighet. Kvale (2009:39) skriver at et forskningsintervju har en struktur som er likt den hverdagslige samtalen, men har likevel involverer også en bestemt metode og spørreteknikk.

Jeg oppdaget underveis at det var noen spørsmål jeg ikke hadde stilt, som jeg savnet under intervjuet. Det var spørsmålet om eget syn på barndom, hva tenker de om barndom. Særlig i

analyseprosessen har jeg vært ergerlig på meg selv i forhold til at jeg ikke stilte det spørsmålet. Underveis i intervjuene kom det også frem at alle som ble intervjuet hadde barn selv, jeg som intervjuer har også barn, og dette tenker jeg på et eller annet nivå har betydning for forskningsrelasjoner.

Kvale sier at et annet særtrekk ved kvalitativ forskningsmetode er at man kan arbeide fleksibelt med forskningsopplegget. En kan arbeide parallelt med de ulike delene av forskningsprosessen. Utformingen av problemstilling, innsamling av data, analyse og tolkning gir rom for fleksibilitet. En vil også kunne oppleve at de ulike aspektene i forskningsprosessen kan overlappe hverandre, jeg har i min prosess gått frem og tilbake mellom teori, metode og informasjon som informantene ga meg gjennom intervjuene.

### **3.5 Etiske refleksjoner**

Når en velger å benytte kvalitativ metode, vil det være sentralt at man søker en forståelse av virkeligheten slik de som studeres forstår og opplever sin livssituasjon. Metoden er i utgangspunktet preget av kontakt mellom forskeren og den som skal studeres, kontekst vil derfor være viktig. Det utvikles ofte nære relasjoner til informanten, man kan derfor hevde at kvalitativ metode er egnet til å studere personlige og sensitive emner. Betydningen vil være spesielt stor i forhold til tema og spørsmål som krever et tillitsforhold mellom undersøker og informant (Kvale, 2009).

Det er meningsfulle relasjoner som skal tolkes, dette gir fortolkning en sentral plass. Man kan hevde at det vil være en utfordring innenfor kvalitativ forskningsmetode at forskerens subjektive oppfatning i noen grad vil kunne påvirke analysene og tolkningene av de sosiale fenomener (ibid). Jeg ønsker å være tydelig på min før forståelse, samt at jeg ikke er opptatt av de objektive sannheter, jeg er opptatt av diskursene og dermed også av de subjektive sannhetene. En slik forståelse kan bidra til et både/og ikke et enten/eller (Lundby 1998: 64-68). For å gi resultatene troverdighet og overførbarhet blir det viktig å tydeliggjøre og presisere prosessene i den kvalitative forskningen. Dette gjøres ved at en gjør rede for fremgangsmåter for datainnsamlingen, opplegg for analysen og hvordan resultatene ble tolket.

Det er derfor viktig å problematisere hvilken forforståelse forskeren har av fenomenet. Hva representerer den kvalitative teksten når man skal vurdere hvilken innflytelse forskerens ståsted har på teksten (Kvale, 2009).

Slik jeg ser det er det en fordel at forskeren har god kjennskap til tema, dette har også betydning for hvordan man stiller oppklarings spørsmål. Men det kan også være en utfordring at man som forsker har for nær tilknytning til fagmiljøet. Jeg tenkte i forkant en del på å skulle gå inn i en ny rolle som forsker, dette var noe jeg ikke hadde erfaring med, og det er derfor viktig at en bruker litt tid på å tenke gjennom hvordan en skal fremstå. Jeg ønsket ikke å opptre på en måte som provoserte frem svar. I tillegg tenkte jeg en del på det at jeg faktisk jobber som terapeut innenfor fagfeltet, hvilken betydning det kan tenkes å ha i en kontekst hvor jeg skal gjøre et forskningsintervju.

En har en gjensidig påvirkning som man skal være bevisst på. Det blir derfor viktig å vektlegge det å ha en kritisk distanse for å kunne formulere spørsmål som får frem hva informantene har opplevd, erfart og tenkt rundt tema og problemstilling (Thagaard 2003).

Ettersom jeg selv er mor til tre barn og gift med far til barna, lever jeg i et såkalt tradisjonelt familieliv. I min familie er synet på rusbruk at man nyter alkohol, men at tid og sted er viktig. Når det gjelder mitt teoretiske ståsted er jeg preget av en systemisk tilnærming, hvor jeg tenker familiesystemet er viktig for eventuell endring av foreldres atferd i forhold til rus og foreldrerolle. Jeg har også en forforståelse i forhold til hvordan man i de ulike hjelpeinstanser forholder seg til familier med utfordringer i forhold til rus. Jeg opplever i min praksis at en tradisjonelt har drevet mye individuell behandling og gruppebasert behandling, men at en nå står ovenfor en utvidelse av behandlingstilbud som også skal favne pårørende i større grad en tidligere.

### **3.6 Arbeid med datagrunnlaget**

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd med lydopptaker, og deretter transkribert rett etter. Min erfaring etter prøveintervjuene jeg hadde gjort i forkant, var at det var best å skrive ned mine tanker og refleksjoner raskt etter at intervjuet var foretatt. Ved å bruke lydbånd sikrer man at all informasjon blir dokumentert. Det var viktig at jeg forklarte informantene hvorfor jeg brukte lydbåndopptak. I skrevet til informantene har jeg beskrevet at jeg ville benytte lydbånd, og gitt informasjon om hva som skal skje videre med disse. Det empiriske grunnlaget behandles etter de retningslinjer Personvern ombudet for forskning har gitt, informasjonen som skrives ut skal ikke kunne relateres verken til kommune, sykehus eller informant. Lydopptakene skal slettes så snart oppgaven er levert og sensur har falt.



Datagrunnlaget består av den kunnskap, tenkning og erfaring terapeutene har opparbeidet seg gjennom sin utdanning og arbeidserfaring. Kvale (2009) sier det finnes ingen standardmetoder for å komme frem til vesentlige meninger og dypere implikasjoner ved det som sies i intervjuet. Det er blant annet forskerens evne til å stille klare spørsmål som gir grunnlaget for materialet som skal tolkes. Min opplevelse i intervjusituasjonen var at lydbåndet ble glemt underveis, og at det ga meg som intervjuer mer tid til å fokusere på informanten og på å stille oppfølgingsspørsmål.

Jeg noterte litt underveis, men var opptatt av at vi skulle holde flyt i samtalen, noe som jeg opplevde at den gjorde. Det var noe av det som slo meg da jeg hørte på båndene etterpå også, at det var gode samtaler som også førte til refleksjon i forhold til egen praksis.

### **3.7 Validitet, reliabilitet og generalisering**

Når det gjelder validitet er det et spørsmål om det man undersøker gjennom intervju undersøker det man faktisk har tenkt å undersøke. Om intervjustudier er egnet for å samle inn kunnskap om tema og problemstilling.

Man kan hevde troverdigheten i den kvalitative forskningen ligger i materialet og konklusjonene man kommet til gjennom forskningsprosessen. Man benytter nye ord som ”metting” i forbindelse med intervju, ”meningstømming” tømming i forbindelse med analysen av intervjutekst og ”kvalitetssikring” heller enn sikring av gyldighet.

Ettersom jeg har valgt å ta et diskursanalytisk perspektiv vil noen av de vanlige innvendingene i forhold til validiteten til forskningsintervjuet forsvinne ( Kvale 2009:234). Dette fordi jeg ikke er ute etter hva terapeuten virkelig mener, ei heller det objektive virkelighetsspørsmålet, hvordan kan jeg som forsker virkelig vite at terapeuten jeg intervjuer gir en sann beskrivelse av den objektive situasjonen (ibid).

En diskursiv tilnærming betrakter holdninger og selvet som interrelasjonelt konstituert, som et resultat av diskursive handlinger og presentasjoner i sosiale samspill.

### **3.8 Forskningsetiske vurderinger**

Som jeg tidligere har vært inne på ble forskningsprosjektet meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS for godkjenning. Min intensjon var å sikre at ikke det var mulig å gjenkjenne informantene. Ettersom jeg valgte å ta opp intervjuene på bånd lå det en mulighet for gjenkjenning av stemmene. Personvernombudet har

i brevs form slått fast at prosjektet er meldepliktig, og har samtidig gitt tillatelse til innsamlingen av data på visse vilkår. Kopi av svar fra Personvernombudet ligger vedlagt.

Jeg tok kontakt med lederne ved poliklinikkene over telefon. Jeg redegjorde kort for forskningsprosjektet mitt, og avtalte så å sende et skriv med invitasjon til deltakelse. I dette skrivet ble det informert om prosjektet, rammebetingelser og formål. Orienteringen til deltakerne var godkjent av Personvernombudet, det var blant annet informasjon om at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra å være med. Informantene kan komme til å kjenne seg igjen, og oppleve at det de har sagt er blitt analysert som motsetningsfylte diskurser og diskursposisjoner. I tillegg kan det også i diskursanalyse misforstås hva jeg har kommet frem til i analysen, intervjupersonen kan tolke ting i teksten som ikke var ment slik (Widerberg, 2001: 154).

Jeg hadde i utgangspunktet valgt å intervjuere terapeuter fra annen arbeidsplass enn min egen, dette var et bevisst valg ettersom jeg tenker noe av det som kommer frem i analysen kan ramme noen av informantene, og dermed kan avstand være bra både for informantene og meg som forsker (ibid). Etersom jeg ikke klarte å få til avtale med en av poliklinikkene utenfor eget arbeidssted, har jeg gjennomført et av intervjuene på eget arbeidssted, dette fordi jeg trengte en informant til, jeg syntes fire informanter var litt lite grunnlag for analysen. I ettertid har det vist seg at jeg ikke opplevde at datagrunnlagte var for lite.

## 4. Presentasjon og analyse av datagrunnlaget

Som jeg tidligere har skrevet har jeg lest og analysert intervjuene i et diskursperspektiv. Det å skulle gjøre en diskursanalyse betyr for min del at teksten vil stå i fokus, men jeg er også opptatt av hva terapeutene faktisk sa, derfor har jeg hørt mye på opptakene også for å høre på stemning, stemmeleie, pauser og pust. Jeg tar meg i å oppleve følelser som er vanskelig å ordsette når jeg lytter til intervjuene og tanken slår meg stadig;

*”hva var det som ikke ble sagt nå”.*

### 4.1 Analysens struktur

For meg ble det en stor utfordring å finne en god måte å presentere forskningsdataene på. Det kommer nok av at de sentrale teoretikerne har vært opptatt av å utvikle diskursteorien, og at det ikke har vært metoden som har vært i fokus, men metoden ligger tett opp mot teorien, og som jeg tidligere har vært inne på er begrepene hos blant annet Laclau og Mouffe viktige verktøy (Widerberg, 2001). Etter å ha lest ulike tilganger til diskursanalyse, valgte jeg å ta utgangspunkt i diskursteori beskrevet både av Jørgensen og Phillips(2008) og Neuman(2001). Jeg har brukt forslag fra Widerberg (2001: 137-154) som hun skisserer i sin bok ” *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*” i forhold til den konkrete gjennomføringen.

Analysen av tekstmaterialet i form av transkriberte intervju har jeg delt inn i kapitel med bakgrunn i diskursene jeg finner i materialet. Jeg har gjennom hele prosessen tenkt ut i fra overordnede samfunnsdiskurser som jeg tenker inngår i problemstillingen min. For å finne disse har jeg lest de transkriberte intervjuene på en eksplorerende måte, det vil også si at jeg har lest gjennom dem mange ganger med forskjellige briller, tenkt og snakket med meg selv, og andre. For å gjøre materialet håndterlig har jeg fortettet teksten ved å ta bort tegn og utsagn som ikke tok bort betydningen for innholdet, altså meningsfortetting.

Etter dette var gjort har jeg valgt hoveddiskurser som jeg sorterer analysen innenfor. I tillegg er lovteksten og rundskrivet ”Barn som pårørende” sentral ettersom det er utgangspunkt for nye retningslinjer terapeutene nå må forholde seg til.

I kapitlene har jeg valgt å plukke ut sentrale deler av materialet og gjort en mer detaljert diskursanalyse ut fra spørsmålene jeg stiller teksten, og brukt diskursteoretiske termer som passet til den analysen jeg ville gjøre.

Når jeg nå går i gang med analysekapitelet vil jeg minne om problemstillingen;

**Hvilke diskurser om barn og foreldre, er til stede i terapeutenes tilnærming til barn av foreldre som har et problematisk forhold til rusmidler, og hvordan påvirker de terapeutenes håndtering av forholdet mellom barn og foreldre?**

Overordnet spørsmål jeg drøfter er blant annet:

1. Blir det slik at diskursen om at foreldre vet best hva barn har behov for fremstår som et hegemoni (dominerende diskurs), og at talen om hva som er bra for barn er preget av det?
2. Er terapeutenes ulike subjektposisjoner i konflikt, og kommer de i veien for å ivareta barna?
3. Kommer den nye lovendringen inn i et felt hvor det er antagonisme mellom ulike diskurser?

I så fall - hvordan artikuleres det?

Det jeg er opptatt av er hvordan terapeutene snakker om barn som pårørende, jeg er ikke så opptatt av intensjonen, men hvordan fremveksten av ny praksis og handling skjer.

Jørgensen og Phillips (1999:19) beskriver hvordan man kan skille mellom språkets struktur (langue) som er det nettverket av tegn som gir en betydning i forholdet de står til hverandre, noe som er fast og uforanderlig, og den konkrete språkbruken mennesker bruker (parole). Begrepene var i sin tid lansert av Saussure (1960) som hadde en ide om at forholdet mellom språk og virkelighet er arbitrært eller vilkårlig. I min analyse vil hovedvekten ligge i datagrunnlaget, jeg velger å ta utgangspunkt i hva informanten fortalte (ibid), samt teori jeg har presentert i teorikapitelet.

Thagaard (2003) skriver om ulike analysemetoder, om diskursanalysen sier hun at en som forsker har fokus på personens oppfatninger av forskjellige tema og har fokus rettet på metakommunikasjonen i datagrunnlaget. Hun definerer diskursanalyse som studier av de premisser eller regler som er med på å styre hvordan personer uttrykker seg om de temaer samtalen dreier seg om. En kan derfor hevde at diskursanalyse kan bidra til tydeliggjøring av at det er personers oppfatning av sosiale fenomener som representeres i en samtale. Oppfatningene som beskrives utformes i lys av den konteksten som etableres av dem som deltar i samtalen eller intervjuet. I kontekstualiseringen vil tema for intervjuet påvirke hvordan fortellingen om barn som pårørende blir (Widerberg, 2001: 140). Thagaard sier en kan som en

generell retningslinje si at diskursanalyse innebærer å identifisere de kulturelt definerte samtalemønstrene som styrer hvordan en person uttrykker seg.

Ettersom det er en utfordring å skulle kombinere fokus på diskurser som går igjen i hele materiale, med en forståelse av de diskursive nyansene som de enkelte terapeutene representerer velger jeg å ta utgangspunkt i et mer generelt nivå, hvor jeg fokuserer på de tema som kommer tilsyne (Widerberg, 2001: 147). Jeg vil lete etter ulike diskurser, også de som står i motsetningsforhold til hverandre. Jeg vil gjennom analysen trekke inn både empiri og teori for å belyse de diskursene som er særlig sentrale i mitt materiale.

Vektleggingen ble på hva de faktisk sa, for så å gruppere dette i forhold til spørsmål jeg har som kan hjelpe meg å svare på problemstillingen. I min fremstilling har jeg vekslet mellom direkte sitat og referat av informantutsagn i denne presentasjonen. Jeg bruker ekvivalenskjeder for å analysere subjektposisjoner, antagonisme og hegemoni for analysere motstridende forståelser.

#### **4.1.1 Diskursorden**

Jeg velger å avgrense diskursorden i masteroppgaven ved å kalle den ”talen om barns beste”. Dette vil kunne utgjøre rammen eller feltet hvor de ulike diskursenes kamp om betydningsfastsettelse finner sted (Widerberg, 2001).

Den generelle beskrivelsen av ”talen om barns beste” er at barn trenger trygge voksne som ser deres behov for ivaretagelse. Jeg har vært opptatt av barnas informasjons behov, hvem skal ta ansvar for at barna får informasjon, hvem bestemmer hva som skal sies, når og hvordan?

Det er et gjennomgående tema i materialet at barn ikke har godt av å vokse opp i et hjem hvor det foregår rusmisbruk. Terapeutene snakker frem et syn på hvilke oppvekstvilkår barn bør ha, ved å si noe om hva de opplever som problematisk for barna når de voksne misbruker rusmidler. Det at barn har rettigheter knyttet til barndom er noe alle terapeutene kommer inn på. Barn skal sees, de skal tas hensyn til, de trenger trygghet og forutsigbarhet, terapeutene formidler at de ser hva som skjer hvis barna ikke blir møtt. De kommer blant annet med eksempel på historier fra voksne pårørende om hvordan de opplevde sin oppvekst og hvor preget de har blitt av dette. Alle terapeutene har også erfaringer fra samarbeid med barnevern.

Innenfor systemteorien vil en tenke at hele familien vil være påvirket. Rusen blir det sentralt organiserte prinsipp, det betyr at hele familiens verdier og aktiviteter defineres omkring den

som har problemet med rus, og misbruket (Lindgaard, 2008:39). Dette er utrykk for en dominerende diskurs. Videre vil jeg hevde at terapeutene i stor grad artikulere synet på barns rettigheter på linje med lovgivers intensjon i forhold til ulik regulering av barns rettigheter. FN konvensjon om barns rettigheter behandler disse på et overordnet nivå, som jeg har kort beskrevet i teorikapitlet (Barnekonvensjonen).

Empiriske funn;

1. Terapeutene artikulere på forskjellig vis ”*alt godt for barnet*”
2. At de som terapeuter har fått en rolle ovenfor barn som pårørende.
3. At terapeutene ikke forholder seg direkte til barna, verken i forhold til informasjon, ivaretagelse eller vurdering av videre oppfølging i hjelpeapparatet.

#### **4.1.2 Lovens intensjon**

Helsepersonell får gjennom lovgivningen plikt til å bidra med informasjon og nødvendig oppfølging av barna. Spesialisthelsetjenesten skal også ha personell med ansvar for å fremme og koordinere oppfølgingen av barna. I utgangpunktet er det tenkt at informasjonen skal gis av foreldrene eller foresatte, men intensjonen har vært at helsepersonell skal bidra når barn har behov for det, og at en derfor mener der ligger en oppgave på helsepersonell i forhold til å gjøre en vurdering av hvorvidt barna har behov for informasjon, ivaretagelse og nødvendig oppfølging utover det foreldrene greier å gi. For å innfri lovens intensjoner må det nødvendigvis samtales med pasienten om barna sin situasjon, og helsepersonell må da tilby å hjelpe til i forhold til informasjon og gi veiledning om aktuelle tiltak. Her kommer også taushetsplikten inn, en må få samtykke av foreldrene der det er behov for hensiktsmessig oppfølging. En tenker dette vil være særlig aktuelt hvis andre deler av hjelpeapparatet må kontaktes. Innenfor rammene av taushetsplikten skal barnet informeres om pasientens situasjon (Rundskriv15-5/2010).

I de tilfeller foreldrene ikke gir samtykke har barn rett til informasjon om tiltak som helsetjenesten har planlagt og som har til hensikt å ta vare på barnet selv. Denne informasjonen må barn få slik at de skal kunne si sin mening etter barnelovens § 31(ibid).

Det ligger også et unntak fra taushetsplikten i de forhold ”*der barnet allerede er kjent med opplysningene.*” Videre sier rundskrivet at hvis barnet er kjent med hvor foreldrene mottar

helsehjelp og hva denne mottar hjelp for, kan det gis informasjon om mulighet til besøk, hva barnet kan forvente av behandlingsinstansen og ellers en generell informasjon om tilstanden.

En ser i de statlige føringer at en er opptatt av barns beste, og at det i det ligger et ønske om å beskytte barn (Kvello, 2008:29). Barn skal høres jfr. § 31 i Barneloven, gjennom lovgivningen har de fått utvidet sine rettigheter. En kan tenke dette er en utvikling i retning at barns status er i endring. Er det er mulig at dette har med at barn i større grad sees på som individer med individuelle rettigheter, også adskilt fra foreldrene? Jeg tenker da at det blir et spørsmål om hvilke endringer dette medfører i forhold til de diskursive strukturene, og i neste omgang i handling og praksis.

Neuman sier det finnes en rekke uformelle og formelle praksiser som bærer (terapeutene i mitt materiale) trekker på for å opprettholde en diskurs. I det ligger de ulike representasjonene som tillates å inngå i diskursen. Videre sier han at lovverk er en av disse, og at en kan hevde at det er en form for lovlighetskontroll og at en kan vente seg former for sanksjoner hvis hegemoniske diskurser sine grenser utfordres (Neuman, 2001:61).

## **4.2 Foreldrerollens ukrenkelighet**

I det norske samfunn har vi en overordnet *biologisk diskurs* når det kommer til hvem som er best egnet til å ha omsorg for barna. En tenker vi mennesker er skapt slik at det biologiske opphav, altså foreldre, er best egnet til å ta seg av barna sine. Det er en allmenn forståelse av at barn trenger sine foreldre, og at allerede i fosterstadiet påvirkes barnet av hvordan mor har det. En er mer og mer opptatt av at mors velbefinnende også påvirker utviklingen av et friskt barn (Brandt og Grenvik, 2010). Tilknytningsteori har stor betydning i forhold til å forstå hvordan samspillet mellom barn og foreldre utvikles, og denne forståelsen representerer diskurser som en kan hevde er dominante.

I teorien beskrives prosessen som resulterer i barnets livsnødvendige forbundethet med omsorgspersonen, og hvordan tilknytning fører til dannelsen av indre mentale strukturer. Dette er grunnlaget for barnets personlighetsdannelse og senere samspill med omverden. Tilknytningsteorien oppfatter mennesket som et grunnleggende sosialt vesen som kommuniserer og knytter seg til andre mennesker, og kan derfor gi en forståelse for hvordan foreldrefungeringen påvirkes ved psykisk sykdom og eller rusmiddelavhengighet, og hvordan dette vil kunne ha betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn. En tenker at tilknytning er viktig for barns utvikling. Det kan beskrives som en tilbøyelighet til å knytte

nære følelsesmessige bånd til bestemte individer som kan gi beskyttelse, trøst og ro. Denne tilbøyeligheten er til stede som noe medfødt hos spedbarnet i følge Bowlby (Hart og Schwartz, 2009: 65) For å kunne møte barna sine behov, må forelderen sette til side sine egne behov, og utfordringen terapeutene forteller pasientene har, er blant annet å sette barna foran rusen.

Et eksempel på norsk forskning på området tilknytning, er Smith og Ulvund (2008) som fant at nyfødte barn kunne skille mors stemme fra andre kvinnestemmer, og at barnet raskt lærer å gjenkjenne mors ansikt og lukt. De fant det også sannsynlig at barnet kun etter få uker kjenner igjen sin fars ansikt (ibid). Denne forskningen har bidratt til at en tenker at spedbarn har kapasitet og kompetanse til å gå inn i sosiale relasjoner.

Denne diskursen kan sies å være hegemonisk, den fremstår som naturlig (Neuman, 2001:65). Det som er spesielt med foreldrene i denne konteksten er at, fordi de er inne til behandling for rusbruk, blir deres foreldrefungering dratt i tvil. En stiller spørsmål ved deres evne til å ivareta barna. I forskningsteori er en tydelig på at foreldre som har et problem i forhold til rus kan påføre barna sine skade i større eller mindre grad (Lindgaard, 2008:48-59).

De to diskursene jeg tar utgangspunkt i er;

- Foreldre vet best i forhold til egne barn
- Foreldre er ikke alltid i stand til å vite best

Loven sin intensjon er å sikre at barna til foreldre som trenger hjelp, skal bli fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter både barna og foreldrene i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk, og forebygge utvikling av problemer hos barna (Lossius, 2011:359).

I dette ligger et ansvar for kommunikasjon med foreldre og barn om barnets situasjon, i den hensikt å oppnå lovens intensjon.

### **Funn og analyse**

Jeg startet intervjuet med å be terapeuten beskrive en situasjon hvor hun hadde en samtale med en pasient hvor barna sin situasjon ble berørt. Alle terapeutene nevnte situasjoner, det som gikk igjen i historiene var at alle uttrykte bekymring for barna sin situasjon.



*"far har veldig sammensatt problematikk- og en jente på ti år som nok har opplevd en god del situasjoner i forbindelse med fars alkohol misbruk"*

*"det en møter er no disse spente, anspente med seinskader, med veldig mye angst, angstproblemer knytta til det å være i konstant beredskap fra de var ganske små""det har vært så mange, der barn har vært traumatisert, at jeg synes det er....."*

*"det er et lite barn på ett år, som jeg lurer på om jeg bør.....jeg har drevet og diskutert om jeg skal melde(barnevernet)eller ikke...ehh"*

*"H. Greier du å sette ord på hva dette er? Hva er det der?"*

*T: Det er en.. Jeg tror vi har det ... Litt sånn kulturelt, så har vi lært at vi skal ikke blande oss for mye i andre sine liv. Og så skal vi gjøre det likevel i denne jobben her, og da er det noen ganger vi må... Vi må på en måte lære det på nytt. Sånn som vi må. Og jeg synes dette med suicidalitet er på en måte... for det er også sånn som du ikke spør om, men så får du trening i det, og så bare spør du og så er det ikke så vanskelig. Sånn tror jeg det handler om – kanskje."*

### **Mulige tolkninger**

Når jeg skal ordsette disse uttalelsene i et diskursteoretisk språk, vi jeg kalle dem representasjoner av diskursen *foreldre vet best*, som tilhører den *biologiske hoveddiskursen*. I teorien oppfatter en at tilknytningssystemet er biologisk forankret. Barn er født med et adferdsrepertoar som er karakteristisk for oss mennesker og en mener dette sikrer en nærhet til omsorgspersonen. Når terapeutene uttrykker er bekymring for om barna blir ivaretatt, kan en hevde uttalelsene ligger til det diskursive felt, som diskursen *foreldre er ikke alltid i stand til å vite best* for sine barn. Dette kan være diskurser som utfordrer den biologiske diskursen om at foreldre vet best, de foreldrene som det snakkes om i materialet er ikke alltid i stand til å vite best, fordi de misbruker rusmidler.

I materialet oppdager jeg mange pauser, terapeutene blir ordløse når det kommer til konkrete fortellinger om barn som har gjort inntrykk på dem. Med ordløse mener jeg at de stopper opp, tar pauser, og jeg kjenner på egen kropp følelsen i magen, det ubehagelige, og jeg observerer at det gjør noe med terapeutene, de drar på det, vrir litt på kroppen, det er noe som er vanskelig. Jeg spør teksten, hva kan det være som gjør dette så ordløst, hva er det som er ubehagelig? En kan beskrive det som mellomrom, det er noe jeg ikke får tak i.

Arbeid med barn som har vært utsatt for omsorgssvikt og deres foreldre berører de som er i kontakt med dem, og det kan være vanskelig og smertefullt å forholde seg til. Å arbeide med

familiene kan røre ved egne forhold til foreldre, barn og foreldrerolle. Dette kan skape uro og motstridene følelser hos terapeutene (Kvelling, 2008:466). Det er en kjent sak at en kan overidentifisere seg med foreldrene og tillegge dem flere ressurser enn de faktisk besitter. Når terapeutene kvier seg for å involvere seg kan det dreie seg om å distansere seg fra barnets sårbarhet (Killen og Olofsson, 2003:12).

Kan det være en diskurs om at *alle barn er voksnes ansvar*? Det er noe med at en er vitne til at barn ikke har det bra, og at en har en følelse av at en burde ha grepet inn, er det da slik at terapeutene artikulere at de har et ansvar som er knyttet opp mot moral? Det som ikke sies kan være at de beveger seg i et diskursivt felt som også omhandler skambelagte tema, og at det blir vanskelig å ordsette. Kan det være at terapeutene styres av sosiale konstruksjoner av hva som er foreldreoppgave, og at de beveger seg inn i et felt som er preget av konflikt, eller for den saks skyld tabuer? En vet at rusproblemer ofte er tabu, og at det kan utvikle seg familiespill som handler om hemmeligheter, kan det være at terapeutene formidler at de ikke er i posisjon til å åpne opp for å snakke om tabuene?

I materialet er det en utbredt forståelse av at rusmisbruk påvirker samspillet mellom barn og foreldre. Terapeutene i intervjuene sier alle at de tenker barna sliter i forhold til foreldrenes rusmisbruk, og at de er bekymret for barna. Dette er en forståelse som også er å finne i teori knyttet til tema, (Killen og Olofsson, 2003: 11), (Brandt og Grenvik, 2010:41). Killen sier barn vil ha ulike grad av sårbarhet, ressurser og mestringsevne.

Det vil være variasjoner i forhold til hvordan påvirkningen av foreldrenes misbruk kommer til uttrykk, men at forskning fra en rekke land bekrefter at problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet er noe som bør gi grunnlag for uro i hjelpeapparatet (Killen og Olofsson, 2003: 26). Dette er uttrykk for en sosial konstruksjon om at barn av foreldre som ruser seg ikke har det bra.

Er det mulig å se om det innenfor denne diskursorden finnes noen diskurser som utfordrer hegemoniet, hvilke diskurser er det som ligger innenfor det diskursive felt, og som utfordrer den dominerende forståelsen?

Finnes det diskurser som sier noe om at rus ikke alltid gjør deg til en dårlig forelder? Kan rus gjøre deg til en bedre forelder? Kan mors rødvin gjøre henne til en bedre mor? Vin kan være en kilde til velvære, den gjør noe med kroppen og følelsene.

Kan mor være morsom når hun drikker vin? Er det slik at rus også noe bra, og at det finnes en forståelse om at noen ganger er det slik *at det som er godt for mor er godt for barnet*. Kan det være slike diskurser terapeutene refererer til nå de sier at pasientene ikke tror deres rus har gått utover barna? For flere av terapeutene forteller om pasienter som mener barna ikke har visst noe om foreldrenes problemer med rus, og at barna derfor ikke trenger informasjon.

Magne Raundalen skriver i åpent brev på barneombudets internettside til foreldre at han tar til motmæle mot at en bruker alkoholstatistikker til å sverte dagens foreldre (vedlegg, Raundalens åpne brev til foreldre, 2010)

Han sier han opplever dagens foreldre som kunnskaps- og faktaorientert, og at media er med på å fremstille foreldre som uansvarlige. Han tar foreldrene i forsvar og sier, ” *Lever man i virkelighetens verden vet man at man er fullt i stand til å være gode og ansvarlige foreldre dagen etter, selv om man har drukket 3 glass vin kvelden før! Når dette er sagt, betyr det ikke at jeg bagatelliserer problemet med foreldre som ruser seg med alkohol.*”

Dette utdraget av brevet tar jeg med fordi det beskriver diskursen om at foreldre vet best, de er kunnskapsrike og faktaorienterte, kanskje mer enn noen gang i følge Raundalen, derfor tar han avstand til en tilnærming hvor foreldre blir fremstilt som dårlige foreldre hvis de drikker, så lenge det ikke går over en grense.

Når jeg leste denne teksten gir den uttrykk for noe av det motstridende jeg også finner i mitt materiale. Når blir foreldre ute av *stand til å vite hva som er best for sine barn*, er det slik at fordi om foreldrene er til behandling for rusmiddelmisbruk så skal det vurderes om de er i stand til å vite hva som er best for deres barn, hvilken diskurs er så det et uttrykk for? I lovendringen sies det at det skal gjøres en vurdering av hvilke behov barn har. Men flere av terapeutene formidler at det er foreldrene som bestemmer, som terapeut nr 1 sier; ” *det er en klar sammenheng hva foreldrene vil og barna vil.*” Terapeuten formidler et utsagn som tilhører den biologiske hoveddiskursen, foreldrene vet best, og barna vil det foreldrene vil.

Det viktigste er at tema er tatt opp sier terapeut nr1. Slik jeg tolker det er det mye som tyder på at terapeutene styres av en rekke konkurrerende diskurser.

Kommer den hegemoniske diskursen ”barns beste”, i konflikt med ”foreldre vet best” når foreldrene er inne i et behandlingssystem, og bruker vi da forståelsen ”noen ganger er ikke foreldre i stand til å vite best”?

Videre spør jeg meg om det dreier seg mer om hvilke posisjoner terapeutene tar i forhold til barnet, og jeg spør meg om det oppstår konflikt mellom ulike subjektposisjoner og identiteter terapeutene har i forhold til pasienten, og institusjonens regler for hva som er god behandling.

### **Et tekstutdrag**

En av terapeutene (nr 1) sier;

*”jeg tenker at det ikke skal være noe selvsagt, noe rutine på.....(stille)...For det kan være....jeg mener foreldrene er jo ofte-ja-de er jo veldig godt i stand til det, mange....å informere om dette selv”*

### **Mulig tolkning**

Terapeutene formidler i materialet at de tenker foreldrene har ansvar for å informere selv, de kan gjøre det selv om de er til behandling for rusmisbruk, på tross av kunnskapen om at barn som lever i familier med rusproblematikk er ekstra utsatt. Jeg tolker tekstutdraget ovenfor som at terapeuten posisjonerer seg i forhold til diskursen om at foreldre vet best, og at foreldrerollen er ukrenkelig. Hun sier foreldrene er jo ofte veldig godt i stand til å informere selv, hun sier det ikke er nødvendig med noen rutine i forhold til informasjon til barna. Det at det ikke er nødvendig med fast rutine kan være et uttrykk for at hun prøver å differensiere, det er ikke slik at alle som trenger rusbehandling trenger hjelp i forhold til barna.

Jeg leser dette som en motstand mot å endre praksis, men det kan også tolkes som et uttrykk for handlingsrommet terapeutene opplever de har. Det er mulig at normene terapeutene styres av er trange, og at når de forsøker å snakke frem kunnskap og praksis i forhold til barn og unge som pårørende, så blir dette vanskelig å ordsette.

Kan det være uttrykk for en diskurs som handler om redsel for å si noe som kan komme til å skade forholdet mellom foreldre og barn? Båndet mellom foreldre og barn er hellig, en skal ikke blande seg bort i forholdet mellom barn og foreldre, fordi en kan være med på å ødelegge det viktigste for barns utvikling, *diskursen om foreldre og barn* er sterk i vårt samfunn. En skal aldri komme mellom foreldrene og deres barn. Slik er det bare, jeg tolker dette som et uttrykk for en hegemonisk diskurs.

Vi har problemer med å si til noen at *”du, jeg synes ikke du er noe særlig flink med barna dine, jeg synes du er håndterer rollen din som forelder dårlig ”*, det vil være brudd på reglene

for hva du kan si til en far eller en mor. Terapeutene formidler at det er vanskelig å bevege seg inn i dette, i alle fall hvis det ikke er åpenbart at det bør sendes en melding til barnevernet. Raundalen har uttalt at oppdragelse er en av våre siste tabu, mulig han er inne på noe.

Likevel er det noen aksepterte måter å uttrykke mening på, det som ofte skjer er at vi heller snakker om hvor viktig vi synes det er at barn har det bra, *talen om barnas beste*, en å si rett ut at du som forelder ikke tenker eller handler ut fra barnet ditt sitt beste.

### **4.3 Behandlingsalliansen**

I materialet er ordet behandlingsallianse brukt av flere av terapeutene som en beskrivelse av forholdet mellom dem som terapeut og den som har et problem med rus.

Denne alliansen som oppstår mellom terapeut og pasient er viktig for at behandlingen skal føre frem til et resultat i retning rusfrihet. Det beskrives som en relasjon som bygges over tid, og som en er opptatt av at skal være preget av tillit.

Setningen *"skal ikke blande oss for mye i andre sine liv"* kan være et uttrykk som representerer noe av det som er vanskelig å ordsette, med forskjellige ord kommer dette til uttrykk hos flere av terapeutene. De beskriver at de har et mandat ovenfor pasienten i forhold til å jobbe med rusavhengigheten, det betyr ikke at de kan bevege seg inn på alle områder i pasienten sitt liv.

Med holdningen *"skal ikke blande oss for mye i andre sine liv"* setter terapeuten diskursen inn i en kulturell sammenheng, i vår kultur er vi forsiktig med å blande oss bort i andres liv. *Andre* i setningen er en generell betegnelse på mennesker rundt oss, her kommer posisjoneringen *oss-dem*(andre). En bryr seg ikke med hva andre holder på med innenfor de fire vegger, det er privat, og det må ikke komme i veien for det som skjer i behandlingssituasjonen.

#### **Utdrag fra intervju terapeut nr 3**

Dette utdraget har jeg valgt fordi terapeuten artikulere noe av det som er vanskelig å ordsette i mitt materiale.

*H: Ja, opplever du at det er fokus på barn og unge som pårørende på din arbeidsplass –*

*T: Ja, altså jeg opplever at det er mer fokus på det enn da jeg begynte her. Og jeg opplever at kanskje holdningen til det, er i ferd med å endre seg. At man kanskje ikke er så redd for det, man er ikke så*

*redd for å "krenke" pasienten, ikke sant? Redd for å miste behandlingsalliansen. Man kanskje ser på det som en større mulighet til å få kontakt med pasienten, fordi man tørr å berøre sårbare... den type tema. Så jo, jeg opplever nok fra kollega som... men no er det jo stadig utskiftninger ikke sant, og mye som kommer inn og blir sosialisert, innarbeid. Ikke sant?*

*H: hm...*

*T: å ta opp en del sånne sensitive tema, og... Mindre motstand enn når du ikke har den behandlingsalliansen med pasienten. Det er jo ikke .. aldri noe koselig – og det er klart at det med omsorgssvikt, det er forferdelig smertefullt og jeg merker det jo selv at jeg kan bli veldig ambivalent og veksle i dette her – ikke sant?*

### **Mulige tolkninger**

Terapeutene har pasienter som kommer til behandling for rusproblematikk, de har åpnet opp for en relasjon som terapeutene kaller "behandlingsalliansen", det tyder på at denne fortroligheten ikke naturlig innbefatter barna eller familien forøvrig. I utsagnet posisjonerer terapeuten seg med ordet *man*, slik jeg forstår setningen, er det terapeuter ved poliklinikken som er *man*. Ved å bruke ordet *man* på denne måten, indikerer hun at det er en utvikling blant kollegaene i forhold til at en tørr utfordre behandlingsalliansen og dermed gå inn i sårbare tema. Jeg tolker også måten hun bruker ordet *man* som en språksetting av eget ansvar, men også som en distansering. Hun posisjonerer seg i en gruppe, hun er ikke alene om å synes dette er vanskelig. En kan oppfatte bruken av ordet som en indikasjon på et kollektivt ansvar, hvor terapeuten også sier noe om at ikke alle terapeutene deler hennes holdninger til spørsmålet. Videre ber hun om bekreftelse ved å si "ikke sant?", det kan være en måte hun har snakker på når hun er engasjert, eller så kan det være at hun på den måten ønsker å innvie og få bekreftet at jeg deler hennes perspektiv, og således fremstå som en fagperson som er modig og opptatt av barneperspektivet.

En kan altså skille mellom den posisjonen terapeuten har til personen i behandling og hvilken posisjon hun tar i forhold til personen når det er innenfor "hjemmearena" den sfære barnet beveger seg i. Hva skjer da når barnet beveger seg inn i behandlingssfæren? En av terapeutene sier dette så fint; "og en det blir sånn der... fordi ungene har vært med – sant? Kanskje har de sittet med besteforeldrene ute, eller de har vært inne og hilst på" Nettopp denne setningen beskriver at barna er inne på behandlingsarenaen, men de skal ikke være en del av det, hvorfor er det slik? Flere av terapeutene forteller at barna av og til venter på de voksne som er inne til behandling. Terapeutene vet at de har et utvidet ansvar etter loven, de

vet hva barn trenger i forhold til god utvikling og sunn barndom, de vet også at barna er ”midt oppe i det” på hjemmebanen, men likevel er de utenfor når foreldrene er inne til behandling. Jeg spør teksten, hvilke diskurser er det som ligger bak en slik praksis?

### **Utdrag fra intervju**

Terapeut nr 4

*H: Har du gjennomført samtaler med barn, hvor mor eller far er inne til behandling for rus?*

*T: Nei, men jeg har et veldig sterkt bilde av ei jente som har vært her. Ho har fulgt moren sin da.. Ho er i andre klasse. Og jeg husker en gang ho satt her og mora satte på ”Mamma Mia” på ørene så ho ikke skulle høre litt, og så hørte vi, men ho hørte sikkert... Ikke sant? Men jeg husker at jeg sa noe positivt om mora til jenta, for jeg snakket litt med henne, og da var liksom kontakten der. Og det.. ja.. men der barn er pårørende, nei det har jeg ikke.*

*H: Nei. Så da kan jeg heller ikke spørre deg om noen opplevelse i forhold til en sånn samtale?*

*T: Nei... og en det blir sånn der... fordi ungene har vært med – sant? Kanskje har de sittet med besteforeldrene ute, eller de har vært inne og hilst på, og vi har bare snakket sånn overfladisk fordi en ikke har kommet i fra... Så jeg blir litt sånn... hallo!*

*H: Hmm.. Ja.*

*T: Men det er ikke der fokuset har vært.*

I mitt empiriske materiale er det tydelige at subjektposisjoner bygger opp terapeutenes identitet innenfor en institusjon. Denne viser seg i forhold til pasienten i behandling, det at barn er inne på denne behandlingsarenaen er ikke nok til at terapeutene tar en posisjon i forhold til barna som pårørende slik intensjonen til loven er. Noe, blant annet kanskje behandlingsalliansen, kan sies å hindre at barna kommer i en posisjon til terapeutene.

### **Utdrag fra intervju**

Utdrag fra intervju 3, jeg har valgt å ta det med fordi jeg synes det er representativt for flere av de andre terapeutenes utsagn i forhold til spørsmål.

*T; For du kan umulig fungere optimalt som mor eller far når du har et rus- og psykisk problem. Det sier seg selv. Sånn at nei, det er ikke hyggelig og det er klart at jo bedre behandlingsallianse og du mer liker pasienten – ikke sant...? Det er smertefullt. Pasienten som ber deg: ”Vær så snill – tenkt hvis barnet mitt blir tatt? Det er det siste jeg har å leve for..” Men jeg kan ikke bruke barnet for*

*behandlingsmotivasjon. "Du skal få beholde barnet ditt bare du kommer hit en gang i uken." Men det er ikke noe progresjon altså... har du på en måte ikke noe valg. Nei, så det er ikke med lett hjerte..*

*Men jeg har ikke kunnet la det være...*

### **Mulige tolkninger**

Terapeuten snakker om at behandlingsalliansen gjør det smertefullt å skulle jobbe med barna, hun sier er relasjonen til pasienten preget av tillit, settes terapeutene i en vanskelig posisjon når de må handle i forhold til barnas beste. Terapeuten beskriver også hvor mye makt en har som terapeut, dette vil nødvendigvis påvirke behandlingsalliansen. Slik jeg tolker terapeut nr 3, artikulere hun redselen en del pasienter har for at det skal sendes melding til barnevernet, dette henger igjen sammen med ulike forståelser om hva barnevernet kan representere for familier hvor det er tvil om foreldrefunksjon er god nok for at barna. Det at pasientene får en forståelse av at terapeuten kan påvirke om de får beholde barnet sier noe om maktforholdet i behandlingsalliansen.

I teorien er det Foucault som er en av de som i terapifeltet har utviklet nye perspektiver for forståelsen av makt. Han var opptatt av å snakke om maktforhold, og gikk videre i forståelsen av begrepet ved å bryte med ideen om at makt var ensidig og negativ. Han var opptatt av at makt viser seg i den sosiale samhandling, og at den utøves blant annet i institusjonalisert sosial praksis og diskurser. Han var også opptatt av at makt kunne være noe positivt, i særlig utvikling av kraft til produksjon av diskurser, kunnskap og subjektivitet. Foucault brukte ordet positiv som i betydning at makt kan påvirke menneskers liv.

Med subjektivitet menes her en beskrivelse av hvordan en person blir forstått av andre og seg selv. En kan si at subjektivitet er den sosiale kategorien av personlighet (Lundby, 2003:94). Ved at en tenker at makt er relasjonell, vil det kunne finnes motstand i maktforholdet. Det terapeuten beskriver er at det ligger til hennes rolle som terapeut å utøve makt, og jeg tolker at pasienten yter motstand i forhold til å komme inn i en kategori som rusmisbruker og dermed dårlig forelder, for i neste omgang bli meldt inn til barnevernet.

Foucault var også opptatt av at en som behersker språket som maktens instrument, vil kunne delta i samfunnets ulike arenaer hvor diskurser forhandles om. Samarbeid mellom de ulike hjelpeinstanser vil kunne betraktes som slike arenaer, og som terapeutene formidler i materialet, er de alle deltakende i slike fora. Videre vil den dominerende kunnskapen i et gitt miljø kunne være bestemmende for hva som er den riktige eller passende, dermed vil



terapeutene kunne oppleve at kunnskapen og diskursene om behandleralliansen er så dominerende at barneperspektivet og en eventuell melding til barnevernet er vanskelig å forholde seg til, selv om barns rettigheter som pårørende har blitt lovfestet.

#### **4.4 Rus som moralsk problem**

Lovendringen styrker barnas rettsikkerhet i forhold til det å være pårørende når foreldre er syke. Behandling av rusmiddelavhengighet regnes på lik linje med annen behandling av sykdom. Som jeg nevnte i teorikapitlet har en valgt å gi pasientrettigheter til mennesker med et problematisk forhold til rusmidler, den endringen kom med rusreformen i 2004. En kan derfor hevde at en i det offentlige behandlingssystem har valgt å tilnærme seg rusmiddelavhengighet innenfor en medisinsk diskurs, som blant annet handler om pasientrettigheter (Veileder IS-1505).

En kan spørre seg om det er lettere å forholde seg til pasienter med rusproblemer ved å kalle avhengighet sykdom. Terapeutene snakket frem en forståelse av rusproblematikk på bakgrunn av de retningslinjer de er pålagt, men sa også at det var viktig også å ha fokus på pasientenes ressurser og ansvar.

Kan det være at det medisinske perspektiv på problemer med rus kan bygge ned tabu og skam knyttet til problemene ved rusavhengighet?

For det er ikke mulig å komme rundt at det er knyttet mye moral til feltet. Terapeuter sier lite om moral, men de snakker frem hvordan barn trenger at voksne ivaretar dem og de snakker om ”barnevernsholdningen.”

#### **Utdrag fra intervju nr 5**

*H: Om det er noe som er vanskelig? .. Å snakke med barn og unge om, når de er pårørende?*

*T: Jeg opplever ikke det. Jeg tror det er litt fordi jeg har den bakgrunnen jeg har i førstelinjetjenesten.*

*Jeg er vant til å ta opp sånt. Så jeg tror at der er jeg ganske trygg, men det er jo ikke..... altså man tar jo litt..... Når jeg gjør det, så kjenner jeg at jeg tar litt denne barnevernsholdningen.. Da har man øye for barnet på en måte... og ikke pasienten på samme måte. Og det .. eh... Så jeg opplever det ikke som vanskelig, men jeg opplever at det er vanskelig å bli møtt, eller.....*

## Mulig tolkning

Hva ligger det i ytringen ”barnevernholdningen”, er det en holdning til at barnet trenger et vern fra foreldrene fordi de ruser seg? Hva er det et uttrykk for når terapeuten sier hun føler seg ganske trygg? Er hun trygg på at barnet trenger vern fordi samfunnsdiskursene som styrer mening knyttet til foreldre som ruser seg er dominant, og kanskje i stor grad preget av moral, eller er hun trygg på at det ikke ødelegger behandleralliansen? Hun avslutter med ytringen ”men jeg opplever at det er vanskelig å bli møtt, eller.....” Møtt av hvem, er det pasienten som ikke møter henne eller er kollegaer som ikke møter henne?

Foucault sier noe om reglene for hva det kan snakkes noe om og hva man overhodet ikke kan snakke om (Jørgensen og Phillips, 2001:22) Han sier at der er regler selv om det tilsynelatende er uendelig mange muligheter for å skape utsagn. Når det gjelder rus som et moralsk problem blir ikke det uttalt, det har i mitt materiale blitt noe en ikke ordsetter, men som kommer til uttrykk indirekte. I en institusjon (poliklinikk) finner en handlingsbetingelser for det talte og det gjorte (Neuman, 2001). Det kan beskrives som utsagn som aktiverer en rekke sosiale praksiser. Utsagnet kan i sin tur bekrefte eller avkrefte praksisene.

Foreldrene har gjort sine valg, som gjør at terapeuten i sin ytring tør å sette barnet foran pasienten. Likevel er terapeuten usikker på hvordan dette blir møtt. Kan en tenke at selv om en velger å ta et medisinsk perspektiv, kan likevel det moralske perspektivet være tilstede hos terapeutene? Moralen handler kanskje om at du har gjort mange valg i forhold til rusen, har du da påført deg selv en sykdom?

Ingen ville nektet å gi en kreftsyk behandling, men pasienter som har alvorlige problemer med rus kan nektes behandling hvis de ikke fyller de kriteriene en har gitt gjennom (Veileder IS-1505). Kan det være at ved å kalle tilstanden sykdom, så får vi pasienter som vi kan knytte rettigheter til gjennom lovgivning, men at det er andre måter å forstå rusavhengighet på som kan gi utvidet forståelse og dermed gjør det mer håndterbart både for terapeuter og nettverket til personen som har problemer med rus?

Ved å velge bort sykdomsbegrepet i måten å forstå rusproblemer på, åpnes det for flere forståelser. Trembacz er en av de som sier at hun skjønner at noen kan finne det formålstjenlig å tenke at det er en sykdom, og at de dermed ikke selv er ansvarlig for den tilstanden eller avhengigheten de har. De fratras ansvar for egne handlinger, også når det gjelder egne barns rett på ”den gode barndom”.

Ved at en ikke ønsker å patologisere avhengighet( Trembacz, 2009:34) er en da kanskje mer åpen for alternative muligheter til å utvide handlingsrommet til terapeuten. Trembacz introduserer heller den eksteraliserende tenkning som bygger på blant annet Michel White sin teori (Hårtveit og Jensen, 2004:198-199). Gjennom å gjøre problemet til problemet og ikke personen til problemet, kan en skille mor eller far fra rusproblemet for barnet (Trembacz: 2009:91).

Dette er tanker jeg slutter meg til, jeg tenker det kan være problematisk at en bruker sykdomsbegrepet også for barna når de skal ha informasjon om foreldrenes problemer med rus. I min egen praksis har jeg opplevd flere ganger å få reaksjoner i retning av ”kan han ikke bare slutte da?” eller ” betyr drikkingen mer enn meg?” Dette er spørsmål pårørende kan slite med, som er vanskelig å besvare.

Er terapeuter i behandlingssystemet blitt redd for å utfordre pasienter med moral, handler det om en frykt for å virke moraliserende og nedvurderende ovenfor de pasientene en skal behandle? Terapeuten uttrykker også at det kan være lettere å snakke om problemer forårsaket av psykiske plager enn av rus. Dette kan tolkes dit hen at terapeuten innser at rus er mer moralsk belastende for pasienten (se sitat inntatt under punkt 4.5).

#### **4.5 Stein til byrden**

Når pasienten er henvist til behandling, og han har fått behandlingsplass, er det en konsekvens av at han eller de rundt han opplever at problemet er stort. Det er også vanlig at pasienten er ambivalent i forhold til det å skulle ta tak i problemene. Terapeutene forteller om foreldre som ikke tror barna vet, og at pasientene er preget av motstridende tanker og følelser knyttet til en eventuell endring av adferden eller rusproblematikken. I en sårbar behandlingssituasjon er det lett at pasienten velger å avslutte behandlingsopplegget.

Terapeutene sier at det er en del motvilje mot å bringe barneperspektivet inn i en voksenpoliklinikk. Videre kan en tenke at *barns beste* er et ønske om at barn skal beskyttes. I dette ligger en forståelse av at barn er mer utsatt fordi de som barn er mer umoden eller hjelpeløse enn voksne. Men dette kan også tolkes dit hen at det kan være en måte å dominere barn på og sette seg i en posisjon hvor man påstår å vite hva som er best for barn, uten engang å spørre barna hva de har behov for.

Er det naturlig at barna skal inn på denne arenaen? Kan det være slik at noen av disse motforestillingene har med et ønske om at behandlingsstedet skal være forbeholdt voksne?

Kan det være at en forsøker å frita den som har problemer med rus en samvittighet i forhold til hva barna angår. Det blir for smertefullt for pasienten å skulle jobbe med forholdet til barna som pårørende, og som terapeut vil du ikke legge stein til byrden.

Teksten jeg velger å ta med et representativt utdrag, det beskriver noe av det motsetningsfylte som har relevans for min problemstilling.

#### **Dette utdraget er fra terapeut 4.**

*"det er et lite barn på ett år, som jeg lurer på om jeg bør.....jeg har drevet og diskutert om jeg skal melde(barnevernet)eller ikke...ehh"*

*"T: Men en møter jo mange pasienter som er bekymret om det går ut over ungene sine, men det slår meg nå.. Kanskje det er mye i forhold til depresjon. Altså det depressive, det engstelige; da det kan det komme frem at de er redde at det går ut over ungene sine.*

*H: Ehm, men i forhold til rus?*

*T: Men i forhold til rus så vil de på en måte ikke.....hmm"*

#### **Mulig tolkning**

Slik jeg tolker teksten sier denne terapeuten noe om at det er vanskelig å tenke at foreldrenes problemer med rus går ut over barna, det er vanskelig å snakke om det. Terapeuten sier også noe om at hun har erfaring med at pasientene også kan ha psykiske problemer, og at det er lettere å snakke om hvordan slike vansker påvirker barna, enn om det er rusen som er problemet. Videre tolker jeg at det gjelder både for henne og pasienten, det er vanskelig å snakke om hvordan barna har det når foreldrene har problemer med rus.

Er det mulig at dette har med en forståelse av at det er handlinger som foreldrene velger? En kan spørre seg om det har noe med de strenge normene vi har i forhold til kontroll på eget rusbruk, og at det også kommer til uttrykk når en ikke får seg til å snakke om det.

Hun trekker frem suicidalitet som et eksempel på noe som er vanskelig å snakke om. At psykisk helse har vært, og fremdeles i noe grad er tabu å snakke om er kjent, selv om det har de siste årene vært fokus på å snakke åpent om psykiske vansker. Videre kan en hevde at dette er felt hvor det er mye bevegelse i forhold til hvordan vi forstår og konstruerer virkeligheten, det åpnes opp for språksetting, slik at det går an å kommunisere om noe en tidligere har syntes har vært vanskelig å snakke om.

## 4.6 De andres ansvar

Terapeutene sier de jobber indirekte med barna, veileder foreldrene i hvordan de skal kunne ivareta barnas behov. Kan dette være uttrykk for en motdiskurs til den *biologiske diskursen* om foreldre som vet best i forhold til egen barn? Er den offentlige innblanding i hva som er å være gode nok foreldre en diskurs som handler om at noen ganger er ikke foreldre i stand til å vite best? Veiledning i form av foreldreveiledning nevner flere av terapeutene som en mulighet for foreldrene.

Hvordan snakkes denne diskursen frem i materialet? Terapeutene sier *andre* må inn, som eksempel nevnes helsesøster, eller barnevern.

### Utdrag fra intervju nr 4

*T: Jeg har nettopp... har strevet veldig... eller strevet veldig med hva jeg skal gjøre i forhold til ei som .. det er et lite barn på 1 år, som jeg lurer på om jeg bør... Jeg har drevet og diskutert om jeg skal melde eller ikke. Ehh. Si første del av spørsmålet!*

*H: Om du rett og slett kan beskrive situasjonen, hvor du har hatt en samtale med en pasient og hvor barna sin situasjon ble berørt.*

*T: Da tar jeg det vanskeligste da selvfølgelig, men ja, der jeg tenker at her skulle det ha vært noen andre inne og sett på barnet sin situasjon. Og jeg prøver med de vanlige innfallsvinklene; kanskje vi skal snakke med helsestasjonen, om de kan være... For jeg ser at hun trenger noe ekstra støtte.*

### Mulig tolkning

Barnevernet som subjekt i teksten får en posisjon i forhold til barna. Hvis det er alvorlig nok, må vi som behandlere bringe inn barnevernet. Flere steder i materialet blir barnevernet nevnt som en viktig del av ivaretagelse av barn som pårørende. Dette kan ha noe med mandatet barnevernet har i vårt samfunn, og at før en fikk utvidelsen av barnas rettigheter ved foreldres sykdom jfr. § 10a i Helsepersonelloven, var mye overlatt til denne tjenesten hvis foreldre ikke klarte å ta vare på barna sine. Nå har flere fått ansvar for å være mer aktiv i forhold til barn som pårørende. Terapeuten snakker om de vanlige innfallsvinklene, en har samarbeidsparter i kommunen som har ansvar knyttet til barns oppvekst og utvikling. Terapeutene har i intervjuene henvist til det kommunale ansvaret, og kan dermed komme til å overlate ansvaret for barna til ”*de andre.*”

I den forbindelse er det ganske interessant at det nylig har vært undersøkt hvordan barnevernet ivaretar barnas rett til å bli hørt i barnevernssaker. Leder av barnevernvakten i Trondheim, Berit Skauge har nylig gjennomført masterstudie hvor hun har gått gjennom hundre barnevernsaker for å finne ut i hvilken grad hovedpersonene, altså barna, hadde vært i kontakt med saksbehandleren i barnevernet. I de femti saksmappene som var fra 2000 var det ikke kontakt i førti prosent av sakene. Det som er enda mer overraskende er at i de femti sakene hun undersøkte fra 2009 var det ikke noe som indikerte at det hadde vært kontakt mellom saksbehandler og barna i de aktuelle sakene. Dette er saker som har vært behandlet etter at barna gjennom lovgivningen fikk en utvidelse av rettighetene sine til å bli hørt, det skjedde i 2003 gjennom lovfesting av barns rett til å bli hørt i egen barnevernssak.

Noe av det som var spesielt var at saksbehandlerne hadde inntrykk av at de snakket mer med barna enn før, mens mappene faktisk viste det motsatte (Aftenposten, 17.04.11. ). Når en da skal forsøke å forstå hva som gjør dette, er forklaringene at en har som tjeneste blitt mer byråkratisk enn tidligere, og at det er mye mer fokus på å holde frister enn på hvordan kommunikasjonen med barna er.

Terapeutene i mitt materiale snakker frem ”*andre og noen*”. Det er noen andre som må inn å ivareta barna. Terapeutene tar valg i forhold til hvordan de vil møte pasientene, men der ligger likevel en del diskurser som begrenser terapeutrollen. Det å forholde seg til barna som pårørende utfordrer hvordan terapeuter isenesetter seg selv.

#### **4.7 Vi må skåne stakkaren.**

Det er liten tvil om at vi har en rådende sosial konstruksjon i forhold til at barn ikke bør vokse opp med foreldre som har alvorlige problemer med rus. I materialet er det en utbredt forståelse av at rusmisbruk påvirker samspillet mellom barn og foreldre. Terapeutene i intervjuene sier alle at de tenker barna sliter i forhold til foreldrenes rusmisbruk, og at de er bekymret for barna. Dette er en forståelse som også er å finne i teori knyttet til tema, (Killen og Olofsen, 2003: 11), (Brandt og Grenvik, 2010:41). Killen sier barn vil ha ulike grad av sårbarhet, ressurser og mestringsevne. Det vil være variasjoner i forhold til hvordan påvirkningen av foreldrenes misbruk kommer til uttrykk, men at forskning fra en rekke land bekrefter at problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet er noe som bør gi grunnlag for uro i hjelpeapparatet (Killen og Olofsson, 2003: 26). Dette er uttrykk for en sosial konstruksjon om at barn av foreldre som ruser seg ikke har det bra.

## Utdrag av intervju med terapeut nr 2

*H: Hvis du tenker deg sånn hypotetisk – er det noen ting som kan være vanskelig når man skal snakke med barn? Om foreldrenes rusmisbruk?*

*T: Hmm. Det er en sånn balanse, må være veldig forsiktig med ikke å krenke – unger er veldig solidariske – man må være opptatt av å få frem det gode i .. altså ikke si noe gale om foreldrene eller.. Ja, så det tror jeg er viktig å passe på. Det er liksom de to tingene; å beholde den respekten for den voksne, samtidig som en ivaretar ungene på å ta fra de denne følelsen av ansvar.*

### Mulig tolkning

Terapeuten sier en ikke skal krenke barna, med bakgrunn i at de er solidarisk med foreldrene. Nok en gang er det den biologiske diskursen om forholdet mellom foreldre og barn som kommer frem i intervjuet. Jeg blir undrende i forhold til denne forsiktigheten i forhold til at barna kan krenkes ved å snakke med dem. Det er mye som tyder på at synet på barn er at de er sårbare, vi må ikke si noe de kan bli krenket av. Øvereeide hevder at mennesker ønsker å fremstå som ansvarlige i forhold til egne handlinger når det fører noe positivt enten sosialt eller på annen måte et positivt resultat. Videre sier han at vi kan oppleve ubehag når vi blir tillagt ansvaret for at det har resultert i noe negativt. Dette kan få som konsekvens at barn som blir fortalt at foreldrene på grunn av rusing ikke har greid å ivareta dem som barn, kan komme til å oppleve en aktivisering av egen skyldfølelse og lojalitetsfølelse (Øvereeide, 1995). Det er mulig at dette er noe terapeutene snakker frem.

Hun snakker også om å beholde den respekten for den voksne, det er viktig at barn har respekt for den som er voksen. Terapeutens syn på barn i forhold til voksne snakkes frem, slik jeg tolker utsagnet, representerer dette en diskurs om forholdet mellom barn og voksne, og det handler om at det er foreldrene som har foreldreansvaret for barna, og at dette ansvaret er avhengig av at barna respekterer sine foreldre.

Litt lengre ut i intervjuet;

*T: Jeg ser i hvert fall hvor viktig det er, at de blir sett og tatt hånd om. At ikke de bare blir etterlatt til seg selv. Ehm sånn som det har vært før. Ingen ville blande seg inn. Ingen ville si noe.*

Her formidler hun noe om endringen som har vært, før var det slik at barna ble etterlatt til seg selv, en blandet seg ikke inn i hva som skjedde i hjemmet. Dette er ytringer jeg tolker som en oppfatning som handler om at det har vært en endring i praksis. Før sa ingen noe, i motsetning til nå. Men her snakker terapeuten mot seg selv, hun sier det har vært en endring, samtidig

som hun sier en ikke må krenke forholdet mellom forelder og barn ved å snakke med barnet om noe som gjør at barnet mister respekten for forelderen. Disse motsetningsfylte meningene blir ytterligere komplisert av at hun sier hun heller ikke snakker med barn i sin praksis. Jeg tolker dette som en forståelse av at hun har barneperspektivet med seg i sitt arbeid, men at det kun er snakk om et meningsplan.

Videre i intervjuet sier hun:

*De har sine rettigheter til å bli sett. Og det å være pårørende det .. Jeg forbinder det gjerne med at da skal de stille opp for den andre. At barna skal stille opp for.. men det er nå ikke det som det er snakk om her. Er det vel? Altså er det nå ikke det som det er snakk om, at pårørende... Det er no snakk om å bli sett som pårørende, det å bli tatt hånd om. Er det ikke det som det er meningen med dette her nye.. Den nye paragrafen?*

*H: Hmmm. Altså når jeg hører du si det, så tenker du at selve ordet ”pårørende”, at det er knyttet til det med ansvar – også rettigheter. Det er det du mener?*

*T: Ja, det er nå det at når en tenker pårørende, så har jeg ofte tenkt at det er de som skal stille opp, at det ligger en viss forventning til det også. Det blir ofte sagt at pårørende er den viktigste ressursen en har. Men pårørende må nå ikke være bare en ressurs, i alle fall ikke barna.. Da skal de... det er der det er viktig at de blir tatt hånd om, at den type pårørende må bli sett som barn. At de må bli skånet.*

Barna må skånes, hvordan gjøres så det? Terapeuten snakker om hva en legger i pårørende begrepet, det er vanskelig at en bruker dette begrepet i forhold til barn. Sosiale konstruksjoner om pårørende er preget av at det er voksne som er pårørende, hun bruker ordet ansvar og ressurs. Flere av terapeutene sier de synes det er vanskelig å bruke pårørende begrepet på barn.

”Pårørende” innenfor denne diskursorden vil være en viktig flytende betegner, og ved å relatere dette tegnet i forhold til andre tegn i diskursen og det diskursive feltet vil diskursene knytte eller sammenkoble tegnet pårørende med visse andre tegn/momenter og dermed skape ekvivalenskjeder mellom tegnene.

Ekvivalenskjede;

- Barn som pårørende;- rettighet- informeres - ivaretas- vurderes- behov
- Voksne som pårørende;- rettighet- informeres- ressurs- ansvar



Ved å sette opp de sentrale tegnene terapeutene artikulere rundt begrepet pårørende, blir det tydelig at en skiller mellom ansvar for de voksne, og behov sammen med ivaretagelse når barn blir beskrevet som pårørende. Rundskrivet sier klart at formålet med bestemmelsen er at barn skal forbli i sin rolle som barn, og at det ikke er ment at de skal inn i en voksenrolle med voksen oppgaver når forelderen ikke i tilstrekkelig grad ivaretar sine funksjoner som forelder (Rundskriv 15-5/2010:4). Likevel sier terapeuter at dette er vanskelig, de forbinder ikke det innholdet pårørende som tegn står for med det de tenker er knyttet til barnerollen, eller diskurser knyttet til ”den gode barndom”.

#### **4.8 Frykten for det nye**

Terapeutene snakker om barn som pårørende som noe som er nytt, tredd nedover dem, enda en ny ting de skal forholde seg til som kommer” ovenfra”. Alle de som er intervjuet snakker om lovendringen som noe de må forholde seg til i tillegg til alt annet. Det snakkes mye om rutiner, prosedyrer, registrering og kartlegging. Det kan tyde på at det er en diskurs som går på at det er slitsomt at det stadig kreves mer, *krav om kvalitet og kompetanse-diskurs*. At kvalitet på arbeid har med måling å gjøre, *om at bare du kan telle, veie og måle* er det godt, og det tar tid. Det er flere av terapeutene som snakker om dette tema som handler om stadig nye krav i systemene. Det er mulig at utsagnene handler like mye om en måte å snakke og forstå på innenfor institusjonene (poliklinikker), som et uttrykk for faktiske forhold, men det snakkes frem av alle de fem terapeutene. En kan også tolke dette som endringsmotvilje, at nå må de forholde seg til barn som pårørende, men at det er vanskelig å skulle artikulere fordi det ligger utenfor tillatte representasjonene i diskursen om hvordan en skal forholde seg til endringer gitt gjennom lov (Neuman, 2001:61).

Så når jeg stiller spørsmål til teksten om hva terapeutene sier de gjør, hører og ser jeg at de snakker mye om viktigheten av at barn blir møtt, hørt på, sett, tenkt på og snakket med. Talen om barns beste er der. Det snakkes mye om hva barna trenger, jeg hører nesten rundskrivet (Når far og mor er syk) i det terapeutene sier. Det er særlig i starten av intervjuene at jeg opplever at svarene er litt ”politisk korrekt”. Kan det være slik at behandlingsinstitusjonenes representasjoner av posisjoner og praksiser er så knyttet opp mot pasientenes og terapeutenes identitet, at utvidelsen av praksis, det at barn er pårørende, fører til antagonisme hvor barna som pårørende tilhører en diskurs som ligger innenfor det diskursive felt, men som i praksis kommer i konflikt og at det skaper en usikkerhet?

Det er en stemning i materialet som det er vanskelig å sette ord på. Jeg ser det også i materialet, at tema er preget av noe språkløst. Det skjer noe etter at jeg spør hvor mange barn de faktisk har snakket med.

Spørsmålet kommer et stykke ut i intervjuet, det var opprinnelig ikke med i intervjuguiden, men allerede i første intervjuet tvang spørsmålet seg frem, hvor mange barn (som er pårørende) har du hatt en samtale med, dette gjelder den arbeidsplassen de nå er tilknyttet. Svarene jeg fikk overrasket meg, av de fem terapeutene jeg intervjuer, har tre hatt samtaler med fire eller færre barn, to har aldri hatt barn i samtale. Her ble jeg overrasket, jeg hadde forstått det slik at terapeutene jeg skulle intervjuer hadde en spesiell interesse for tema, og tok derfor for gitt at samtaler med barn var en del av deres praksis. Etter at jeg fikk spurt dette direkte spørsmålet skjedde det noe med stemningen, luften gikk på en måte ut av ballongen. Min tolkning av det er at vi beveger oss inn i et felt som er konfliktfylt, og at dominerende diskurser blir utfordret når barn kommer inn på en arena hvor de tidligere ikke har vært.

#### **Utdrag fra intervju nr 4**

*H: Hva tenker du om at barn er pårørende?*

*T: Jeg tenker at det er noe nytt for meg, å tenke på dem som pårørende på den måten, med informasjon og med ... . Ja, at de skal vite om hva som skjer. Og så tenker jeg... det er litt sånn skremmende at man tenker at det er nytt. Fordi ungene har stått i det hele tiden uansett. Og så tenker jeg at det utfordrer meg veldig. At jeg må... altså nå er ungene pårørende, nå kan du ikke diskutere det. Nå er det sånn. Hva gjør det da med min sin rolle? Ja, jeg tenker at det utfordrer meg litt fordi det kanskje betyr..... Det betyr at jeg skal tilby foreldre at de får hjelp til å snakke med ungene sine om det som er vanskelig.*

*H: Hmm.....(prikker betyr pause).*

*T: Og kan jeg snakke med unger da? He he, altså, for å sette det på spissen da.....*

*H: Hmm. Opplever du at det er fokus på barn og unge som pårørende på din arbeidsplass?*

*T: Ehh. Jeg opplever det litt at det blir litt sånn.....at folk opplever det litt sånn tvungent på en. Sånn som andre prosedyrer.*

*H: Hmm.*

*T: Vi har ikke så mye fokus..... Ho må bære det mye ho som er barneansvarlig.*

*H. Akkurat.*

I intervjuet tar terapeut 4 det i seg, hun sier at hun synes det er skremmende at hun tenker at barn som pårørende er nytt. Det at det er nytt, samtidig som alle vet at mange av pasientene har, og har hatt barn før denne lovendringen kom.

Jeg tolker det som et mulig uttrykk for at hun gjerne vil gjøre en god jobb, ønsker å gjøre det rette. Dette kan være et uttrykk for diskursen om at en i et moderne arbeidsmiljø skal tilpasse seg, være *dynamisk og vellykket*. Du skal beherske ditt fag, være en” *flink kvalifisert fagperson*.”

*T: ”Det betyr at jeg skal tilby foreldre at de får hjelp til å snakke med ungene sine om det som er vanskelig”.*

Setningen viser at hun kjenner til hvilke forventninger den nye paragrafen stiller til henne, men det er likevel ikke slik at en endrer praksis og handling.

*”Og kan jeg snakke med unger da? He he, altså, for å sette det på spissen da..”*

En mulig tolkning av dette er at det er uttrykk for en diskurs om at en trenger spesiell kompetanse for å snakke med barn om vanskelige tema. I flere av tekstene kommer det frem at det å snakke med barna er noe de opplever som vanskelig. Det er den barneansvarlige som har fått et ansvar, dermed posisjonerer terapeutene seg bort fra den direkte kontakten med barna.

*Det er ikke så vanlig å snakke med barn her.*

*Ehh. Jeg tror det er veldig få som har hatt barn inne.*

Jeg lurer på hva det er som gjør at terapeutene uttrykker at det kreves spesiell kompetanse knyttet til det å informere, ivareta og vurdere om barna har behov for oppfølging?

Terapeutene er opptatt av barns beste, og de vet hva de er forpliktet til gjennom loven, men slik jeg tolker svarene stiller de spørsmål til egen kompetanse, samtidig som at de også sier de er faglig trygg i forhold til barn som pårørende.

*H: Eh ja. Har dere fått noen opplæring i hvordan dere kan jobbe med dette, og kan du beskrive på hvilken måte det blir ivaretatt? Hvis du ser bort fra barnevernet og erfaringene der, men her på denne arbeidsplassen?*

*T: Nei, det har ikke vært noen ting. Og jeg har blant annet kommet med forslag.. ja i og med at det er mange da som ikke har erfaring, og det å snakke med barn, og hva er det man skal snakke om. Ikke*

sant? Det er en avdekkende undersøkende vedvarende samtale. Hva er det du vil når du skal snakke med barn. Mange er jo kjemperedde for å snakke med barn. Synes det er skummelt.

H: He he...

T: He he, ja! Ikke sant? Og for barn er så umiddelbare – ikke sant? Men veldig direkte. Jeg foreslo blant annet at vi kunne ha han Øvreeide. Her. For han er jo spesialist på dette med å snakke med barn – ikke sant? For å få litt mer kjøtt på beina da... i og med at du har barnefokus. Men heller ikke hvordan vi skal journalføre dette her? Med egne barneark som har kommet. Nei, det har ikke vært noe. Nei. Det ... vi har ikke en gang fått .. altså utkast til loven, vi har måttet skaffe på en måte alt selv. Ja. Så det har ikke vært...

### **Mulige tolkninger**

Terapeuten i intervju nr3 sier rett ut at de ikke har fått opplæring og at de som ikke har erfaring synes det er vanskelig å vite hvordan en skal forholde seg til barn som pårørende, og hvordan snakke med barn om vanskelige tema. Jeg tolker det hun sier som at det ikke har vært god endringsstyring, alle terapeutene sier har ikke fått opplæring og det er usikkerhet i forhold til journalføring.

I rundskrivet er det nøye beskrevet hvordan en tenker en samtale med barn skal gjennomføres, det er nesten å regne som en oppskrift på gjennomføringen (Rundskriv 15-5/2010: 10-13). En anbefaler å bruke litteratur til hjelp både for barn og voksne. Det å lese historier som omhandler sider av barns virkelighet kan bidra til gjenkjennelse og samtale om det som kan oppleves som vanskelig. Jeg blir usikker på om terapeutene har sett rundskrivet, terapeut nr 3 sier *Det ... vi har ikke en gang fått .. altså utkast til loven, vi har måttet skaffe på en måte alt selv. Ja. Så det har ikke vært...* Har ikke fått lovteksten, har skaffet all informasjon selv, videre sier hun det er en del usikkerhet i forhold til journalføring. Jeg tolker materialet mitt dit hen at det er artikulert en del rundt forventninger til hvordan endring av praksis skal skje. De stiller spørsmål til hvordan dette skal skje i praksis. Indirekte sier de ”før hadde vi ingenting med barna å gjøre, nå er det annerledes” men vi er usikker på hvordan endringene skal gjennomføres.

### **4.9 Det hjelper å snakke om det**

Jeg finner også en annen diskurs i materialet som er dominerende, den terapeutiske diskursen som handler om at det hjelper å snakke om det. Bare en snakker om det som er vanskelig så hjelper det.

Det er ikke alltid like lett å få i gang en samtale, derfor kan en god bok være med på å få i gang en samtale på en naturlig måte (Kinge 2006:106). Ingen av terapeutene sier de ikke får det til, de sier de vet hvordan de kan gjøre det, de beskriver at informasjonen må tilpasses barnets alder og at en må planlegges med foreldrene, likevel er det noe som er vanskelig.

I dette terrenget støtter jeg meg litt til diskurspsykologien. Teoretikerne sier noe om at våre måter å forstå og kategorisere verden på ikke er universelle, men vil være sosialt spesifikke og historiske, dermed vil de være kontingente, det vil si, i forandring. De viser også til undersøkelser som konkluderer med at det er variasjon i folks tale, og at en ser at mennesker motsier seg selv, og at dette er noe en tenker er ganske vanlig.

Det at terapeutene uttrykker holdninger til feltet, er betyr ikke nødvendigvis at det fører til at de utfører bestemte handlinger ut fra det de artikulere (Jørgensen og Phillips, 2008:109).

De beskriver at de har fått orientering av barneansvarlig, men at det ikke har vært opplæring utover det. En av terapeutene nevnte ulike temahefter de hadde som kan være til hjelp når foreldre opplever de trenger noe konkret å ta utgangspunkt i når samtaler om rusproblematikk skal gjennomføres (Voksne for barn, 2007).

Terapeutene sier det er forskjell mellom voksen og barn, hva kan en snakke med barn om, kan en snakke med barn om alt? Har barn vondt av å vite noe de allerede vet? For terapeutene sier de opplever at en del av pasientene tror at barna ikke vet at foreldrene ruser seg, men at de (terapeutene) tror de fleste barn vet mye mer enn de voksne rundt dem tror.

I rundskrivet (barn som pårørende) er det også uttrykkelig presisert at det er foreldre og andre omsorgsgivere som har det primære ansvar for å gi informasjon og følge opp barna, men at helsepersonell har en plikt til å hjelpe foreldrene til å ta vare på barna (Rundskriv, 15-5/2010).

### **Utdrag fra intervju med terapeut nr1**

*Barnevernet er nå inne i bildet sånn sett og det er kontakt med barnevernet, og jeg har snakket med barnet og med far. Den siste samtalen gikk på dette med bapp-gruppe, som de har fått tilbud om. Jeg prøvde å motivere for det. Jeg hadde snakket med barneverntjenesten om dette. Det møtte veldig motstand, både fra han - han viste til at ektefellen var veldig i mot det - og det og liksom stå frem sammen med andre foreldre.*

*”gruppe sammen med likesinnede, sette ord på ting.....*

## Mulig tolkning

Det å stå frem som forelder som misbruker rusmidler, stå frem, komme ut, sammen med likesinnede, er noe en har tro på. Her er det tydelig at terapeuten setter pasienten inn i en kategori, stå frem som misbruker av rusmidler.

Barna skal også stå frem, de bør gå i BAPP-grupper. En av de tiltakene terapeutene snakket om var nettopp BAPP grupper. Dette er et tilbud til barn mellom 8-12 år som har foreldre som enten er psykisk syk eller har problemer i forhold til rusmiddel misbruk. En tenker at det er viktig å få ut følelser ved å snakke og dele opplevelsene med andre. På Voksne for barn side internett sider står det at dette er ”gjøre- og snakke grupper”

([www.vfb.no](http://www.vfb.no), lest 06.04.11).

Likevel sier terapeutene at det ikke er vanlig å ha kontakt med barna på poliklinikken, selv om de gir uttrykk for holdninger som taler for at barna bør inkluderes. Terapeutene anbefaler at andre kan jobbe med barna, BAPP grupper er et tilbud som det snakkes varmt om. Der skal barna gjennom samtaler, rollespill og kos lære hvordan de skal klare å spørre en voksen om hjelp. Her skal barna lære å sette ord på vanskelige følelser og snakke om tabubelagte områder.

Alle terapeutene gir uttrykk for at det å snakke om det hjelper. Er dette en terapeutisk diskurs? Bare vi setter oss ned og snakker om det skal det bli bedre, kom la oss snakke om det, en byrde blir halvert ved å dele den med andre. Har du det ikke bedre nå, når vi har snakket om det?

Barna har rett på informasjon, de kan ha behov for å vite noe om forelderen som handler om situasjonen til den som er syk, om diagnose, hva som har forårsaket situasjonen og hva som skal skje nå når en er i behandling(Rundskriv 15-5/2010:12). I tillegg skal barna også få informasjon om egen situasjon, barnet trenger informasjon om det selv blir tatt vare på og av hvem. I rundskrivet(15-5/2010:12) er det beskrevet hva en tenker barnet trenger å få informasjon om. Men det skal i følge rundskrivet også legges til rette for samtaler hvis omstendighetene tilsier det (ibid:11).

*T: Nei jeg har ikke fått noen spesiell opplæring på det her. Det har vi ikke. Det har vært etterspurt av noen, at vi kanskje skulle ha noen kurs på det; hvordan snakke med barn*

- det handler mye om det og kanskje å snakke alminnelig, snakke forståelig og prøve å ta barnas perspektiv, for å si det slik. De fleste har jo barn selv, og hvordan du snakker med en 3 åring, en 5 åring i forhold til å snakke med en ungdom.. Men dette er vel et tema som ikke er utdebattert her – ikke sant. Det tror jeg nok.

*Du setter litt ord på det som skjer.... Jeg tenker at det handler om å forenkle ting, sette ord på ting og gjøre ting forståelig veldig mye.*

*Kanskje det er noen teknikker og huskereglar og ting som man bør ta spesielt hensyn til når man skal snakke med barn. Selv om jeg har erfaring selv fra førstelinje og nå andrelinje, så tenker jeg at dette er veldig viktig; at folk føler seg trygg på det. Da vil en skikkelig opplæring være i alle fall noe en kan gjøre noe med.*

### **Mulige tolkninger**

Terapeutene sier på den ene siden at de trenger opplæring, men sier også at de egentlig er ganske trygg i sin terapeutiske rolle, og mener de har kompetanse til å gjennomføre samtaler med barn slik loven beskriver det.

En finner igjen i teorien det terapeutene sier i forhold til hvordan slike samtaler bør tilpasses. Mindre barn tenker på en mer konkret måte, mens mer abstrakt tenkning utvikles senere og det må en ta høyde for sier terapeutene, i fagteorien er dette beskrevet blant annet av Smith og Ulvund, (2008). Organisasjonen Voksne for barn har på sin hjemmeside [www.vfb.no](http://www.vfb.no) lagt ut en animasjonsfilm om Jesper på fire år, filmen er en konkret tegnefilm som egner seg godt som verktøy når en skal snakke med både små barn, litt eldre barn og for så vidt voksne.

I faglitteraturen kommer det også frem at det er positivt å få mulighet for å sette ord på enkle hendelser i hverdagslivet, og utforske fantasi og virkelighet (Eide og Rohde, 2009). Barnas evne til å huske, og reflektere over hendelser i fortid kan være begrenset, derfor bør det legges til rette ut i fra barnets behov og utvikling (Smith og Ulvund, 2008).

Videre tenker en at barna fortolker hendelser ut fra seg selv som midtpunkt, og kan oppfatte at de har innflytelse eller ansvar for hendelser på en ”magisk måte”. Særlig små barn kan være sensitiv til hvordan den voksne har det. Dette kan innebære at jo mer fortvilt forelderen er, jo mer fortvilt blir barna. Etter hvert utvikler barna mer komplekse følelser, som skam, skyld og stolthet. Det vil derfor være viktig å legge til rette for å oppmuntre til å uttrykke følelser, på ulike måter og i ulike sammenhenger (Eide og Rohde 2009). Kinge tar opp i sin bok ”Barnesamtaler” at en tilnærming hvor en tar i bruk barets egeninnsats, hvor en nyttiggjør seg

barnets ressurser og kvaliteter er veien å gå, hun vektlegger barnets opprinnelige positive vilje og evne til å samarbeide under de rette betingelsene (Kinge, 2006: 41).

En kan da spørre seg hva de rette betingelsene er når foreldrene sliter med rusproblemer. Innenfor tilknytningsteori tenker en at alle ønsker å være nær andre, det synes allment akseptert at man trenger andre for å få trøst og lindre smerte. Graden av tilknytning er også relatert til barnets utvikling. For eksempel må barn først kjenne at personene de skal forholde seg til er en sikker del av verden, før de er i stand til å knytte seg trygt til en voksen (ibid, 2009: 76). En kan da også anta at samtaler om det som er vanskelig forutsetter at barnet er trygg på den de skal snakke med. Terapeutene formidler at de opplever at også kollegaer synes det kan være vanskelig å snakke med barn, *jeg vet at flere av de som jobber her synes det er vanskelig*. Kanskje det er mulig å tenke at det er implikasjonene av samtalen som er vanskelig, terapeutene må inn i et sårt område for familien.

Som en liten avrunding tar jeg med hva heftet utarbeidet av organisasjonen voksne for barn anbefaler, dette heftet brukes som hjelpemiddel, og er noe av materialet det henvises til av barneansvarlige. Når mamma eller pappa ruser seg heter heftet, jeg fikk det av en av informantene, derfor velger jeg å ta det med.

### **Hva kan du gjøre dersom en av foreldrene dine har rusproblemer?**

”Det første du bør gjøre er å snakke med noen om det. Snakk med den forelderen din som ikke ruser seg. Eller med den som ruser seg, i en periode der han eller hun er uten rus.

Fortell hvordan du har det. Fortell dem at du er bekymret. At du er usikker på hvordan det kommer til å gå hjemme. At du ikke greier å konsentrere deg på skolen. At du ikke tørr å ta med deg venner med hjem.”

Hvis jeg skal velge en overordnet diskurs i dette lille stykket, er det diskursen om at, hvis du som barn har et problem med de voksne, må du *snakke med noen*. Den store terapeutiske diskursen som handler om at det hjelper å snakke om det som er vanskelig. Jeg spør så; finnes det en motdiskurs? Kan det være at *barn skal skånes*, derfor snakker vi ikke om det. Eller det hjelper ikke bare å snakke om det, *du må gjøre noe med det som er vanskelig*.



#### 4.9.1 Spor av ”ikke vitende” posisjon

Sosialkonstruksjonistiske terapeuter har et kunnskapssyn hvor de ser på kunnskap som noe som oppstår, forandres og fornyer seg i det relasjonelle. En tenker at meningssystemer er språkskapende og meningsskapende systemer og at de som deltar i disse systemene er de som best kan beskrive dem. En kan hevde at et terapeutisk system er et slikt språkssystem (Lundby, 1998: 109). Gjennom terapi i poliklinikkene foregår språklige begivenheter som gir terapeuten en rolle eller en posisjon hvor det dreier seg om å skape rom for dialog.

En av de posisjonene terapeutene beskriver er den ”ikke vitende” posisjon (Bagge, 2007). Videre kan en hevde at i denne konteksten blir ulike sosiale konstruksjoner brukt. Materialet har vist at der ligger både muligheter og begrensninger for terapeutene i deres forhold til å posisjonere seg i forhold til barna som pårørende. På den ene siden er de tydelig i forhold til *talen om barns beste*, hva skal til for at barn skal bli ivaretatt, men på den andre siden distanserer de seg ved å posisjonere seg i forhold til personen som er pasient og forelder.

Når det gjelder kunnskap og mening om barn sier terapeutene at de har viten om hva barn trenger av informasjon, ivaretagelse og vurdering av hvilke behov de har for oppfølging. De tar en ”vitende posisjon”, posisjonerer seg i forhold til diskurser om kunnskap og makt.

Som jeg har vært inne på tidligere i analysen kommer terapeutenes subjektposisjoner i konflikt med hverandre, og dermed skapes uro og usikkerhet. Min tolkning er at dette er med på å gjøre handlingene som subjektposisjonene byr på trange og gjør at diskursene står i motsetningsforhold til hverandre. På bakgrunn av dette tenker jeg at endring vil ta tid.

## 5 Oppsummering analyse

### Problemstillingen min er;

Hvilke diskurser om barn og foreldre, er til stede i terapeutenes tilnærming til barn av foreldre som har et problematisk forhold til rusmidler, og hvordan påvirker de terapeutenes håndtering av forholdet mellom barn og foreldre?

På forhånd hadde jeg en del oppfatninger om viktigheten av at barn blir ivaretatt som pårørende, og at det er en dominerende diskurs at foreldre vil sine barns beste.

Jeg finner at ”talen om barna” er tydelig, terapeutene uttrykker at de er opptatt av barns beste og barnas rett til en god barndom. De er vel kjent med problemene foreldrenes rus kan medføre. Dette fremstår, uttalt, som et hegemoni. Uttrykket dette får verbalt er så vidt sterkt at det umiddelbart kan oppfattes som svært bestemmende for praksis, og et uttrykk for at ivaretagelse av barna er høyt prioritert i praktisk handling.

Terapeutens handling synes likevel ikke å ta den direkte konsekvensen av dette. Terapeutene synes å være preget av flere kryssende diskurser, som dels er antagoniske.

Det er vanskelig å gå inn i det som oppfattes å være foreldrerollen, både som diskurs alene, og som et faremoment i forhold til å skape problemer knyttet til behandlingsalliansen. Behandlingsalliansen, og i den det ”tradisjonelle” fokuset på pasientens problemer alene, representerer et hegemoni som bare delvis er kommet i endring med bakgrunn i lovendringen.

Terapeutene posisjonerer seg dels slik at ansvaret ligger utenfor terapeutens egen sfære, dels ved at f.eks barnevernet har ansvaret, men også ved å etterlyse system og opplæring. Det hjelper å snakke om det, og for å få det til, vises det også til tiltak andre er ansvarlig for.

Det er også diskurser i retning av at pasienten har nok å stri med, om ikke terapeuten direkte skal ha kontakt med barna, og således ”erstatte” foreldrene i en viss grad, med den krenkelsen av foreldrerollen dette kan oppleves som. Dette har også betydning i forhold til behandlingsalliansen.

Terapeutene uttrykker også en klar forståelse av at pasienten er i en vanskelig livssituasjon, og synes å være påvirket av en diskurs i retning av at en for stor innblanding i forholdet foreldre – barn kan legge stein til byrden. Dette kan oppfattes som at hensynet til pasienten, og ikke bare behandlingsalliansen, er en dominerende diskurs.

Det oppleves også som vanskelig for terapeuten å snakke med barn i denne konteksten. Om det skyldes en diskurs i retning av at det kreves særskilt kompetanse, som man underforstått ikke er sikker på om man har, eller om alle diskursene nevnt ovenfor er for dominerende til at dette blir et alternativ, er mer usikkert.

I sum overrasket det meg er at det snakkes mye om hva barn trenger, om rutiner, registrering og kartlegging, men at det likevel enda ikke er innarbeidet praksis, som gjør dette til handling som fører med seg en konsekvens for barnas rett på informasjon, ivaretagelse og behov for oppfølging slik det er beskrevet i loven og rundskrivet (Rundskriv 15-5/2010).

Funnene besvarer problemstillingen, og viser at det er et sett av klart motstridende diskurser som synes å ha betydning for terapeutenes praksis.

### **5.1 Noen refleksjoner**

Jeg har ikke funnet andre som har gjort tilsvarende studier hvor fokuset har vært hvordan terapeuter farges av egne diskurser i møte med barn som pårørende.

Jeg mener undersøkelsen kan være nyttig for alle som jobber terapeutisk og har kontakt med pårørende, da særlig barn. Videre kan en tenke at denne masteroppgaven kan være interessant for terapeuter som jobber innenfor rusfeltet.

Funnene kan også være nyttige i relasjon til endringsledelse innenfor rusfeltet, en endring vil ofte møte en etablert diskursorden, i større eller mindre balanse, men hvor den ønskede endringen ofte forutsetter at hegemoniske diskurser må tilpasses. Identifisering av disse vil kunne gjøre ønsket endring lettere.

Det er viktig å se bak handlingene og praksis, og stille seg spørsmål i forhold til hva som påvirker de ulike tilgangene vi som terapeuter har i vårt arbeid, med andre ord vi må stoppe opp og betrakte oss selv i vår daglige praksis. Selvrefleksjon er et ord jeg synes klinger bra.

Skal jeg håpe på noe må det være at min undersøkelse kan være med på å få oss til å stille stadig nye spørsmål.

Hvis jeg skal være litt kritisk i forhold til undersøkelsen kan jeg trekke frem at utvalget kunne vært større, fem terapeuter er ikke et stort utvalg, men det har ikke vært min intensjon å generalisere. Informantene uttalte seg på forskjellig måte, men jeg fant hoveddiskursene hos

alle fem og vurderer derfor at mine punktueringer gir mening i forhold til problemstilling, teori og metode.

Hensikten var ikke å gi entydige svar, målet mitt var å se på hva som finnes av diskurser, hvordan vi er en del av en sosial konstruksjon i møte med andre. Det var også grunnen til at jeg valgte å ta utgangspunkt i Laclau og Mouffe sin diskursteori. Jeg har benyttet meg av både norsk og internasjonal teori og forskning for å belyse problemstillingen. Når det gjelder valg av teori har det vært utfordrende, da mye av teorien jeg har brukt er innenfor et positivistisk kunnskapssyn og dermed kan sies å komme i konflikt med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet.

Jeg valgte å tenke at det er viktig å ha med seg hvordan kunnskap og sannhet forhandles frem gjennom interaksjon mellom mennesker, og mener jeg i oppgaven har tatt høyde for dette, selv om jeg til stadighet opplevde å bli utfordret også gjennom hvordan jeg brukte teori i analysen.

Hvis jeg kan driste meg til å si noe konkret, vil det være at jeg mener det er behov for flere fagpersoner som tenker i et systemisk perspektiv, og at det ikke stopper med tanken, men at en også reflekterer og handler ut i fra et systemteoretisk perspektiv. Tom Andersen sa det så bra at ved å ha en mer åpen arbeidsmåte vil også språket kunne påvirkes i hvordan vi samtaler med andre. Ordene og meningene som personen hører og snakker, blir en del av personens tilstand (Andersen, 2007:96). Med et slikt utgangspunkt tror jeg en kan språksette noe av det som i mitt møte med terapeutene var litt ordløst, vi må våge å reflektere sammen om det som er utfordrende. Kan det være slik at familiebehandling bør prøves mer ut innenfor rusbehandlingen, vil en da kunne bevege diskursene som kommer i veien for å ivareta hele familien?

Dersom jeg skulle forske videre på feltet kunne jeg tenkt meg en oppfølging av min undersøkelse. Det kunne ha vært i form av et prøveprosjekt hvor en systematisk kaller inn barn som pårørende og utvikler en god praksis i forhold til de rettighetene de er gitt gjennom lovgivningen, for så å intervju barna i forhold til deres opplevelse og erfaring.

En av terapeutene sa det så fint;

*Om det er informasjon eller.....så er det jo jeg som skal ivareta den, eventuelt så kan det jo være snakk om familiesamtaler da, og at du trekker inn familieterapeuter og den typen.*

Jeg tenkte med meg selv; mon tro hvilken diskurs hun snakker frem når hun sier

*”familieterapeuter og den typen”?*

Judit Wagner skriver i boka *Inspirasjon* at ordene blir formet i de språklige miljøene vi befinner oss i, og at samtalene bestemmes og utføres ikke av meg som ekspert eller overvåker av andre. Vi skaper tanker og ettertanker. Lager oss bilder, fortellinger og samtaler sammen (Andersen og Jensen, 2008).

Det å se slike muligheter i forskning kan forhåpentligvis være med på å skape rom for filosofering og kan åpne opp for å tenke at systemet vi jobber i er en sirkulært sammenhengende helhet. Dette betyr for meg at vi alle er en del av en større helhet og har mulighet til å bevege handlingsrommet, og dermed praksis.

Etter å ha hørt intervjuene mange ganger, analysert og tenkt mye på hva terapeutene fortalte om, så sitter jeg igjen med en oppfatning om at de alle formidler at det er svært vanskelig å snakke med barn i denne konteksten.

## Litteraturliste

**Anderson, H** (2003) *Samtale, språk og terapi* Hans Reitzels forlag

**Anderson, H og P. Jensen (red.)** (2008 ) *Inspirasjon, Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Gyldendal akademisk.

**Anderson, H og Bagge R.** (2009) *Terapeuten og det postmoderne terapeut system: "en måte å være sammen med andre på"* Artikkel delt ut på Diakonhjemmet.

**Andersen, T** (2007) *Reflekterende prosesser, Samtaler og samtaler om samtalerne* Dansk psykologisk forlag

**Barnsbeste** ( 2011) <http://www.sshf.no/artikkelMenuSrch.aspx?m=1647> ( lest 21.03.11)

**Bagge, R** (2007)*Refleksjoner omkring begrepet "ikke –vitende posisjon"*Fokus på familien nr.2

**Bjartveit, S. og Kjærstad, T** (2001)*Kaos og Kosmos, Byggesteiner for individer og organisasjoner* Kolle forlag.

**Brandt, A og Grenvik** (2010) *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spebarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Kommuneforlaget.

**Burr, V** (1995) *An introduction to Socal Constructinoism* London:Routledge

**Dyregrov, A, Lorentzen, G og Raaheim red.** (2001) *Et liv for barn. Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*. Fagbokforlaget

**Eide, G og Rohde, R** (2009)*Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, unge og familier*. Fagbokforlaget

**Fekjær, H** (2004)*Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Gyldendal, akademisk

**Foucault, M** (1999)*Diskursens orden*. Spartacus forlag.

**Glistrup, K** (2004) *Det barn ikke vet har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn.* Pedagogisk forum

**Hansen, F** (1991) *Rusmisbruk i et familieperspektiv- hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn.* Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27/91.

**Hart, S og Schwartz R** (2009) *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy.* Gyldendal akademisk.

**Halsa A.** (2008): *"Mamma med nerver". En studie av barneomsorg og moderskap i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager* Doktorgradsarbeid. Institutt for statsvitenskap og sosiologi. NTNU. 2007. Universitetsforlaget, 1. utgave, 2. opplag

**Henriksen, Ø.** (2000) *Ikke som jeg gjør, men som jeg sier. Om rus, kommunikasjon og oppdragelse.* Tano Aschehoug.

**Hårtveit, H. og Jensen, P.** (2004) *Familien- pluss en* Universitetsforlaget, 2. utgave.

**Jørgensen, M og Phillips, L** (1999) *Diskurs analyse som teori og metode,* Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.

**Killen, K og Olafsson, M red.** (2003) *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer.* Kommuneforlaget.

**Kinge, E,** (2007) *Barnesamtaler; Det anerkjennende samværet og samtalens betydning for barn med samspillsvansker* Gyldendal Norsk Forlag

**Kvale, S.** (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* Ad Notam Gyldendal, 1. utgave, 2. opplag

**Kvello, Ø.** (2008) *Oppvekst, Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø.* Gyldendal

**Lindgaard, H** (2008) *Avhengighet og relasjoner- de pårørendes perspektiv.* Senter for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet.

**Lossius, K** (2011) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* Gyldendal akademisk

**Lundby, G.** (1998), *Om narrativer, konstruksjonisme Og nyskriving av historier.* Tano Aschehoug

**Nakken, C** (2007) *Avhengighet,* Noras Ark.

- Neumann, I** (2001) *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*, Fagbokforlaget
- Norlund, S** (2010) *Forbruk av alkohol i Norge før og nå* <http://www.sirus.no> ( lesedato 21.03.11)
- Pettersen, J** (2007) *Når mamma eller pappa ruser seg*. Voksne for barn, www.vfb.no
- Raundalen, M og Schultz, J-H** (2008) *Kan vi snakke med barn om alt?* Pedagogisk forum 1
- Skårderud, F** (1998) *Uro, en reise i det moderne selvet* Aschehoug
- Thagaard, T.** (2002) *En innføring i kvalitativ metode* Fagbokforlaget, 2 utgave, 4 opplag
- Trembacz, B** (2009) *Vokset op med alkoholproblemer. Barndom og voksenliv- konsekvenser, motstandskraft og frigjørelse*. Dansk psykologisk forlag.
- Ulleberg, I.** (2007) *Kommunikasjon og veiledning*. Universitetsforlaget.
- Øfsti, A** (2008): *Some call it love. Exploring Norwegian Systemic Couple Therapists Discourses of love, Intimacy and Sexuality*. University of East London, Tavistock Clinic. Doctorate of Systemic Psychotherapy.
- Øfsti, A** (2010): *Parterapi. Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Univeritetsforlaget.
- Ølgaard, B** (2004) *Kommunikasjon og økomentale systemer* Akademisk forlag 3. reviderte utgave
- Øvereeide, H.**(1995) *Samtaler med barn* Høyskoleforlaget



## **Lovverk og offentlige dokumenter**

**Helsedirektoratet** 08/2009 *Fra bekymring til handling, En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*

### **Helsepersonelloven**

**IS-1505 Veileder-Vurdering av henvisning til Tverrfaglig spesialisert behandling**, Helsedirektoratet

### **Pasientrettighetsloven**

**Rundskriv 15-5/2010 Barn som pårørende**, Helsedirektoratet.

### **Stortingsmelding 47. 2008-2009**

### **Spesialisthelsetjenesteloven**

## **Internettadresser:**

[www.aftenposten.no](http://www.aftenposten.no) (artikkel lest 17.04.11).

[www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)

[www.ICD-10](http://www.ICD-10)

[www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

[www.oecd.org/els/social/childwellbeing](http://www.oecd.org/els/social/childwellbeing)

[www.vfb.no](http://www.vfb.no)