



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Hvordan kan familierapi bidra med å fremme resiliens hos barn?**

Jannicke Steien

Masteroppgave i helsefag-retning psykisk helse. Mai 2021



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensing.....	2
1.3	Oppgavens formål.....	3
1.4	Tidligere forskning.....	4
2	Teorigrunnlag.....	6
2.1	Familieterapi.....	6
2.1.1	Strukturell tilnærming til familieterapi.....	7
2.1.2	Ulike former for familieterapi.....	9
2.2	Resiliens.....	13
2.2.1	Risiko og risikofaktorer.....	15
2.2.2	Beskyttelsesfaktorer.....	18
3	Design og metode.....	22
3.1	Vitenskapelig forankring.....	22
3.1.1	Fenomenologi.....	23
3.1.2	Hermeneutikk.....	23
3.1.3	Vitenskapsteoretiske refleksjoner - egen forforståelse.....	24
3.2	Kvalitativ metode.....	25
3.2.1	Kvalitativt forskningsintervju.....	25
3.2.2	Semistrukturert intervju.....	25
3.2.3	Intervjuguide og informasjonsskriv.....	26
3.2.4	Utvalg.....	27
3.2.5	Gjennomføring av intervjuene.....	28
3.3	Analyse av data.....	30
3.4	Vurdering av undersøkelsen reliabilitet og validitet.....	32
3.5	Etiske overveielser og personvern.....	34

4	Resultater og analyse.....	36
4.1	Systemisk tenkning .....	36
4.1.1	Å tenke på familien som et system.....	36
4.1.2	Valg av verktøy for å hjelpe familien.....	39
4.2	Direkte/indirekte utvikling av resiliens .....	41
4.3	Endring av kurs .....	43
4.3.1	Små endringer gir ny kurs .....	44
4.3.2	Et mangelfullt system rundt familiesystemet.....	46
5	Drøfting .....	47
5.1	Systemisk tenkning .....	48
5.2	Direkte/indirekte utvikling av resiliens .....	53
5.3	Endring av kurs .....	55
6	Konklusjon .....	57
	Referanseliste .....	58
	Vedlegg 1 .....	60
	Vedlegg 2 .....	64
	Vedlegg 3 .....	66

## Forord

Alle eventyr har en begynnelse og en slutt. Dette eventyret har vært spennende, frustrerende og utfordrende, og veien har til tider vært lang å gå. Men mest av alt har prosessen vært veldig lærerikt. Kunnskapen om familierapiens evne til å bidra med å utvikle resiliens hos barn er noe som har gitt meg, både i yrkesmessig og private arenaer, en bredere evne til å møte barn. Prosessen har bidratt til økt forståelse og jeg opplever å kunne se pasientens situasjon og historie i et større perspektiv.

Jeg ønsker å takke veileder Maria Bakland for støtten gjennom prosessen, for hennes tålmodighet og evne til å lede meg på veien. Takk til ektemannen som har sørget for balanse og god dynamikk i mitt eget familiesystem, og som har støttet meg opp når enkelte bakker ble noe bratt. Og ikke minst takk til informantene som tok seg tid til å dele sine personlige erfaringer med innlevelse og engasjement.

Snipp snapp snute, så var dette eventyret ute.

## Sammendrag

Denne oppgaven besvarer hvordan familierapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn. Oppgaven er induktiv og kvalitativ i sin tilnærming, og tar utgangspunkt i en analyse av et dybdeintervju gjennomført med fire erfarne familierapeuter. Resultatene fra dybdeintervjuene blir drøftet mot eksisterende teori innen familierapi og resiliens, samt tidligere forskning innen tematikken. Oppgaven konkluderer med at det er flere faktorer ved familierapi som bidrar til å fremme resiliens hos barn. Familierapien tilrettelegger økt mestring, styrking av ressurser og selvbilde, og bidrar til økt forståelse av egne og familiens situasjon og opplevelser. Disse forholdene bidrar direkte inn i barns resiliensutvikling. Som en naturlig konsekvens av at barn i utgangspunktet ikke er primærpatient i behandlingsformen, så er utviklingen av resiliens i hovedsak indirekte. Forhold knyttet til barnets miljø, herunder foreldrenes relasjon og omsorgsevne er indirekte knyttet til barns utvikling av resiliens. I denne sammenheng har psykoedukasjon en sentral betydning. Familierapien tilrettelegger for reduksjon av risikofaktorer og styrker resiliensmekanismer både for barnet og i barnets miljø. Behandlingsformen har sannsynligvis potensiale til å bidra ytterligere i et barns resiliensutvikling ved økt fokus på denne tematikken blant familierapeuter.

## **Abstract**

This thesis answers how family therapy can help promote resilience in children. The thesis is inductive and qualitative in its approach, and is based on an analysis of an in-depth interview conducted with four experienced family therapists. The results from the in-depth interviews are discussed against existing theory in family therapy and resilience, as well as previous research in the subject. The thesis concludes that there are several factors in family therapy that help to promote resilience in children. Family therapy facilitates increased coping, strengthening of resources and self-image, and contributes to an increased understanding of one's own and the family's situation and experiences. These conditions contribute directly to children's resilience development. As a natural consequence of the fact that children are in principle not the primary patient in the form of treatment, the development of resilience is mainly indirect. Factors related to the child's environment, including the parents' relationship and ability to care, are indirectly related to the child's development of resilience. In this context, psychoeducation is of central importance. Family therapy facilitates the reduction of risk factors and strengthens resilience mechanisms both for the child and in the child's environment. The treatment has the potential to further contribute to a child's resilience development by increasing the focus on this topic among family therapists.

# 1 Innledning

«Han er et barn og han har akkurat fått noe som heter ADD, men han vet selv lite hva det er. På skolen sier læreren hans at han har noe som heter dysleksi. Han opplever selv å ikke mestre fagene og vet at han er klassens taper. Hjemme er det vanskelig å bli sett. I familien er det andre utfordringer som tar fokus og tid. Storesøster er psykisksyk, og de voksne vet ikke hvordan de kan gjøre det bra igjen. Mor sier det er lite hjelp å få, og det er tydelig at hun er ofte sliten og trist. Belastningen blir for stor for mor og far, og de krangler. Utfordringene er på den størrelsen at den stjeler den lille guttens behov for bekreftelse og anerkjennelse fra sine nærmeste, som kan avkrefte at han er taperen i klassen, eller nei vent, var det taperen i verden? Selv skjønner han ikke utfordringene, men han vet at han ikke kan ta plass og han tenker at det er viktig å ikke være til bry. Kjernetro dannes, «Jeg er en taper», og den slår rot i barnet. Taperen ønsker ikke bli sett, han må gjemmes og gutten må overbevise seg selv og alle andre det motsatte. Leveregler dannes, høye mål og krav settes for resten av livet, så høye at det kreves en enorm prestasjon og egenskaper for å oppnå de. Han er dømt til å feile på flere områder. Han feiler i studier, han feiler i jobben, og han feiler i samlivet. Hver gang han feiler blir taperen bekreftet. Depresjonen kommer sigende, angsten for andres tanker og meninger om taperen blir overveldende. Han er i dag godt voksen. Hans diagnoser er depresjon og angst» (Hentet fra forfatterens egen tidligere eksamen, HEL-3038, utvikling av forskningsprosjekt 2020).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Til tross for at det er en bred enighet om at familien er viktig, både for å forstå og behandle psykiske helsevansker hos barn og unge, er familieterapi på vikende front». Slik introduseres man til artikkelen «Familieterapeutene mangler» (Lorås og Stokkebekk, 2019:1). Her uttrykker forfatteren bekymringer knyttet til at familieterapi må vike plass for individorienterte retninger. Familieavdelingens eksistensgrunnlag trues fordi finansieringsmodeller teller individer og ikke familier. I tillegg vektlegger norske helsemyndigheter i liten grad relasjonell helse både innen kommunereform og nasjonale kompetanse nivå. Forfatterens bekymring kaster anker i familieterapiens forskning og studier. Her hevdes det at mønster som beskrives vil være både i et økonomisk og terapeutisk perspektiv uhensiktsmessig. En rekke med forskning og studier viser at familieterapi er kostnadseffektiv tilnærming hvor det påpekes svært positive resultater for flere relasjonelle og psykiske helsevansker for både barn, ungdom og voksne. Konkrete helsevansker som nevnes

er internaliserende (for eksempel angst og depresjon), eksternaliserende (for eksempel atferdsvansker og opposisjonell atferd) og relasjonelle vansker (for eksempel inadekvat eller forstyrret kommunikasjon). I artikkelen bemerkes det et paradoks i at Norske helsemyndigheter fremhever betydningen av kunnskap om familierelasjoner og relasjonelt arbeid, samtidig som familierapeuter erfarer at familierapi både som tilnærming og forståelsesramme marginaliseres (Lorås og Stokkebekk, 2019).

Mitt møte med denne artikkelen var under min praksisperiode i masterstudiet. Jeg satt sammen med familierapeuter som hadde lest artikkelen og som selv kunne relatere seg til det som sto beskrevet. Behandlingstiden for familiene var blitt kortet ned, og midler fra staten var redusert. De var bekymret for familierapiens fremtid. Min jobb er ikke innenfor familierapi. På tross av dette kunne jeg kjenne på bekymring som fagperson knyttet til konsekvensene av det artikkelen og familierapeutene beskrev.

I min jobb er ikke den innledende historien unik. Den er varierende, men overskriftene i pasientens historie har ofte de samme fellesnevnerne. Ofte fortelles det om vanskelig oppvekst vilkår av ulike årsaker og lærevansker på skolen. Det beskrives om kjernetro som dannes i ung alder, hvor de kjernetroene som er negativt ladet er de sterkeste. Det dannes leveregler som er så vanskelig å leve opp til. Konsekvensene for flere er lav selvfølelse, depresjon og angst. Jeg undrer meg over hvordan det kunne hjulpet familien og barnet i det lange løp, dersom familien til gutten som beskrives over, hadde fått hjelp i form av familierapi.

## **1.2 Problemstilling og avgrensing**

Min jobb i dag er rettet mot individuell terapi og kognitiv metode. Pasientgruppen jeg møter sliter i hovedsak med diagnosene depresjon og angst. Mine erfaringer er at nettverket og de pårørende, og relasjonen pasienten har til disse, er en viktig og sentral del av samtalen i terapien. Videre ser jeg også ofte en fellesnevner hos pasientens bakgrunnshistorie. Ofte bar barndomsfamiliene deres på livsutfordringer av blant annet relasjonelle og kommuniserende karakter. I min tid som student innen familierapi slo det meg at noen av de barna jeg møtte til behandling hadde de samme fellesnevnerne som de voksne jeg møter i den individuelle terapien. Forskjellen var at deres familie samlet fikk muligheten til å løse problemene i fellesskap med de som sto nærmest med familierapi. (Hentet fra forfatterens egen tidligere eksamen, HEL-3038, utvikling av forskningsprosjekt 2020).



For å få tilbud om kognitiv behandling på min arbeidsplass, er det i dag en forventet ventetid på ca. 1,5 år. Med bakgrunn av mine refleksjoner fra min praksisperiode og eget yrkeslivet, undrer jeg meg over om etterspørselen og ventelisten ville vært like stor innenfor individualistisk behandling, dersom familieterapien hadde hatt en motvekt mot det individuelle fokuset som artikkelen bemerker. Kan det tenkes at de barna jeg møtte i familieterapien har mindre risiko for å utvikle psykiske lidelser? Vil sannsynligheten for å trenge et individuelt behandlingsløp i senere tid reduseres fordi deres familie fikk familieterapi? For å kunne få en pekepinn på disse spørsmålene var jeg nødt å se nærmere på familieterapi og hva metoden kunne gjøre for barnet. Jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

*Hvordan kan familieterapi bidra med å fremme resiliens hos barn?*

### **1.3 Oppgavens formål**

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om familieterapi kan ha en forebyggende virkning på barna som er med sin familie under behandlingen. For å gå dypere er det ønskelig å undersøke hva i familieterapien som metode kan være med å fremme resiliens hos de barna. Oppgaven kan leses av både foreldre, fagpersonell innen psykisk helse eller andre interesserte som jobber med mennesker.

## 1.4 Tidligere forskning

For å kunne understøtte problemstillingen til undersøkelsen, er det gjort et systematisk søk i databaser for å se hva tidligere forskning viser til teamet. Søket ble gjort med variabler av søkeord og kombinasjoner. Videre er det også tatt utgangspunkt i forskning som er presentert i litteraturen.

Søkeord gjort i PsycINFO, PubMed, EMBASE og Medline	Familieterapi	Resiliens	Barn
	Family therapy	Resilience	Children
	Couple therapy	Family resilience	Child
	Systemic therapy	Protective factors	Youth
	Relation therapy	Coping	Adolescent
		Empowerment	
		Risk Factors	

Tabell *Søkeord*

De forskjellige databasene gir variable med treff med de utvalgte søkeordene og kombinasjonene, og det er ingen treff som knyttes direkte til oppgaven problemstilling. Elimineringen av søkets treff ble basert på relevans i tittelen, abstraktene og artiklens nøkkelord. Generelt viser treffene at der hvor det er ønskelig å fremme resiliens hos barn involveres barnets familie. Tre av de utvalgte forskningsartiklene viser til amerikanske studier av militære familier som utsettes for belastninger knyttet til militærdeployering. Artiklene beskriver familiebasert tilnærming hvor hovedmålet er å fremme resiliens for militære familier hvor deployering til krigsområder er en del av livssituasjonen. En artikkel (Saltzman, et.al 2011) redegjør for risikofaktorer som er knyttet til militære familier og hvilke mekanismer som fremmer resiliens knyttet til disse belastningene. Den andre (Lester et.al, 2013) tydeliggjør forhold ved et familieorientert program (Families Over Coming Under Stress), utviklet for intervensjon mot amerikanske militære familier, og den tredje (Saltzman, 2016) redegjør for effekten av familieintervensjon for barn som har militære foreldre.

En australsk studie (Foster et.al 2012) som tydeliggjør viktigheten med tidlig familieintervensjon og argumenterer for at familiefokusert behandling bygger både individuell og familie resiliens. Med bakgrunn i dette hevder forfatteren at sykepleiere og annet helsepersonell generelt trenger kompetanse innen familiefokusert behandling for å kunne yte tidlig innsats. Forfatteren hevder dermed at kunnskapen bør gis bredt i helsevesenet, og at den ikke er forbeholdt terapeuter innen familierapi. Videre hevder forfatteren at det er behov for mer forskning på tematikken, spesielt med hensyn til erfaringer og resultat av behandlingen for barn og familier med foreldre som har psykiske lidelser.

Videre eksisterer det en del forskning på hvordan foreldre med psykiske lidelser kan påvirke egne barn. Flere artikler enes om at effekten av foreldrenes psykiske lidelser på barn er uavhengig av foreldrenes diagnose. Derimot er den i større grad avhengig av foreldrenes oppførsel, responsen og støtten fra andre sentrale voksne, samt i hvor stor grad barnet har blitt oppmuntret til å utvikle resiliens (Cooklin, 2013:229). Familierapi kan i denne sammenheng spille en rolle, men sammenhengen mellom behandlingsmetodikk innen familierapi og resiliens hos barn fremstår som uklar.

Forskningen i faglitteraturen viser til empirisk belegg for å si at familierapi som behandlingsform har positiv effekt på barn. Barnemishandling, atferdsforstyrrelser hos barn og unge, spiseforstyrrelser, parproblemer, vold i familien, narkotika- og alkoholproblemer, depresjon, bipolar lidelse angstlidelser og psykoser er eksempler på utfordringer som er knyttet til familierapien i form av ulike studier og forskning (Carr, 2019:105-113). Carr (2013) hevder at det er behov for ytterligere forskning på hvilken effekt familierapi kan gi i helsetilbudet. Samtidig vil utvikling av fagfeltet nytte godt av forskning innen hva som gjør at familierapi tilbudet ikke gir ønsket endring på enkelte familier. Dette gjelder spesielt innenfor narrative tilnærminger som benyttes blant terapeutene (Carr, 2019:113).

Denne oppgaven søker å besvare hvordan familierapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn. I så måte vil den være et bidrag til å belyse forhold knyttet til familierapi og effekten av behandlingsformen, herunder resiliens hos barn. Undersøkelsen vil kunne gi nyttig kunnskap om hvordan familierapi kan tenkes å fremme resiliens. Videre kan denne kunnskapen benyttes som en del av en helhetlig refleksjon om hvorvidt familierapi kan bidra til å redusere behovet for individuell behandling.

## 2 Teorigrunnlag

For å kunne svare på problemstillingen “*hvordan kan familierapi bidra med å fremme resiliens hos barn*” baserer teorigrunnlaget seg på familierapi som metode og kunnskap om resiliens.

### 2.1 Familierapi

Familierapi er en sammensatt betegnelse for flere ulike terapeutiske tilnærminger eller behandlingsmetoder. Disse tilnærmingene har fellestrekk ved at det er et fokus på mellommenneskelige relasjoner, kontekst og språk, og hvordan dette påvirker både det enkelte individ og systemer (Lorås, 2019). Under denne oppgaven er det avgrenset til fire ulike tilnærminger. Det er resultatene fra undersøkelsen som har ledet til dette nedvalget.

Familierapi er særegent ettersom behandlingsmetoden fokuserer på relasjonen mellom de personene som er involvert, og ikke den enkeltes individuelle egenskaper. Ifølge Gregory Bateson (1972) begrunnes bruken av familierapi rundt de erkjennelsene om at det er ingen fenomener som kan ses uten den konteksten som er rundt, og at alle mennesker blir påvirket, og påvirker de menneskene de har relasjoner til. Under familierapeutiske samtaler er det rom for ulik formidling av tanker, følelser og erfaringer som er krevende og vanskelig. Både det å få kunne uttrykke seg og samtidig lytte til andre står sentralt. Denne arenaen kan hjelpe familien med utvikling og vekst, ikke bare til familien som helhet, men også det enkelte individ (Lorås, 2019:15). Familierapi etterspørres av forskjellige årsaker. Noen eksempler kan være at familiens samspill er preget av negativ kommunikasjon og konflikter (Lorås, 2019:18). Andre årsaker kan være når familien opplever at det enkelte familiemedlem, eller flere av dem, utvikler vansker hvor årsakene sees i sammenheng med familiens samspill. Det kan være foreldre som trenger veiledning for å danne forståelse for hvordan de kan hjelpe barn med psykiske vansker, eller at det er foreldre med psykiske lidelser som ønsker å inkludere hele sitt familiesystem i behandlingen (Lorås, 2019:15).

Familierapi baserer seg på noen grunnleggende teoretiske antakelser. Terapiformen som fagfelt er nokså ung. Den har hentet inspirasjon i fra systemteorier og kommunikasjonsteorier. Videre har utviklingen av familierapien blitt påvirket fra ulike filosofiske hold, som har tilført behandlingen kreative faktorer.

### **2.1.1 Strukturell tilnærming til familierapi**

Hvordan kan en strukturell terapeut involvere seg i familiens dans uten å føre dansen etter musikken i sitt eget hode (Michaelsen, 2019:121). Spørsmålet peker på premisset om terapeutens rolle innen strukturell tilnærming, og baseres på familierapiens far, Salvador Minuchin (1921-2017), sin dynamiske tilnærming og påvirkning av familierapien. Som strukturell terapeut erkjenner du at holdning og etikk er viktigere enn metode, og at sikkerhet og visshet i perspektivene må vike for muligheter og tvetydighet (Michaelsen, 2019:122). Videre anses åpenhet, nysgjerrighet og fleksibilitet i tilnærmingen som sentrale aspekter i terapeutens virke. Endring, og det å stille spørsmål ved egne bias og fordommer er sentralt (Michaelsen, 2019:131, 136). Erkjennelsen av disse momentene gjør terapeutene mer opptatt av en families indre organisering, systemer, sub-systemer, grenser og strukturer, enn av egen faglige favorittrolle. I så måte kan strukturell tilnærming forklares ved at det er konteksten mennesker er en del av som skaper grunnlag for forståelse. Det enkelte medlemmet påvirker helheten i systemet, og blir samtidig påvirket selv. Sagt med andre ord så er det interaksjon med andre mennesker som forklarer årsaken til individuell adferd (Michaelsen, 2019:128). Som en naturlig konsekvens vil samspillet i familiesystemet være sirkulært og i endring. Alle medlemmer er delaktige sirkulære bidragsyttere til en potensiell utfordring, samt en del av løsningen (Michaelsen, 2019:125, 132).

Forutsetningen for metoden ligger i at det er gjennom oppvekstfamiliens øyne vi lærer å oss å erfare verden. Dette synet tar vi med oss når vi trer inn i de voksnes rekker. Tilhørigheten til familien er grunnleggende, ettersom mennesker trenger gruppetilhørighet for overlevelse (Michaelsen, 2019:125). Strukturell tilnærming anerkjenner derfor at en utforskning av fortiden gir innsikt og forståelse for å kunne skape en ønsket endring i nåtiden (Michaelsen, 2019:122).

Alle familier består av en indre struktur, og med dette forstås hvordan medlemmer i familien og grupperinger av medlemmer har organisert seg i forhold til hverandre (Michaelsen, 2019:125). Familien sees på som et system, og familiesystemet er påvirket av systemer utenfor familien. Internt er det et mangfold av systemer mellom de ulike medlemmene, og faktorer som alder, kjønn, parforhold, og interne og eksterne relasjoner danner sub-systemer (Michaelsen, 2019:126). Familiens måte å kommunisere og forholde seg til hverandre på danner mønstre som forsterker relasjonene mellom medlemmene. Disse mønstrene danner

forutsetning for endring og utvikling såfremt de er fleksible, og det er i denne dynamikken terapeuten finner sitt mulighetsrom for påvirkning (Michaelsen, 2019:125, 128).

Behovet for endring kan komme av ulike årsaker, og dersom familiesystemet kommer i ubalanse vil hele systemet påvirkes og følgelig vil hierarkier, bånd, posisjoner, roller og grenser endres. Terapeuten søker med sin involvering i familiesystemet søker å avdekke hvordan medlemmene opplever sin egen og andres rolle i systemet, samt relasjonen mellom de medlemmene og subsystemene. I tillegg ser terapeuten etter dynamiske grenser, herunder i hvor stor grad familien som system evner å justere roller og interne grenser når det kreves. Denne evnen anses som en sentral bidragsyter til et familiesystem i balanse med intern og ekstern påvirkning (Michaelsen, 2019:126-127). Et godt eksempel på dette vil være en familie som har velfungerende og fleksible autoritetsmønstre som utvikles og endres i takt med barnas alder. Følgelig gis barna gis mer autonomi og medbestemmelsesrett i tråd med deres utvikling. Et eksempel på det motsatte vil være utydelige budskap og uklare grenser som medfører mangel på forståelse på hva som er akseptabel oppførsel (Michaelsen, 2019:127).

Det er mønstrene i relasjonene som er retningsgivende for terapeutens innsats i familien. For familiemedlemmene kan mønstrene være vanskelig å se, og metaforisk sett er terapeutens rolle være å holde opp et speil og forstørrelsesglass slik at familien ser seg selv i sin interaksjon (Michaelsen, 2019:128). Terapeuten er derfor aktiv i sitt virke, og benytter spørsmål, iscenesetting av situasjoner og diskusjoner og fremprovoserer følelser i den hensikt å fremme refleksjon (Michaelsen 2019:128). Terapeuten blir en del av systemet og bruker seg selv og sin intuisjon til å skape tillit til ethvert medlem og familien som helhet, samtidig som terapeuten evner å se systemet objektivt (Michaelsen, 2019:129). Terapeuten går sammen med familien, og engasjerer seg for å forstå det enkelte medlems perspektiv.

Behandlingstilnærmingen krever mye av terapeuten, og personlig engasjement er en forutsetning for å lykkes (Michaelsen, 2019:131). Det eksisterer ikke en fast oppskrift fra start til slutt. Det kan heller sees på som et håndverk med grenser mot en filosofi hvor kjærlighet, ekstern forstyrrelse og refleksjon er faktorer som skaper forutsetning for endring og vekst (Michaelsen 2019:129). Kjærligheten utvises med engasjement, innlevelse, positiv forsterkning og tillit. Forstyrrelsen iscenesettes av terapeuten slik at familien kan utvide sin relasjonsforståelse under veiledning, og refleksjon dannes gjennom tid og aktivt samarbeid mellom familien og terapeuten (Michaelsen, 2019:129-130). Terapiformen anser aldri familier som dysfunksjonelle, men fokuserer utelukkende på styrker og ressurser. Den hjelper

familien til med å utvikle og utvide “sitt relasjonelle handlingsrepertoar” for å kunne tilpasse seg indre og ytre forandringer i familien (Michaelsen, 2019:128). Erkjennelsen av at det er familien selv som skaper en ønsket endring i samspillet er sentral. Gjennom denne tilnærmingen økes sannsynligheten for at familien vil være selvhjulpne etter endt terapi (Michaelsen, 2019:137).

## **2.1.2 Ulike former for familierterapi**

### **2.1.2.1 Tilknytnings-og narrativbasert familierterapi**

Tilknytnings- og narrativbasert familierterapi søker å skape refleksjon om hvordan relasjoner til tredjepersoner påvirker familiemedlemmenes narrativ om familiesamspillet.

Behandlingsformen tar utgangspunkt i at det i alle familierelasjoner finnes innbakte relasjoner til andre. Dette forklares ved at selv i en relasjon bestående av to personer så vil deres relasjon påvirkes av en eller flere tredjeperson(er). Eksempelvis vil en relasjon mellom et par påvirkes av den ene partens foreldre eller parets barn, til tross for at den “tredje” ikke er fysisk til stede i relasjonen, men heller finnes i tankene og dermed indirekte påvirker parets samspill. Enhver relasjon forstås derfor som en triangulær grunnenhet (Vetere, 2019:252).

Ifølge Arlene Vetere (2019) er behandlingen spesielt egnet til systemisk relasjonell praksis som forbedret kommunikasjon mellom familiemedlemmer, forstå egne og andre menneskers emosjoner mer inngående, utvikle evne til å selvtrøst, refleksjon om relasjonelle forhold og refleksivitet (Vetere, 2019:253). Spesielt trekkes refleksjon frem som sentralt i behandlingsformen ettersom det hevdes at evnen til å reflektere og innarbeide erfaringer er målet med all psykoterapi (Vetere, 2019:253). Med andre ord kan man derfor hevde at menneskers evne til erfaringshåndtering av egne og andres erfaringer og opplevelser er avgjørende for stabil psykisk helse, og manglende evne til dette «ligger til grunn for de fleste psykiske lidelser» (Vetere, 2019:253).

Ifølge tilknytningsteorien forutsetter evnen til refleksjon at mennesker opplever trygghet og tillit til sine relasjoner, og behandlingsformen fokuserer derfor på å etablere relasjonell trygghet i samspillet mellom mennesker. Dette kan være utfordrende i samspill, eksempelvis der en som er omsorgspersonen som gir trøst og beskyttelse også kan være den som skaper usikkerhet, frykt og redsel (Vetere, 2019:253).

Tilknytningsteorien er sterkt knyttet til beskyttelse og trygghet, og anser sosial tillit og støtte fra en eller flere personer som rammefaktorer for robust psykisk helse (Vetere, 2019:255). Gjensidighet og anerkjennelse i nære relasjoner betegnes også som avgjørende for vår fysiske opplevelse av trygghet, og teorien sykeliggjør dermed ikke avhengighet, men anser heller dette som en naturlig del av en sunn relasjon (Vetere, 2019:255). Tilknytningsteorien anser med andre ord selvstendighet og avhengighet som komplementære sider i sunne relasjonelle forhold, herunder at man kan kjenner seg selv og kan ta selvstendige avgjørelser samtidig som man har evnen til å søke hjelp og støtte av en person man har tillit til (Vetere, 2019:255).

Ifølge tilknytningsteorien er en av de sterkeste indikasjonene på trygghet i et forhold å finne i hvordan mennesker trøster hverandre, herunder hvordan vi gir, søker og mottar trøst i ulike kontekster og faser av livet (Vetere, 2019:255). En samtale med par eller familiemedlemmer hvor mønsteret for trøst er en rød tråd vil derfor kunne gi dyp refleksjon både om familiær fortid og fremtidsrettet ønsker og håp (Vetere, 2019:255-256). Sett i forhold til familiære mønstre nedarvet gjennom generasjoner finner tilknytningsteorien verdi å benytte en tilnærming hvor man jobber i et positivt perspektiv og forestiller seg foreldrenes intensjoner i et positivt lys basert på egne erfaringer. Tilnærmingen tar utgangspunkt i hvordan handlingsmønstre gjentas fra en generasjon til neste, noe som kan gjøre det lettere å reflektere hendelser eller intensjoner uten at familiemedlemmer blir utsatt for ydmykkelser, kritikk eller beskyldninger (Vetere, 2019:256). I tilknytningsteorien er dette viktig ettersom det eksempelvis kan årsaks forklare hvordan en forelder er påvirket av sin egen tilknytningshistorie til en tredjeperson (eksempelvis egne foreldre) i sine intensjoner eller handlinger.

Den terapeutiske alliansen er av sentral betydning for å forstå utviklingen av familiemedlemmets tilknytningsnarrativer. Å etablere en trygg base mellom terapeut og pasienter, basert på tillit, empati og emosjonell trygghet, muliggjør observasjon og fasilitetene av refleksjon familiemedlemmets narrativer og hvordan de endres i terapien. Denne tilnærmingen er avgjørende, men også tidkrevende. Å gå rolig frem, sørge for at medlemmene blir hørt og forstått, samt å redusere beskyldninger og motbeskyldninger er svært viktig. Likeledes er det viktig å fremelske nysgjerrighet på og refleksjon rundt andre familiemedlemmets syn og meninger (Vetere, 2019:258). Terapeutens relasjon er av stor betydning, ettersom terapeutens vilje til å jobbe aktivt med relasjonen kan være første gang et familiemedlem opplever å bli sett og hørt [...] (Vetere, 2019:259). Aktiv involvering av



familiemedlemmene i behandlingsplanen, og tempoet i denne, må være gjennomgående i hele prosessen og understøtter den terapeutiske relasjonen (Vetere, 2019:259).

### **2.1.2.2 Løsningsfokusert familierterapi**

Løsningsfokusert familierterapi, eller løsningsorienterte samtaler, er en evidensbasert behandlingsform hvor terapeuten “konsentrerer seg om hvordan løsninger kan (sam)skapes ut fra pasientens egne ressurser og prioriteringer” (Aambø, 2019:169). Metoden tar derfor ikke utgangspunkt i at terapeuten skal løse problemet, men heller hvordan pasienten i samarbeid med terapeuten skal jobbe frem en ønsket endring eller ønskede endringer. Terapeutens rolle er å tilrettelegge for gode og oppriktige samtaler hvor spørsmål for å avklare hva som er riktig for pasienten, hvilke ressurser pasienten rår over, og hvordan ønsker kan realiseres (Aambø, 2019:170). Premisset for behandlingsformen er dermed at en pasient selv rår over de ressurser han eller hun trenger for endring, og terapeuten oppgave blir i hovedsak å hjelpe med å etablere realistiske målsetninger. Behandlingsmetoden forutsetter at pasientene har et ønske om en positiv endring, og terapeuten leder pasienten til å se dette som en realitet (Aambø, 2019:170).

Behandlingsformen krever at terapeuten er ydmyk i forhold sin egen rolle og kunnskap, og viser åpenhet for pasientens egen ekspertise og synspunkter relatert til sine utfordringer. Terapeuten inntar “en ikke-vitende posisjon”, og rollefordelingen mellom pasient og terapeut er med andre ord noe annet enn et tradisjonell klient-terapeut forhold hvor terapeuten er ekspert på pasientens problem, og har til intensjon å løse dette for pasienten (Aambø, 2019:170-171). Terapeuten må legge fra seg eget ego og åpne opp for realiteten om at man aldri helt fullt vil forstå en annen person.

Løsningsfokusert terapi benytter i hovedsak spørsmål som arbeidsform, og ut av spørsmålene viser terapeuten antakelser om at pasienten selv er ekspert på sin livssituasjon og er i stand til å nå sine mål. Intensjonen med samtalene er å hjelpe pasienten til å oppdage og utvikle seg selv “som dugende personer med verdifulle egenskaper, i ferd med å skape et bedre liv for seg og sine” (Aambø, 2019:170).

Løsningsfokusert familierterapi benytter terapeutisk intervju i konsultasjon med pasienten(e). Fokuset i samtalen er interaksjon mellom medlemmene. Gjennom refleksjon om hvordan endringer fra pasientens side kan påvirke endringer for andre familiemedlemmer, og

konsekvensene av disse, fasiliteter arbeidsmåten at både de voksne og barn/ungdommers synspunkter og perspektiverer ivaretas (Aambø, 2019:173).

De løsningsorienterte spørsmålene har til intensjon å styrke troen på at positiv endring vil finne sted for pasienten. Terapeuten benytter i denne sammenheng spørsmålsformulering som omhandler unntak fra utfordringene pasienten har (spørsmål om unntak), skjulte ressurser og tillit til egen kompetanse (mestringsspørsmål), hva som vil skje når utfordringene blir borte (mirakelspørsmål), og spørsmål som synliggjør fremgang og reduserer svart/hvit-tenkning (skaleringsspørsmål) (Aambø, 2019:176).

### **2.1.2.3 Emosjonsfokusert familieterapi (EFFT)**

Emosjonsfokusert familieterapi søker å styrke trygghet i familiesystemet for på den måten å gjenopprette relasjonelle bånd mellom familiemedlemmer. Relasjonelle utfordringer forbindes med fastlåste familiemønstre, og negative emosjonelle opplevelser vanskeliggjør omsorg og hensiktsmessig respons på tilknytningsbehov (Forrow et al., 2019:357). Eksempelvis kan det være vanskelig for en mor med egne negative erfaringer med omsorgssvikt å imøtekomme egne barns tilknytningsbehov. Fravær av tydelig kommunikasjon om tilknytning og omsorgsbehov forsterker utfordringene familien står overfor, og vanskeliggjør endring av de rigide familiemønstrene (Forrow et al., 2019:358).

Metoden søker å veilede foreldre til å endre de negative relasjonelle mønstrene ved å bli mer tilgjengelige, mer lydhøre og med et sterkere emosjonelt engasjement (Forrow et al., 2019:357). Ved vellykket terapi ser man at behandlingen gir et tryggere samspill internt i familien gjennom å stryke tilknytnings- og omsorgsrelatert respons som i sum gir en sterkere emosjonell knytning i familien (Forrow et al., 2019:359).

Metoden tar utgangspunkt i fire intervensjonspunkter. Først fokuserer terapeuten på familiesystemets negative samspillmønstre, hvor bakenforliggende engstelige og unnvikende selvforsvarsstrategier avdekkes for å skape forståelse for hva som er årsaken til familiens utfordring (Forrow et al., 2019:358). Familiens opplevelse av trygghet er neste fokusområde, og man søker her å forstå hvordan familiesamspillet slår ut i medlemmenes opplevelse av trygghet. Dette steget er sterkt knyttet til foreldres evne til å gi omsorg og imøtekomme barns tilknytningsbehov, noe som anses sentralt for barnas møte med "livets stressfaktorer og utviklingsmessige krav" (Forrow et al., 2019:358). Deretter bearbeides emosjonelle

opplevelser som blokkerer familiens samspill, før samspillet blir forsøkt omstrukturert gjennom iscenesetting og korrigerende emosjonelle opplevelser (Forrow et al., 2019:359).

Ved å hjelpe foreldrene til å løse opp i relasjonelle blokkeringer bidrar metoden til åpenhet og harmoni i samspillet, og styrking av familiens emosjonelle bånd. Foreldrene veiledes til nye emosjonelle utgangspunkt og uttrykksmåter, og barna oppmuntres til å uttrykke egne omsorgs- og tilknytningsbehov (Forrow et al., 2019:359). Metoden har med dette fokus på samspillet mellom foreldre og barn, og emosjonell forståelse og kommunikasjon mellom omsorgsgiver og barn med tilknytningsbehov. Familien ledes gjennom utrygge samspillmønstre, og terapeuten bidrar til gjenoppretting av mønstre preget av trygghet, tilgjengelighet og emosjonelt engasjement (Forrow et al., 2019:367).

#### **2.1.2.4 Narrativ Familieterapi**

Narrativ familieterapi handler om å utfordre etablerte sannheter og identiteter, inkludert pasientens narrativ om seg selv, sitt liv og sin tilværelse (Madigan et al., 2019:184). Som en konsekvens fokuserer terapeuten på pasientens konstruksjon av egne historier, forståtte sannheter og narrativ, samt hvordan disse påvirker pasientens tanker, adferd og valg (Steinholm, 2015). Metoden muliggjør andre årsaksforklaringer og identitetskonklusjoner på etablerte sannheter, og med nye narrativ skapes ny mulighet for endring (Steinholm, 2015). Eksempelvis erkjenner narrativ terapi at alle mennesker oppfatter sin identitet gjennom relasjoner til andre, og dermed at “hvem du sier du er [forstås] gjennom hva de [andre] sier du kan være” (Madigan et al., 2019:184). Med andre ord så spiller andre mennesker en sentral rolle i hvordan det enkelte menneske oppfatter seg selv, og individets kunnskap om seg selv er en konsekvens av samspill med, og respons fra, andre mennesker (Madigan:187). Metoden er en motsats mot den forklarende og argumenterende måten å påvirke mennesker på, og den narrative metoden benytter metaforer og analogier som verktøy for endring av forståelse og handlingsmønstre (Selbekk, 2007).

## **2.2 Resiliens**

Begrepet resiliens kommer fra det engelske begrepet ”resilience”. Det stammer opprinnelig fra fysikkfaget hvor begrepet brukes til å forklare et objekts evne til å returnere til sitt opprinnelige utgangspunkt etter å ha vært utsatt for påkjenninger i form av bøyning og strekking. Når man bruker begrepet resiliens i menneskelige sammenhenger beskriver

begrepet personers evne til en positiv utvikling på tross av at de har vært utsatt for store utfordringer i sitt liv og miljø (Waaktaar og Christie, 2008:17).

Det finnes i dag kunnskap om hvilke trusler og risiko som barn kan bli utsatt for, og man vet hvilke belastninger som kan føre til utvikling av psykiske problemer. Denne kunnskapen gir muligheter til å redusere risikoen, og dermed øke sannsynligheten for å oppnå et bedre liv for flere barn. Samtidig gjenstår det fortsatt “en rekke utfordringer, som å bedre oppvekstmiljø og familieforhold” (Borge, 2016:26). Gjennom å tilegne seg forståelse om resiliens kan man kunne bruke kunnskapen i arbeidet med å fremme prosesser for god helse (Borge, 2016:26). Begrepene motstandskraft og mestring er oppgitt som norske alternativer til begrepet, men er allikevel ikke ansett som synonyme til resiliens (Borge, 2016:12). I Norge benyttes ofte ordet “løvetannbarn” som en symbolikk på barn som har vært utsatt for alvorlig risiko, og som viser til helt særegne egenskaper de bruker i sitt miljø. Kjente figurer som Pippi Langstrømpe, Annie og Harry Potter fra skjønnlitteraturen illustrerer dette, hvor man opplever barn med motstandskraft og overlevelsesmekanismer. Både Borge (2016), og Waaktaar og Christie (2008) mener at ordet “løvetannbarn” er uheldig. De mener det kan skape assosiasjoner og misvisende oppfattelse om at barnet uansett kommer til å klare seg, uavhengig av hvilken grad av påkjenning det utsettes for. Videre kan det gi et inntrykk av at evne til å utvikle resiliens kun baserer seg på forhold ved barnet selv. Dette er ikke tilfelle, og det har vist seg at for å utvikle resiliens er både barnets personlighet, samt ytre forhold som påvirkning fra miljøet rundt barnet, avgjørende. I tillegg til dette er resiliensutviklingen også avhengig av hva den enkelte tåler av ulike former for belastninger og utfordringer, og det vil i så måte være individuelle forskjeller (Borge, 2016:14-15, og Waaktaar og Christie, 2008:17).

Dette forskningsprosjektet tar utgangspunktet i definisjonen om resiliens som er utarbeidet av Michael Rutter, en anerkjent forsker innen tematikken: «Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Rutter 2000)» (Borge, 2016:14). Definisjonene rundt begrepet resiliens fremstår ulikt mellom de forskjellige teoretikerne, men de viser alle til tre sentrale forhold. Disse er «god utvikling hos høyrisikobarn; å bevare kompetanse under stress/harde utprøvelser; og å komme seg raskt og godt etter betydelig motgang/traumer» (Kvillo, 2015:242).

Borge (2016) mener at resiliens er barns “motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer” (Borge, 2016:12). Reaksjonsmåtene som utspiller seg på stress og risiko er individuelle hos barn, og disse reaksjonene kan illustreres gjennom å tenke at de strekker seg fra en positiv til en negativ pol. De barna som befinner seg nær den positive polen er de som har en effektiv og god tilpasning. Barna som ikke klarer seg godt, viser reaksjoner med avvik og problemfylt utvikling og trekkes nærmere den negative polen. Resiliens er dermed den positive polen i hvordan barna reagerer på stress og elendighet (Borge, 2016:12).

Resiliens fremstår både som et engangsfenomen og en prosess som vedvarer. Dette kommer frem ved bruk av begrepene gjenopprette, opprettholde og forbedre. Dersom barnet gjenoppretter sin vante atferd etter en akutt belastende hendelse, kan det betegnes som et engangsfenomen. Barna som står i vedvarende alvorlige situasjoner som retter seg mot oppvekstforhold, kan opprettholde en psykologisk fungering som er akseptabel. I de situasjonene hvor det er konstant risiko, er det også mulig for en forbedring av sin fungering (Borge, 2016:13).

Det eksisterer ikke noen enkle oppskrifter for å utvikle resiliens, og hvert barn som opplever risiko må selv finne sine egne prosesser for å gjenopprette en bedre tilværelse. De individuelle forskjellene vil derfor være store (Borge, 2016:14). Videre, utvikling av resiliensprosesser krever tålmodighet og tid. Det framkommer i forskningen at prosessen har en forsinkende effekt på tiltakene som iverksettes. Som en konsekvens av dette er det oppfattet at ansatte i helse- og sosialtjeneste formidler frustrasjon og opplevelse av at tiltakene ikke har noe virkning (Borge, 2016:45).

For å kunne styrke de prosessen som bidrar til å fremme resiliens, diskuterer resiliensteorien både risikofaktorer og beskyttende faktorer. Disse faktorene sees i sammenheng med barnets individ, familien og nettverket (Waaktaar og Christie 2008:20-23). Faktorene er fremhevet i studier av barn som på tross av belastning har klart seg godt, og oppgaven vil følgelig redegjøre for disse i kommende kapittel.

### **2.2.1 Risiko og risikofaktorer**

For å kunne utvikle resiliens er det helt avgjørende at det er en risiko tilstede. Risikoen i seg selv er ikke viktig, men risikoen aktiverer mekanismer og prosesser som kan bidra til utvikling av resiliens. Eksempelvis er det ikke automatisk i at et barn utvikler psykiske

lidelser dersom foreldre lider av depresjon, men det kan være til skade for barnet dersom depresjonen forårsaker en uheldig oppdragelsesstil (Borge, 2016:50). Kroppen og sjelen er avhengig av en passelig mengde belastning for at resiliensen skal kunne øke i kraft. En metaforisk beskrivelse på dette kan være den effekten man henter ut av en vaksine, hvor vaksinen “fører med seg ubehag for at kroppen senere skal bli mer motstandsdyktig mot risikoen for å få en bestemt sykdom” (Borge 2016:60).

Risiko inndeles i ulike typer og variabler av grad. Akutt og kronisk risiko viser til en form for måling av alvorlighetsgraden i risikoen. Bruken av disse begrepene bidrar til å innhente et inntrykk av belastningens alvorlighet, samt en vurdering av hvor sannsynlig det er at resiliens utvikles hos de som utsettes for belastningen. Ofte er antakelsene at det er store enkeltstående akutte kriser som forårsaker varige traumer, men forskningen viser at dette ikke alltid er tilfellet. Derimot kan man se at daglige små doser av kronisk risiko kan ofte kan være til større skade enn akutt stress (Borge, 2016: 58). Videre vurderes alvorlighetsgraden fra samspill mellom risikotypene, noe som betyr at det er flere risikofaktorer som oppleves parallelt. Betegnelsen for dette er kumulativ risiko, og betyr “nye problemer legger seg oppå tidligere uløste problemer” (Borge, 2016: 59). Jo flere alvorlige risikofaktorer som hoper seg opp, og jo tidligere barnet belastes, desto større bekymringer vil være knyttet til prognosen for barnets utvikling. Det er mange som må leve med en til to risikofaktorer, noe som de aller fleste klarer å håndtere. Grensen for antall risikofaktorer, som gir økt fare for negative utfall på barnets utvikling, er satt til tre til fire. Barn under slike forhold ansees som å være risikoutsatt. Dersom det er fem eller flere betegnes det som høyrisiko (Kvello, 2015: 248). Under slike omstendigheter øker risikofaktorene i styrke, og den totale belastningen blir mer alvorlig enn det man skulle tilsi når man ser risikofaktorene hver for seg. Barnets utvikling vil under slike forhold være vanskelig å forutsi (Kvello, 2015:249).

Emmy Werner og Ruth Smith er sentrale personer innenfor resiliensforskning. Deres studie, Kauai-undersøkelsen (1977), omhandlet 698 stk utvalgte barn som ble fulgt gjennom barndom, ungdom og voksen alder. Mange av disse vokste opp i fattige vilkår og var under kategorien risikobarn. Studien var i hovedsak opptatt av hva som utpekte seg hos de familiene og risikobarna som på tross av risiko, klarte seg bra (Borge, 2016:22). Disse karakteristiske trekkene vil jeg komme tilbake til i neste kapittel. Under studien ble det også kartlagt fellestrekkene for de risikobarna som utviklet vansker, herunder problem unngåelse, stor vilje

til å ta sjanser, impulsivitet, vanskelig temperament og høyt aggresjonsnivå (Kvello, 2015:249).

Både risikofaktorene og beskyttelsefaktorer tar utgangspunkt i genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer (Kvello, 2015:246). Som tidligere nevnt knyttes faktorene til tre spesifikke områder; individuell, familie og nettverk. Kvello (2015) viser til en forskningsbasert liste, som tar for seg de viktigste risikofaktorene og mest betydningsfulle beskyttelsesfaktorene (Kvello, 2015:250). Flere av risikofaktorene som nevnes her samsvarer med fellestrekkene fra Kauai-undersøkelsen viser til, og kan plasseres innenfor de individuelle faktorene. Nedenfor nevnes noen flere av de viktigste risikofaktorene og plasseres i de ulike områdene (Kvello, 2015):

<p>Individuelle risikofaktorer:</p>	<p>Barnet er eller har hatt alvorlige somatiske sykdommer som har ført til minst en av følgende; flere innleggelses, bekymringer for barnets liv eller alvorlige komplikasjoner, begrenser barnets mulighet til å være med på felles aktiviteter/arenaer.</p> <p>Barnet er sky, tilbakeholdende og oppleves generelt utrygg.</p> <p>Barnet er utsatt for omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep/eller utnyttelse.</p>
<p>Risikofaktorer primært knyttet til kjernefamilien</p>	<p>Én eller flere av barnets primære omsorgspersoner lider av eller tidligere har hatt psykiske vansker.</p> <p>En eller flere omsorgspersoner som opplever arbeidsledighet over en lengre tid, og står utenfor samfunnslivet. Dette innebærer også økonomiske vansker.</p> <p>Kjernefamilien har et høyt og langvarig konfliktnivå, eller mellom kjernefamilien og annet slekt, naboer eller ansatte i det offentlige.</p>
<p>Risikofaktor primært knyttet til mikrosystemene utover kjernefamilien</p>	<p>Barnet tilhører en skole eller en barnehage som preges av dårlig fungering; problematikk med atferdsvansker, høyt sykefravær eller utskiftninger av ansatte, lite struktur og lite vennlighet fra ansatte.</p> <p>Belastende nærmiljø, gjelder ofte de store byene.</p>

Risikofaktorene viser til en helhetlig forståelse av de forholdene som forårsaker økt fare for utvikling av et negativt utfall. Utviklingen kan relateres til alt i fra rusproblematikk, voldelige atferdsmønstre, kriminelle valg og psykiske lidelser, til mer skolerelaterte vansker som konflikter, mindre faglig dyktig, skulking og avbrytelse av skolegangen (Ogden, 2018:47). Enkelte av risikofaktorene knyttes sterkt til konkrete vansker, mens andre rettes til mange typer vansker. Eksempel på dette er foreldre som mangler ferdigheter innenfor omsorg og oppdragelse, særlig hvor det er barn med temperament utfordringer eller ADHD (Ogden, 2018:50). Utfallet av risikofaktorene er ikke alltid tydelige i det øyeblikket barnet utsettes for dem. Med bakgrunn i dette mener Kvello (2015) at det av etiske grunner er relevant å tilegne seg kunnskaper om risikofaktorer slik at man kan iverksette tiltak når de er gjeldende, i stedet for å avvente til symptomene hos barnet tar overhånd (Kvello, 2015:246).

Kunnskap om risiko er viktig. Samtidig er det lite som tyder på at ved å kun fokusere på reduksjon og motvirkning av risiko er nok for å hindre negativt utfall. Man må derfor sette et lys på hva de barna som takler utfordringene har. Resiliens er ingen engangsfenomen hos barn, men eksisterer i prosesser som viser seg i ulike grad under oppveksten, og som også i voksenlivet vil ha betydning (Borge, 2016:28)

### **2.2.2 Beskyttelsesfaktorer**

Resiliens kan sees som en konsekvens av den enkeltes beskyttelsesfaktorer, og det er summen av faktorene som bidrar til motstandskraften i et barn. Kvello (2015) oppgir at resiliens er bundet til genetisk betingede forhold, eksempelvis medfødte sider som personlighetstrekk, robusthet og temperament. Videre spiller miljøskapte forhold en viktig rolle. De genetisk betingede forholdene har sitt utspring fra arvelige komponenter, og miljøskapte forhold er konsekvenser av miljøet barnet eksponeres for (Kvello, 2015:242-243).

Resiliens kan vises hos et barn ved deler av livet under konkrete miljøforhold, men være fraværende i andre deler av livet under andre miljøforhold (Borge, 2016:158). En av de mest betydningsfulle miljøskapte bidrag er foreldrene og deres evne til å gi barnet en “sensitiv, varm, og stimulerende og responderende omsorg” (Kvello, 2015:243). I tillegg bidrar det sosiale miljøets evne til å gi sensitiv og varm støtte til å utvikle en trygg tilknytning (Kvello, 2015:243).



Waaktaar og Christie (2008) viser i boken “Styrk sterke sider” til en gjennomgang av litteraturens formidling om resiliens og har valgt ut de beskyttende faktorene som i forskning er hyppigst nevnt. Faktorene fordeles i følgende kategorier; «egenskaper ved barn selv, hva kjennetegner familiesituasjon og hva kjennetegner nettverket omkring» (Waaktaar og Christie, 2008:20).

### **2.2.2.1 Egenskaper ved barn selv**

Barna som viser resiliens har fravær av arvelige belastninger, samt fravær av skader under svangerskap og fødsel. Kombinert med dette har barnet gode medfødte fysiske egenskaper, personlige egenskaper eller robusthet. De personlige egenskapene knyttes til gode intellektuelle ressurser, lett temperament som bidrar til sosiale ferdigheter og sjarmerende væremåte. Disse beskyttelsesfaktorene gjør at barnet tiltrekker seg positivitet fra nær familie og skaper viktige følelsesmessige bånd, samt at barnet blir aktivt og positivt. Fra undersøkelsen til Werner og Smith, var det de barna som var utsatt for alvorlige komplikasjoner ved svangerskapet og fødsel som kom dårligst ut (Borge, 2016:24, Waaktaar og Christie, 2008:20).

«En nøkkel for å forstå resiliens, er å finne ut hva barnet tenker om og gjør med sin vanskelige situasjon. Det er her mestring kommer inn» (Borge, 2016:13). Mestring eller det engelske begrepet “coping” sammenlignes ofte med resiliens, men er allikevel forskjellig på mange måter. Mestring baserer seg hovedsakelig seg på læring, og man kan øke mestring gjennom organiserte former og undervisning. Resiliens er noe som utvikles fra det virkelige liv, gjennom et samspill med barnets individuelle egenskaper og en reell dose risiko. Derimot knyttes ikke mestring til risiko som det understrekes under utvikling av resiliens. Andre forskjeller ser man gjennom uttalelsen om at man mestrer ting dårlig, nøytralt og negativt. Det gjør man ikke med resiliens, ettersom det dreier seg om positiv mestring (Borge, 2016:16).

De positive effektene man henter ut av mestring kan derimot være med å utvikle resiliens. Mestring omhandler å inneha ulike ferdigheter, sosial kompetanse og evner til å takle stress. Disse elementene av mestringen ansees som sentral for menneskes selvbylde, følelse av egenverd og autonomiutvikling. Kjennetegnene ved kriser og belastninger er at de er uoversiktlige og at de gir en opplevelse av å ikke kunne kontrollere situasjonen. Om belastningen blir for stor kan det skape ubalanse i barnets kapasiteter, hvor konsekvensene kan være negativ utvikling. Studier av resiliente barn viser at de, gjennom å en slag kontroll

over situasjonen, opplever stolthet, selvtillit, egenverd og trygghet (Waaktaar og Christie, 2008:20-21). Opplevelsen av å mestre, samt sin egen tiltro til egne ressurser for å mestre, har vist seg sentral hos resiliente barn. Et styrket selvbylde har stor påvirkningskraft for motivasjon og atferd. Jo større tiltro man har til egne forutsetninger, desto mer øker innsatsen og sjansen for å lykkes (Kvvello, 2015:266).

På folkemunne har man hørt «det handler ikke om hvordan man har det, men hvordan man tar det». Resiliensforskningen viser at meningen og forståelsen man legger til grunn for belastningen og krisen har en stor påvirkning på hvordan situasjonen håndteres, og hvordan personen klarer å fortsette å leve etter det som har skjedd (Kvvello, 2015:245, Waaktaar og Christie, 2008:21). Et eksempel på dette kan være et barn som lever sammen med en mor som drikker. Opplevelsen rundt dette kan være svært ulikt dersom barnet tror; «at mor drikker fordi hun er syk» eller «at mor drikker fordi barnet er for vanskelig for henne» (Waaktaar og Christie, 2008:21).

Kreativ aktivitet er noe som er hyppig representert hos resiliente personer. Waaktaar og Christie (2008) viser til to underformer i kreativitetsfaktoren. Den ene blir omtalt som kunstnerisk, og omhandler kreative aktiviteter som gir symbolske uttrykk gjennom skrijving, dans, musikk og billedkunst. Den andre formen kalles «systemskapende», og som er en gjenkjennbar aktivitet hos forskere ved universitetene. Disse har med bakgrunn av sine belastninger i sin oppvekst dannet seg evner til å se system og orden i det så ellers kaotiske og belastende livet (Waaktaar og Christie, 2008:21). Boken «The Invulnerable Child» (1987) av J. Anthony og B. Cohler viser den kreative aktiviteten som erstattende form for sosial kompetanse. Betydningen av dette var at barn bruker den kreative siden som en evne til å flykte fra sin virkelige vonde verden og trekke inn i et vennlig eventyr. Denne evnen kan bidra med å erstatte tryggheten og gleden som andre barn normalt finner i trygge sosiale settinger (Borge, 2016:18).

#### **2.2.2.2 Familiemessig faktor - hva kjennetegner familiesituasjon?**

Foreldre-barn-samspillet er noe som viser å gi forskjeller mellom resiliente og ikke-resiliente barn. Der man ser kvalitet tidlig i samspillet fremkommer det at barna klarer seg bra. Dette sees i sammenheng med den moderne utviklingspsykologi som henviser til at et tidlig godt samspill mellom foreldre og barn vil gi en positiv påvirkning på barnets senere fungering (Waaktaar og Christie, 2008:22). Kvvello (2015) referer til foreldrene som blant de viktigste

miljøskapte bidragene knyttet utvikling av resiliens. Foreldrenes evne til å gi omsorg preget av en sensitiv, varm, stimulerende og responderende tilnærming bidrar til at barnet utvikler en trygg tilknytningsstil, en positiv selvoppfatning med en tro om å kunne påvirke situasjonen, mestringstro og det å være verdt å elske (Kvello, 2015:243). Videre viser undersøkelsen til Werner og Smith at barn som utvikler resiliens også har knyttet følelsesmessige bånd til søsken og besteforeldre (Borge, 2016:24). Hos resiliente barn fremheves også foreldrenes evne i å tilstrebe en større grad av struktur og orden innad i familiesystemet (Borge, 2016:86). Det anses som viktig at foreldrene kommuniserer de reglene og forventningene stilles, og setter tydelige grenser i ansvarsfordeling imellom de voksne og barna. Disse faste strukturene bidrar til en forutsigbar hverdag for barna. Eksempler på slike strukturer kan være måltider, legge rutiner, gjøremål og andre innrammede ritualer som blir repetert (Waaktaar og Christie, 2008:22).

I sammenhenger der begge foreldrene opplever psykiske utfordringer er det positivt for barnets utvikling at foreldrene tillater hjelp fra andre. Hjelpen kan komme fra både offentlige instanser, slekt eller annet nær nettverk, og viktigheten av å benytte nær slekt som søsken, tanter/onkler og besteforeldre som omsorgspersoner fremheves (Waaktaar og Christie, 2008:22).

Den siste beskyttelsesfaktoren som fremmes omhandler viktigheten av familiære holdninger, herunder at familien har en felles oppfatning om hva som er viktig i livet og hvilke verdier som bør prioriteres (Waaktaar og Christie, 2008:23).

### **2.2.2.3 Nettverket - hva kjennetegner nettverket til barnet**

Et stabilt sosialt nettverk med støttende og omsorgsfulle egenskaper er viktig når det gjelder utvikling av resiliens. Et slikt nettverk kan gi en opplevelse av en tilhørighet til en gruppe og barnet kan oppleve trygghet til å knytte seg til andre mennesker. Dette vil kunne bidra med sosial kompetanse, danne en sosial interesse, utvikle empati hos barnet, og dra nytte av bekreftelser og støtte fra gruppen. Det å ha gruppetilhørighet med jevnaldrende viser seg å ha en beskyttende effekt (Kvello, 2015:243, Waaktaar og Christie, 2008:23). I Werner og Smith sin undersøkelse pekes det på tette kameratrelasjoner og muligheten for råd og veiledning som resilienssegenskaper i miljøet. Det viste seg barna i ungdomsalderen hadde tilbud av et ytre støtteapparat, som for eksempel skole, ungdomsklubber og kirke, og de ytre støtteapparatene ga de belønnet kompetanse og et tilbud om samarbeid. Dette ga betydninger av sosiale relasjoner for å kunne utvikle resiliens (Borge, 2016:24).

Innenfor resiliensforskningen viser det seg at det er en faktor som kommer tydelig frem i alle studiene, og det er den positive effekten av å ha minst ett menneske som har vist omsorg og vært kontinuerlig tilstede under perioden med belastninger. Denne personen kan være eldre søsken, nabo, prest eller lærere. Ofte er det slik at personen ikke nødvendigvis har klart å gjøre noe med selve utfordringene, men vært et stabilt og positivt holdepunkt over tid (Waaktaar og Christie, 2008:23). Videre sees det også på som viktig at miljøet rundt støtter de mestringsstrategiene som dannes av barnet. Under et liv av belastninger dannes det strategier for å overleve (Waaktaar og Christie 2008:23). Borge (2016) mener at de som tilhører miljøet rundt barnet er nødt til å la barn få lov å bruke sine overlevelsesmekanismer (Borge, 2016:15). Det fremkommer at det går bedre med barnet dersom man plasserer barnets mestringsstrategier inn i en åpen, positiv og konstruktiv ramme både ved skole og nærmiljø, fremfor å se på de som problemer (Waaktaar og Christie 2008:23).

### **3 Design og metode**

Denne studien innebærer mange avgjørelser, alt fra hva og hvem som skal undersøkes, og hvilken fremgangsmåte den skal gjennomføres på. Disse overveielsene betegnes i forskning som forskningsdesign, og innebærer alt som binder seg til undersøkelsen (Thagaard, 2013:54). Tema, hensikt, samt funn av tidligere forskning ble rammefaktorene for å formulere en problemstilling, og problemstillingen ble videre utgangspunktet for hvilken metode undersøkelsen skal benyttes fra start til slutt. Problemstillingen i denne undersøkelsen har et mål om å gå i dybden og få frem nyanserte data om hvordan familieterapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn. Thagaard (2013) fremhever viktigheten av at designet må gi grunnlag for fleksibilitet og åpenhet i en kvalitativ forskning. Fremgangsmåten må sees i sammenheng med hvilken informasjon dataen gir og kunne endres deretter. Videre må relevansen av dataen evalueres mot problemstillingen og om analysen kan gi relevante resultater (Thagaard, 2013:55). Disse faktorene skaper rammen for oppgavens forskningsdesign. Problemstillingen har under feltarbeidet og analysen blitt endret. Gjennom økt forståelsen rundt tematikken, samt dataene som ble innhentet, ble det naturlig å spisse problemstillingen etter dette.

#### **3.1 Vitenskapelig forankring**

Hovedfokuset for denne undersøkelsen har vært å danne en forståelse av erfaringer, oppfatninger og refleksjoner som familieterapeutene knytter til familieterapiens evne til å

fremme resiliens hos barn. I undersøkelsen har det blitt benyttet kvalitativ intervju som forskningsmetode. Dette har gitt meg en beskrivelse av familierapeutenes grunnleggende opplevelse av den levde verden innenfor tematikken. Når forståelse av fenomener er målsettingen, vil fortolkning ha en sentral rolle (Thagaard, 2013:14). Jeg har derfor valgt en fenomenologisk- hermeneutisk inspirert tilnærming.

### **3.1.1 Fenomenologi**

Undersøkelsen vil ha en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologisk tilnærming innebærer å utforske og beskrive menneskene og den erfaringen og perspektiver de besitter av et fenomen. Tilnærmingen skal gi forståelse av meningen med fenomenet sett igjennom øyne til en gruppe mennesker. Målet ved denne undersøkelsen vil være å komme tett innpå informantene (familierapeutene) slik at jeg kan forsøke å forstå deres virkelighetsoppfatning av fenomenet (fremme resiliens hos barn), ut ifra deres erfaring. I følge Thagaard (2013) er det, under fenomenologiske design, meningsinnholdet til deltakeren i forskningen som utforskes. Dette innebærer at som forsker skal jeg i denne undersøkelsen være opptatt av de fellestrekkene i dataen som familierapeuten formidler i intervjuet. Analysen av meningene vil gi et grunnlag for å utvikle forståelse av fenomenet (Thagaard, 2013:40).

### **3.1.2 Hermeneutikk**

Hermeneutikk omhandler betraktninger som rettes til begrepene forståelse og fortolkning. Denne undersøkelsen vil havne under den tradisjonelle hermeneutikken, som er metode orientert, hvor min forståelse og fortolkning av både tekst og samtale vil være utgangspunktet. Forståelse og fortolkning vil, sammen med den forforståelse og de fordommer jeg har om tematikken, hele tiden påvirke undersøkelsens fortolkning bevegelser (Thornquist 2015:139). Denne kontinuerlige prosessen av fortolkning beskrives som den hermeneutiske sirkel/spiral. Analysen består av en fortolkningsprosess som viser at vi forstår «delene ut ifra helheten og helheten ut fra delene» (Thornquist 2015:142). Hermeneutikken vil være en del av de analytiske verktøy i undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2015:257). Thagaard (2013:120) hevder analysen er allerede i gang under intervjuet. Således kan man se at vekslingen mellom hel, del, og hel vil skje ved en kombinasjon av rådata (intervjuet) og empiri, samt allerede eksisterende teori og forskning. Dette vil kunne gi meg en ny innsikt til helheten i forståelsen av hvordan familierapi kan fremme resiliens hos barn.

### 3.1.3 Vitenskapsteoretiske refleksjoner - egen forforståelse

Gadamer (2010) hevder at menneskers erfaringer, oppfatninger og innsikt er forutsetninger for å forstå virkeligheten, og uttaler at «uten fordommer, ingen forståelse; og jo flere fordommer, desto større forståelse» (Gadamer 2010:13). Dette premisset er sentralt i den hermenutikken, ettersom det er våre erfaringer, både kulturelle og historiske, som gjør oss i stand til å forstå. Men samtidig er det også dette som gjør at vi begrenser vår forståelse (Thornquist 2015:151-152).

Dalland (2012:151) påpeker at under en slik studie hvor jeg selv er instrumentet som skal innhente dataen, vurdere og tolke materialet, kreves det bevissthet rundt min egen forforståelse. Gjennom livet, både som barn i en familie og som voksen i en annen familie, har det dannet seg forståelser og oppfatninger av familiens påvirkning og verdi. Videre, sammen med disse oppfattelsene, har mine faglige erfaringer innen psykisk helse igjen vært med å påvirke min forståelse av verdien av familieterapi. Det vil si at jeg som forsker må under denne undersøkelsen være observant på hvordan mine fordommer og bias kan påvirke mine vurderinger og tolkninger av funnene i undersøkelsen. Alle mine tolkninger av, både data fra informanter, teori og tidligere forskning vil bære preg av tidligere erfaringer, opplevelser og innsikt jeg besitter fra tidligere. Dette kan både være en svakhet og styrke for undersøkelsen. Dette vil også gjelde for de utvalgte informantene, samt forfatterne av kildene jeg viser til.

Jeg mener, basert på teorikunnskap og egne erfaring, at familieterapi burde få mer plass i behandlingstilbudet i Norge. Jeg mener at dersom man hadde trukket blikket vekk fra det individuelle fokuset for i stedet å se på den forebyggende effekten av familieterapi, ville man opplevd en reduksjon i behovet for individuell behandling, spesielt innen diagnosene angst og depresjon. Historien om gutten som blir beskrevet i starten av oppgaven er et eksempel på hvordan jeg opplever mange av pasientenes historie. Min tolkning er at flere av pasientene ikke bare har felles diagnoser (angst og depresjon), men også fellesnevner som omhandler en bakgrunnshistorie preget av familiære utfordringer og lære vansker på skolen. Jeg tror basert på det jeg har av kunnskap i dag at familieterapi kunne ha hjulpet flere av disse. Det er nettopp blant annet slike opplevelser og erfaringer jeg viser til her, som er mine fordommer rundt denne tematikken. Disse må jeg som Dalland sier være bevisst over under hele denne undersøkelsen, fra start til slutt. Styrken med mine fordommer er at jeg kan med bakgrunn i

egne erfaringer gjenkjenne følelser og hendelser, og dermed danne en dypere forståelse i tolkningen. Svakheten kan være at jeg tror at min tolking er den fulle og hele sannheten og at jeg ikke evner å se situasjonen fra et mer nøytralt perspektiv.

## **3.2 Kvalitativ metode**

For å kunne besvare problemformuleringen “hvordan kan familierapi bidra med å fremme resiliens hos barn” har det i denne oppgaven blitt benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode. Denne metoden er mitt redskap for å kunne samle inn den informasjonen jeg trenger til undersøkelsen. Intervjuet gir meg også innsikt og forståelse for ulike typer fenomener ut fra informantens synspunkter (Kvale og Brinkmann, 2015:19).

### **3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju**

Kvalitativ metode søker å gå i dybden, og vil gi et grunnlag for en fordypning av fenomenet som studeres. Gjennom selve forskningsintervjuet lar det meg også komme nær familierapeutens opplevelse av fenomenet gjennom selve forskningsintervjuet (Thagaard, 2013:11). For å besvare problemstillingen ønsker jeg å trekke frem nyanserte beskrivelser og refleksjoner av de situasjonene familierapeutene opplever i sin arbeidshverdag. Dalland hevder at selve styrken i et kvalitativt forskningsintervju er treffsikkerheten i disse beskrivelsene og fortolkningen av innholdet (Dalland, 2012:156). Kvaliteten i selve intervjuet gir ringvirkninger og påvirker kvaliteten i både analysen og rapporteringen av intervju resultatene. Det er derfor viktig med kvalitetssikring av intervjuet. Dette gjøres gjennom å sørge for at informantene kan gi mest mulig spontane, utdypende, spesifikke og relevante svar. For å nå slik svar må spørsmålene utformes så korte som mulig. Videre må jeg som forsker følge godt med i besvarelsene og følge opp eventuelt med nye spørsmål for å utfordre informanten. Jeg må også sørge for å avklare besvarelsen der jeg opplever tvil om min forståelse. Det vil også være viktig å få informanten til å verifisere de tolkningene som oppstår under intervjuet. Dette vil bidra til best mulig dekkende beskrivelser (Kvale og Brinkmann 2015:222)

### **3.2.2 Semistrukturert intervju**

Kvale og Brinkmann (2015:49) hevder at et semistrukturert intervju forsøker å danne en forståelse om temaer sett gjennom informantens eget perspektiv ved å innhente beskrivelser av deres erfaringer og opplevelser av deres levde verden. Intervjumetoden er en mellomting mellom en åpen samtale og et lukket spørreskjema. Det viser til en intervjuguide hvor tema

og spørsmålene speiles opp imot undersøkelsens problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2015:49). Jeg valgte semistrukturert intervjuform fordi jeg anså den som mest hensiktsmessig, hvor jeg som forsker kunne bevege meg fritt frem og tilbake innenfor intervjuguiden. Videre anså jeg den som fleksibel i forhold til at informantene kunne selv ta opp tematikk som ikke var lagt inn i den forhåndsplanlagte guiden. Dette er kjennetegn ved fenomenologiske orienterte intervju, hvor informantene har spillerom til sine opplevelser (Thagaard, 2013:108). Metoden ville også bidra til at jeg som forsker skal kunne følge informantenes historie, samtidig som jeg kunne forsikre meg om at viktige temaer blir diskutert i løpet av intervjuet (Thagaard, 2013: 98). Dersom jeg skulle valgt en mer strukturert intervjuform er det større sannsynlighet for at de utdypende svarene kunne uteblitt. Dette fordi den formen baserer seg på et fastlagt tema og spørsmål, og at rekkefølgen av spørsmålene er allerede satt. Videre anså jeg et ustrukturert intervju som uhensiktsmessig da intervjuet vil tilpasses etter intervjusituasjon. Selv om det er et tema for intervjuet, er det sannsynligvis at det hadde blitt ulikheter og irrelevante retninger i samtalen. Dette ville kunne ført til utfordringer knyttet til å sammenligne svarene og å finne mønstre i datamaterialet (Thagaard, 2013:98).

### **3.2.3 Intervjuguide og informasjonsskriv**

For å komme i kontakt med de utvalgte for intervjuet benyttet jeg meg av mail som ble sendt til avdelingsledere til de forskjellige enhetene omkring i landet. Mailen omhandler en forespørsel om deltagelse til intervju. Det ble vedlagt et informasjonsskriv som beskrev bakgrunn og hensikt med forespørselen og det kommende intervjuet, herunder valg av tema og problemstilling (vedlegg 1). Videre gir skrivet informasjon om hva det vil innebærer for de eventuelle utvalgte å delta i intervjuet og hvilke rettigheter de har, samt hvilke plikter og rammer jeg som forsker har for datamaterialet som samles. Samtykkeerklæring ble også vedlagt for informantenes signatur. Når informantene gav sitt samtykke til å delta på et intervju ble det avtalt tid og sted for intervjuet.

Forberedelsen til intervjuet innebærer som oftest en utarbeidelse til et skript, som defineres som en intervjuguide (vedlegg 2) (Kvale og Brinkmann, 2015:185). I første omgang ble det laget et utkast for intervjuguiden. Denne ble evaluert etter en gjennomføring av et testintervju med en psykologspesialist innen familierapi. Etter testen ble det gjort en felles evaluering på både emner, spørsmålene og formuleringene. Resultatet av dette testintervjuet gav meg erfaringer som bidro til endringer i guiden. Endringene la vekt på spørsmålsformulering slik at det ble sikret relevant data. Dessuten ble ordlyden i enkelte spørsmål tonet ned for å unngå



å vekke en prestasjonsangst hos informantene. Den endelige guiden inneholdt fire emner med totalt 17 hovedspørsmål, og under enkelte spørsmål ble det også lagt inn noen underspørsmål for sikre at jeg fikk dekket og utdypet godt nok i temaene. Hovedspørsmålene ble laget slik at de kunne utdype hverandre, og dette medførte at flere av spørsmålene naturlig kunne gli inn i hverandre under intervjuet. Følgelig var det ikke nødvendig å stille alle hovedspørsmålene, men jeg ønsket å ha muligheten til å stille disse i intervjuet slik at jeg kunne styre intervjuet i tråd med intervjuguiden og oppgavens problemstilling.

### **3.2.4 Utvalg**

Det er i samrelasjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt at intervjukunnskapen produseres (Dalland, 2012:151). Målet for denne undersøkelsen er å undersøke hvordan familierapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn. For å svare på dette valgte jeg familierapeuter som informanter til min datainnsamling. Denne målgruppen gir meg økt kunnskap om hvordan de ser og forstår virkeligheten av hvordan familierapien kan fremme resiliens hos barn. Utvalget baserer seg på grunnlaget av hvem jeg antar har mest relevant data til å kunne besvare problemstillingen i størst mulig grad. Dette beskrives som et strategisk utvalg av informanter, og sees på som et hensiktsmessig utvalg (Thagaard, 2013:60). Jeg anser familierapeutene som sentrale til denne problemstillingen da de innehar kunnskap og erfaring innen familierapimiljøet, inkludert fra miljø hvor barn er involvert.

Under planleggingen av utvalget startet jeg med utgangspunktet i flere utvalgskriterier. Blant annet så jeg på hvor lenge de hadde jobbet som familierapeut og at deres faglige bakgrunn var sykepleier. Utvalgs kriteriet som omhandlet fartstid i rollen som familierapeut ble vurdert med tanke på at informantene satt med nok erfaring innen terapiformen. Den faglige bakgrunnen som sykepleier ble vurdert fordi denne rollen er noe jeg som forsker kan relatere meg til. Disse ble forkastet ettersom jeg fikk opplysninger i fra nettverket rundt om at en slik rekruttering ville snevre inn muligheten til å få tak i intervjukandidater. Samtidig anså jeg miljøet som skal forskes på som et lite og gjennomskiktig miljø, hvor anonymiseringen ville vært utfordrende. Mine kriterier innenfor målgruppen ble derfor at de jobbet som familierapeut, og har utdanning innenfor dette feltet. Med bakgrunn i informasjonsskrivet ønsket jeg å gi avdelingene frihet til å plukke ut de kandidatene som de mente var best egnet til å være intervjuobjekter. Jeg anså denne tilnærmingen som mest hensiktsmessig for å få riktig erfaringsgrunnlag i intervjuene.

Problemstillingen skulle aller helst ha vært besvart ved hjelp av informanter som tidligere har fått behandling gjennom familieterapi. Jeg så på muligheten til å intervju informanter som var barn for 10-15 år siden, og som hadde deltatt i behandlingen sammen med sin familie. Denne utvelgelsen ville trolig gi kunnskap, historier og refleksjoner som kunne ha gitt undersøkelsen dybde og særegne opplysninger. Dette utvalget ble likevel utelukket av flere grunner. I et samfunn preget av pandemien Covid 19 ble rekrutteringen og tilgjengeligheten av deltakere en utfordring. Videre ville det være mer tidkrevende og vanskelig med å oppsøke de aktuelle utvalgte ettersom registreringer av disse er mangelfulle. Dessuten ville det ha vært etiske hinder og krav om godkjenning av etiske komiteer for å kunne kontakte dem. De vurderingene som er gjort baserer seg på å få et sikret utvalg av personer som selv ønsker å delta i undersøkelsen.

Kvalitativ metode innebærer at man får mye informasjon (data) fra et mindre antall personer (informanter) (Dalland, 2013:113). Thagaard viser til en retningslinje hvor selve omfanget må sees opp mot arbeidet rundt analysen, både innenfor tid og ressurser (Thagaard, 2013: 65). Med bakgrunn av nettopp disse retningslinjene valgte jeg å gjennomføre denne undersøkelsen med fire informanter. Utvalgets størrelse ansees som stor nok sett opp imot undersøkelsens analytiske mål, hvor det søkes etter forståelse av informantenes opplevelse om hvordan familieterapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn.

Alle de fire informantene har forskjellige fagbakgrunn før de tok utdanningen innenfor familieterapi. De jobber spredt omkring i landet, og tre av informantene jeg intervjuet jobber med voksne pasienter, hvor hele familien, inkludert barna, involveres inn i terapien. Den siste informanten har de samme kriteriene som de tre første, men ser familieterapien fra en annen vinkel. Denne informanten arbeidet direkte med barn/ungdom som hoved pasient, men hvor resten av familien er involvert. Årsaken til dette utvalget kom som en følge av test intervjuet, hvor testinformanten hadde erfaringer inne både familieterapi, og fra barne- og ungdomspsykiatri hvor barnet selv er hoved pasient og familien ble involvert. Under denne samtalen kom det frem erfaringer som kunne peke på positive fordeler for barnet av å bruke familieterapi tilnærming innen barn-og ungdomspsykiatri.

### **3.2.5 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført over 3 uker. Den første uken hadde jeg to intervjuer over digitalt møterom. De to siste ble fordelt på hver sin uke og disse intervjuene kunne gjennomføres

fysisk. Selv hadde jeg som ønske å gjennomføre alle intervjuene ansikt til ansikt, som medfører å ha informantens hele ikke-verbal informasjon tilgjengelig, både i form av kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Kvale og Brinkmann, 2015:204). Også her har Covid 19 pandemien lagt noen begrensninger på undersøkelsen. På grunn av nasjonale råd som omhandler begrensninger i reising, ble jeg nødt til å eliminere dette fra mine muligheter. Jeg har derfor benyttet meg av digitale møterom gjennom Norsk Helsenet. Denne intervjuformen ga denne kvalitative undersøkelsen muligheter til å snakke med de som befant seg på andre siden av landet, samt at noe av ikke- verbale informasjonen fortsatt var tilgjengelig. Denne informasjonen kan bidra til å fremheve eller svekke de utsagnene som kommer (Dalland, 2013:175). De to siste intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, hvor de selv satt rammer for tid og egnet rom. De fire intervjuenes varighet varierte fra 40 til 75 minutter. Selve innledningen til samtlige intervju omhandlet å skape en viss form for trygghet og god kontakt. Videre ble det brukt noe tid til å gi noe informasjon rundt min motivasjon og formålet for undersøkelsen, rammene rundt intervjuet, lydopptaket og informantenes rettigheter, herunder at de kunne trekke seg.

Selve intervjuet tok utgangspunktet i intervjuguiden, hvor temaene var inndelt i fire deler; Intro, Familieterapi, Resiliens og Langtidseffekt av familieterapi. De første spørsmålene omhandlet deres bakgrunn, utdanning og yrkeserfaring. I følge Thagaard (2013) kan en slik start bidra til å berolige de personene som eventuelt skulle kjenne på usikkerhet rundt hva det vil innebære å være med i et intervju (Thagaard, 2013:111). Intervjuguiden viste til mange spørsmål, men den ble ikke etterfulgt slavisk. Informantene talte fritt under intervjuet, og berørte flere av spørsmålene samtidig når de ga utdypende svar. Intervjuguiden ble derfor et verktøy for meg som forsker for å kunne hente informanten tilbake det sporet jeg ønsket.

Etter at lydopptakeren ble stoppet, ble samtalen avrundet på forskjellige måter. Dette var avhengig av både tid til disposisjon etter intervjuet, men også av informantenes egen interesse. I noen tilfeller ble tematikken holdt i gang, og man kunne se andre perspektiver komme frem. Disse ble valgt å holde utenfor denne undersøkelsen, ettersom de ikke direkte traff inn imot problemstillingen. Likevel vil nok også disse utsagnene bidra til min tolkning og forståelse og er derfor på den måten ikke helt fjernet fra undersøkelsen.

### 3.3 Analyse av data

For å analysere dataen ble det tatt utgangspunkt i det Kvale og Brinkmann (2015) beskriver som en meningsanalyse, og oppgaven benytter meningskondensering som et analytisk verktøy. Undersøkelsen analyseform er induktiv metode. Dette vil innebærer at man jobber fra data til begreper eller utvikling av teori. Jeg tar utgangspunkt i den empirien som dannes og utvikler en forståelse av det temaet som undersøkes. De begrepene som informantene benytter selv i situasjonen ansees som nyttig for å skape en forståelse av dataenes meningsinnhold (Thagaard, 2013:187). Valg av induktiv metode må sees i sammenheng med valg av analysemetode, hvor meningskondensering egner seg godt til å analysere og kategorisere komplekse intervjuer for fortolkning og teoretiske analyser (Kvale og Brinkmann 2015:270). Teorien som presenteres innenfor familierapi er valgt ut med bakgrunn i undersøkelsens resultater.

Kvale og Brinkmann (2015) inndeler analysen inn i seks analysetrinn, men fremhever at disse trinnene kan stå uavhengig av hverandre (Kvale og Brinkmann, 2015:257).

Første trinn rettes mot selve intervjuet hvor informantene er spontane i sin fortelling av hvordan de opplever og føler rundt det spesifikke temaet (Kvale og Brinkmann, 2015: 255). Tolkningen og analysen er allerede i gang mens vi gjennomfører intervjuet og observerer deltakerne (Thagaard, 2013:120). Etersom intervjuet ble gjennomført med lydopptak var det rom for å kunne være avslappet i forhold til notatskriving, og jeg kunne derfor fokusere fullt og helt på intervjuobjektet og innholdet i dialogen. Likevel bemerket jeg meg under selve intervjuet kroppsspråk og andre reaksjoner i form av latter eller tenkepauser, og noterte disse ned. Det ble også tolket, spesielt ved de intervjuene som foregikk ansikt til ansikt, at det oppsto en endring i informantens væremåte i det lydopptakeren ble startet. Dette ble tolket som om at informantene ble skjerpet i det selve intervjuet startet. Denne tolkningen og informasjonen uteble i de digitale intervjuene.

Videre ble det i enkelte av intervjuene oppfattet at informantene selv erfarte og dannet ny forståelse og nye meninger av det de opplever. Eksempel på dette kunne være at de oppdaget at det var områder innen temaet de ikke hadde stor bevissthet rundt, som de anså hadde betydning for tematikken. Dette refereres som det andre trinnet i intervju analyse (Kvale og Brinkmann, 2015:255). Det tredje trinnet i analysen skjer også under selve intervjuet, hvor forsker tolker meningen i intervjuet og sender fortolkningene som oppfattes under dialogen

tilbake til informanten, som gir en tilbakemelding på selve tolkningen. Den tolkningen jeg satt med av det som ble formidlet av informanten ble kommunisert tilbake til informanten, slik at det var mulig for informanten å korrigere min oppfattelse. Jeg oppdaget også under disse tilfellene at informanten utdypet eller forsterket sin forklaring, slik at jeg opplevde å få en dypere forståelse. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015: 256).

Det fjerde trinnet innebar å strukturere intervjuene, hvor det ble startet med transkribering av lydopptakene. Lydopptakene var av god lydmessig kvalitet, og det var ingen utfordringer rundt det å høre hva som ble sagt. Transkriberingen innebærer en transformering, hvor den opprinnelige formen (verbal) endres til en annen (skrift) (Kvale og Brinkmann 2015:236). Intervjuene ble skrevet ordrett ned slik de var blitt formidlet, noe som innebar en endring i språkspillet. De sosiale samspillet som skjedde under intervjuet, og som man også kunne høre i opptaket, ble borte. Dette innebærer blant annet tonefall, tempo og ironi (Kvale og Brinkmann, 2015:236). Transkriberingen var både tidkrevende og tungt arbeid. Til tross for dette ga det meg en mulighet til å hente erfaringer fra de første intervjuene før jeg skulle ha de siste, samt en mulighet til å gjenoppleve de sosiale aspektene under selve intervjuet. I tillegg medførte transkriberingen refleksjon og videre fortolkning av utsagn i intervjuene. Dessuten valgte jeg å skrive om fra dialekt til bokmål. Dette utgjorde ingen utfordringer i forhold til den enkeltes begrepsbruk.

Når transkriberingen var fullført, startet systematiseringen. Jeg benyttet meningskondensering i de transkriberte intervjuene, og analysen av intervjuene består av fem steg (Kvale og Brinkmann 2015:269). I steg en ble teksten grundig lest igjennom flere ganger i den hensikt å få et oversiktlig bilde av helheten. Deretter startet prosessen med å rydde og sortere i datamaterialet. Det som ble ansett som relevant opp mot å besvare oppgavens problemstilling ble fremhevet og det som ikke ble ansett som relevant ble fjernet. Hvert intervju ble gjennomgått likt hver for seg, noe som gjorde at jeg kunne se hva den enkelte informant vektla mest.

Steg to omhandler å peke ut informantenes naturlige tematikk (Kvale og Brinkmann 2015:269). Det ble tatt utgangspunktet i de temaene som allerede var satt i intervjuguiden. Informantenes besvarelser passet naturlig inn i de eksisterende temaene, noe som gjorde det lettere å kunne se etter mønster, samt hvor det var likheter og ulikheter i informantens svar. Alle svar som var sammenfallende ble samlet i den hensikt å få en mest mulig nyansert

forståelse av tematikken. Det ble satt fargekoder på de delene som belyste de forskjellige temaene som knyttes til problemstillingen om hvordan familierterapi kan bidra med å fremme resiliens hos barn. Videre ble disse fargekodene systematisert i kategorier som gjorde datamaterialet mer oversiktlig. Denne formen for meningskondensering gjorde det mulig trekke ut informantenes meningsinnhold fra deres refleksjoner (Kvale og Brinkmann 2015:270). Med bakgrunn i problemstillingen og den tematiske bearbeidningen ble disse kategoriene stående igjen; 1) Familien som helhet, 2) Direkte/indirekte utvikling av resiliens, 3) Endring av kurs, og denne kategoriseringen utgjorde analysens tredje steg. I analysens fjerde steg ble disse kategoriene satt opp mot undersøkelsens formål for å se om meningsinnholdet er relevante for å besvare hele eller deler av problemstillingen (Kvale og Brinkmann 2015:270). Femte steg besto av å samle intervjuenes mindre vektlagte utsagn og refleksjoner som kan belyse relevante forhold knyttet til problemstillingen, og disse ble samlet til underkategorier (Kvale og Brinkmann 2015:270)

Analysen av intervjuene knyttes opp til den hermeneutiske sirkel og hermeneutiske lag. Dette innebærer en dynamisk prosess mellom helhet og deler i tolkningen av intervjuet og teksten (Kvale og Brinkmann, 2015:275). I delene ble det vurdert hva som var budskapet i svarene og meningen i innholdet. Det analytiske verktøyet ga meg mulighet til å oppnå dypere forståelse av meningen av teksten, og å skape en ny forståelse av helheten når delene ble satt sammen igjen.

De siste to trinnene i analysen, herunder gjen-intervju hvor fortolkningen sendes til intervjupersonen, samt det sjette trinnet som omhandler utvidelse av beskrivelser og fortolkninger til å innbefatte handlinger. Undersøkelsen rammer og tidsperspektiv satt begrensinger for disse trinnene og vil følgelig ikke beskrives videre.

### **3.4 Vurdering av undersøkelsen reliabilitet og validitet**

Reliabilitet omhandler forskningsprosjektet sin troverdighet. I denne sammenheng må man se på om resultatene kan gjenskapes av en annen forsker, ved å bruke samme metode ville (Kvale og Brinkmann, 2015:318). I denne undersøkelsen ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide, hvor samtalen bar preg av informantens egne erfaringer og refleksjoner. Tematikken fulgte intervjuguiden, men også informantenes uttalelser påvirket samtalen og intervjuets gang. Datamaterialet ble samlet inn gjennom samtalen, og det vil med bakgrunn av dette være vanskelig å kunne gjenskape et nøyaktig likt resultat. Videre er det jeg som forsker

som tolker meningsinnholdet. Min tolkning av meningsinnholdet baserer seg på mine egne erfaringer og min forforståelse, og det er derfor lite trolig at en annen forsker vil kunne reprodusere samme resultat ettersom denne ikke deler mine erfaringer. I tillegg er det en risiko for at jeg har tolket informantenes meninger i en annen retning enn hva informanten selv forsøkte å formidle (Dalland 2013:120).

Reliabilitet uttrykkes også som pålitelighet. Dalland (2013) oppgir at det ikke er nok at data som er innsamlet ansees som relevant, men fremgangsmåten for innsamlingen må være pålitelig (Dalland, 2013:120). Under planleggingen av intervju og utarbeidelse av intervjuguide ble det satt fokus på å kvalitetssikre spørsmålene, og det ble utført et testintervju. Dette gav flere erfaringer både med hensyn til hvordan spørsmålene var formulert, herunder om de var ledende og åpne. Dessuten ble jeg bevisst på min egen rolle i intervjuet. Lydopptaket var av god kvalitet og medførte ingen utfordringer knyttet til transkriberingen, og opptakene ble gjennomgått flere ganger for å sikre at transkriberingen var ordrett. I tillegg ble notatene fra informantene kroppsspråk, sukk, og latter lagt til. Videre ble et ferdig transkribert intervju gjennomgått av veileder som også kunne trekke ut de samme kategoriene som var presentert. Alle disse delene i fremgangsmåten har bidratt til økt pålitelighet til dataen som er samlet inn.

Validitet viser til gyldighet av tolkningene som oppstår under undersøkelsen (Thagaard, 2013:194). Dersom konklusjon eller slutning skal være gyldig må den være “korrekt utledet av sine premisser” (Kvale og Brinkmann, 2015:318). I tillegg beskriver validiteten forskerens troverdighet og integritet. Om man velger en bredere måte å tolke validitet på vil metoden som er valgt for oppgaven kun være gyldig dersom den faktisk evner å undersøke formålet (Kvale og Brinkmann 2015:318).

Som en del av utforming av intervjuguide ble det gjennom testintervjuet kvalitetssikret at spørsmålene ville svare på tematikken de var tenkt til å belyse, og dermed om metoden måler hva den skal måle (Kvale og Brinkmann, 2015:318). Videre, vil også informantene til undersøkelsen sitte med sine forforståelser og bias. Som hos meg vil all deres kunnskap og informasjon bli tolket i lys av deres tidligere erfaringer, holdninger, innsikt og opplevelser. Informantenes forforståelse og evne til objektivitet kan ikke jeg påvirke, men jeg kan motvirke eventuelle feiltolkninger gjennom bevisstgjøring i introduksjonsdelen av intervjuet, samt i selve spørsmålsstillingen. Når det gjelder oppgavens teoretiske grunnlag så er dette

hentet fra anerkjente forskere og teoretikere. Disse er også utsatt for egne tolkninger som er påvirket av deres livserfaring og tilegnede kunnskap. Det er en rimelig antagelse at kildegrunnet som teoretikerne har benyttet er validert og at de faglige utgivelsene er kvalitetssikret tilstrekkelig.

Generalisering knyttes til begrepet overførbarhet. "Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen forskeren utvikler innenfor rammen av et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner" (Thagaard, 2013:194). Videre kan overførbarhet knyttes til gjenkjennelse. I følge Thagaard (2013) vil dette bety at under dette prosjektet, vil andre personer som har erfaringer fra familieterapi og resiliens, kunne gjenkjenne tolkningen som formidles (Thagaard, 2013:213).

### **3.5 Etske overveielser og personvern**

I forkant av enhver forskningsundersøkelse som innebærer å få tak i kunnskap om menneskets levde verden, er man avhengig av tillit. Det betyr at det aktuelle mennesket må få en opplevelse av en trygg ivaretagelse. Under forskningsprosjektet, hvor personlige opplysninger kan forekomme, må etiske overveielser vurderes kontinuerlig gjennom hele prosjektet. Overveielsene bidrar med en fremheving av moralske prinsipper, hvor ivaretagelse og respekt for de involvertes private liv er i fokus (Dalland, 2012:95, Thagaard, 2013:67). Kvale og Brinkmann viser til fire etiske retningslinjer for forskere: Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle.

Som tidligere beskrevet ble det utgitt et informasjonsskriv. Videre ble det spesifisert håndtering av lydopptak og sletting av dette etter transkriberingen. Når det var opprettet kontakt med informantene ble det forsikret at de hadde fått denne informasjonen fra sine ledere. Videre ble det også brukt tid på å gjennomgå dette før selve intervjuet startet. Den vedlagte samtykkeerklæring ble innhentet før intervjuets start.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at fortrolighet rundt et forskningsprosjekt omhandler en gjeldende avtale mellom informant og forsker. Avtalen innebærer hvordan dataen som informanten gir blir behandlet på en fortrolig måte. Dette gjelder i hovedsak at data som omhandler private opplysninger anonymiseres slik av personen ikke kan identifiseres (Kvale og Brinkmann, 2015:117). Thagaard (2013) trekker frem viktigheten av å ikke avsløre deres identitet når resultatet presenteres (Thagaard, 2013:28). Av hensyn til dette ble informantene



under transkriberingen, presentasjonen og resultatene gitt fiktive navn. Deres arbeidsplass ble også anonymisert, men deres bakgrunn og formelle utdanning nevnes. For å ivareta personvern under lydopptakene så ble programmet “Nettskjema diktafon” benyttet. Det er en kryptert applikasjon som er godkjent som båndopptaker av UIT. Under dette forskningsprosjektet ble det innhentet personidentifiserbare opplysninger. Det er derfor krav om å innhente godkjennelse av prosjektet fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3). Søknaden ble etter kort tid godkjent.

Forskerens vurdering av hvilke konsekvenser undersøkelsen har for de som frivillig velger å delta må vurderes. I denne sammenheng er det forskerens sitt ansvar at deltakerne ikke påføres skade, samt å vurdere hvilke fordeler deltakeren kan oppnå med undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2015:118). Videre må forskeren ha en bevissthet rundt at det i forbindelse med kvalitativ forskning kan oppstå åpenhet og intimitet som fører til at informasjon som deles vil være noe informantene i etterkant vil angre på (Kvale og Brinkmann, 2015:119). Mitt ønske med denne undersøkelsen var å komme tett inn på informantene for å forstå deres opplevelse av hvordan familierapi kan bidra til å fremme resiliens hos barn. Av ulike årsaker kunne denne tematikken blitt svært personlig og utfordrende for deltakerne. I den forbindelse var det viktig for meg å være oppmerksom på at jeg ikke tok en terapeutisk rolle, men i stedet vurdere å avrunde intervjuet for å beskytte informantene. Alle intervjuene ble gjennomført uten opplevelser av at informantene satt igjen med belastninger. For enkelte av informantene medførte intervjuet heller fordeler og mulig økt forståelse.

Innenfor det siste området er det søkelys på forskerens rolle. Kvale og Brinkmann retter fokus mot forskerens integritet og en moralsk forsknings atferd; «den er forbundet med forskerens moralske integritet, hans eller hennes empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål og moralske handlinger» (Kvale og Brinkmann, 2015:120). På grunn av at forskeren selv er redskapet for innsamlingen av dataene, har det stor betydning å inneha kunnskaper og bevissthet rundt sine etiske retningslinjer og teori. Foruten dette er det faktorene rundt forskerens faglige kunnskap, erfaringer, åpenhet og rettferdighetssans som er avgjørende. I denne forbindelse var det viktig for meg å behandle informantene med respekt og åpenhet uavhengig av deres bakgrunnskunnskap og eventuelle meninger, refleksjoner og tanker. Dersom informantene opplevde ubehag i forhold til enkelte spørsmål eller tematikk, var jeg innstilt på å unnlate videre dypdykk i tematikken med mindre informantene selv gav uttrykk for at han/henne ønsket å fortsette.

## 4 Resultater og analyse

Informantene i denne undersøkelsen er valgt på bakgrunn av sitt yrke, arbeidssted og erfaringsnivå. Maren er barnevernspedagog og familieterapeut, og jobber i barnepsykiatri. Grethe er sosionom og familieterapeut, og jobber i voksenpsykiatri. Julie er psykolog og familieterapeut, og jobber i voksenpsykiatri. Martin er lærer og familieterapeut, og jobber i voksenpsykiatri.

### 4.1 Systemisk tenkning

Når informantene omtaler familieterapi, snakker de om hva de mener familieterapi handler om og hvilke tanker de har om familieterapiens effekt på det enkelte individ og på hele familiesamspillet. Følgende tema gjentas; hele familien som et system, synergieffekt, og jobbe sammen, og det er felles enighet om at alle medlemmene i familien er relevante. Videre viser de oppmerksomhet til de verktøyene de har for å kunne nå frem til de ulike utfordringene som familiene opplever.

#### 4.1.1 Å tenke på familien som et system

Informantene vektlegger viktigheten av å tenke på familien som et system. Martin mener at man kan se på familien som et sosialt og relasjonelt system, hvor alle familiemedlemmene er gjensidig avhengig av hverandre. Familiesystemet representerer mer enn bare summen av individene. Det gir en synergieffekt. Han bruker en billedlig forklaring rundt begrepet og hvordan det knyttes opp imot familieterapien. Martin forklarer:

Du kan ta en klokke og plukke den i stykker. Du har fortsatt alle delene til stede, men det er ikke en klokke lengre, den virker ikke som en klokke. Det er jeg det jeg mener, at når man setter familiemedlemmene sammen i et system og får de til å fungere, så er de til sammen noe mer enn bare alle delene hver for seg.

Med det mener familieterapeuten at det er ikke nok med at man har alle familiemedlemmene (alle delene) til stede for få systemet til å fungere. Gjennom familieterapi så kan man få hjelp til å sette sammen delene, slik at samspillet mellom de ulike medlemmene utfyller hverandre som et relasjonelt system.

I datamaterialet kommer det frem at informantene er opptatt av at alle stemmene innad i systemet skal bli hørt. Familieterapi er en behandlingsform hvor hele systemet skal behandles samlet. Informantene mener at det i familieterapien er en fordel om enkeltindivider ikke

trekkes ut av den konteksten de lever sine liv i og mottar behandling alene. Informantene mener det er vanskelig å oppnå en varig endring om man tar individet ut av familiesystemet, inn i terapi og deretter tilbake i familiesystemet igjen. Dette forklarer informantene med at systemet rundt ikke har vært utsatt for de samme prosessene. Det handler om å se systemet og hvor man skal hjelpe med å gjøre endringer. Det er ønskelig å gå inn å styrke de positive sirkelene og støtte opp om det som fungerer godt, og redusere det som er negativt. Informantene vektlegger at det er viktig å bruke noen verktøy for ikke å bli dratt inn i systemet. Maren er opptatt av at man ikke skal inn og overta i noen av rollene i familien. Hun mener det er viktig at båndene som knyttes skjer mellom familiemedlemmene og ikke med familierapeutene. Hun oppgir følgende:

Jeg tenker ofte på hvordan jeg kan gjøre de styrket sammen, hvordan gjøre de bedre sammen? Man må jo prøve å spille de gode sammen, kontra å være god selv. Det er fort å overta rollene til foreldrene i terapisammenheng.

Informantene fremhever at det å jobbe med hele familien gir muligheter til å påvirke hvert enkelt medlem, men også at det gir mulighet for å påvirke hele familiesamspillet. Samtidig gir det muligheter til å jobbe med dynamikken mellom medlemmene. Synergieffekten som familiesystemet oppnår under behandlingen er sentralt, ifølge informantene. I dette presiserer informantene at forandringen for individet vil bli større om man jobber med systemet, og at alle vil merke en endring. Da er det lettere å få støtte fra hverandre. Dette oppfattes i sammenheng med hvordan de ser på familierapi som et system. Det bekrefter deres opplevelse av at man ikke kan skille systemet fra de enkelte bestanddelene. Familierapien gir mulighet til å kunne jobbe med det enkelte individ, men samtidig kunne jobbe med noen medlemmer, eller hele systemet. Dette anser informantene som et stort fortrinn denne behandlingsformen gir både til det enkelte individ og for systemet. Maren oppgir at hun tror familierapi er “gull verdt” for barnet. Hun mener at mange barn uten familierapien hadde følt seg veldig alene. Barnet får sammen med de andre familiemedlemmer en opplevelse av å være en relevant brikke både som enkeltindivid og som medlem av systemet. Hun viser til at endringsprosessen gjelder hele familien og at den bør skje i takt. Martin reflekterer over familier som har kommet inn til behandling, hvor et av medlemmene i familien tidligere har hatt mye individuell behandling, og hvilken effekt det har når de som familie jobber sammen:

For veldig mange av familiene som kommer hit er gjerne en i familien som har vært til behandling tidligere og har hatt ganske mye behandling. Men så kommer gjerne partner eller barn, hvor dette er helt nytt for. Den erfaringen med å gi et til den som ikke har vært i denne terapeutiske verden et innblikk i hva det er, og gi den som har vært kanskje andre perspektiver, gjør at dynamikken og balansen mellom de blir annerledes. Det tror jeg er det store fortrinnet familieterapien har kontra individuell behandling.

Når de snakker om effekten på den enkelte individ og familiesamspillet, fremhever informantene at de er særlig opptatt av gleden man får gjennom andre familiemedlemmers relasjon. Flere snakker om forholdet mellom mor og far som det viktigste forholdet. De vektlegger at dersom man styrker forholdet mellom foreldrene i en familie så har dette en positiv effekt for barna. Grethe deler en erfaring:

Hvis det kommer inn en familie med barn som er mye urolig, og som under oppholdet blir roligere, så sier ofte skolen her på avdelingen "hva har dere gjort med de ungene"? Nei tenker jeg, vi har ikke gjort så mye med ungene, men vi har gjort mye med foreldrene.

Julie viser til forskning og forteller at det som har vist seg å ha størst effekt på barna er parterapi. Når foreldrene opplever effekt av parterapi er det dette som har mest å si for hvordan barnet har det ved utskrivelse. Dette igjen påvirker familiesamspillet. Julie oppgir å ha et særlig fokus på å øke tryggheten og nærheten imellom paret i familien, og i forlengelse av dette øke trygghet og trygge tilknytningen med barna. Videre erfarer hun at når familien kommer inn til terapi kan barna slappe mer av. Enkelte barn som ser at foreldrene ikke har det bra kan selv bli utrygg. Julie mener at når barna ser at foreldrene har det bedre og at de har det bedre som par, så kjenner kanskje barna mindre på ansvaret. Når hun forteller utdyper hun at hun i noen tilfeller må være veldig direkte med barna:

Jeg pleier å si at jeg passer på mamma og pappa, det er mitt ansvar. Barn spør om ganske ofte om mamma og pappa dø av denne sykdommen, da svarer jeg nei, ikke vær redd. De kommer til å bli frisk, det tar bare tid. Viktig å formidle det håpet og at foreldrene er tatt hånd om. Barna trenger ikke å passe på foreldrene lengre.

Julie fortsetter med at det også forekommer at de tilrettelegger for at barna skal ha normale erfaringer mens familien er i behandling. Dersom barna har opplevd å stå i mye og vært mye bekymret, har det hendt at de bevisst holder barnet utenfor terapien og heller latt barnet være et bekymringsløst barn. Hun opplever at barnet da kan ta igjen normal utvikling på andre områder når familien tar mindre plass, og påpeker noen ganger jobber man direkte og noen ganger indirekte med barna.

Informantene som jobber med de voksne trekker frem selv om de jobber med hele systemet så er det ikke deres primærfokus å utrede eller behandle barn, men familieterapien gir en direkte

eller indirekte påvirkning på barn ved at foreldrene får foreldreveiledning. Oppsummert fremkommer det at informantene hevder at familierapi kan gi en effekt også til familiemedlemmer som ikke er ansett som hovedpasienten.

#### **4.1.2 Valg av verktøy for å hjelpe familien**

Når informantene reflekterer over hvordan familierapi kan bidra med resiliens hos barn er det en fellesnevner at de knytter behandlingsmetodene opp mot familierapi som en systemisk modell. De knytter det ikke direkte opp til resiliens hos barn. Det fremkommer også at tilnærmingen i de ulike metodene er dynamisk, men det er flere fellestrekk blant de behandlingsmetodene familierapeutene bruker mest aktivt. Flere av informantene nevner integrativ modell. Det er en verktøykasse som inneholder ulike typer tilnærminger og metodikker som terapeutene kan benytte behandlingsløp. Tilnærmingen beskrives ikke som en egen behandlingsform, men er heller en dynamisk tilnærming hvor man kan plukke ut enkelte elementer fra ulike behandlingsmetoder. Løsningsfokusert, narrativ og emosjonsfokusert metode blir vektlagt og nevnes flest ganger i intervjuene. Videre nevnes psykoedukasjon og veiledning som sentralt i behandlingsprosessen.

Informantene er enig om at det er flere faktorer som påvirker kriteriene for valg av tilnæringsmetode. Blant metodene finnes erfaring, familiens problematikk eller bestilling, samt hvordan terapeuten opplever familien sine sterke sider og familiens utfordringer. Maren opplever at metodene har blitt en del av henne og at hun ikke klarer å peke ut noen kriterier. Grethe benytter begrepet klinisk skjønn når hun reflekterer over hva som er hennes kriterier for valg av tilnærming. I dette legger hun at det er noe som forteller henne hva hun skal bruke, men det ikke alltid er lett å si hva det er. Hva angår valg av behandlingsmetode viser Julie til bestillingen som pasientene har når de kommer inn. Pasientene søker seg inn med et prosjekt og skriver konkret hva de ønsker å jobbe med. Deretter skreddersys og tilpasses tilnærmingen til familien. Dersom det er traumatiske hendelser innad i familien jobber hun mer traumefokusert. Hvis det er følelser man skal jobbe med hvor familien har snudd seg vekk ifra hverandre og trenger å komme nærmere, mener hun at emosjonsfokusert tilnærming kan være et godt valg. Martin har ingen klare formeninger om at han velger en metode til en type problematikk, og en annen metode til annen problematikk. Han opplever at hans valg har med erfaring å gjøre, samt at han tilpasser seg til familien både i form av problematikk. Dessuten er det forskjell på om familien består av bare voksne, en voksen og barn, eller to voksne og barn. Samtidig opplever han at valg av tilnærmingen kan endre seg i løpet av behandlingen

med bakgrunn av at man ønsker å endre fokus. Han oppgir også at pasientmedvirkningen er sentral:

Vi spør pasientene og gir de medvirkning i valg av metodikk. For noen kan det være kjempefint å fortelle historien på en ny måte, for å bevisstgjøre indre deler og indre sider. Andre bruker man EFFT tilnærming for å få de til å se hva som skjer, forstå de kroppslige reaksjonene, forstå hvordan følelser som ligger bak, og forstå hvilke behov som ligger bak der igjen, slik man kan møte de behovene. Dette gir en "aha opplevelse". Det er en psykoedukasjon oppi det hele som er et viktig aspekt.

Det er dermed en fellesnevner at informantene ikke har en fast struktur i kriterier for valg av tilnærming eller prosess i behandlingen. Videre er informantene opptatt av pasientmedvirkning og viser til en aktiv bruk av familiene selv når de velger sin tilnærming. Informantene uttaler at som en rettesnor bruker de sine egen styrker sammen med erfaringer og klinisk skjønn, og knytter dette opp mot det familien uttrykker som behov og utfordringer.

Julie legger til at metodetilnærmingen ikke er det som er viktigst. Hun viser til fellesfaktorer og samarbeidet mellom terapeut og pasienten, og hvordan pasienten føler seg møtt og at man har samme mål. Hun får en gang i uken tilbakemeldinger fra pasientene om de synes behandlingsalliansen er god. Hun reflekterer:

Det viktigste er at de føler seg møtt, at vi samarbeider bra og at vi har samme mål. Forsking viser at det har mest effekt. Heller det enn hva slags metode man bruker. [...] Det er det som gjør at folk får en endring. Det er en ny generasjon av metoder, ny generasjon av paradigmer som er mindre metode orienterte, fordi man vet at metode har ikke så mye så si.

Informantene er videre opptatt av at når familiemedlemmene får jobbet sammen vil de opparbeide samme informasjon, og dermed enes forståelse og kunnskap. Dette gjøres gjennom å bruke psykoedukasjon og veiledning, som fremheves som to klare verktøy som støtter rundt behandlingsmetodene. De mener at verktøyene vil kunne hjelpe systemet med å danne felles grunnforståelse og språk av utfordringer, ressurser og løsninger. Det formidles at psykoedukasjon for foreldrene og foreldreveiledning kan innebære både dype utfordringer og hverdagslige mer overfladiske utfordringer. Psykoedukasjon kan hjelpe foreldrene å ta ansvar for seg selv og for å veilede barna. Martin sier følgende:

Når vi har psykoedukasjon så tar vi opp tema som angår alle. Veldig mange har et ubevisst forhold over at "ojsann er det noe som påvirker vårt familieliv, det har vi veldig liten erfaring og lite kunnskap om". Det gjelder alt i fra

hvilke type følelser vi har og hvordan følelser påvirker oss, og hvilke behov de følelsene har. Det har med ernæring, det har med søvn, det har med alle slike ting å gjøre.

Martin erfarer at på grunn av det ubevisste forholdet så er det mange som havner i dårlig rytme og mønster. Noen ganger kan søvnhygiene være så dårlig i hele familien at man tenker at det ikke er rart at familien opplever utfordringer ettersom de alle er i underskudd på søvn og hvile. Han knytter verktøyene opp imot en slags rydding og sortering

Julie mener at å gi informasjon til barna er viktig, samt at barnet ser at foreldrene får hjelp. Ved å gi informasjon mener familieterapeuten at barnet vil oppleve redusert belastning og stress:

Informasjon er beroligende for barn. [...] Hvis barn tenker at "mamma er syk, det er min feil og hun kommer til å dø av det, og ingenting kan hjelpe", så er det en forferdelig følelse for barna. At de da får hjelp gjennom informasjon til å legge dette i fra seg. [...] Jeg tror at hvis man tar vekk belastninger og stress, så vil barn få lov til å utvikle seg mer bredt, og at de får komme mer inn i en normal variasjon. Det at barn ser at mamma eller pappa får det bedre, at pappa er med glad og mindre deprimert, det gjør mye for barn.

Julie mener at ofte er ikke medlemmene trygge på hvordan de skal dele informasjon. Dette kan være et sårbart punkt for barna, hvor de enten får for lite eller for mye informasjon i fra sine foreldre. Det er noe de ofte veileder på. Informasjonstilfanget viser seg å ha store konsekvenser for det enkelte individ. Både for lite og for mye informasjon kan skape utrygge følelser. Et tema som gjentar seg under behandlingen er at det ikke er barnas skyld at foreldrene er syke, og at foreldrene ikke forstår hvilken belastning både for lite og for mye informasjon kan gi barna. Julie bemerker at dersom barna vet for lite, kan de lage seg mange fantasier, som fører til en skyldfølelse. Julie reflekterer:

Skyldfølelsen kan motvirkes med å dele informasjon med barnet. Hvis barna får for mye informasjon, kan bli belastende. Da må man beskytte barnet, så det ikke blir parentifisert og slik at ikke barnet tar på seg for mye ansvar for tidlig. Ofte opplever jeg barn som tar ansvar for hele stemningen i huset. Det yngste barnet jeg har møtt som gjorde en del omsorgshandling i forhold til mor var 2-3 år. Prøvde å trøste mamma, gi mamma vann, altså å trøste. Et bitte lite barn som prøvde å regulere mamma. Det er selvfølgelig ekstremt skremmende for småbarn.

## **4.2 Direkte/indirekte utvikling av resiliens**

Tre av informantene fremholder gjennom refleksjon i intervjuet at det er en hovedsakelig indirekte sammenheng mellom familieterapi og resiliens. De temaene som informantene

utspiller, er ulike. Det kommer frem et stort sprik i deres bakgrunnskunnskap rundt resiliens og motstandsdyktighet. Den variable kunnskapen om resiliens påvirker deres mulighet for refleksjoner innenfor denne tematikken. Det fremstår også ulikt i hvor stor grad det er et vektlagt tema under utdanningen, samt hvor mye dette temaet har vært aktuelt i tidligere arbeid. En informant oppgir at det er vanskelig å koble sammen resiliens og familierapi. Martin mener at det å være en del av en familie kan bidra til å fremme resiliens, sett at familien fungerer godt som et system. Han begrunner dette med at familiesystemer utgjør en styrkende og stabiliserende faktor, og at dette i seg selv skaper en motstandskraft. Han refererer til begrepet “flokken” og hevder at dersom man er en del av flokken er man på en eller annen måte beskyttet eller ivaretatt. Han utdyper dette prinsippet med at i en familie er det flere som bærer på belastningene sammen. Martin utdyper:

Det minner meg om svanene som trekker sørover. Når de gamle og syke begynner å henge etter så er det alltid noen som slipper seg ned og legger seg foran den svanen som er syk, da får man et sånn løft, og så løfter man den syke tilbake til flokken, og den får lov å ligge bakerst. De sterkeste er de som er foran og når de er slitne så bytter de på, og de svake ligger alltid bakerst og har minst belastning når man flyr.

Fra dette kan det indikeres at der familierapien jobber med å forbedre et dysfunksjonelt familiesystem, bidrar dette også til å fremme resiliens, fordi man jobber med hele systemet.

Flere av informantene synes det er vanskelig å trekke ut noe konkret rundt sine erfaringer med å fremme resiliens hos barna under behandlingen av familien, og hva de eventuelt gjør for å tilrettelegge for det. Det fremstår som at terapeutene i liten grad er bevisst rundt hva som fremmer resiliens hos barna. Maren bruker ikke begrepet resiliens i sitt arbeid, men at hun har et stort fokus for å legge til rette for mestring, og fokus på hva som er styrken hos barna.

Martin blir utfordret på denne tematikken og han bruker tid i sin refleksjon. Han reflekterer høyt over at det og sier:

Tenker vi resiliens hos barn mens de er her? Kanskje ikke sånn utad. Det er godt poeng. Dette tror jeg at skal jeg ta med tilbake til teamet. Vi gjør det, men å ha en sånn bevissthet over hva det av det vi gjør som styrker de her barna i å møte omverden og resten av familien. Et godt poeng.

Martin forteller videre at han ikke er i tvil om at det han gjør innad i familierapien fremmer resiliens hos barna. Han mener at bare ved at familien kommer til behandlingen, så vil man gjennom å ivareta familien som et system være med på fremme resiliens hos alle individene i



det systemet. Derimot synes han det er vanskelig å se om de gjør noe direkte med hensyn til barna. Allikevel påpeker han at de er svært opptatt av å løfte selvfølelsen til barnet, og underbygge et narrativ om at de som individ har verdi, uavhengig av hva de presterer, og han fremhever dette som et viktig aspekt som kan bidra til å utvikle resiliens hos barn.

En fellesnevner som informantene snakker om, er viktigheten av å styrke de gode prosessene og eliminere de dårlige som eksisterer i barnets miljø. Julie forteller at de familiene hun ser i terapien så er det noen barn som nesten er uberørte og blomstrer selv i dårlige omstendigheter, mens andre barn sliter veldig. Hun viser til resiliensforskning og faktorer rundt genetiske anlegg og miljø for å utvikle psykiske lidelser:

Det vi ser, i resiliensforskning, er at en ting er å ha genetisk anlegg. Si at du har genetisk anlegg for å få antisosial personlighetsforstyrrelse. Det er ikke nok med genetisk anlegg for å få det, men det må være genetisk anlegg og omsorgssvikt for å få utvikle det. Det vi tenker her er å styrke miljøet. Styrke omsorgen og foreldreferdigheter, slik at kanskje barna da får en bedre sjanse. Man kan ikke gjøre noe med genene, men man kan gjøre noe med miljøet.

Det er spesielt to faktorer som informantene belyser når det gjelder barnets miljø. Den første er foreldrene, og den andre er skolen. Informantene mener at all hjelp som gis til foreldrene, kan også hjelpe barna dersom det er snakk om å styrke miljøet rundt barnet. Julie omtaler et fokus på hvordan de kan hjelpe foreldrene med å møte et sårbart barn, og hvordan de kan forstå barnets symptomer og atferd på en empatisk måte.

Informantene trekker inn både barnehage og skole, og mener dette også er en vei inn for å forbedre miljøet rundt barna, og dermed også styrke resiliens. Martin viser til skolen som er knyttet til avdelingen, som er klar over at barna de møter er sårbare og at det er utfordringer i familien som påvirker barna. Han mener at denne skolen har en tanke om å gjøre de barna mer robuste, selvstendig, gi de opplevelser, gi de mestring, gi de utfordringer. Han er ikke i tvil om at dette styrker resiliens hos barna.

### **4.3 Endring av kurs**

Når informantene omtaler familierapiens innvirkning på familiesystemet og barnet snakker de om endringsprosessen som behandlingen tilrettelegger. Det fremgår at familierapi ikke er en quick fix på familiens utfordringer, men tilbyr en arena som kan tilrettelegge for en positiv innvirkning og endring på sikt.

### 4.3.1 Små endringer gir ny kurs

Informantene har ulike oppfatninger om hvilken positiv innvirkning familierapi kan ha frem i tid på barn. De er alle enige om at det omhandler at virkningen skal vare en tid etter behandling. Dog anser de tidsperspektivet ulikt og alle uttrykker usikkerhet rundt deres besvarelse. To av informantene er tydelige på at de ikke kjenner hvordan endringene ser ut etter endt behandling. Allikevel er det en tydelig fellesnevner blant informantenes syn at man, ved å gjøre små endringer i familiesystemet under behandling, vil på sikt kunne gi en større grad av endring. Noen ganger observeres det ingen endringer hos familien når de skrives ut, og andre ganger ser de endringene under behandling og ved utskrivelse. Informantene visualiserer de langvarige endringene ulikt, men innholdet i deres beskrivelser kan sammenlignes med hvordan Grethe benytter metaforen om en båt som endrer kurs hvor man på kort sikt ikke nødvendigvis ser endringene:

Som ved en båt med en forandring på en grads kurs er det ikke så mye der og da, men etter to kilometer utpå havet så er det mer. [...] Vi ser ikke hvordan det går, men vi må bare tenke at det kanskje går bra.

Julie argumenterer med at ved å jobbe med familiesystemet så vil familien om 10 år være på et helt annet sted enn det de utgangspunktet kunne ha vært dersom de ikke tok tak i sine utfordringer. For Martin handler det om at familierapi gir positive endringer, som ikke nødvendigvis varer for alltid, men som gir en endring på veien videre. Han mener at familien selv eller han som terapeut ikke nødvendigvis ser endringen med det samme. Martin bruker også metaforen av en båt når han snakker om hvordan familierapien kan bidra til langvarige endringer. Han beskriver et bilde hvor hele familien sitter i samme båt, hvor den skal dyttes i fra strandkanten og settes ut på havet:

Så tenker jeg at som en langtidseffekt så skal handle om at den båten skal bære. Båten skal ikke ta inn vann rett ned i høgget her. Eller, den kan ta inn vann, men kan ikke ta inn mer vann enn det familien klare å hive ut slik at båten flyter. Det er langtidseffekt.

Dette tyder på at informanten mener at familien gjennom behandlingen har fått en balanse i familiesystemet og tildelt verktøy til å håndtere utfordringene på veien.

Informantene omtaler foreldrene som et holdepunkt for at familien skal erfare langvarige endringer og for at barna skal kunne utvikle resiliens. Martin mener at foreldrene er kjempeviktig, og refererer til en setning han har med seg; “gode voksne skaper gode barn”.

Han mener at hvis foreldrene opplever et utbytte av terapien og hvis terapien evner å få foreldrene til å være gode voksne, så vil dette høyst sannsynlig være den viktigste faktorer for å påvirke barna og deres motstandsdyktighet. I noen tilfeller observeres det endringer hos barnet under selve behandlingen, og sees som en følge av terapien. Oppfattelsen av disse endringene kan enten hentes fra barna selv under samtale eller observasjon, fra foreldrene eller fra andre som er involvert med barna, eksempelvis skolen. Endringene som omtales er at barnet oppfattes som mer rolig, senker skuldrene og slapper med av.

Informantene mener at som en følge av terapien så senkes tempoet innad i systemet, barnet opplever at foreldrene blir roligere og mer tilfreds og kan dermed fokusere på annet enn å være opptatt av foreldrene. Martin forteller om en endring som barna formidler er at de opplever å bli mer lyttet til av foreldrene. Hjemme kan foreldrene selv hatt inntrykket av at de lytter fordi de responderer til det som blir fortalt, men barna har ikke hatt den samme opplevelsen. Når foreldrene havner på en på en mer riktig plass i systemet og i seg selv, registrerer barnet dette. Maren viser til et barn som tidligere har hatt hendelser med utagering, og oppgir at gjennom terapien har familien fått en forståelse av hva familien trenger, og hvordan foreldrene nå har en annen holdning til hans agiterte uttrykk:

Gutten føler seg bare sett på en helt annen måte. Det er et halvt år siden forrige utagering og det var helt krise der før vi kom inn i bilde. Foreldrene kan nå fortelle, at selv om han har et agitert uttrykk, så har de en helt annen holdning til det uttrykket. Og denne søsteren, har fått litt lettere skuldre, det handler ikke om henne, han har det vanskelig og hun er god nok. Det var en lettelse på en måte i hele familien av å forstå hverandre.

Et fellestrekk for informantene er at de omtaler forskjellige utfordringer de møter under behandlingene, som kan sette hinder for endringene. Informantene som er tilknyttet VOP snakker om at det er noen familier har for store utfordringer, og trenger andre type tiltak enn familieterapi. Videre erfares det at noen familier har i tillegg gått for lenge i dysfunksjonelle relasjonsmønster, og det kan være for vanskelig å sette sammen delene til et funksjonelt system. Dette kan være med å påvirke hvor mottakelig familien er for terapien og deres motivasjon for å gjøre endringer. Maren som er tilknyttet BUP snakker om de utfordringene hun møter med foreldrene til barna. Hun forteller at det som hun opplever som vanskeligst er når en av foreldrene har en psykisk lidelse, men som ikke formelt har diagnosen. På grunn av at hele familien ikke er ansett som pasienter, har de ikke har muligheten til å gå ta tak i forelderen med tydelige utfordringer. Videre opplever hun at samarbeidet mellom terapeuten og forelderen blir påvirket dersom observasjonen blir satt ord på. I denne sammenheng må det

noen ganger tilkobles barnevernet, og samtidig legger hun vekt på en samarbeid med skolen.

Maren sa:

Når barna har foreldre med psykiske lidelser, så er ofte skolen superviktig i det systemiske arbeidet. I et systemisk perspektiv innebærer å spille på de gode personene rundt barnet.

### **4.3.2 Et mangelfullt system rundt familiesystemet**

Informantene deler det synspunktet at det er utfordrende for enkelte familier å bevare og vedlikeholde de positive endringene etter behandlingen. Dette årsaks forklares med at tilbudet for å behandle et familiesystem er mindre tilgjengelig i de lokale helsetilbudene etter utskrivelse.

Grethe viser til et samfunn som er preget av et individfokus og at behandlingsapparatet ikke er tilpasset familien:

Det er veldig mye individfokus, det er bare å se på behandlingsapparatet. Mange har gått til behandling i en årrekke på Voksen psykiatri [VOP], men ektefellen har aldri vært med og barna har aldri vært med. Jeg synes det er vanskelig å forstå at mor går på VOP og barn på barne og ungdoms psykiatri [BUP], men det er ingenting felles behandling. Jeg tror det er varierende i de ulike kommunene, men jeg tror det er ingenting i samfunnet som hjelper de familien med å beholde de gode forandringene de lærer her.

Grethe mener behandlingen tiden hennes avdeling kan tilby familiene er for kort, og at mange har behov for hjelp også når de kommer ut. Maren og Julie forteller også at familiene ofte trenger hjelp videre. Begge kan fortelle om tilbakemeldinger fra familier som opplever å ikke få den hjelpen de trenger for å vedlikeholde endringene og oppfølging av tiltak som er satt i prosess.

Julie peker også på at det alltid er en risiko for å falle tilbake til gamle vaner og mønstre.

Martin støtter dette og mener at knapphet med tid og andre forstyrrende faktorer som preger familien kan potensielt føre til at familien havner tilbake i gamle hjulspor. Han fremhever også at det er sjelden at systemet får hjelp som et system:

Veldig mange av de familierapeutiske relasjonsverktøyene er det ingen mekanikere der ute som vedlikeholder eller har service på.

## 5 Drøfting

Resultatene i denne studien viser at man gjennom familierapi kan jobbe på fire hold for å legge til rette for å fremme resiliens hos barn. Det første rettes direkte mot barnet, mens to hold går gjennom foreldrene. Det siste går gjennom et samarbeid med skole og barnehage. For det første kan man fremme barnets resiliens direkte ved å iverksette tiltak som stryker barnets selvbilde og mestringsfølelse. Resultatene viser imidlertid at det viktigste forholdet for et barn er forholdet mellom foreldrene. Man kan derfor argumentere at gjennom å jobbe med parets relasjonelle samspill, kan dette også bidra med å fremme resiliens hos barnet. Dessuten er det mulig å gi foreldrene kunnskap og forståelse gjennom psykoedukasjon og veiledning. Disse verktøyene kan bidra med å redusere potensiell omsorgssvikt eller dårlig oppdragelsesmønster. Derigjennom legger dette også til rette for å utvikle faktorer som fremmer resiliens. Avslutningsvis ser vi at et samarbeid med skolen og barnehagen barnet er tilknyttet er en viktig arena for å bygge resiliens. Disse arenaene vurderes som sentrale i et større systemisk perspektiv, hvor familierapeutene kan spille på andre gode personer rundt barnet.

Tilnærmingen til familien som et system ligger latent i familierapiens natur, og navn, hvor det er systemet, og ikke enkeltindividene, som hovedfokus. Det er ifølge teorien (Lorås 2019) gode grunner til den entydige tilnærmingen til det relasjonelle systemet. Allikevel er det naturlig å spørre om det må være enten eller. Er det slik at familierapiens søkelys på familiesystemets relasjonelle interaksjon utelukker individfokusert utvikling av resiliens hos barn? Hvis svaret på dette spørsmålet er «ja», kan man i så fall diskutere hvorfor det er sånn og eventuelt om det bør være sånn. Det er ikke nødvendigvis slik at det ene (fokus på det relasjonelle systemet) utelukker det andre (direkte utvikling av resiliens hos barn). Fra undersøkelsens resultater fremkommer det at man i voksenpsykiatrien ikke har barna som målgruppe for behandlingen. Det er tydelig at barna i familien ikke er hovedprioritet i behandlingen, og det knyttes refleksjoner til dette blant informantene. En naturlig slutning synes derfor å være at det er vel så mye familierapeutens manglende bevissthet på utvikling av resiliens hos barn av pasienter, som at behandlingsformen ikke legger til rette for dette fokuset.

På den annen side er det slik at dersom man må prioritere tid til noe nytt i terapitimene, er det logisk å tenke at noe annet må bortprioriteres. Det er dermed viktig å spørre seg om hvorvidt

man ved å fokusere mer på å fremme resiliens hos barnet vil redusere muligheten til å oppnå den ønskede relasjonelle endringen i familiesamspillet. Det er allikevel mulig at amerikanerne har noe rett i sin tilnærming når de jobber for å «*Make the pie bigger*». Det er godt mulig at familierterapien som behandlingsform har nettopp denne egenskapen – å utvide en eksisterende og fungerende behandlingsmetode til å kunne treffe bredere og på andre nedslagsfelt enn man i utgangspunktet skulle tro. Med andre ord er det mulig at ved små og enkle grep kan familierterapien være en arena hvor barn utvikler sin resiliens enten indirekte eller direkte, uten at behandlingen endres.

## 5.1 Systemisk tenkning

Resultatene i denne studien viste at man ved hjelp av familierterapi som metode får jobbet med hele familien som helhet. Dette støttes i tidligere forskning (Michalsen, 2019).

Å være en del av dette systemet innebærer å være gjensidig avhengig av hverandre, og terapiformen bidrar til en synergieffekt for alle medlemmene. Denne synergieffekten hevdes å gi en større effekt for det enkelte individ, fordi det kan bli lettere å støtte hverandre, og fordi det skjer en endring takt innad i systemet. Som tidligere nevnt er barnet i VOP ikke i hovedfokus. Barn i denne sammenheng blir hovedsakelig ikke utsatt for en direkte tilnærming i familierterapien, men blir påvirket indirekte gjennom at de er en del av familiesystemet som behandlingen retter sitt søkelys mot. I barnepsykiatrien legges også fokuset på familien som helhet, hvor barnet sammen med familien skal oppnå endringer.

I denne studien forteller resultatene at fortrinnet til familierterapi er at det enkelt individ ikke tas ut av sitt relasjonelle system, for å få behandling alene, og så settes tilbake. Dette funnet understøttes når Lorås (2019) hevder at ingen fenomener kan ses uten konteksten som er rundt individet. Ved at systemet individet tilhører får være med på den terapeutiske reisen, vil systemet oppnå en bedre dynamikk og balanse, og det får en endring i takt. Videre viser resultatene at forholdet mellom mor og far står sentralt. Gjennom å jobbe med tryggheten og nærheten mellom paret, vil man kunne videreføre dette til barna. I tillegg til dette vil barnet erfare at foreldrene blir tatt hånd om. Dette kan medføre lettelse og at barna kan i større grad oppføre seg som barn.

Resultatene i denne undersøkelsen peker på at det at familien kommer til behandling, og jobber med å ivareta familien som et system, er i seg selv en faktor som vil kunne fremme resiliens hos alle individene innad i det systemet. Familien kommer til behandling som følge

av en fri vilje og en aktiv handling. Waaktaar og Christie (2008) forteller om forskning som støtter opp under disse resultatene hvor det er en beskyttende faktor i at foreldrene aksepterer hjelp fra andre, eksempelvis fra offentlige instanser. Borge (2016) viser videre til at dersom det er konflikt mellom foreldrene, så er det et skille i utviklingen av resiliens som baseres på om konflikten ansees som konstruktiv eller destruktiv. Betydningen av dette vil være at dersom foreldrene tar tak i konflikten gjennom å oppsøke familieterapi og konflikten får en vellykket løsning, kan dette kunne bidra til at barnet kommer sterkere ut av situasjonen. Barnet erfarer at foreldrene har gjort en aktiv handling som har bidratt til en løsning, altså en konstruktiv tilnærming til konflikten. Dersom det ikke skulle bli en vellykket løsning på konflikten, så kan familieterapien hjelpe foreldrene til å uttrykke optimistiske synspunkter, og forsikre barnet at de vil finne en løsning. Dette er god læring for barnet (Borge, 2016).

I resiliensteorien (Kvelling, 2015) fremheves viktigheten av familieforhold som er trygge og harmoniske for å kunne utvikle resiliens og styrke selvbildet. Familieterapiens teori viser til at familiens betydning er stor og at den bidrar til å ivareta menneskenes grunnleggende behov for omsorg, tilhørighet, kjærlighet og personlig og sosial utvikling. Når det oppstår utfordringer innad i relasjonene og samspillet i systemet, kan familieterapi gå inn og bidra til et tryggere og mer harmonisk system (Lorås, 2019). I sin forskning hevder Foster (2012) at en familiefokusert tilnærming er et godt rammeverk for å både kunne adressere belastningene og utvikle individenes og families resiliens. Ved å anerkjenne og heve familiens ressurser og styrker, kan dette forbygge fremtidige utfordringer, samtidig som det bidrar til å fremme resiliens hos barnet.

Resultatene i studien sammenfaller med Foster (2012) sin uttalelse og henviser en oppmerksomhet til styrken som sees i familien, på hva som er familiens ressurser, for så å bygge videre på disse. Videre viser resultatene til at familieterapeutens rolle er ikke å bli en del av systemet, men å hjelpe familien med å gjøre endring. Både resultatene fra undersøkelsen og familieterapiteorien (Aambø 2019) oppgir at terapeutens viktigste rolle er å tilrettelegge for at pasienten selv skal nå sine målsetninger. Det er pasienten som selv er i førersetet i sitt liv, og ved å hjelpe med å skape realistiske målsetninger og understøtte pasientens ressurser, går terapeuten ved siden av pasienten, ikke foran.

Ved at familieterapi påpeker hva både familien og enkelt individene klarer å håndtere og hva de eventuelt har klart å stå i tidligere, er det grunn til å tro at dette også vil styrke opplevelsen

av mestring. Det kan tenkes at barnet og andre medlemmer nettopp er avhengig av en slik bevisstgjøring for selv å kunne se det positive i situasjoner som de opplever utfordrende. Mestring fremheves som viktig når det gjelder utvikling av resiliens. Det er effekten barnet henter ut av mestringen som er sentral. Når man gir barnet en mestringsopplevelse kan man skape tro på egne ressurser. Ifølge resiliensteorien (Waaktaar og Christie, 2008) kan barnet også i denne sammenheng få en opplevelse av å ha en slags kontroll over den stressende situasjonen. Videre bidrar det til et styrket selvilde, som igjen vil være en drivkraft for å økt sin tro på egne forutsetninger og håndtering av belastningen.

Når man arbeider med familierapi som metode er det ikke årsaken til problemene som er i hovedfokus, men det rettes et søkelys mot familiesystemets samspillmønster og relasjonene hos de som inngår i dette samspillet (Flon, 2019). Samspillet i familien er også noen som omtales i intervjuene. Metaforen rundt klokken og dens deler viser hvordan familierapiens oppmerksomhet omhandler å sette sammen alle medlemmene i systemet og at dette arbeidet bidrar til at samspillet danner et godt relasjonelt system. Nettopp foreldre-barn samspillet som tidlig er utpekt i både resiliens faglitteratur og moderne utviklingspsykologi. Der hvor samspillet er godt viser forskningen at barnet fremstår mer resilient.

Også i artikkelen til Saltzman (2016) blir arbeidet rundt å danne et relasjonelt samspill omtalt. Han vektlegger at familierapeuten bevisstgjør alle medlemmene på den enkeltes rolle i samspillmønsteret og samtidig lar han alle familiemedlemmene bli hørt. Gjennom å gjøre dette vil hvert enkelt individ i systemet ha en viktig og sentral rolle i å utbedre samspillet (Saltzman, 2016, og Lorås 2019). Dette sammenfaller med resultater gjort i denne studien. Familierapeutenes opplevelse er at når alle blir hørt vil hvert enkelt individ erfare at deres perspektiv er relevant for samspillet og systemet. Ifølge teorien om resiliens (Borge, 2016) er det en beskyttelsesfaktor dersom barnet selv har tro på at det kan påvirke situasjonen til noe bedre. Med bakgrunn i dette kan man argumentere for at ved å la barnet bli hørt, og ved å la barnet se at også han eller hun har en rolle i endringen som kan skje, kan det bidra til å fremme resiliens.

Familierapien viser til flere «verktøy» for å kunne hjelpe familiene med relasjonelle utfordringer. Hvor mye selve formen på verktøyet og valg av tilnærming har å si for barnet og utvikling av resiliens er utfordrende å fastslå. Resultater fra undersøkelsen viser at valg av



behandlingsmetoder er dynamisk og ikke følger en fast mal. Det er ingen metoder som fremheves som viktigere enn andre. Derimot fremheves den strukturelle tilnærming til faget, der holdningen til terapeutene er viktigere enn selve behandlingsmetoden, som sentral.

Resultatene i denne studien viser at det er noen tilnærminger som oftere tas i bruk av familierapeutene. Løsningsfokustert familierapi tilpasser planen og målet for behandlingen til pasientens og familiens ressurser, styrker og ønsker. Det er dermed ikke slik at de tilføres ressurser under behandlingen de ikke kommer til å ha når behandlingen er ferdig. I dette prinsippet ligger en fremtidsrettet tanke. Som nevnt tidligere knyttes styrking av ressurser til økt mestring og tro på sine egne forutsetninger. Tilnærmingene som er narrativbaserte søker i hovedsak å skape endring gjennom å endre fastlåste mentale mønstre om både situasjoner, årsaker til familiens utfordringer og det enkelte individ. Refleksjon er et sentralt verktøy som skaper forutsetning for forståelse av egen og andres situasjon og opplevelse. Dette knytter barnets egen oppfattelse og mening om seg selv og familiens belastning. Den emosjonsfokuserte tilnærmingen søker å veilede familien til endring av negative relasjonelle mønstre og emosjoner. Metoden innebærer direkte veiledning av foreldre i foreldrerollen. På den måten er dette en behandlingsform som også er rettet mot barn indirekte, og som hjelper familien til å oppnå en sterkere emosjonell tilknytning. Basert på denne tilnærmingen og tidligere beskrevet resiliens teori og -forskning pekes det på at det er elementer i de forskjellige verktøyene og tilnæringsmetodene som kan bidra til å styrke beskyttelsesfaktorene, og redusere risikofaktorene.

Resultatene i denne undersøkelsen viser at psykoedukasjon er et viktig verktøy i familierapi. Det fremheves at psykoedukasjon gir familien felles kunnskap og økt forståelse av familiens situasjon. Det belyses at dersom barnet innehar for lite informasjon om foreldrenes lidelser, kan det medføre en belastning i form av at barnet har feil antakelser om situasjonen og alvorlighetsgraden. I enkelte tilfeller kan det også føre til at barnet klandrer seg selv og sitter med skyldfølelse for at en av foreldrene er syk. Å gi familien, inkludert barnet, forståelig informasjon kan påvirke barnets opplevelse og oppfattelse av belastningen. Dette fremheves som en beskyttelsesfaktor i resiliens teorien (Waaktaar og Christie, 2008). Dette sammenfaller med Cooklins forskning som viser til at resiliens utvikles hos barn og ungdom når de gis forståelig informasjon knyttet til sine opplevelser. Betydningen av forståelig informasjon innebærer at den er tilpasset barnets alder slik at det evner å forstå informasjonene som deles. I tillegg hevdes det i mange rapporter at det er fordelaktig med at en nøytral voksen person

hjelper barnet med å danne en mer objektiv forståelse av situasjonen (Cooklin, 2013:231). I så måte kan familieterapeuter som blir kjent med alle medlemmene i familiesystemet være nøytrale personer som tilrettelegger for økt kunnskap og forståelse for barnet.

Saltzman bemerker viktigheten av psykoedukasjon som en mekanisme for å fremme resiliens i familier hvor foreldre har en psykisk lidelse. Han hevder at i tillegg til å gi informasjon og kunnskap om situasjonen, er veiledningen helt sentral for å etablere et felles narrativ om situasjonen familien befinner seg i, og hvorfor det har blitt slik (Saltzman et.al, 2011). Etableringen av et felles narrativ bidrar til at foreldrene kan unngå følelser som skyld, skam og svakhet. Samtidig lærer barnet at det ikke kan belastes for foreldrenes situasjon. Dette understøttes av teorien om den narrativbasert tilnærmingen. Denne teorien muliggjør andre årsaksforklaringer på etablerte sannheter i familien, og dermed endring av tanker, holdning og adferd (Madigan, 2019).

Videre kan psykoedukasjon bidra til å hjelpe familien til å forutse, planlegge og motvirke situasjoner som vil oppleves stressfulle. Mekanismer for å håndtere stress og regulere følelser er normalt knyttet til individuell terapi, men kan være svært effektive mekanismer for familiesystemet sin evne til å utvikle resiliens (Saltzman et.al, 2011:221). Ved veiledning og utdanning denne type verktøy, kan familien som helhet bli trent til å identifisere og forutse uønskede situasjoner, og understøtte hverandre på en hensiktsmessig måte. Videre vil dette bidra til at familien opparbeider seg et felles vokabular og metoder for å håndtere uønskede situasjoner gjennom ulike mestringsstrategier (Saltzman et.al, 2011:221). Vi ser dermed at psykoedukasjon vil kunne bidra med flere positive effekter innen familieterapi, og bidra til utvikling av resiliens for familien som helhet og dermed også barna.

Denne undersøkelsens resultater tydeliggjør foreldreveiledning og undervisning for foreldrene som et ledd i behandlingen. Overnevnt teori rundt resiliens er klar om at foreldrene er det viktigste miljøbidraget for at barnet skal kunne utvikle resiliens. Samtidig bemerker Kvello (2015) at det ofte er foreldrene som forårsaker at risikofaktorene opprettholdes hos barnet, og at gjennom å hjelpe foreldrene, kan man hjelpe barnet (Kvello, 2015:268). Borge (2016) hevder eksempelvis at dersom mor eller far lider av depresjon er det ikke selve lidelsen som er risikofaktoren for barnet. Derimot kan lidelsen føre med seg situasjoner hvor et uheldig oppdragelsesmønster dannes og påvirker barnet i negativ forstand. Veiledningen eller undervisningen som vektlegges kan derfor være med å redusere risikofaktorer, samtidig som det kan styrke motstandskraften til barnet. Tematikken i en veiledning kan omhandle alt fra

følelser, ernæring, søvn og grensesetting. Resultatene beskriver dette som en slags rydding og sortering, og viser at en slik veiledning kan hjelpe familien med å gi en utviklingsfremmende omsorg, hvor foreldrene møter barnet på en god måte, skaper struktur og trygge rammer. For eksempel er en sentral beskyttelsesfaktor for barnet å ha en god emosjonell fungering.

Gjennom å veilede foreldrene om følelser og følelsens funksjon kan foreldrene selv forstå og håndtere sine egne følelser. Med dette støtter de samtidig sitt barn i emosjonell utvikling og i så måte kunne styrke en beskyttelsesfaktor. Viktigheten av emosjonell forståelse fremheves både i tilknytnings- og narrativbasert familierapi, løsningsforkusert familierapi og emosjonsfokusert familierapi (Lorås, 2019).

Videre er det påvist i forskning at hos resiliente barn er struktur og grensesetting viktige faktorer (Borge 2016, Waaktaar og Christie 2008). Gjennom veiledning kan foreldrene få hjelp til hvordan de skal sette tydelige grenser, følge opp struktur rundt måltider og leggetider. Som det fremgår av teorien om strukturell tilnærming innen familierapien er tilpasset og dynamisk grensesetting og autoritetsmønstre faktorer som bidrar til at familiesystemet er i balanse. Veiledning på grensesetting i tråd med barnas alder, samt foreldrenes roller, kan være et godt eksempel på psykoedukasjon som øker tillit i familiesystemet. Familierapi trenger ikke å være komplekse behandlingsformer. Noen ganger kan terapiformen tilby en arena hvor de banale, enkle og hverdagslige momentene i livet kan fokusere på. Noen ganger er det kanskje nettopp den type veiledning som er nøkkelen til et sunnere relasjonelt forhold i familiesystemet, og som igjen indirekte bidrar til økt resiliens hos barnet.

## **5.2 Direkte/indirekte utvikling av resiliens**

Borge (2016) beskriver Rutter (2000) sine mekanismer som oppsummerer deler av resiliensteorien. Disse er relevante for å beskytte barn mot utvikling av psykisk lidelse og bidrar til å fremme resiliens (Borge 2016). Den første mekanismen omhandler å få redusert gjennomslagskraften i risikoen som er til stede. Den andre mekanismen viser til tiltak eller endringer som bidrar med å få brutt opp de negative kjedereaksjonene (Borge, 2016:39). Slik det kommer frem i de tidligere drøftingskapitlene jobbes det i familierapien med flere elementer som dekker de to første mekanismene. Familierapien og systemisk tenkning inneholder flere momenter som gir grunn til å tro at behandlingsformens egenskaper mot den første og andre mekanismen er god. For å gjenta noen. Familierapi gir psykoedukasjon og veiledning som danner økt felles forståelse hos alle medlemmene i systemet. Den jobber med

å forbedre og endre samspillmønsteret, og er opptatt av styrker families ressurser. Disse tiltakene og endringene kan ikke bare redusere antall risikoer. Det kan også være med på å redusere gjennomslagskraften i risikoen og redusere de negative kjedereaksjonene.

I den tredje mekanismen fremheves viktigheten av et familieforhold som er trygt og harmonisk, samt gode skoleprestasjoner, for å bidra til resiliensutvikling og styrket selvbylde (Borge, 2016:39). Til tross for at det ikke er noen garanti for at familien gjennom familierapi står igjen som et trygt og harmonisk relasjonssystem, er det allikevel dette terapien søker å oppnå. Resiliensteorien (Borge 2016, Kvello 2015) har lært oss at resiliens ikke fremmes ved å stå alene som et løvetannbarn, men at trygg sosial tilknytning til en eller flere nære personer er sentralt. Ser vi dette argumentet i kombinasjon med den tilknytning- og narrativbaserte tilnærmingen, som stadfester at avhengighet til andre mennesker er en rammefaktor for robust psykisk helse (Vetere 2019), kan man argumentere for at tillitsforhold i familiesystemet er en forutsetning for resiliens hos barn. At familierapi har egenskapen til å tilrettelegge og jobbe under disse forholdene hersker det liten tvil om. Behandlingsmetoden forbedrer evnen til refleksjon, og den forbedrer evnen til kommunikasjon. Begge disse er sentrale faktorer for gjensidig tillit og trygghet i samspillet mellom foreldre og barn. Dette sammenfaller med resultatene fra undersøkelsen, som belyser at det å være en del av et familiesystem i seg selv er en beskyttende faktor. Sammenligningen med svanene som trekker sørover i formasjon illustrerer det både Martin og teorien sier om hva en trygg og harmonisk familie kan gjøre for barnet. Et slikt familieforhold kan skape gode mestringsstrategier for barnet og styrke barnets selvbylde. Dette forteller teorien at er en forutsetning for å utvikle resiliens hos barn (Kvello 2015). Man kan derfor argumentere for at selve tilnærmingen som familierapien benytter bidrar til å fremme resiliens hos barn, om enn indirekte.

Resultatene viser også at familierapien ikke bare tenker systemisk mot familien alene, men også en bredere systemisk perspektiv. Skole og barnehagen er eksempler på andre systemer rundt barnet som kan understøtte de positive endringene som familierapien gir.

Resiliensteorien (Borge 2016) henviser til at barnet kan ha god støtte av personer som ikke er direkte tilknyttet nær familie. Et samarbeid med skolen som har en forståelse av barnets situasjon vil dermed kunne føre til et bedre møte på barnets mestringsstrategier.

Basert på familierapi teorien (Lorås 2019, Kvello 2015, Borge 2016) og denne undersøkelsens resultater så oppfattes det at familierapien bidrar til utvikling av resiliens hos barn både direkte og indirekte, og både bevisst og ubevisst. Videre viser resultatet fra

undersøkelsen påpeker at det er varierende forståelse og kunnskap rundt resiliens blant familierapeutene, og det er variasjon i hvor mye de reflekterer om resiliens i forbindelse med deres arbeid. Resultatene tilsier også at det er stor variasjon i hvor mye resiliens har vært vektlagt innen utdanning i familierapi. Dette samsvarer med teorien innenfor familierapi, som omtaler flere faktorer innad i terapien som viser seg å kunne fremme resiliens hos barn, men det fremstår ikke som om dette er et bevisst fokusområde (Lorås 2019, Kvello 2015, Borge 2016).

### **5.3 Endring av kurs**

Resultatene fra undersøkelsen viser at familierapien hjelper familiene med endring av negative relasjonsmønster slik at det blir en bedre balanse innad i systemet.

Familierapeutene omtaler dette som at behandlingsprosessen vil gjennom små endringer bidra til at familien staker ut en ny kurs. Endringene som familien gjør under selve behandlingen gir sjelden en stor effekt der og da, men en liten kursendring vil ha stor innvirkning på sikt.

Resultatene belyser at familierapeutene i noen tilfeller ser endringer hos barnet under selve behandlingen gjennom endret adferd. Dette sees på som en konsekvens av arbeidet med foreldrene og familiesamspillet. Likevel framkommer det i forskningen (Borge 2016) at prosessen knyttet til utvikling av resiliens har en forsinkende effekt. Det vil si at tiltakene som iverksettes i familierapien, og som vil kunne fremme resiliens hos barn, ikke nødvendigvis fanges opp under selve behandlingen. Med utgangspunkt i dette kan man tenke seg at de endringene som ikke familierapeutene ser umiddelbart, heller ikke er påbegynt. Dette sammenfaller med observasjoner fra studien. Disse peker på at mindre endringer, som skapes under familierapien kan bli til en ny og forbedret langsiktig kurs for både familie og barn. Samtidig vil dette også kunne bety at de tiltakene som kan bidra til å fremme resiliens hos barn, enten direkte eller indirekte, kan være i gang uten at familierapeutene er klar over det. Dette er viktig forståelse og kunnskap for en terapeut som eventuelt har fokus på å fremme resiliens hos barnet under familierapi. For det er jo ikke nødvendigvis slik at familierapi virker saliggjørende i alle sammenhenger.

Resultatene viser at familierapien også møter utfordringer. Familierapeutene kan oppleve tvil under behandlingen, og reflekterer om verktøyene og handlingsfriheten de har til disposisjon er nok for å kunne hjelpe den enkelte familie. Resultatene får frem at BUP, som

har barnet som hovedfokus, i noen tilfeller kan stå noe lammet dersom man får indikasjoner på at mor eller far har psykisk vansker. Behandlingsprosessen kan i disse tilfeller være preget av dårlig kommunikasjon og et rigid mønster. Under disse omstendighetene vil ikke BUP ha rettigheter for å gripe inn i foreldrenes situasjon annet enn at de kan rådføre foreldrene og familien om så søke behandling. Eventuelt kan de benytte andre instanser dersom det knyttes en bekymring for barnet, eksempelvis barnevernet.

Til tross for dette viser resultatene i denne studien at det vil allikevel ha mer for seg å jobbe med hele systemet enn bare barnet. VOP knytter sine utfordringer rundt at familiene kan bære på utfordringer som er for komplisert eller hvor mønsteret er for satt. Resultatene viser at i disse tilfeller kan belastningen være så fastlåst at de ikke klarer å nå inn til foreldrene og dermed heller ikke indirekte til barnet. Men igjen, resultatene fra undersøkelsen baseres på familieterapeutenes refleksjoner i nåtid. Eventuelle endringer som er skapt i terapien er ikke nødvendigvis visuelle eller påbegynt.

Resultater fra studien viser at det er bekymring for at samfunnet rundt familien har et for stort fokus på individet. Undersøkelsen er videre tydelig på at det er usikkerhet knyttet til hvordan den positive innvirkningen familieterapien har på barn vil opprettholdes på sikt. Bekymringene har utgangspunkt i et mangelfullt behandlingsapparat i lokalhelsetjenesten, som kan støtte opp under de endringene og tiltakene som har vært sentrale for familien under behandlingen.

I denne sammenheng er det naturlig å tenke at familieterapien fremstår som et svakt ledd i utvikling av resiliens hos barnet, fordi familieterapi som metode ikke praktiseres ved helseavdelinger som kan gi varig oppfølging. Borge (2016) omtaler at det er relativ få bekymringer i den store majoriteten av barnefamilier i dag, men samtidig er det ikke nødvendigvis sammenheng mellom at mer velferd gir utslag i færre barn med psykiske problemer. Resultatene fra undersøkelsen tilsier at det ikke er en helhetlig rød tråd i behandlingstilbudet for familier. Det er heller ingen automatikk i at relasjonelle utfordringer i familiesystemet fanges opp i etterkant av at en familie har vært til familieterapeutisk behandling. Evnen til ettervern av positive endringer, som er skapt i familieterapien, medfører dermed en risiko for at familier faller tilbake på «gamle synder». Det vil i seg selv kunne ha negativ innvirkning på resiliensutvikling hos barn.

## 6 Konklusjon

Familieterapi kan bidra med å fremme resiliens hos barn på flere måter. I utgangspunktet er familieterapi en behandlingsform som retter seg inn mot familiesystemet og familiens relasjonelle interaksjon. Terapiformen er i så måte ikke rettet direkte mot behandling av barn. Behandlingen har imidlertid flere forhold som kan påvirke utvikling av resiliens hos barn positivt. Behandlingsmetoden tilbyr en arena hvor barna kan få informasjon, veiledning, kunnskap og forståelse om foreldres lidelser, og familiens situasjon. Å etablere denne forståelsen hos barn er direkte utviklende for barnas resiliens. I tillegg vil psykoedukasjon bidra til indirekte utvikling av barns resiliens gjennom tilpasset veiledning av foreldre på deres individuelle og familierelasjonelle behov. Familieterapi hjelper dermed foreldre, uavhengig av egen situasjon til å bli bedre i stand til å ivareta foreldrerollen for sitt barn. I tillegg bidrar behandlingsformen til forbedring av foreldrenes parforhold. Dette er en sentral faktor for barns resiliensutvikling. Psykoedukasjonen i kombinasjon med strukturell tilnærming styrker barnets selvbilde og mestringsfølelse. Derfor er psykoedukasjon direkte utviklende for barnets resiliens. Gjennom familieterapi tilrettelegges emosjonell forståelse, omsorg, tillit og trygghet i både tanker og følelser i familiens samspill, og familieterapien bidrar dermed til å legge forholdene til rette for indirekte utvikling av resiliens for barn, og reduksjon av risikofaktorer for fremtidig psykisk lidelse. Derfor er det sannsynlig å anta at behandlingsformen har potensiale til å bidra ytterligere i et barns resiliensutvikling ved økt fokus på denne tematikken blant familieterapeuter.

Å belyse forhold knyttet til hvilken effekt familieterapi kan gi i helsetilbudet kan bidra til å utvikle fagfeltet videre. Ser vi dette opp mot argumentet om at familieterapien er på vikende front sammenliknet med individuelle behandlingstilbud, er det interessant å forske på den langsiktige effekten av familieterapien, og om denne behandlingsformen kan være forebyggende for fremtidige individuelle behov for terapi.

## Referanseliste

- Aambø, A (2019), *Løsningsfokusert familierapi*, i Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red), Bergen: Fagbokforlaget
- Borge, A (2016). *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carr, A (2019). *Forskning på familierapi*, Håndbok i familierapi, Bergen: Fagbokforlaget
- Cooklin, A (2013). *Promoting children's resiliens to parentes mental illness: engaging the child's thinking*, Advances in psychiatric treatment, vol. 19
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Flon, H (2019). *Hva er familierapi?* I Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red). Bergen: Fagbokforlaget
- Forrow, J & Faller, G (2019). *Emosjonsfokusert familierapi*, i Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red). Bergen: Fagbokforlaget
- Foster, K, O'Brien, L og Korhoen, T (2012). *Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach*. International Journal of Mental Health Nursing. 21, 3-11.
- Gadamer, HG (2010). *Sannhet og Metode*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Kvale, S & Brinkmann, S (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndverk*. (3utg.). København, Hans Reitzels Forlag.
- Kvelling, Ø (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lester, P et.al (2013). *Psychological Health og Military Children: Longitudinal Evaluation of a Family-Centered Prevention Program to Enhance Family Resilience*. Military Medicine, Vol.178, 8:838 August 2013.
- Lorås, L, Ness, O, (2019). *Håndbok i familierapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorås, L og Stokkebekk, J (2019). *Familierapeutene mangler*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side 683-685
- Madigan, S og Nylund, D (2019). *Narrativ familierapi*, i Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red), Bergen, Fagbokforlaget
- Michaelsen, H C (2019). *Strukturell tilnærming til familierapi*, i Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red), Bergen: Fagbokforlaget
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.



Saltzman, W R, et.al (2011). *Mechanisms of Risk and Resilience in Military Families: Theoretical and Empirical Basis of a Family-Focused Resilience Enhancement Program*. Clin Child Psychol Rev. 14:213-230

Saltzman, W.R (2016). *The FOCUS Family Resilience Program: An Innovative Family Intervention For Trauma and Loss*. Family Process, 55:647-659

Selbekk, R (2007). *Bruk av metaforer: Et narrativt perspektiv på terapi*, Psykologitidsskriftet, hentet 30.03.2021, <https://psykologitidsskriftet.no/fra-praksis/2007/11/bruk-av-metaforer-et-narrativt-perspektiv-pa-terapi>

Steinholm, J (2015). *Narrativ praksis: en annerledes fortelling fra NAV*, Fontene forskning, hentet 30.03.2021, <https://fontene.no/fagartikler/en-annerledes-fortelling-fra-nav-6.47.293446.79a5ab270d>

Thagaard, T (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vetere, A (2019). *Tilknytnings- og narrativbasert familierapi*, i Håndbok i Familierapi, Lennart Lorås og Ottar Ness (red), Bergen: Fagbokforlaget

Waaktaar, T & Christie, H (2008). *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

# Vedlegg 1

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Langtidseffekt av familierapi”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en utvidet kunnskap om familierapiens langtidseffekt hos barn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Jeg, XXXXX XXXX, er en student fra Universitetet i Tromsø som i løpet av studieåret 2020/2021 skal skrive en masteroppgave i psykisk helse. Jeg ønsker å undersøke rundt tematikken ved barnas langtidseffekt av familierapi, og min problemstilling er:

*” Hvilke tanker har familierapeuter om langtidseffekten av familierapi hos barn?”*

Menneskelige relasjoner og familierapiens effekt har lenge vekket min interesse. Selv har jeg tynn erfaring fra dette feltet, men jeg har fått delta i korte perioder innen behandling både som terapeut og som student under masterstudiet, noe som også har vekket et større engasjement i meg.

Slik jeg har forstått det handler familierapi om å styrke både enkeltindividet og familiens mulighet til å fungere i dagliglivet og bli bedre rustet til å håndtere familiens belastninger. Derimot er ikke familierapi bare rettet mot hjelp ved samspillvansker, men tilnærmingen er også med å mobilisere sosialstøtte og en motstandskraft. I dag oppleves det at familierapi må vike plass for en mer individualisert og diagnostisk behandling. Behandlingstiden kortes ned, og midler fra staten reduseres. Jeg undrer meg over hva konsekvensene er for dette? Min jobb i dag er rettet mot individuell terapi og kognitiv metode, og pasientgruppen jeg møter sliter i hovedsak med diagnosene depresjon og angst. Mine erfaringer er at nettverket/pårørende og relasjonen pasienten har til disse er en viktig og sentral del av samtalene i terapien. Videre ser jeg også ofte en fellesnevner hos pasientens bakgrunnshistorie hvor deres barndomsfamilie bar på livsutfordringer av blant annet relasjonelle og kommuniserende karakter.

I min tid som student innen familierapi slo det meg at noen av de barna jeg møtte til behandling hadde de samme fellesnevnerne som de voksne jeg møter i den individuelle terapien, men forskjellen var at deres familie samlet fikk muligheten til å løse problemene i fellesskap med de som sto nærmest med familierapi.

Helse Nord opplever i dag en økende venteliste innen psykisk helse. Jeg undrer meg om dersom familierapi ville fått en motvekt mot «individfokus», ville da etterspørselen og ventelisten vært like stor på individualistisk og diagnostisk behandling i fremtiden? Har barna jeg møtte i familierapien en mindre risiko for et behov for individuell behandling i en senere tid fordi deres familie fikk familierapi? Vil det være med på å styrke en motstandskraft og resiliens for familiens medlemmer?

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Tromsø, det helsevitenskapelige fakultet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å intervju helsepersonell som har erfaringer med å jobbe familierapeutisk.

I intervjuet vil jeg stille spørsmål som får frem familierapeutens egne erfaringer, beskrivelser og oppfatninger, og hva de anser som sentrale faktorer for barnas effekt av familierapi.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom noen ønsker å stille til intervju, kommer jeg til å forsøke å gjennomføre intervjuet ansikt til ansikt. Covid-19 tiltak og smittevern retningslinjer vil bli ivaretatt. Dersom situasjonen rundt covid-19 skulle tilsi at et fysisk intervju ikke vil være mulig, ønsker jeg i stede å gjennomføre et digitalt intervju.

De familierapeutene som ønsker å stille til intervju vil i forkant av intervjuet motta en intervjuguide bestående av tema og spørsmål som skal gjennomgås.

Intervjuet vil vare rundt 45 minutter, og jeg ønsker å be om å få ta opp samtalen på lydopptak. Lydopptakene vil slettes etter at intervjuene er transkribert, og frem til da vil opptakene bli behandlet konfidensielt. All data vil bli anonymisert, og i den ferdige oppgaven vil det ikke være mulig å kjenne igjen terapeuter eller intuisjon de tilhører.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Under forskningen vil det være jeg og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Videre vil

det sikres at uvedkommende ikke får tilgang til opplysningene. Dette vil gjøres ved at kontaktopplysningene vil erstattes med en kode, samt at disse kodene og datamaterialet oppbevares separert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 5.mai 2021, og da vil all datamateriell bli slettet. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

XXXXXX XXXXXX, telefonnummer xxxxxxxx eller e-post: [xxxxxxx@hotmail.com](mailto:xxxxxxx@hotmail.com).

Dere kan også ta kontakt med veileder for masteroppgaven Maria Bakland på e-post: [maria.bakland@uit.no](mailto:maria.bakland@uit.no)

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no) og telefonnummer 976 915 78.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

XXXXXX XXXXXX (Student)

Maria Bakland (Veileder/Prosjektansvarlig)

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.  
Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak
- å delta i et digitalt intervju med lydopptak. (Dersom covid-19 og smittevern tiltak påvirker et fysisk intervju)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

I denne undersøkelsen skal vi konsentrere oss om hvilke tanker/hypoteser familieterapeuter sitter med i forhold til at deres terapi form bidrar til en langsiktig effekt hos barnet som er pårørende av den psykiske syke.

Min problemstilling er: Hvilke tanker har familieterapeuter om langtidseffekten av familieterapi hos barn?

### **Intro:**

- 1) Hvorfor valgte du familieterapeut yrket?
- 2) Hva er din utdanningsbakgrunn?
- 3) Hvor lenge har du jobbet som familieterapeut?

### **Familieterapi:**

- 4) Hva mener du familieterapi handler om?
- 5) Hvilke tanker har du om familieterapiens effekt på den enkelte individ i familien?
- 6) Hvilke tanker har du om familieterapiens effekt på familiesamspillet?
- 7) Hvilken tilnæringsmåte er mest brukt?
  - a. Hvilke kriterier er med på å velge tilnærmingen?

### **Resiliens:**

- 8) Er du kjent med begrepet resiliens og motsandsdyktighet?
- 9) Hvilke sammenhenger ser du imellom resiliens og familieterapi?
  - a. Har det vært et tema under familieterapiutdanningen?
- 10) Hvilke erfaringer har du rundt å fremme resiliens hos barna under behandlingen av familien?
- 11) Hva gjør du/dere for å tilrettelegge for dette i familien?

### **Langtidseffekt av familieterapi:**


- 12) Hva legger du i begrepet langtidseffekt?
- 13) Hva er dine tanker rundt langtidseffekt av familieterapi hos barna?
- 14) Hva anser du er den/de viktigste faktorene i familieterapien som bidrar til fremtidig resiliens for barnet?
- 15) Hvilke effekter av terapien erfarer du hos barna under selve behandlingsperioden?

16) Hvilke utfordringer anser du familiene har med å vedlikeholde effekten etter selve behandling.

17) Har du noen ganger tvilt på familierapiens effekt hos barn? Hva ligger eventuelt bak dine tanker om dette?

# Vedlegg 3

## NSD sin vurdering

 Skriv ut

### Prosjekttittel

Mastergrad innen Psykisk Helse

### Referansenummer

251773

### Registrert

25.11.2020 av [redacted]@uit.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Maria Bakland, maria.bakland@uit.no, tlf: 91695406

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

[redacted]

### Prosjektperiode

08.01.2021 - 05.05.2021

### Status

03.12.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 03.12.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.12.20, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.21.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må også være forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om du avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål



- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Microsoft Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

