

MASTEROPPGAVE

Hvordan bruke livshistorie som terapi?

En studie av ulike terapeuter som har brukt livshistorie som terapi i sitt arbeid, og personer som har benyttet seg av livshistorie som terapi.

Antall ord: 31280 ord.

Utarbeidet av:

Anette Nilsen, juni 2014.

Fag:

Master i psykososialt arbeid

Avdeling:

Avdeling for helsefag



FORORD

Sommeren 2012 søkte jeg om plass på det nyetablerte masterstudiet psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold, da hadde jeg nettopp fullført videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Så gleden var stor da jeg fikk plass på masterstudiet i Fredrikstad, og jeg kunne fortsette å fordype meg enda mer i mitt interessefelt.

Jeg vil benytte denne spesielle anledningen til å takke de som har gjort dette masterprosjektet mulig. Først og fremst vil jeg takke informantene i undersøkelsen min, som har bidratt med spennende innsikt i temaet for oppgaven. Uten dem hadde ikke denne undersøkelsen vært mulig. Takk for at dere delte deres kompetanse. Jeg vil også takke min veileder, Bjørn Roald Larsen, uten hans veiledning ville nok denne prosessen ha vært mye tyngre. Han har kalt en spade for en spade, og det er en god egenskap hos en veileder, mener jeg. Da vet man hvor man står, og det har gitt meg god motivasjon i framdriften for masterarbeidet. Takk til alle mine medstudenter og lærere ved masterstudiet, dere har gjort studietiden til en opplevelse, og et minne for livet. Takk til Rica City Hotell Fredrikstad som har gitt meg gode rabatter på overnatting, og gitt meg god komfort ved oppholdene mine i Fredrikstad. Takk til min arbeidsplass ved ungdomspsykiatrisk, UPH, i Helse Førde, som har vært fleksible og behjelpelige ved bytting av vakter når det har vært nødvendig i forhold til gjennomføring av studiet. Takk til bibliotekarene ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, i Førde, som har vært hjelpsomme i å skaffe den litteraturen jeg har trengt i oppgaven. Takk til Fagforbundet, som har gitt meg litt stipend i denne perioden, det har vært et godt bidrag i denne tiden. Takk til Linn Beate Årnes, Guro Lian og Torill Anseth som har vært korrekturlesere. Ellers vil jeg takke Heidi Ødemark og Bente Nilsen for lærerike samtaler i forkant av studiet. En stor takk til Audhild Karlsen, du er en inspirasjonskilde. Og ellers takk til alle som har gitt meg engasjert tilbakemelding og støtte i denne prosessen det har vært å skrive en masteroppgave.

Og sist, men ikke minst vil jeg takke foreldrene mine, som har vært barnevakter for ungene mine, da jeg har pendlet mellom Sogn og Fjordane og Østfold i perioder, uten dem hadde ikke dette studieforløpet vært praktisk gjennomførbart.

Abstract

This is a master in psychosocial work which is based on a qualitative study, relevant research and literature. The question I want to answer in this paper is: *“How to use life story in therapy?”* To answer this question I interviewed four therapists who employ life stories as a form of therapy in their work, and two clients who used their life story as therapy. A considerable number of people who have experienced significant adversity in their lives may not cope in dealing with those adversities on their own. In such cases, it may be helpful to use therapy. Therapy, in terms of psychotherapy, is usually defined as the treatment of mental disorders and problems using psychological methods. By sharing a subjective life story in therapy, it is possible to find a purpose in life and grow on the basis of the client’s own experiences. The aim of telling a life story is that clients will experience recognition, participation and self-understanding. In the first meeting with the client the therapist often encounters the problem story and the meaning the client attributes it. These stories are often called “thin stories”, and they give no room for life’s complexity. Psychotherapy is a systematic conversation-based therapy aimed at relieving symptoms, improving coping skills and functioning. Awareness and change are goals in therapy, and the greatest benefits are realised by clients when they desire to change. The personal change process is about changes in the way they view themselves. Personal awareness occurs when clients notice and reflect on what they do, how they react in different situations and what feedback they get from others. It is important to be aware that it is people’s perceptions of reality that controls their actions. The clients bring with them their experiences from their own lives, and therefore it is important that therapists focus on how clients can contribute to creating the desired change. For without the client’s effort to cope with life outside the therapy room, there will be no change. In a therapeutic course the therapist attempt to map the client’s life story, and together they seek to prepare a “thick description“ of the client’s life story. Many therapists use life stories as therapy, both individually and in groups, depending the required application. The most important therapeutic instrument in therapy is the relationship between therapist and client. It is important that the relationship is characterized by safety, openness and acceptance. The relationship is to be founded on a basis of trust and respect if it is to be effective. It has been shown that relational factors, interventional procedures, client’s level of involvement and therapists influence affects the outcome of the therapy. Skilled therapists have acquired knowledge, skills and experience through reflective practice of work. Such

knowledge can be used in ways that give room for deep understanding of the client, their issues, and a knowledge base for interactive processes with the client.

Sammendrag

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid, og den er basert på en kvalitativ undersøkelse, og relevant forskning og litteratur. Problemstillingen jeg har valgt for denne oppgaven er: «*Hvordan bruke livshistorie som terapi?*». For å gi svar på denne problemstillingen har jeg intervjuet fire terapeuter som bruker livshistorie som terapi i sitt arbeid, og to klienter som har benyttet seg av livshistorie som terapi. Det er mange som har opplevd mye vanskelig, som det kanskje ikke er så lett å håndtere på egenhånd. I slike tilfeller kan det være nyttig å benytte seg av terapi. Terapi, i form av psykoterapi, defineres vanligvis som behandling av psykiske lidelser og problemer, ved hjelp av psykologiske metoder. Gjennom å dele sin subjektive livshistorie er det mulig å finne en mening med livet, og vokse på bakgrunn av de erfaringene man har med seg. Målet med å fortelle sin livshistorie er at klienter skal oppleve anerkjennelse, delaktighet og selvforståelse. I det første møtet med klienten støtter terapeuten gjerne på problemhistorien, og den mening klienten tillegger den. Disse historiene blir gjerne kalt «tynne historier», og de gir ikke rom for livets kompleksitet. Psykoterapi er en systematisk samtalebasert terapi som sikter mot å lindre symptomer, bedre egen mestring og øke funksjonsevnen. Bevisstgjøring og endring er mål i terapi, og for å ha nytte av terapi må klienten ville endre seg. Personlige endringsprosesser handler om en forandring i synet på seg selv. Personlig bevisstgjøring skjer ved at klienter legger merke til og reflekterer over hva de selv gjør, hvordan de reagerer i ulike situasjoner og hvilke tilbakemeldinger de får fra andre. Det er viktig å være klar over at det er menneskers egne virkelighetsoppfatninger som styrer ens handlinger. Klientene bringer med seg sine erfaringer fra eget liv, og derfor er det viktig at terapeuter fokuserer på hvordan klienter selv kan bidra til å skape ønsket endring. For uten klientenes innsats for å mestre livet utenfor terapirummet, skjer det ingen endring. I et terapeutisk forløp kartlegger terapeuten livshistorien til klienten, og prøver å utarbeide «tjukke beskrivelser» av livshistorien. Mange terapeuter benytter livshistorie som terapi både individuelt og i gruppe, alt etter hva formålet med terapien er. Det viktigste terapeutiske virkemiddelet i terapi er relasjonen mellom terapeut og klient. Det er viktig at relasjonen er preget av trygghet, åpenhet og aksept. Relasjonen må være bygd på tillit og respekt. Det viser seg at relasjonelle faktorer, intervensjonsprosedyrer, klienters grad av delaktighet og terapeuters innflytelse påvirker resultatet av terapien. Dyktige terapeuter har tilegnet seg kunnskap, ferdigheter og erfaringer gjennom reflektert utøving av arbeidet. Slik kunnskap kan tas i bruk på måter som gir rom for dyp forståelse av den enkelte klient, klientens vansker, og være en kunnskapsbase for samskapende prosesser med klienten.

Innhold

Forord

Abstract

Sammendrag

INNLEDNING.....	8
Bakgrunn og problemstilling.....	8
Begrepsavklaring og avgrensning.....	12
TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	16
Fenomenologi.....	17
Hermeneutikk.....	18
Det narrative perspektivet.....	19
Sosial konstruksjonisme.....	21
Det biopsykososiale perspektivet.....	22
Det salutogene perspektivet.....	23
UNDERSØKELSEN – VALG AV METODE OG DESIGN.....	25
Det kvalitative intervjuet.....	26
Valg av intervjupersoner.....	27
Intervjuguiden.....	29
Forskningsetikk.....	30
Gjennomføring av intervjuene.....	33
Materialet.....	33
Transkribering og sitater.....	34
Undersøkelsens validitet og reliabilitet.....	34
Validitet.....	35
Reliabilitet.....	36
Metodiskrefleksjon.....	36
HVORDAN BRUKE LIVSHISTORIER SOM TERAPI – PRESENTASJON AV FUNN.....	38
Hvordan ulike terapeuter bruker livshistorier som terapi i sitt arbeid.....	40
Ulike terapeuters definisjon av begrepet «livshistorier».....	41
Ulike terapeuters erfaringer med bruk av livshistorier som terapi i sitt arbeid.....	43
Ulike terapeuters beskrivelse av et typisk terapeutisk	

forløp, der livshistorier er i fokus. Fra personen tar kontakt til terapien er avsluttet.....	47
Ulike terapeuters erfaring med bruk av livshistorier som individuell terapi og som gruppeterapi.....	53
Ulike terapeuters beskrivelse av terapeutiske virkemiddel ved bruk av livshistorier som terapi.....	56
Ulike terapeuters erfaringer med effekten av å bruke livshistorier som terapi.....	64
Klientene – de som benytter seg av livshistorier som terapi.....	69
Noen eksempler på klienters livshistorier – livshistorier fortalt i terapi.....	70
Noen klienters erfaringer med å bruke livshistorier som terapi. Hvilke effekt har livshistorier som terapi?.....	73
KONKLUSJON.....	81
Litteraturliste.....	83
Vedlegg.....	86
Godkjenning fra NSD.....	87
Informasjonsskriv.....	89
Samtykkeerklæring.....	90
Intervjuguide.....	91

INNLEDNING

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid, og det er et resultat av min deltakelse på et masterstudium i psykososialt arbeid - helse og sosialfaglig yrkespraksis, ved Høgskolen i Østfold. Beskrevet i studieplanen for masterstudiet innebærer psykososialt arbeid:

«...en helhetlig og inkluderende tilnærming. Hvert enkelt menneske er en person som er mer enn sin lidelse, diagnose og situasjon. Menneskelige problemer er komplekse og mangetydige. De oppstår og henger sammen med mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold og krever å bli møtt med både psykologiske, sosiale, medisinske og biologiske forståelsesformer. Å arbeide psykososialt betyr å kunne identifisere kunnskap som mer enn teori, og vurdere hvordan kunnskap utfolder seg og utvikles sammen med andre i situasjoner og kontekster preget av makt og avmakt» (Høgskolen i Østfold, 2012).

Jeg hadde dette i bakhodet da jeg valgte tema for denne oppgaven. Jeg har stor interesse av å lære mer om livshistorienes innflytelse på menneskers liv, og det var grunnen til mitt valg av tema. Negative livshistorier kan begrense mange områder av menneskers liv, og jeg synes det er spennende å se hvordan mennesker for eksempel greier å bryte med dominerende negative historier, og få økt innflytelse over sitt eget liv.

Innledningskapittelet for denne masteroppgaven, er en introduksjon til bakgrunn, problemstilling, begrepsavklaringer og avgrensninger for denne masteroppgaven. Definisjon av aktuelle begreper vil ligge som et bakteppe for den dybdeinformasjonen som ble fremskaffet gjennom intervjuene jeg foretok. Deretter kommer en redegjørelse av oppgavens teoretiske perspektiver. I metodekapittelet redegjør jeg for valg av design og fremgangsmåte for undersøkelsen, som er utgangspunktet for oppgaven, og hvordan dette også er styrende for funnene. Vitenskapsteori og aktuell forskning, som jeg beskrev i kapittelet om teoretiske perspektiver, forklares og drøftes opp mot funnene i kapittelet som handler om undersøkelsen, der jeg presenterer valg av metode og design. Funnene presenteres og analyseres fortløpende. Avslutningsvis vil jeg presentere oppgavens konklusjon.

Bakgrunn og problemstilling

Det er mange som har opplevd mye vanskelig, som kanskje ikke er så lett å håndtere på egenhånd. I slike tilfeller kan det være nyttig å benytte seg av terapi. Vi mennesker kommer av mange grunner opp i situasjoner der vi kan ha behov for støtte til å finne en vei videre. Mange mennesker tror at problemene de har i livet avspeiler deres egen identitet, og at problemene er innebygd i dem selv. Mange tror at de faktisk er problemet. Den som har

problemer kan oppfattes som «håpløs», «slem» og så videre. Disse konklusjonene og kategoriene har som konsekvens at de bryter ned folks selvfølelse, i det disse menneskene beskrives som svake, udugelige, dysfunksjonelle eller utilstrekkelige (White, 2007, s.14).

For uten videre blir kategoriene til problembeskrivelser knyttet til menneskers identitet. Man opprettholder selv en problemfylt beskrivelse av seg selv, dersom man gjentar negative historier, og ved å leve konsekvensene av dem. Som deler av en kultur blir de rammer å diskutere eller forstå sosiale eller menneskelige fenomener gjennom, ett sett med briller som setter rammer og grenser for hvordan vi kan forstå oss selv og det som skjer med oss. Identitet kan bli forstått som et sosialiseringprodukt, der diskursene er de kulturelle ressursene som er tilgjengelige for oss når vi skal forsøke å skape mening og sammenheng i hvem vi er, og hvor vi hører hjemme. De internaliseres gjennom historiene vi forteller om oss selv, og blir vår selvforståelse. I tillegg til diskurser hører også en rekke normative forventninger om hvordan livet bør se ut, og dette blir sett på som sannheter (Johansen & Torsteinsson, 2012, s. 199-202).

Som beskrevet i studieplanen innledningsvis, er menneskelige problemer komplekse og mangetydige (Høgskolen i Østfold, 2012). Problemer kan ha mange og sammensatte forklarings- og løsningsmuligheter (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 107). Dessuten er det også slik at hva som fremstår som et problem er betinget av den posisjonen man betrakter verden fra, de begrepene og kategoriene man tenker, tolker og sorterer med, og de rammene og horisontene man orienterer seg innenfor (Kirkengen, 2009, s. 39). Det som opprinnelig virker problemfylt, vanskelig å hankses med, mangelfullt eller sykt, kan være en invitasjon til omgivelsene om nysgjerrig og kreativt å forholde seg til hvordan man best kan bidra til å utvikle uante muligheter (Hertz, 2011, s. 9).

I det første møtet med klienten støter gjerne terapeuten på problemhistorien, og den mening klienten tillegger den (White, 2007, s. 14). Dette kalles «tynne beskrivelser». Disse beskrivelsene gir ikke rom for livets kompleksitet og motsetninger dersom andres fortolkninger av deg som person blir for dominerende, blir det ikke plass til deg selv å sette ord på den mening du tillegger dine handlinger. I psykiatrien kan en diagnose bli sett på som en «tynn beskrivelse» av en pasient. En person som er underkastet en posisjon er ikke lenger en aktør i eget liv, men en passiv mottaker av en gitt posisjon. Historier som konstrueres rundt negative plott og identitetskonklusjoner kalles innen det narrative paradigmet for «tynne

historier». Problemet med tynne historier og identitetskonklusjoner er at de preger mennesker, slik at de blir ute av stand til å handle hensiktsmessig i eget liv. I slike situasjoner er det mange som tar kontakt med en terapeut, og starter i terapi (Payne, 2011, s. 58-59).

For mange kan det fortsatt være et tabu å søke hjelp og gå i terapi, uansett om det er for lettere problemer eller psykiske lidelser. Det historiske bakteppe er en stor grunn til dette. Historisk sett, ut i fra pasienters perspektiv innen psykiatrien, har pasienter med psykiske lidelser eller psykiske problem blitt utsatt for en objektivring. Det som skjedde var at pasientene ikke ble anerkjent som et likeverdig medmenneske. Dette resulterte ofte i at pasientene ble mistrodd, og det kunne ofte oppleves som et angrep på ens verdighet som menneske. De som hadde psykiske lidelser ble utstøtt og utsett for institusjonalisering (Ekeland, 2011, s. 9-15).

Men i kjølevannet av Opptappingsplanen for psykisk helse (St .meld nr. 25 1996-97) og St.prp nr. 63 (1997-98), kom det et perspektivskifte. Målet ble nå deltakelse for alle i samfunnet, integrering og medborgerskap. Det ble nå fokus på individualisering, normalisering og den enkeltes ønsker, evner og behov. For eksempel ble psykiatriske pasienter nå tildelt posisjon som subjekt (Ekeland, 2011, s. 9-15).

«Å gis posisjon som subjekt innebærer i prinsippet å bli tilkjent kompetanse og forutsetninger for å kunne gjøre egne valg, ta ansvar, ha ønsker og intensjoner, og dømmekraft i forhold til egne handlinger; med andre ord kapasiteter som er konstituerende for det å være menneske. At disse kapasitetene fratas en eller blir mistrodd må med nødvendighet oppleves som et angrep på ens verdighet som menneske» (Ekeland, 2011, s. 14).

Fortsatt er psykiske lidelser forbundet med skam. Men å ha psykiske problemer betyr ikke at man er unormal, «gal» eller alvorlig sinnslidende (noen har alvorlige diagnoser, men det gjelder få av de som søker hjelp). For mange kan det være vanskelig å snakke om og innrømme at man har problemer. Mange er redd for å bli sett ned på eller ikke forstått (Arnet, 2009, s. 15-18). Et stigma blir lett det fremtredende trekket, og personen sees ikke i kraft av seg selv. Personer som stigmatiseres, nedvurderes av mange, og mange tar avstand fra dem (Johnsen, 2013, s. 118).

Samfunnet vårt, slik det speiler seg, spesielt i media, er mer enn noen gang påvirket av idealet om vellykkethet og perfeksjonisme. Mange har problem med å være åpne om sine problemer,

og mange har kanskje ikke kommet dit at de selv aksepterer at de sliter med noe. Da er det vanskelig å være åpen. Men når man har kommet dit at man vil søke hjelp, har man kommet et godt stykke i prosessen med å akseptere at man faktisk har et problem. En terapeut kan være en viktig støtte for å komme videre, både i å akseptere seg selv slik man er, med de problemene man har, og i å øve seg i å få det bedre. Kjente personer som politikerne Kjell Magne Bondevik og Odd Einar Dørum har stått frem og gitt ansikt til psykiske lidelser, og på lengre sikt betyr slike frontfigurer enormt. Psykiske problemer blir alminneliggjort, og det viser at det går an å overvinne problemene og leve et godt liv. Psykiske lidelser kan ramme alle, også ressurssterke mennesker (Arnet, 2009, s. 15-18).

Før jeg startet på undersøkelsen, som er utgangspunktet for masteroppgaven, gjennomførte jeg et forarbeid. Det første jeg gjorde var å utarbeide en problemstilling. En problemstilling er noe som vi er interessert i å undersøke. Det kan være et tema, et spørsmål eller en hypotese. Problemstillingen bidrar til å avgrense og gi retning til det videre arbeidet med undersøkelsen (Jacobsen, 2010, s. 40).

Etter en del tankevirksomhet, ble dette min problemstilling:

«Hvordan bruke livshistorier som terapi?».

Det å bruke en livshistorie i terapi innebærer at personer forteller om sine liv, og gjennom terapi og levd liv er det mulig å finne en mening med livet, og vokse på bakgrunn av de erfaringene man har med seg (Holmgren, 2010, s. 13). Jeg ønsker å vise hvordan terapeuter bruker disse livshistoriene i terapi, i praksis. Jeg vil at livshistoriene som kom frem gjennom intervjuene, skal vise hvordan det psykososiale miljøet rundt en person kan prege og påvirke personen. Jeg ønsker å få frem både klienters erfaringer og terapeuters erfaringer. Det er mange som benytter seg av terapi, av ulike årsaker, og dermed tenker jeg at mitt tema er et samfunnsaktuelt tema som er relevant for mange. I denne masteroppgaven vil jeg bruke begrepet klient, og refererer da til *«enhver person som terapeuten har et profesjonelt forhold til»* (Øvreeide, 2013, s. 17).

De som benytter seg av terapi er ikke en ensartet gruppe menneske, men en mangfoldig gruppe med mange ulike utfordringer. Som beskrevet i studieplanen er hvert enkelt menneske en person som er mer enn sin lidelse, diagnose og situasjon (Høgskolen i Østfold, 2012). I det

følgende vil de informantene som har benyttet seg av livshistorier som terapi, forklare hvorfor de tok kontakt med en terapeut.

Nina påpekte i intervjuet at hun hadde hatt en vanskelig barndom:

«I barndommen hadde jeg det vanskelig. Jeg opplevde mye mobbing. Resultatet av dette ble et lavt selvbilde. Jeg har i ettertid hatt problem med å bearbeide mine opplevelser fra barndommen. For noen år siden tok jeg kontakt med en terapeut for å styrke mitt selvbilde, og bearbeide mine opplevelser».

Mens Mona forklarte at:

«Jeg tok bruddet med mannen min ganske tungt, så jeg tok kontakt med en terapeut. Den terapeuten foreslo at jeg kunne delta på en gruppeterapi, der temaet var egenutvikling».

Begrepsavklaringer og avgrensning

I dette avsnittet vil jeg avklare hva jeg legger i de sentrale begrepene «livshistorie» og «terapi», før jeg beskriver hva slags terapeuter jeg har intervjuet. Jeg vil også kort forklare hva en terapeut er. I denne masteroppgaven har jeg valgt å bruke ordet livshistorie, også for narrativ og livsfortellinger. En historie kan henvise til en bestemt episode eller et handlingsforløp som har betydning for en person, en annen historie kan være en persons livshistorie, sett i aktørens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 165). Et menneskes historie om seg selv er en historie i første person, der personen sier noe om hvem den er, basert på sine erindringer om sin historie, sitt nåværende liv, sine roller i forskjellige sosiale og personlige sammenhenger og relasjoner til andre (Payne, 2011, s. 40). Det enkelte menneskes historie om seg selv oppstår i samspill med andre, og denne selv-andre-forståelsen er avgjørende for både utvikling og livskvalitet (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 15).

For terapeuter er menneskers historier om deres liv og relasjoner i sentrum for den terapeutiske prosess. For narrative terapeuter består historier av fire elementer: begivenheter, satt sammen i en rekkefølge, over tid og i overensstemmelse med en intrige eller et bestemt plot. En forutsetning for narrativ terapi er at mennesket er fortolkende og meningssøkende. Den meningen vi gir historien er historiens plott eller intrige. Et narrativ er som en tråd som vever sammen begivenheter og danner en historie (White, 2007, s. 181-183).

Terapi i form av psykoterapi, som jeg vil fokusere på i denne oppgaven, defineres vanligvis som behandling av psykiske lidelser og problemer ved hjelp av psykologiske metoder (Arnet, 2009, s. 26). Psykoterapi blir også brukt som et verktøy for selvutvikling. Psykoterapi er en systematisk samtalebasert terapi som sikter mot å lindre symptomer, bedre egen mestring og øke funksjonsevnen (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 22). All psykoterapeutisk behandling baserer seg på implisitt kunnskap om at endrede relasjonelle erfaringer vil føre til endring i følelser og tenkning, både bevisst og ubevisst. De fleste av våre følelsesmessige og kognitive prosesser foregår ubevisst (Ulberg, Hersoug & Knutsen, 2012, s. 131).

Men hvor kan man gå for å få hjelp med problemene? Ulike metoder og terapiformer, både tradisjonelle og alternative, kan fungere forskjellig for ulike personer, alt etter hvor man er i livet og hva slags problemer man har (Arnet, 2009, s. 5-8). Jeg har valgt å intervju fire forskjellige terapeuter for å gi et innblikk i hvordan forskjellige terapeuter bruker livshistorie som terapi i sitt arbeid.

En psykoterapeut er en som driver psykisk behandling, det kan være psykologer, psykiatere og andre terapeuter. En terapeut vil ikke servere en klient en ferdig pakked løsning på problemet. Men ved hjelp av ulike metoder og teknikker vil terapeuten hjelpe klienten til selv å finne frem til hvor veien går videre. De fleste terapeuter har samtalen som sitt viktigste verktøy (Arnet, 2009, s. 26-28). I denne oppgaven er to av informantene utdannet innen psykodynamisk psykoterapi, den ene som psykolog og den andre som psykiater. Psykologer og psykiatere kan også bli kalt psykoterapeuter. En psykiater er legeutdannet, og har i tillegg fem års spesialistutdanning i psykiatri. En psykolog har seks års utdanning innen et profesjonsstudie i psykologi ved universitetet, pluss spesialisering (Arnet, 2009, s. 45).

Den psykodynamiske tradisjonen bygger på psykoanalysen slik den ble formet av Sigmund Freud og hans medarbeidere. Freud hevdet, at mye av det vi foretar oss er ubevisst. Mye går automatisk, men bevisstheten er rede til å gripe inn dersom noe uventet skulle inntreffe. Det som er dynamisk ubevisst, derimot, er fortrent fra bevisstheten fordi det kommer i konflikt med våre bevisste verdier og holdninger. Freud mente for eksempel at seksuelle impulser som ikke står i stil til vårt vanlige selvilde, fort kan bli fortrent til ubevisste sjikt i sinnet. På den måten kan man, i god tro, benekte at man har slike impulser. Konsekvensene av å fortrenge forbudte eller uønskede impulser, drifter og ønsker er at vi for det første ikke forholder oss til dem, og for det andre at vi kan bli styrt av dem på måter vi ikke forstår. De fortrenge

impulsene kan gi opphav til symptomer. Symptomene forsvinner når fortregningen er opphevet, det vil si når det fortregnte materialet er bevisstgjort og gjennomarbeidet (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 23-24).

Freud mente også at det ubevisste utspilte seg i forholdet mellom terapeut og pasient. Overføring er pasienten sin ubevisste tendens til å tillegge terapeuten egenskaper og holdninger han kjenner fra tidligere viktige relasjoner, og forholde seg til terapeuten som om han for eksempel er en annen autoritet. Motoverføring er terapeuten sin ubevisste holdning og reaksjoner på pasienten, som også kan være uttrykk for ubevisst identifisering av pasienten med personer i terapeuten sin liv. Tolkning av overføringer og bevissthet om motoverføringer er vesentlige elementer i psykodynamisk psykoterapi (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 23-24).

Freud påviste også hvor avgjørende tidlige barndomsopplevelser kan være for den mentale helsen. Psykoanalysen har blitt utgangspunkt for mange psykoterapier som godtar de grunnleggende teoriene, men bruker andre praktiske grep. Disse terapiene kalles psykodynamiske psykoterapier (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 23-24).

Psykodynamisk psykoterapi starter med en vurderingsfase der man tar stilling til om pasienten er egnet for psykoterapi. En velegnet pasient er psykologisk innstilt, har god funksjonsevne og innstilt på å arbeide forpliktet over lang tid for å få det bedre. Pasienten må være villig til å forsøke å se seg selv og sin adferd, og jobbe med ubehagelige og vanskelige følelser. Ved å gi klienten innsikt i hva som ligger bak symptomene og måten å relatere seg på, blir det åpnet for vekst, utvikling og symptomlette. Psykodynamisk psykoterapi er en behandlingsform som krever aktiv medvirkning fra klientens side. Det legges vekt på evnen til å reflektere over egen situasjon. Utredningen krever en grundig gjennomgang av klientens livshistorie med vekt på både tidligere og nåværende viktige relasjonelle erfaringer (Malt, Andreassen, Melle & Årslund, 2012, s. 892).

En av informantene i undersøkelsen min jobber med psykodrama. I psykodrama er tanken at man oppnår innsikt gjennom handling, og tar sikte på å frigjøre fysiske og psykiske spenninger gjennom handling. Ved å gå ut av offerrollen, kan man bli hovedpersonen i sitt eget liv. Gjennom å iscenesette situasjoner fra ens eget liv, fra både fortid, nåtid og fremtid, kan man oppleve å utforske seg selv. Man får anledning til å arbeide med

mellommenneskelige relasjoner og indre konflikter ved å spille ut situasjoner og roller fra eget liv. Metoden er i utgangspunktet gruppebasert, men blir av og til brukt i parterapi og individualterapi (Arnet, 2009, s. 105-107).

Metodens grunnlegger var Jacob Levy Moreno (1889-1974). Han var utdannet psykiater, og opptatt av at mennesket formes i relasjoner med andre, og at alle spiller roller i livets teater. Moreno mente at et vesentlig dilemma for det moderne mennesket er at det har mistet troen på at det finnes noe som er større enn seg selv. Psykodrama er en terapeutisk metode, og det åndelige aspektet kommer inn dersom klienten er opptatt av det. Psykodrama kan utløse sterke følelser, men det skjer i kontrollerte former og med støttende omgivelser. Metoden har vært i bruk i Norge siden 1970-årene (Arnet, 2009, s. 105-107).

I tillegg til de mer tradisjonelle terapeuter, er det også mange alternative terapeuter som bruker livshistorier som terapi. For å gjenspeile mangfoldet av terapeuter har jeg også valgt å intervju en healer som jobber med terapi og undervisning. I boka til Audhild Karlsen (2002) blir healing beskrevet. Healing betyr å gjøre hel. Det handler om å fjerne blokkeringer og ubalanser slik at man kan bli friere og mer dynamisk. Healing betyr å få kontakt med sin indre kjerne. Det er ikke en passiv mottakende form for behandling, men en gradvis prosess der man selv medvirker og steg for steg endrer seg, sine reaksjoner og handlinger. Metodene innen healing kan variere. Healerens jobb er å være et verktøy, en katalysator, en igangsetter og en kanal til dette arbeidet (Karlsen, 2002, s. 250-267).

Som en oppsummering av dette kapittelet vil jeg trekke frem at evnen til å formidle en sammenhengende og meningsfull historie er en betydningsfull del av livet. Men dersom vi blir fanget i vårt eget perspektiv kan vi ha problemer med å se andre sider av historien. Det å få nye perspektiver kan bidra til å endre vår selvoppfatning og gjennom dette også vår adferd. For meg handler terapi om å skape mening i de allerede forankrede historiene vi har om oss selv, og gjennom dette åpne opp for muligheten til bevegelse og forandring. Gjennom å fortelle deler av egen livshistorie til andre kan alternative historier komme til syne. Jeg mener dette kan bidra til endring, og problemer kan forstås i nytt lys. Før jeg går nærmere inn på funnene i undersøkelsen, vil jeg ta for meg de teoretiske perspektivene som denne oppgaven bygger på, og relevant forskning. Dette vil jeg beskrive i kapittelet som følger.

TEORETISKE PERSPEKTIVER

Det fins mange ulike teoretiske perspektiver for vitenskap, med ulike karakteristika for blant annet kunnskapssyn og metodevalg. Hva vi kan vite, og hvordan vi skaffer oss kunnskap vil være ulikt ut fra hvilket paradigme man bekjenner seg til. Disse oppfatningene er de brillene en ser verden igjennom, og vil være overordnet de metodevalg som gjøres (Malterud, 2011, s. 42-43). I dette kapitlet vil jeg ved hjelp av ulike teoretiske perspektiver belyse hvordan man kan bruke livshistorier som terapi. Dette vil jeg gjøre med tankemessig og begrepsmessig støtte fra noen av de forskere som er blitt særlig betydningsfulle for min forståelse av hvordan man kan bruke livshistorier som terapi. Disse teoretiske perspektivene har vært veiledende i analysen av datamaterialet. I tillegg vil jeg komme inn på relevant forskning på feltet. Bruken av teorier på et felt som dette kan virke eklektiske, men når jeg skal forklare hvordan informantene opplever, forstår og føler de fenomenene jeg undersøker, kan det være fruktbart å benytte ulike teorier.

Som jeg beskrev innledningsvis står det i studieplanen at psykososialt arbeid innebærer en helhetlig og inkluderende tilnærming (Høgskolen i Østfold, 2012). Med helhetlig tilnærming mener jeg i denne sammenheng at terapeuter ivaretar klienten som et helt menneske, ut i fra alle de dimensjoner som et menneske består av. Disse dimensjonene er fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle (Helsekompetanse, 2014). Samtidig vil jeg, med med utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn, gå nærmere inn på hva helse er. Verdens helseorganisasjon definerer helse som «*en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter*» (NOU 1999: 2, 1999, s. 29). En inkluderende tilnærming i denne sammenheng mener jeg handler om at man må benytte seg av mange ulike perspektiv for å kunne legge bra til rette for godt psykososialt arbeid. Med bakgrunn i dette har jeg valgt flere teoretiske perspektiv for denne oppgaven.

Først og fremst har jeg valgt et fenomenologisk perspektiv og et hermeneutisk perspektiv. Dette på grunn av at de eventuelle funn vil være av menneskelig erfaring som er fenomenologi, og fortolkning som er hermeneutikk (Johannessen, Tuftes & Christoffersen, 2010, s. 73-88). Det står beskrevet i studieplanen at menneskelige problemer er komplekse og mangetydige. Menneskelige problemer oppstår og henger sammen med mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold, og krever å bli møtt med både psykologiske, sosiale, medisinske og biologiske forståelsesformer. På bakgrunn av dette har jeg valgt det narrative perspektivet, sosial konstruksjonisme, det bio-psykososiale perspektivet og det salutogene perspektivet som

vitenskapsteoretiske tilnæringer i denne oppgaven. Jeg mener disse samlet gir en helhetlig og inkluderende tilnærming til temaet mitt. En slik tilnærming er vesentlig i denne oppgaven, siden psykososialt arbeid, ifølge studieplanen, innebærer en helhetlig og inkluderende tilnærming (Høgskolen i Østfold, 2014). I de følgende avsnittene vil jeg kort beskrive hva de ulike perspektivene innebærer.

Fenomenologi

Selve ordet fenomenologi kommer fra gresk og betyr «*læren om det som viser seg*» (Thornquist, 2003, s. 83). Edmund Husserl som regnes som fenomenologiens grunnlegger, tok et oppgjør med den naturvitenskapelige tenkningen som var dominerende på hans tid (Thornquist, 2003, s. 83). I denne oppgaven vil jeg ha fokus på menneskers opplevelse og tanker, og dette kan knyttes til fenomenologisk filosofi som er opptatt av individets subjektive opplevelse av verden eller et gitt fenomen. I et fenomenologisk perspektiv vil en persons meningsunivers være bestemmende for hva personen faktisk gjør, og hvordan personen forholder seg til omgivelsene. Hvert enkelt sitt meningsunivers er igjen avhengig av personens erfaringer og hvilke følelser som er knyttet til disse erfaringene. I forskningssammenheng er det vesentlig å beskrive så utdypende, erfaringsnært og kontekstrelatert som mulig hvordan andre ser det.

Det fenomenet jeg undersøker er livshistorie som terapi, sett fra både terapeuter og klienters ståsted. Med utgangspunkt i en fenomenologisk forståelse av den menneskelige livsverden, har jeg inntatt en tolkende tilnærming til informantenes beskrivelse ut fra kontekst, historisk og kulturell sammenheng. I sin metodiske tilnærming skal forskeren være seg bevisst bakteppe av egne holdninger og forståelse. Bakteppe er avgjørende for hvordan vi forstår fenomenet. Jeg har forsøkt å gå åpent inn i materialet, men har ikke lagt bort mine teoretiske forkunnskaper. Mennesket møter aldri et fenomen uten å ha en forforståelse. For å forstå andre, må man først kjenne sin egen fortolkning. Alt som jeg har ervervet meg gjennom sosialisering, teori og praksis, vil danne et bakteppe for mine valg i alle faser av oppgaven. Forforståelsen er avgjørende for mine antagelser og hvordan fenomenene i det som undersøkes står i forhold til hverandre. Det er dette som danner grunnlaget for hypoteser (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2005, s. 51-52). Mine hypoteser for dette masterarbeidet var basert på mine erfaringer fra praksis, og det var en del av min forforståelse. Mine hypoteser i starten av dette prosjektet var:

- Å bruke livshistorie som terapi har en positiv effekt på de som benytter seg av det.

- Livshistorier er et nyttig verktøy i terapi.

Forforståelsen har vært viktig for utvikling av forståelse av informantenes uttalelser og for tolkning av materialet. I fenomenologien er den forståelsen som forsker og intervjuobjekt hver for seg bringer med seg helt sentral. Dette er det svært viktig at forskeren tenker over (Thornquist, 2003, s. 142). Forforståelsen min har også påvirket mine valg med hensyn til teori, litteratur og metode. Den hermeneutiske sirkel har stått sentralt i fortolkningen av funn og teori i denne oppgaven, og hermeneutikk vil bli beskrevet i avsnittet under.

Hermeneutikk

Vitenskap om mennesker og samfunn handler om meningsfenomener som må fortolkes. Det er det som kalles hermeneutikk, eller fortolkningslære. Med et hermeneutisk vitenskapssyn med utgangspunkt i psykologien, kan vi få innblikk i andre menneskers verden og verdensbilde (Nyeng, 2012, s. 45).

Fenomenologiske studier er, som tidligere beskrevet, studier om hvordan mennesker opplever ulike sider ved sin tilværelse, hvilke innhold som fyller bevisstheten, og hvordan deres tanker og refleksjoner avslører hvilke forhold som fremtrer som virkelige for dem. For å gjenkjenne et sosialt fenomen må man derfor kjenne til folks oppfatninger og motiver. Men disse viser i sin tur tilbake på de sosiale fenomenene, noe som gjør at individuelle handlinger og sosiale fenomener klargjør hverandre gjensidig. Mening med adferd bestemmes av personens egen subjektive oppfatning av hva han gjør, samtidig som denne subjektive oppfatningen er formet ut fra kollektive størrelser. Det er dette som man kaller den hermeneutiske sirkel (Nyeng, 2012, s. 48). Man er opptatt av at delene i en historie forstås i lys av helheten, og helheten forstås i lys av delene. Dette dynamiske forholdet mellom delene og helheten, kalles den hermeneutiske sirkel. Ved å gå fra del til helhet, og fra helhet til del utvikles ny forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 216-218).

Som utgangspunkt for analysearbeidet i denne masteroppgaven, og i selve fortolkningen av intervjuene og informantenes utsagn, har jeg valgt å bruke den hermeneutiske meningsfortolkning. Livshistorien til klienten vil hjelpe terapeuten til å forstå det unike ved personen. Satt sammen og tolket på en hermeneutisk måte, vil disse opplysningene gi et innblikk i personens levde liv og om hvordan personen ønsker hjelp. For slik jeg ser det er mennesket selv en hermeneutisk størrelse. Mennesket forholder seg til seg selv og fortolker

seg selv og sine handlinger. Slike selvfortolkninger må skje ut i fra den kulturen og de sosiale sammenhengene det er en del av. Mennesket er ikke en isolert og selvstendig størrelse med adferd, motiver og holdninger som kan beskrives i et nøytralt kulturavhengig språk, men det er dypt preget av kollektive forhold slik disse viser seg i ulike former for steds- og tidsavhengig sosial interaksjon. Målet er å få frem grunntrekkene som preger handlingen og samhandlingen mellom mennesker, og hvilke vilkår for forståelse som dette gir (Nyeng, 2012, s. 45-52).

Vi mennesker konstruerer historier om oss selv. Hver fortelling er fortolkende, i det vi foretar en utvelgelse, ved at vi forkaster noen årsakssammenhenger, men fremhever andre. Historiene er metoden mennesket bruker til å ordne og sortere de mange episodene og hendelsene de opplever. Følelser, inntrykk, hendelser og beskrivelser blir tildelt sin plass i den helheten der de best, med størst troverdighet, passer inn. Deler og helhet endrer seg, og får nye plasseringer eller betydninger gjennom hele livet. Mesteparten av dette «sorteringsarbeidet» foregår automatisk, og det vil si uten refleksjon. Hverdagslige hendelser tilskrives mening i sammenheng med andre hendelser, og med de personlige og kulturelle siktemålene det enkelte mennesket har (Holmgren, 2010, s. 38-39). Det å organisere erfaringer fra livene våre i historier eller narrativer er en praktisk løsning for å skape orden og mening i en verden vi ellers ville opplevd som kaotisk, overveldende og uoversiktlig. Dette bringer meg over til det narrative perspektivet.

Det narrative perspektiv

En fortelling eller et narrativ er en historie (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 229). Ordet narrativ kommer at det greske verbet *narrare*, som betyr å fortelle. Vi lærer å fortelle historier ved å delta i ulike sosiale og kulturelle settinger, og ved å se og lytte, og etter hvert å sette ord på det vi opplever. Erfaringer og hendelser blir da meningsfulle, og vi kan forstå det vi opplever (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 199-202).

«Historier er redegjørelser for hva som har skjedd med konkrete personer i konkrete kontekster, med spesifikke konsekvenser» (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 200).

Historier representerer en grunnleggende menneskelig strategi for å forholde seg til tid, prosess og endring. Narrativer er beskrivelser av hendelser som settes inn i en sammenheng og i et forløp over tid (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 199-202).

Michael White (1949-2008), som var en sosionom fra Australia og David Epston (f. 1948), psykolog fra New Zealand, har bidratt til å utvikle narrativ tenkning innen hjelpeapparatet. De rettet oppmerksomheten mot måten vi forteller livshistorien vår på. Det livet vi lever, er langt rikere og mer begivenhetsfylt enn det vi er i stand til å gjengi med språket vårt. Når vi skal fortelle om oss selv til andre er det nødvendig å velge ut. Denne utvelgelsen er vår form for historiefortelling om oss selv. Når vi har valgt oss ut en historie, er vi tilbøyelige til å leve i overensstemmelse med denne dominante historien, og vi legger til nye begivenheter som passer inn i denne. Slik «lever vi vår historie» ifølge White (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 69).

White og Epston var begge opptatt av tilskrivelse av mening, ikke som produkt, men som prosess. De hadde fokus på hvordan man lager mening av og i det som skjer. De hadde et narrativt perspektiv på terapiprosessen, og beskrev det slik:

«Vi kan ikke ha direkte kunnskap om verden; og for at livet skal ha sammenheng og mening, trenger vi å forbinde og forstå hendelser gjennom sekvenser over tid, bundet sammen i et narrativ eller en historie om hvem vi er» (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 201).

En annen side ved historiene er at de åpner for ulike perspektiver, at de ser virkeligheten gjennom en bevissthet, ett perspektiv, og at de holdningene eller verdiene som ligger i historiene er implisitte, ikke eksplisitte. Historiene rekrutterer folks egen refleksjon over hva det vil si å leve med et slikt perspektiv. Et narrativt fokus vil implisere et fokus på selvforståelse. Identitet er knyttet til de historiene vi forteller om oss selv. Å fortelle en historie om noe som har hendt, innebærer en refleksjon over hvordan det er å være meg i denne situasjonen (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 199-202).

Narrativ terapi tar utgangspunkt i menneskers behov for å finne mening i livet gjennom identitetsskapende fortellinger. I narrativ terapi ser man ikke på problemer som en del av personens karakter. Problemet blir objektivisert, og sett på som noe utenfor personen som skaper vansker for personen (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 69-70). Terapeuten arbeider ikke med klientens sykdommer, symptomer og problemer som egenskaper ved personligheten, men med deres fortellinger om problemer. Terapeuten hjelper klienten til å bearbeide fortellingen og dens virkninger slik at den mister sin problemskapende effekt i

personens liv. Med et slikt syn på klienthistorien følger vektlegging av samtaleprosessen, terapeutens tilhørrerolle og måter å lytte og stille spørsmål på for å føre fortellingen frem (White, 2009, s. 14).

Sosial konstruksjonisme

Utgangspunktet for konstruksjonismen var spissformuleringen « Kartet er terrenget», og hovedbudskapet var: «Vi konstruerer den virkeligheten vi opplever i tråd med strukturer i vårt eget system, ikke ut i fra objektive data» (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 67). Fokuset dreide seg fra interaksjon og over mot informasjon, fra menneske som handlingssystem til menneske som meningssystem. Sosialpsykologen Kenneth Gergen (f. 1935) presenterte et nytt perspektiv innenfor dette ved å fremheve betydningen av språket som meningsdannelse. Gjennom språklige utvekslinger skaper vi mennesker en felles virkelighet. Vi forhandler oss på et vis frem til hva som kan forstås som sant. Innenfor en kultur har vi et felles språk, og dette bidrar til at vi kan forklare at vi opplever en relativ stabil og lik verden. Denne retningen blir ofte kalt for sosial konstruksjonisme (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 67).

Kjernen i sosial konstruksjonismen er de tankene vi har om virkeligheten, og som styrer våre handlinger og er forankret i det samfunnet vi lever i. Disse tankene er å finne i kulturen vi tilhører, i form av diskurser som påvirker oss. En diskurs er en samtale eller en form for utveksling mellom mennesker, knyttet til et bestemt utsnitt av virkeligheten. Den innebærer resonnementer, holdninger og verdier. Vi omgir oss hele tiden med diskurser som former oss. Eksempler er temaer som skilsmissebarn, innvandrere og så videre. Vi tar til oss det som passer. Diskursene preger våre tanker og handlemåter (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 67).

På bakgrunn av selvfølgeligheten i den kulturelle forståelsen tror mennesker innenfor samme kultur at det som er kulturens antakelser, er sannhet, ikke fortolkning. Normene og idealene for det gode liv i en kultur går igjen, akkurat som beskrivelsene av hva som kategoriseres som mislykkethet. De sosiale og kulturelt konstruerte oppfatningene av det levde liv greier ikke å gjøre rede for enhver begivenhet eller hendelse som inntreffer i løpet av et liv. Det levde liv er fullt av motsigelser og hendelser som ikke enkelt kan forklares, situasjoner der man blir tvunget til å skape mening på nytt, og man blir utfordret i de allerede etablerte meninger og oppfatninger. Dette er det uforutsigbare aspektet ved livet, og det engasjerer mennesket i fortsatt å skape mening (Holmgren, 2010, s. 43).

På samme måte som de kulturelle fortellingene ikke kan redegjøre for alle livets tilfeldige omstendigheter, kan heller ikke den enkeltes identitetsfortelling forklare og skape mening av alle aspekter ved en persons liv. Når det oppstår kriser eller vanskelige eller uforutsette hendelser i livet, prøver vi å skape mening i disse hendelsene, som kanskje ikke så lett lar seg fortolke gjennom de dominerende fortellingene man har om livet. I bestrebelsene på å skape mening, tar vi utgangspunkt i den kunnskapen og de erfaringene vi har til rådighet. Ny mening kan bli konstruert ved å trekke inn tidligere erfaringer eller noen av kulturens mange normer i lys av den aktuelle situasjonen. Meningsbeskrivelse er altså en gjensidig prosess der hendelsen danner kontekst for meningstilskrivelsen, som igjen danner kontekst for hendelsen. Mennesker oppsøker terapi enten når de mislykkes i å skape brukbar mening av hendelsene i livet, eller når meningen som har blitt skapt, gjør vondt og er en trussel mot avgjørende perspektiver i livet, eller når man gang på gang havner i de samme ulykkelige situasjonene, hendelsene eller forholdene (Holmgren, 2010, s. 44-47). Dette bringer meg videre over til neste avsnitt som tar for seg historiene i det biopsykososiale perspektivet.

Det biopsykososiale perspektivet

I dette avsnittet har jeg valgt å beskrive det biopsykososiale perspektivet, for det bidrar med en forståelse av psykiske problem og lidelser. George Engel var en indremedisiner med psykoanalytisk utdanning, og hadde interesse for systemteori. Han var den første som beskrev et biopsykososialt perspektiv, det gjorde han i 1977. Han hevdet at et symptom kan ikke behandles isolert fra hele organismen, og at en person ikke kan forstås uavhengig av familien eller det sosiale systemet vedkommende er en del av (Johnson & Torsteinsson, 2012, s. 37-41).

Den biopsykososiale modellen forsøker å forklare de biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorene som skaper og opprettholder problemet. Engels definisjon er senere utvidet til å inkludere familien, og i dag benyttes en biopsykososial formulering som en tentativ arbeidshypotese som utvikles i samarbeid med barnet og familien, og som støtter barnets beste fungering. Den er opptatt av både familiens og barnets styrker og behov. Ved hjelp av kasusformuleringen undersøkes problemet i lys av fire faktorer. Disse faktorene kalles de fire P-er. Den første P'en er predisposisjon eller sårbarhet. Den andre P'en er utløsende faktorer («precipitating»). Den tredje P'en er opprettholdende faktorer («prepetuating») og den siste P'en er beskyttende faktorer («protective»). Hver av disse

faktorene ses i lys av biologiske faktorer som handler om genetikk, utvikling, temperament, psykologiske faktorer som er kognitiv stil, selvbilde, symptomets mening og sosiale faktorer som er sosiale relasjoner, familie, jevnaldrende, sosialt miljø, kultur, etnisitet og sosial risiko. Kasusformuleringen benyttes i dag innenfor de fleste terapiretninger som et supplement til diagnoser (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 37-41).

Det biopsykososiale vitenskapssynet er forenelig med resultatene fra utviklingspsykologisk forskning. Selvet defineres som barnets måter å organisere sine erfaringer på. Hvordan barnet opplever omgivelsene og hvordan det samspillet med andre ligger til grunn for dannelsen og utviklingen av selvet. Denne utviklingen er knyttet til jevnlig kontakt og samspill med andre. En persons oppfatning av seg selv blir kalt selvbilde, og det er en personlig fornemmelse, oppfatning eller opplevelse av seg selv (Selvet, 2014).

Det siste teoretiske perspektivet jeg skal benytte meg av i denne oppgaven er det salutogene perspektivet. Salutogenese retter oppmerksomheten mot faktorer som bidrar til at menneske opprettholder god helse.

Det salutogene perspektivet

Aaron Antonovskys (1923-1994) teori om salutogenese setter søkelyset på hvordan god helse blir til. Han var en israelsk-amerikansk sosiolog og akademiker. Antonovsky begrunner med bakgrunn i sin forskning at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Antonovsky, 2012, s. 23-24).

Antonovsky intervjuet mennesker om hvordan de begynte på nytt, og hvilke faktorer de selv mente hadde hjulpet dem videre. Det som Antonovsky kom fram til som gav mot til å begynne forfra og gi energi til å bygge videre, kalte han helsefremmende faktorer, eller friskfaktorer. Antonovsky utviklet teorien om salutogenese som motvekt til patogenese som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Salutogenese definerer helse som et kontinuum, eller med andre ord grader av helse, der ytterpunktene er syk og frisk. Det salutogene perspektivet har fokus på det som gjør at menneske holder seg friske, og hvilke faktorer som bidrar til dette. Antonovsky undersøkte hva det var som gjorde at mennesker kunne overleve tross vansker og motgang. Hans spørsmål var: «Hvilke faktorer bidrar til at mennesker kan beholde og øke helsen, og få et godt liv, tross vanskeligheter?» (Antonovsky, 2012, s. 27-29).

Den salutogene modellen forutsetter at alle individer har generaliserte motstandsressurser som hele tiden tas i bruk for å takle hverdagslivets spenninger. Dette er en prosess som fremmer en opplevelse av indre sammenheng, og knytter opplevelse av mening til handlinger. Denne opplevelsen av sammenheng betraktes som avgjørende for hvordan mennesker møter livets utfordringer (Antonovsky, 2012, s. 140).

Teorien om salutogenese gir oss en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring, definert som «sense of coherence» (SOC) eller opplevelse av sammenheng, kan skapes. Teorien fokuserer på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (Antonovsky, 2012, s. 38-50). Visse premisser må dannes for å legge til rette grunnlaget for en følelse av sammenheng. Et av premissene er å kunne forstå situasjonen, ved for eksempel å erkjenne et problem. Et annet er å ha tro på at det finnes løsninger, for eksempel å kjenne til ulike arenaer for å få hjelp og støtte. Et tredje premiss handler om å finne mening i å løse problemet. Det kan for eksempel bidra til en opplevelse av mening og sammenheng å be om hjelp fra for eksempel en terapeut. På den måten ser en den enkelte innenfor sin kontekst, og retter oppmerksomheten mot de ressursene han eller hun har til rådighet. Mestringsperspektivet og den salutogene modellen bidrar med ord om helse og sunnhet som påvirker språket og fremhever ressurser og muligheter. Gjennom å øke kunnskapen om psykiske lidelser og folks tiltro til egen mestring, blir temaer rundt psykisk helse lettere å nærme seg (Lauritzen, 2012, s. 1).

Mestring er metoder man bruker for å takle utfordringer og problem, og det handler om å greie noe på egen hand, om å takle stress, påkjenninger, kriser eller sykdom slik at man kommer seg videre på en god måte. Det handler om å ta i bruk de ressurser som man har eller rår over for å bedre situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 139-161).

I dette kapitlet har jeg beskrevet de teoretiske perspektivene som denne oppgaven tar utgangspunkt i. I det neste kapitlet går jeg inn på de valg jeg foretok i forbindelse med undersøkelsens metode og design.

UNDERSØKELSEN – VALG AV METODE OG DESIGN

I denne delen vil jeg redegjøre for valget av metode og design for datainnsamling som er benyttet i undersøkelsen. Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativt intervju. Jeg vil se nærmere på dybdeintervjuet som forskningsmetode, intervjuguiden, forskningsetikk, valg av informanter, gjennomføring av intervjuene, materialet, transkribering og sitater. Undersøkelsens validitet og reliabilitet vil også bli drøftet, før jeg avrunder med en avsluttende metoderefleksjon.

Begrepet metode betyr opprinnelig «*veien til målet*» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 199). Innen forskning skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder. Grunnet for dette skillet tar utgangspunkt i hvilken form de data en undersøger har. Det er den teoretiske oppfatningen av hva som skal undersøkes, som avgjør hvilken metode som skal benyttes for å analysere innholdet. Kvantitative metoder gir talldata, og kvalitative metoder gir tekstdata. Er det utbredelse eller forekomst av ulike variabler som skal undersøkes vil kvantitative metoder bli benyttet. Dersom man vil få frem menneskers tanker, erfaringer og opplevelser om ulike forhold vil kvalitative metoder bli benyttet. Metodevalget bør skje ut i fra prosjektets problemstilling, det vil si at det man ønsker å undersøke vil være styrende for måten man velger å gå frem på (Jacobsen, 2010, s. 23-24).

Før jeg startet på dette prosjektet kunne jeg egentlig tenkte meg å gjennomføre et etnografisk studie som beskrevet i artikkelen til Mattingly, Fleming og Gillette. Jeg ønsket å se nærmere på hva som egentlig foregår i terapirommet, se på kulturen og den terapeutiske prosessen i praksis. Men det viste seg at dette hadde vært for tids- og ressurskrevende. I stedet har jeg valgt å intervjuere terapeuter og personer som har benyttet seg av livshistorie som terapi, for å kunne se nærmere på deres erfaringer med livshistorier som terapi i praksis. Jeg vil ha frem kunnskap om deres erfaringer slik som beskrevet i artikkelen (Mattingly, Fleming & Gillette, 1997, s. 65).

Formålet mitt med denne studien er å bidra til økt kunnskap om terapeuter og klienters erfaringer fra bruk av livshistorier som terapi. Med dette utgangspunkt har jeg valgt et kvalitativt ståsted, som jeg mener er best egnet til min problemstilling. Kvalitativ metode skal gå i dybden på fenomener, og ha en større nærhet til informantene enn kvantitativ metode. Det innebærer at jeg ønsker å studere verden ut i fra informantenes ståsted. Jeg som forsker inntar da informantenes perspektiv, og jeg søker å forstå dem ut fra deres premisser. Innenfor

den kvalitative tradisjonen har jeg valgt forskningsintervjuet som tilnæringsmåte, for å få tak i informantenes opplevelser, erfaringer og tanker (Malterud, 2011, s. 28-31). I tillegg til undersøkelsen bygger oppgaven på relevant litteratur. Jeg har funne mye forskning og litteratur rundt temaet mitt, så det er et godt utgangspunkt for arbeidet mitt med oppgaven.

Det kvalitative intervjuet

Som tidligere beskrevet har jeg valgt å benytte meg av det kvalitative intervjuet som forskningsmetode. Formålet med det kvalitative forskningsintervju er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv. Forskningsintervjuets struktur er likt den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 43). Målet for denne studien har vært å få innblikk i informantenes erfaringer med å bruke livshistorier som terapi.

Gjennom det kvalitative forskningsintervju søker jeg å forstå verden fra informantenes ståsted, og samtalen er et redskap for å få frem den ønskede kunnskap. Samtalen blir inngangen til og veien mot en forståelse av informantenes opplevelser og oppfatninger. For å oppnå dette må samtalen bygge på gjensidighet og åpenhet. Det vil likevel ikke være en samtale mellom to likeverdige personer, da det er forskeren som bestemmer tema og stiller spørsmål. Kvalitative intervjuer krever mye av meg som intervjuer, både som forsker og som menneske. Det kvalitative intervjuet skiller seg fra kvantitative metoder ved at det har som mål å fange opp elementer som ikke kan måles eller tallfestes. Det dyptgående intervjuet gir en mulighet til å observere, ta inn inntrykk og stille spørsmål. Selve dialogen mellom to mennesker åpner for tolkning på flere måter. Kroppsspråket, toneleiet, latter – alle er en kilde til informasjon som åpner for en dypere forståelse av temaet, en forståelse som gjerne ikke kommer frem gjennom spørreundersøkelser og statistikk. Jeg som forsker har en nærhet til det feltet jeg studerer og til den enkelte informant (Jacobsen, 2010, s. 55-62).

Som forsker kan jeg støte på flere utfordringer når jeg bruker det kvalitative intervjuet som metode. For det første er kvalitative design ressurskrevende. Inngående intervjuer tar ofte lang tid, og man må ofte nøye seg med å studere få enheter. Dette kan igjen føre til problemer med den eksterne gyldigheten. Dessuten kan det være vanskelig å tolke materialet på grunn av detaljrikdommen. Siden informasjonen kan være kompleks kan det bli lett å miste oversikten. Dermed er det alltid en fare for at vi foretar en ubevisst siling av informasjon. En annen fare er at man kan komme for tett på informantene, man kan bli fanget av det man studerer, og

dermed kan man miste evnen til kritisk refleksjon. Det er viktig at man som forsker reflekterer over undersøkelseeffekten, da undersøkelsen i seg selv kan skape spesielle resultater (Jacobsen, 2010, s. 62-64).

Ettersom kommunikasjonen mellom meg som intervjuer og informant er så viktig, må den fungere så optimalt som mulig. Dersom denne kommunikasjonen er dårlig kan dette innebære at informasjonsutvekslingen blir begrenset, og jeg får da ikke tilgang til all relevant informasjon. Det kan skje at jeg og informantene misforstår hverandre, noe som igjen påvirker datamaterialets kvalitet. Informanten kan misforstå spørsmålene, noe som igjen kan føre til at jeg feiltolker informasjonen som blir gitt. Jeg vil prøve å begrense dette så godt det lar seg gjøre, ved å la informanten lese gjennom det transkriberte materialet i ettertid (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192-196).

Valg av intervjupersoner

Forut for kontakten med informantene sendte jeg meldeskjema til NSD. NSD er en forkortelse for «Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste». I den forbindelse sendte jeg med informasjonsskriv, samtykkeerklæringsskjema og intervjuguiden som vedlegg til meldeskjemaet. Da prosjektet mitt ble godkjent av NSD (vedlegg), og jeg kunne sette i gang med prosjektet, var neste skritt å etablere kontakt med aktuelle informanter (Vassenden & Andrews, 2007, s.4).

For å få belyst problemstillingen min ble utvelgelsen av informanter styrt av hvem som kunne bidra med informasjon om livshistorier som terapi. Jeg ønsket å få frem kunnskap fra feltet, både fra terapeuter og fra personer som har benyttet seg av livshistorier som terapi. Jeg ønsket å få frem erfaringer fra begge parter i den terapeutiske relasjonen, og jeg synes det er enda mer beskrivende å belyse et fenomen fra flere ståsted. Derfor har jeg valgt å intervjuer både klienter og terapeuter. I starten av prosjektet tenkte jeg at 6-8 informanter ville være det optimale. Over 8 informanter ville gjerne føre til for mye arbeid innenfor den tidsrammen som er satt for oppgaven. Dessuten ville mer enn 8 informanter bli for ressurskrevende, spesielt økonomisk, siden jeg skulle reise for å intervjuer informantene der de ønsket det.

Prosessen med å rekruttere informantene var omfattende, men alle som jeg spurte viste et stort engasjement da jeg fortalte om prosjektet. Siden jeg selv har stor interesse for livshistorie som terapi, har jeg de siste årene deltatt på en rekke veilederkurs og andre kurs som har hatt

livshistorier som tema. På disse kursene har det deltatt ulike terapeuter som har mye kunnskap om dette temaet, og personer som har brukererfaring. For å få informanter til denne studien har jeg kontaktet noen av de som deltok på disse veilederkursene. I tillegg har jeg også tatt kontakt med andre terapeuter som jeg vet jobber med livshistorier som terapi. Det fins mange ulike terapeuter som klienter kan kontakte for å få hjelp. Dermed ønsket jeg å intervju terapeuter med ulik bakgrunn for å få en større bredde på materialet mitt. Kriteriene for klient-informantene var at de skulle ha gjennomført terapien, og ikke lengre være i et terapeutisk forløp. For jeg ønsket ikke at jeg skulle komme i en terapi-lignende situasjon i intervjuene.

Kriteriene for terapeutene var at de skulle ha minimum 5 års erfaring fra å bruke livshistorier i terapi. Dette fordi jeg ønsket at de skulle ha reflektert over praksis og ha integrerte kunnskaper og ferdigheter. De etiske betenkelighetene jeg hadde i forbindelse med rekruttering av informanter var at jeg kjente til informantene fra før, fra andre settinger, og det var dermed en viss fare for at jeg kunne være farget av min forforståelse og «nærhet» til informantene. Da jeg var klar til å intervju var det fire terapeuter som takket ja til å la seg intervju. Når det gjaldt rekruttering av «klienter» som informanter, spurte jeg personer jeg vet har vært i terapi. Etter å ha hørt om prosjektet var det tre personer som ville dele sin historie. Geografisk kommer informantene fra steder over hele landet. Under intervjuene brukte jeg båndopptaker, og i mindre grad penn og papir. Samlet båndmateriale ble på cirka syv timer. Rett før innleveringsfristen for oppgaven trakk den ene klient-informanten seg fra studien. Materiale fra intervjuet med den informanten som trakk seg, er slettet i oppgaven. Dermed ble det totalt seks intervjuer, og disse seks intervjuene danner grunnlaget for empirien i denne studien.

Nå følger en kort presentasjon av informantene som jeg har valgt ut til denne undersøkelsen. Jeg vil her presisere at opplysningene er anonymisert, og alle navn oppgitt i oppgaven er fiktive.

- Kari: er utdannet psykolog, og benytter mye psykoanalytisk tilnærming i sitt arbeid. I tillegg har hun utdannet seg til historieforteller.
- Mari: er healer/ alternativ terapeut, og jobber med terapi og undervisning.
- Silje: har utdanning innen psykodrama.
- Per: er utdannet psykiater, og har en rekke tilleggsutdanninger blant annet innen narrativ terapi og psykodrama.

- Nina: har benyttet seg av livshistorie som terapi.
- Mona: har benyttet seg av livshistorie som terapi.

I mine intervjuer har jeg i forkant forsøkt å gi så mye informasjon som mulig om prosjektet, gjennom et informasjonsskriv (vedlegg). Dette for at de skal vite hva de begir seg ut på om hvilke rettigheter de som informanter har, at de har mulighet til å trekke seg fra prosjektet når som helst og at man forblir anonym i den ferdigstilte oppgaven. Før hvert intervju måtte alle informantene skrive under på et samtykkeerklæringsskjema (vedlegg).

Intervjuguiden

Før jeg startet intervjurunden, utarbeidet jeg en intervjuguide slik at jeg på forhånd hadde utarbeidet spørsmål som jeg ville stille for å få utdypende svar. Informasjonen fra både terapeuter og klienter var viktig for å kunne holde funnene mine opp mot forskning og erfaring rundt livshistorie som terapi generelt, og for å vurdere om funnene var i samsvar med dette.

En intervjuguide beskriver i grove trekk hvordan intervjuet skal utføres og hvilke temaer som skal tas opp med informanten. Intervjuguiden skal fungere som et utgangspunkt, og bør være tilstrekkelig omfattende samtidig som den skal være generell nok til at samtalen kan gjennomføres på en fleksibel måte. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av problemstillingen for prosjektet og min forforståelse. Da jeg skulle utforme intervjuguiden (vedlegg), møtte jeg flere utfordringer. For det første måtte jeg tenke igjennom hvilke spørsmål som ville være relevant for meg å stille. Deretter måtte jeg tenke over hvordan jeg skulle formulere meg. Det er vanskelig å forutse hvilken informasjon man vil få av informantene. Så for å formulere spørsmålene i intervjuguiden, måtte jeg sette meg inn i litteratur rundt temaet i studien. Det var en utfordring å formulere spørsmålene, for det var viktig for meg at spørsmålene ikke virket ledende, men var åpne nok til at informanten selv kunne reflektere.

Jeg utarbeidet en standard intervjuguide for terapeuter og en standard intervjuguide for klienter for lettere kunne håndtere materialet i ettertid. Jeg hadde litt flere spørsmål til terapeutene da jeg ønsket å vite hvordan de jobbet, og hvilke terapeutiske virkemidler de brukte i terapi. Jeg valgte spørsmål som jeg mente kunne besvare problemstillingen min. I

selve intervjuguiden var det overordnede temaer, med underordnede mer spesifikke spørsmål. Disse forble de samme under alle intervjuene. Årsaken til dette var at de stort sett fungerte godt, og jeg ønsket at informantene skulle få de samme spørsmålene. Å stille spørsmål etter spørsmål kan fort virke mekanisk. Mitt ønske var derfor å innlede til en samtale, hvor informanten kunne snakke og reflektere fritt. Av og til var det nødvendig å spørre hva informanten mente med det ene og det andre begrepet for å unngå misforståelser oss imellom. Dette siden både jeg og informanten kunne ha forskjellig forståelse av enkelte begrep.

Forskningsetikk

Forskningsetikk blir ofte oppfattet som regler som skal og kan følges, men etikk i forskning handler om mer enn å følge regler. Etikk handler om å ta ansvar for det vi ser og det vi ikke ser, hvilke metoder vi bruker og hvordan vi uttrykker det vi har kommet frem til. I tillegg handler det om å være klar over hvordan makt fungerer. Det er viktig å være klar over at det fins mange situasjoner som ikke blir fanget opp av regler, og derfor garanterer ikke regler mer enn det mest nødvendige (Skærbæk, 2012, s. 131). Som forskere har man et moralsk ansvar for den virkelighetstolkningen man legger frem i sin forskning (Skærbæk, 2012, s.140).

En undersøkelse innebærer som regel at forskere bryter inn i privatsfæren til enkeltindivider. Dette kan i enkelte tilfeller stille oss overfor etiske dilemmaer. For i ønsket om å kartlegge noe kan man som forsker komme i skade for å krenke noen av dem vi undersøker (Malterud, 2011, s. 204-206). Behovet for etiske vurderinger er nødvendig. Av forskningsetiske hensyn er det utarbeidet internasjonalt aksepterte regler som blant annet sier noe om hvordan informantene i forskningsprosjekter kan velges ut. I Norge er slike retningslinjer nedfelt i Lov om behandling av personopplysninger som ble gjort gjeldende fra 1.januar 2001. Intensjonen bak denne loven er å gi hvert enkelt individ rett til å kontrollere informasjonen om seg selv. De som deltar i en studie skal i henhold til denne loven vite hva de deltar i og hvordan opplysningene om dem skal brukes. Denne retten skal blant annet ivaretas gjennom at forskere innhenter informert samtykke fra den som skal delta i en studie. Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) vurderer norske prosjekter, blant annet med henblikk på om forskningsetiske hensyn ivaretas (Vassenden & Andrews, 2007, s. 3-4).

Det er slik at en intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse. Moralske og etiske spørsmål er knyttet til både intervjuundersøkelsens midler og til dens mål. Samspillet i intervjusituasjonen påvirker intervjupersonene i intervjuet, påvirker vårt syn på menneskets situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 79-80). Det har vært viktig for meg å følge gjeldende forskningsetiske regler, og foreta etiske betraktninger i den direkte intervjusituasjonen og i de ulike stadiene i forskningsprosessen. Den første fasen er tematiseringsfasen, og etiske problemstillinger som oppstår omhandler formålet med en intervjuundersøkelse. Formålet bør ikke bare diskuteres med hensyn til den vitenskapelige verdien av kunnskapen som søkes, men også med hensyn til forbedring av den menneskelige situasjonen som utforskes (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 80-82).

Fase to er planleggingsfasen, og de etiske sidene ved planleggingen omfatter det å innhente intervjupersonenes informerte samtykke til å delta i studien, sikre konfidensialitet og vurdere hvilke mulige konsekvenser studien kan ha for intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 81). I starten av arbeidet med masteroppgaven laget jeg et samtykkeerklærings skjema for å sikre informert samtykke. Dette skal de ulike intervjupersonene skrive under på for å sikre en ryddig prosess. Informert samtykke innebærer å sikre at de involverte deltar frivillig. Alle informantene har fått informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra intervjuet. De har også fått informasjon om undersøkelsens overordnede formål, og om hovedtrekkene i designet, mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Samtidig har de fått informasjon om fortrolighet og anonymitet, hvem som vil få adgang til materialet, forskerens rett til å offentliggjøre intervjuet, deltakerens mulige adgang til transkripsjonen og analysen av de kvalitative dataene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 274-277). Jeg oppbevarer alt intervjumateriale i en perm frem til masteroppgaven er ferdig og godkjent, og da vil jeg slette alt intervjumaterialet. Alle informantene har fått tilbud om å lese igjennom intervjuet før jeg bruker det i oppgaven.

Den tredje fasen omhandler intervjusituasjonen. Her kartlegges intervjuenes konfidensialitet, intervjusituasjonen blir vurdert og intervjusituasjonens konsekvenser for informantene blir vurdert. Dette kan for eksempel omhandle stressopplevelser og endret selvbilde hos informantene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 81). Konfidensialitet er viktig for å beskytte intervjupersonens privatliv. Jeg har derfor brukt fiktive navn når jeg gjengir intervjumaterialet i oppgaven (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 274-277).

I fjerde fase foretok jeg transkriberingen av intervjumaterialet. I denne fasen må konfidensialitetshensynet også vurderes, samt spørsmålet om hva det vil si å foreta en lojal skriftlig transkripsjon av intervjupersonenes muntlige uttalelser. Femte fase er analysefasen. De etiske sidene ved analyseringen omfatter spørsmål om hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres. Den sjette fasen omhandler verifisering. Det er mitt etiske ansvar som forsker å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig. Siste fase handler om rapportering. Her tenker jeg over konfidensialitetsprinsippet, samt spørsmålet om hvilke konsekvenser masteroppgaven kan ha for intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 81).

Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle er fire områder som er sentrale og viktige i etiske retningslinjer for forskere (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 86-94). Forskerens rolle og forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap, og de etiske beslutningene som treffes i kvalitativ forskning. Betydningen av forskerens integritet øker i forbindelse med intervju, fordi intervjueren selv er et viktig redskap i innhenting av kunnskap. Fortrolighet med verdispørsmål, etiske retningslinjer og etiske teorier kan bistå meg som forsker med å treffe valg som veier etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn i en undersøkelse. Men når det kommer til stykket, er min integritet som forskeren, min kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet, den avgjørende faktor (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 92-94).

I tillegg har jeg som forsker alltid med meg en forforståelse i forhold til det temaet jeg har valgt å skrive om. Det er viktig å tenke over dette, for det er lett å bli farget av forforståelsen. Det er viktig å ha et forskerblikk, men man må huske på at en som forsker alltid har med seg selv, og er til stede i situasjonen. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning, samtidig som det er nødvendig med en refleksiv holdning hos forskeren for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (Malterud, 2011, s. 18-29). I den kvalitative forskningen ligger det klare forventninger om at forskeren er seg bevisst og kan gjøre rede for og kritisk vurdere de etiske og vitenskapelige utfordringene ved ulike forskerroller. Refleksivitet er en kompetanse og en forskerposisjon som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 86-94).

Det som har vært vesentlig for meg å tenke over er at som intervjuer er man aldri nøytral. Hva informanter forteller vil alltid være preget av hvordan informanten opplever meg som forsker. Jeg har reflektert over at intervjuene kunne bli påvirket av dette.

Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2013. Intervjuene ble med tillatelse fra informantene tatt opp på bånd. Dette det ble gjort spesielt for at informantene kunne få mulighet til å lese igjennom det transkriberte materiale etter intervjuet, og gi tilbakemelding på dette. Lydkvaliteten var svært god, og det bidro til kvalitetssikring av informasjonen. Rent praktisk foregikk intervjuene med terapeutene der terapeutene jobbet. Intervjuene med klientene foregikk på et nøytralt sted, etter avtale med hver enkelt informant. Alle intervjuene hadde en varighet på en time. I informasjonsskrivet ble det også informert om at det var mulig å trekke seg fra deltakelse i intervjuet, og gjennom hele undersøkelsen. En av klientinformantene trakk seg fra prosjektet rett før innleveringsfrist. Da måtte jeg fjerne det intervjumaterialet som den informanten hadde bidratt med i oppgaven.

Materialet

Materialet i denne oppgaven består av intervjuer som er utført med tanke på at det skal brukes til forskning. Formålet med innsamlingen av datamaterialet er å komme frem til en forståelse av temaet. Målet for analysen er en temasentrert analyse. For å sette datamaterialet i ett system blir man nødt til å ta metodiske grep på hvordan man vil gå frem for å nå dette målet. På bakgrunn av lydopptakene med informantene har jeg transkribert alle intervjuene om til tekst. Med en tekst foran seg, blir det lettere å kunne se på informasjonen i en helhet, og samtidig mer detaljert. Det var dermed viktig for meg å basere meg på notater hvor jeg hadde notert særskilte refleksjoner undervegs. Ved å transkribere i løpet av kort tid etter hvert intervju, lå også selve intervjuet nært i tid.

Da jeg skulle analysere materialet gikk jeg igjennom informasjonen som var gitt og dannet meg et bilde av hva som virket å være sentralt, hvilke temaer som gikk igjen, og om det fantes spesielle tendenser eller sammenhenger i materialet. Materialet som er presentert i denne oppgaven er mitt forsøk på å sette informasjonen som er gitt inn i ett rammeverk med problemstillingen jeg ønsker å finne svar på. Jeg har valgt å dele inn materialet inn i temaer eller kategoriene som best mulig kan belyse min problemstilling. Det er disse kategoriene jeg presenterer og senere drøfter. I valg av hvilke sitater som skulle inn i de ulike kategoriene har

jeg sett etter likheter og forskjeller i informantenes utsagn. I analysen brukes utsagnene som en validering. Jeg har trukket ut sitater som jeg synes illustrerer tematikken, og som tematisk går igjen. Andre ville kanskje ha valgt ut andre utsagn.

Transkribering og sitater

Alle intervjuene er transkribert ordrett. Dette bidro til at jeg ble godt kjent med materialet. Ord som «em», og lignende har jeg fjernet, siden de fungerer som fyllord i en samtale. Jeg har ikke gjort grammatiske og språklige redigeringer som forandrer selve innholdet eller meningen i utsagnene. Sitater er gjengitt ordrett, og jeg har forsøkt å presentere dataene så korrekt som mulig i forhold til det respondentene har sagt, slik at min fortolkning forhåpentligvis er så nær opp til deres som mulig (Jacobsen, 2010, s. 35-36). Informantene har fiktive navn som jeg bruker i sitater fra intervjuene i analysen. Jeg underbygger tolkninger med sitater. Disse sitatene blir vist i kursiv med størrelse 12 uten innrykk, for ikke å bli forvekslet med sitater hentet fra annen litteratur og forskning.

Undersøkelsens validitet og reliabilitet

Det er krav til undersøkelser om validitet og reliabilitet. Reliabilitet og validitet er begreper som brukes for å si noe om sannhetsverdien eller kvaliteten av forskning. I min studie har målet med intervjuene vært å få frem hver enkelt informants subjektive oppfatninger og erfaringer. Det vil derfor være uhensiktsmessig å forsøke å gjennomføre identiske samtaler med samtlige informanter. For poenget er å få frem det individuelle ved hver av historiene. Validitet og reliabilitet vurderes ut ifra begreper om gyldighet og troverdighet. Vurderingene bør foregå gjennom hele forskningsprosessen, og det må foretas kontinuerlig kontroll av funnernes gyldighet og troverdighet. Det handler om hvorvidt det som ønskes undersøkt, er det som faktisk undersøkes, og om funnene er til å stole på. Det er viktig at dette blir drøftet kritisk, for å gi undersøkelsen det som kalles begrepsmessig gyldighet. Det vil bli gjort et bevisst forsøk på dette også i min masteroppgave. Gjennom det at leseren gis mulighet til å vurdere studiens troverdighet gjennom mine redegjørelser for valg og arbeidsmetoder underveis, samt gjennom synliggjøring av refleksjoner og innsamlet materiale (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192-196).

Validitet

Validitet kan oversettes med gyldighet, og handler om hvorvidt undersøkelsen måler det den skal måle. Validitet avhenger av den håndverksmessige kvaliteten på undersøkelsen der funnene kontinuerlig må sjekkes, utspørres og tolkes teoretisk (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 194-196). Det som kom frem i intervjuene ble igjen vurdert opp mot teorier under selve drøftingen og analysen (Jacobsen, 2010, s. 366).

Angående validitet i min studie har jeg reflektert over om jeg har valgt de riktige informantene, og om jeg med dem har fått den «riktige» informasjonen. Spørsmålet vil være om en kan stole på at den kunnskapen som er samlet inn er holdbar kunnskap. Jeg har søkt etter mening i det informantene har presentert for meg, uten å forvente at det bare finnes en mening, eller å kunne gi et bilde av en sann og objektiv virkelighet. I analysen og tolkningen av datamaterialet, har jeg prøvd å forstå og tolke det som ble sagt fremfor å søke etter det som er «sant». Jeg har søkt etter det som er nyttig for å kunne svare på problemstillingen for studien. Jeg hevder å ha lest igjennom intervjuene med et kritisk blikk, men er åpen for at det kan eksistere andre tolkninger enn den jeg har foretatt.

Validitet dreier seg også om jeg har forstått det informantene sier, slik de selv oppfatter det. For å få bekreftet innholdet fikk informantene mulighet til å lese igjennom det transkriberte materialet, og gi tilbakemelding på det. I presentasjonen av dataene har jeg latt informantene komme til orde gjennom direkte sitat, både for å yte dem rettferdighet, men også for å vise skillet mellom dataene og min fortolkning. Jeg mener dette danner et godt grunnlag for vurdering av om jeg har oppfattet det de har sagt. Samtidig som jeg er klar over at det allerede ved utvelgelsen av sitat ligger en viss fortolkning fra min side. Arbeidet med intervjuguidene var også viktig. Det ble utarbeidet en intervjuguide til terapeutene, og en intervjuguide til klientene (Jacobsen, 2010, s. 19).

Gyldighet handler også om man kan oppnå intersubjektivitet eller konsensus om at en tolkning er godt dokumentert og logisk. Dette kan være en svakhet ved mine tolkninger, da de er basert på mine vurderinger. Disse synspunktene er ikke validert i henhold til et konsensusprinsipp, det vil si at det ikke er søkt intersubjektiv enighet i form av drøftinger med andre kompetente aktører. Men å redegjøre for prosedyrer for analyseprosessen vil være et alternativ til bruk av flere tolkere (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 260).

Det var informantenes fortellinger som var viktig for hvilken teori som var relevant i drøftingen av mine funn. Men jeg har vært bevisst på mitt eget teoretiske ståsted, slik at kunnskap som var relevant for de teoretiske tolkningene ikke skulle mangle på analysestadiet. På denne måten ble teorien en plausibel måte å forstå materialet på. For det er viktig i forhold til validering at teoriens begreper henger sammen på en logisk måte i forhold til tolkningene som er gjort, og at de ikke er «tvunget» på materialet.

Reliabilitet

Reliabilitet handler om opplysningene jeg har fått, er troverdige. Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet og sannferdighet, og forklares med om data er til å stole på. Det handler om nøyaktighet i de ulike operasjoner i forskningsprosessen. Påliteligheten i kvalitative undersøkelser omhandler det som skjer intervjusituasjonen, altså det som skjer mellom forsker og den som blir intervjuet. Det er mine valg som styrer prosessen i oppgaven. Det er jeg som sammenfatter informasjonen, gjort etter mine vurderinger og mine «briller». Det er jeg som vektlegger noen opplysninger fremfor andre opplysninger. Meningsfortetningen kunne sett annerledes ut hvis en annen hadde undersøkt med samme materiale (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192-196).

En måte å kontrollere analysen på, er å redegjøre for prosedyrer ved at forskeren presenterer eksempler på det materialet som skal tolkes, og eksplisitt forklarer de ulike trinnene i analyseprosessen. Jeg har forsøkt å være bevisst på dette. Mitt arbeid vil være preget av min forforståelse, verdier, holdninger og synspunkt. Men jeg har så langt som mulig lagt vekt på å prøve å unngå å projisere mine egne oppfatninger ukritisk inn i materialet ved å unngå å stille ledende spørsmål, eller på annen måte påvirke informantene (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 192-196).

Metodisk refleksjon

I dette metodekapittelet er det redegjort for hvordan planlegging og gjennomføring av undersøkelsen har vært gjort. Men selv om jeg har prøvd å ta bevisste valg, er jeg klar over at det likevel kan være enkelte svakheter i undersøkelsen. Jeg har for eksempel ikke intervjuet en narrativ terapeut, men har valgt å intervju andre fagpersoner som bruker livshistorie som terapi i sitt arbeid. Grunnen til dette er tilgjengelighet, at jeg fikk ikke tak i en slik informant. Men jeg vil likevel bruke teori fra narrativ terapi i tolkingen av funnene. Arbeidet med undersøkelsen har gitt meg innsikt i at flere oppfølgingsspørsmål kunne vært stilt underveis i

intervjuene. Dette for at jeg kunne hatt flere hypoteser å diskutere i analysedelen. I intervjuene brukte jeg en intervjuguide der spørsmålene var noenlunde styrende for hva det skulle snakkes om, likevel ønsket jeg at informantene skulle føle en viss frihet til å snakke om det som var viktig for dem.

En del av metoden er det utsendte informasjonsskrivet til informantene i forkant av intervjuet. Jeg valgte å ikke sende ut intervjuguiden, da jeg ikke ønsket ferdig gjennomtenkte svar. Jeg ville ikke at informantene skulle være preget av min forforståelse. I intervjusituasjonen var jeg opptatt av at jeg som intervjuer skulle være så naturlig som mulig, men merket at båndopptakeren gjorde situasjonen litt kunstig. Men likevel viste alle informantene et stort engasjement i intervjuene. Det viser at dette er et tema som interesserer både fagfolk og andre (Jacobsen, 2010, s. 144).

Gjennom hele prosessen med denne studien har jeg forsøkt på å være bevisst eget ståsted. Jeg har prøvd å være bevisst på at jeg som forsker kan ha vært med på å farge funnene. Det er alltid en viss fare for at man ser det man vil se, hvis den som undersøker ikke er bevisst sitt eget kulturelle, sosiale og moralske ståsted. Til tross for mitt forsøk på kritisk refleksjon rundt utvalg, metode og analyse, vil det alltid være en viss påvirkning i kvalitative undersøkelser (Jacobsen, 2010, s. 155-160).

Metodiske utfordringer ved bruk av kvalitativ metode er at selv om jeg som forsker er flink til å sammenligne og bruke teori til å tolke resultatene, er det alltid fare for at jeg leser mer inn i dataene enn det egentlig er grunnlag for. En feilslutning er en situasjon der man som forsker trekker en konklusjon det egentlig ikke er grunnlag for ut fra de dataene man sitter med. Derfor er det ekstra viktig å tenke over tolkningsproblem, faren for feilslutninger og egen påvirkningskraft i intervjusituasjonen (Jacobsen, 2010, s. 249-262).

Jeg forsøkte hele tiden å være bevisst de etiske sidene ved forskerens rolle. Siden jeg har mye utdanning innen dette feltet, var det en utfordring for meg å ikke stille ledende spørsmål. Det ble en liten utfordring for meg å skifte rolle fra meg som yrkesutøver, til rollen som forsker. I det følgende kapittelet vil jeg presentere funnene i undersøkelsen min.

HVORDAN BRUKE LIVSHISTORIER SOM TERAPI – PRESENTASJON AV FUNN

I forrige kapittel redegjorde jeg for de metodiske valgene jeg har gjort for å belyse problemstillingen min. I dette kapittelet vil jeg presentere og drøfte de funn som er gjort på bakgrunn av datamaterialet i undersøkelsen min. Empiriske data tolkes i lys av den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011, s. 26). Datamaterialet er innhentet gjennom intervjuene som jeg har foretatt. Definisjonen av ulike sentrale begrep ligger som et bakteppe, og det vil si som en del av min forforståelse. Ifølge studieplanen betyr det å arbeide psykososialt å kunne identifisere kunnskap som mer enn teori (Høyskolen i Østfold, 2012). Å forske med informasjonsrike informanter fra terapeutiske miljøer, og med informanter som har brukererfaring, gir rom for praksisnære forskningsbidrag og fremmer tydeligheten av erfaringsbasert kunnskap. Dette vil være viktige byggesteiner i en kunnskapsteori for praksisfeltet (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 275-276).

Hensikten med en kvalitativ analyse av forskningsmaterialet er å organisere og strukturere, og «trekke ut» mening i forskningsmaterialet. Målet for analysen er en temasentrert analyse (Malterud, 2011, s. 93-113). Under transkriberingen, og spesielt i gjennomlesningen av de transkriberte intervjuene, noterte jeg ned analysetråder. Jeg skrev ned naturlige meningsenheter, og delte materialet inn i ulike tema. Jeg laget tema av moment som gikk igjen.

I analysen fant jeg det naturlig å bruke de to inndelingene av forskningsspørsmålene som hovedkategorier, der den ene delen var forskningsspørsmål til terapeuter og den andre til klienter. Dette er en deduktiv tilnærming til materialet ut i fra forhåndsbestemte kategorier. Underkategorier kom frem fra datamaterialet ut fra spørsmål i intervjuguiden min. Et eksempel på en underkategori er «hvordan ulike terapeuter bruker livshistorier som terapi i sitt arbeid». Hver underkategori delte jeg inn i avsnittsoverskrifter ut i fra tema som gikk igjen, i en induktiv prosess. I denne prosessen la jeg forforståelsen min og de teoretiske perspektivene til side for å prøve å stille meg åpen for inntrykk fra datamaterialet (Malterud, 2011, s. 175-177). Denne prosessen var tidkrevende, for jeg ønsket ikke å overse viktige momenter, og det gir et bilde av at analysearbeidet ikke er noe man gjør i forbifarten.

Jeg har valgt å integrere sitater og aktuell litteratur i analysen, i tillegg til teoretiske perspektiver fra teorikapittelet for å belyse og «fargelegge» diskusjonen. På denne måten har jeg forsøkt å få en dypere innsikt i temaet. Informantene har fiktive navn som jeg bruker i

sitater fra intervjuene i analysen. Tolkninger som jeg foretok i analysen, blir underbygget med sitater. Gjennom hele oppgaven skriver jeg i fortid om mine samtaler med informantene, og refererer til «intervjutidspunktet». Grunnen til dette er at jeg ikke kan si at deres situasjon er eksakt den samme når jeg er ferdig med oppgaven, som da jeg intervjuet dem.

En kvalitativ analyse av innsamlet datamateriale vil omfatte teoristyrte- og informantstyrte kategoriseringer, og ha viktige paralleller til tolkninger av terapeutisk arbeid. Favoriserte tolkninger prøves ut mot konkurrerende eller supplerende tolkninger for å gi størst mulig forståelse av mening og sammenheng i et hendelsesforløp (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 276). Innenfor den hermeneutiske meningsfortolkning beskrives tre ulike tolkningskontekster. Den første av disse er selvforståelse. På dette nivået er tolkningen begrenset til informantens selvforståelse. I fortettet form formuleres det den intervjuede selv oppfatter som mening med sine uttalelser. Jeg har valgt å gjengi informantens uttalelser og beskrivelser av ulike forhold ved bruk av ordrette sitater fra det transkriberte materialet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 220-223).

Den andre tolkningskonteksten er kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Tolkning på dette nivået innebærer en videre ramme av forståelse enn det informantene selv uttrykker. Forskeren her kan stille seg kritisk til informantens uttalelser, og kan fokusere på innholdet i det som blir sagt eller på personen som kommer med uttalelsene. Jeg forsøkte her å se hvilke fenomen som fremkom i materialet, og som ga mening til temaet. Den tredje tolkningskonteksten er teoretisk forståelse. Her benyttes litteratur og teoretisk rammeverk ved tolkningen av utsagn. Det reflekteres over relevant teori som kan trekkes inn for å tolke meningene i utsagnene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 220-223).

I analysedelen har jeg forsøkt å presentere informantens uttalelser uten å være forutinntatt i tråd med det fenomenologiske perspektivet, for så å ta utgangspunkt i min forforståelse og teori, og da tolket resultatene slik man gjør når en hermeneutisk sirkel benyttes. En narrativ terapeut, for eksempel, interesserer seg for rekkefølgen hendelsene fortelles i. Dette fordi rekkefølgen gir næring til de dominerende fortolkningene. Terapeuten er interessert i å finne andre alternative forståelser som kan ligge i andre sammensetninger, for å utfordre den dominerende sammensetningens maktposisjon som den eneste sannheten. Helheten ville nødvendigvis bli en annen hvis hendelsenes rekkefølge var annerledes. De hendelsene en historie forteller om får faktisk sin betydning ut fra historien som helhet. Men helheten blir,

som tidligere nevnt, konstruert av de enkelte delene. Det er det som gjør at en historie er gjenstand for fortolkning, ikke for forklaring. En historie dømmes ut fra hvor sannsynlig eller virkelig den oppleves, og den kan dermed si noe sant om livet, selv om den ikke er sann i egentlig forstand (Holmgren, 2010, s. 32-33).

Resultatene fra datainnsamlingen min presenteres i kronologisk rekkefølge, slik de ble utført i prosjektet. Dette er på tilsvarende måte som forskningsspørsmålene mine og intervjuguiden min er bygget opp. Jeg presenterer informantenes svar tilnærmet slik de ble sagt i intervjuet. Tolkningen av data er foretatt i kombinasjon av det eksplisitte og det implisitte innholdet i datainnsamlingen, for å få frem den dypere meningen i teksten, og for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmål. Min målsetting med denne studien har vært å få økt kunnskap og forståelse for hvordan man kan bruke livshistorie som terapi. Jeg har valgt å redegjøre for disse funnene i to hoveddeler. Den ene delen handler om hvordan ulike terapeuter bruker livshistorier som terapi i sitt arbeid, mens den andre delen handler om klienters erfaring med livshistorier som terapi. Drøfting av funnene skjer fortløpende.

HVORDAN ULIKE TERAPAUTER BRUKER LIVSHISTORIER SOM TERAPI I SITT ARBEID

Ifølge Nasjonalt senter for erfaringskunnskap trengs mer forskning på praksis, på profesjonsutøvelsen og på kunnskapssyn, ikke bare på behandlingsmetoder. Mens den rent instrumentelle kunnskapen ofte kan utøves relativt ukomplisert, for eksempel prosedyrebasert, handler dette om et svært sammensatt kunnskapsfelt som utfordrer terapeuters fortolkningsevne og klinisk skjønn, og bygger på ikke - instrumentell kunnskap som etikk, kommunikasjon og kontekstforståelse, fortolkningskompetanse og begreper til å begripe med som gjør terapeuten i stand til å håndtere forholdet mellom universalialia og partikularialia (Ekeland, 2011, s. 29). Det er nettopp den delen av forskningen som omhandler forskning på praksis jeg har valgt å fokusere på i dette masterarbeidet. I studieplanen står det at å arbeide psykososialt betyr å kunne identifisere kunnskap som mer enn teori (Høgskolen i Østfold, 2012).

Sentralt i denne delen av oppgaven er hvordan ulike terapeuter bruker livshistorier som terapi i sitt arbeid. Jeg har ikke intervjuet en narrativ terapeut, men har valgt å ta trekke inn litteratur om narrativ terapi i analysen, ut i fra det narrative perspektivet, siden livshistorier er en

sentral del av den terapiformen. I intervjumaterialet fremkommer det eksempler på hvordan ulike terapeuter definerer begrepet «livshistorie», ulike terapeuters erfaringer med bruk av livshistorier som terapi i sitt arbeid og ulike terapeuters beskrivelse av et typisk terapeutisk forløp der livshistorier er i fokus. Fra personen tar kontakt til terapien er avsluttet. Videre kommer eksempler på ulike terapeuters erfaring med bruk av livshistorier som individuell terapi, og som gruppeterapi. Så blir noen terapeutiske virkemiddel ved bruk av livshistorie som terapi beskrevet. Helt til sist i denne første delen av kapittelet drøfter jeg ulike terapeuters erfaringer med effekten av å bruke livshistorier som terapi.

Ulike terapeuters definisjon av begrepet «livshistorie»

En narrativ terapeut tar utgangspunkt i narrativ, og narrativ kan oversettes til historiefortelling. Ordet narrativ blir i narrativ terapi brukt som en metafor som sier at «*vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om livet*» (Lundby, 2000, s. 23). I det foreliggende materialet beskriver terapeut – informantene i undersøkelsen min, sin definisjon av begrepet «livshistorie».

Kari og Per på livshistorier som en teknikk i terapi, ikke som en egen terapiretning. Kari mener videre at livshistorier handler om det livet vi har levd.

«Problemer som mennesker sliter med, i livet her og nå, for eksempel om det er arbeidskonflikter eller relasjonsproblemer eller angst og depresjoner, så handler det ofte om det livet mennesker har levd. Livshistorie for meg handler om hele livet vi har levd. Fra vi er unnfanga til vi er her vi er i dag. Og livshistorie for meg gjør og at vi kan få mønsterhistorier som er danna, for vi lærer oss mønster undervegs om hvordan vi skal være og ikke være, ut i fra hvordan vi har blitt møtt i oppveksten vår for eksempel av mor, far og søsken. For meg handler det å jobbe med historier om å nå inn til det ubevisste. Vi reagerer mange ganger, men vi forstår ikke hvorfor. I dypet av oss selv vet vi hva som er problemet, men det når ikke alltid opp til logikken og fornuften. Så ved å bruke fortellinger, og symbolske historier, kan vi gå forbi fornuften for å få tak i det ubevisste. Lytt til hvor den andre er, og vær til stede, med en ikke dømmende holdning. Jeg er forsiktig med å gi råd, fordi min jobb som psykolog er å styrke personen til å finne frem til svaret selv».

Silje, fortalte i intervjuet at «*For meg er livshistorier utgangspunktet for terapi*». Mens Per, mente at livshistoriene til pasienter er en inngangsport til terapi. Han forteller videre at:

«Det er en plass å starte en terapi. Hvorfor har noe vært vanskelig, og hva har vært bra? Og hvorfor har det vært bra? Man bevisstgjør altså opplevelsen av livshistorien. Man kartlegger også motivasjonen. På hvilke tidspunkt tar pasienten kontakt for å få terapi? Er motivasjonen stabil? Dersom ikke, kartlegger jeg svingningene i motivasjonen. Hvilke forventninger har pasienten til terapien? Behandlingen i terapien er veldig individuell. Det kan være verbal terapi, avdekking av sammenhenger i en pasients liv, behandlingen kan være visuell og man kan benytte tegning og farger som behandling».

For Per, som er psykiater, er livshistorien en viktig del av anamnesen, og han forteller videre: *«Anamnesen skal få frem konkret praktisk informasjon. Informasjon fra før fødsel, familieforhold, psykiatrisk sykdomshistorie, genetisk sykdomshistorie, hva område kommer pasienten fra, var det stabilt eller ustabilt? La meg ta et eksempel fra en terapi med et barn. Var det et ønsket barn? Hvordan var barnets utvikling, konkrete sykdommer, språk, bevegelse, tidlige sosiale kontakter, forhold mellom foreldre, forhold mellom foreldre- barn-søsken, rekkefølge på søskenflokken, hvor lenge var mor hjemme med barnet? Når begynte barnet i barnehage? Hvordan gikk det? Hvordan var samspillet med jevnaldrende? Sosiale forhold? Var overgangen fra barnehage til skole vanskelig? Hvordan var overgangen fra barneskole til ungdomsskole? Taklet barnet det bra? Klarte barnet å opprettholde vennskap? Dersom det er det er et lite barn som er pasienten, får jeg opplysninger fra foreldre, men også fra pasienten selv. Jeg ønsker å få opplysninger om det som var viktig i pasienten sitt liv. Var det noe viktig som hadde skjedd? Har pasienten flyttet? Har pasienten opplevd dødsfall? Har pasienten opplevd sykdom? Har pasienten opplevd noe som er traumatiserende? Mobbing, naturkatastrofe, vold? Jeg ønsker også å få opplysninger om pasientens fysiske omgivelser. Har barnet eget rom? Har barnet egen seng?»*

Mari, som er healer, definerer livshistorie som både den synlige historien, den usynlige historien og livsresultatet. Hun beskriver videre at:

«Livsresultatet forteller meg alltid litt om hvordan folk forvalter livet sitt på det tidspunktet de kommer i terapi. Det vil si at livsresultatet kan ha blitt angst, traumer, oppgitthet, frustrasjon, følelsen av å bli stoppa, hat, sjalusi. Alle de tingene som gjør at folk sitter fast i sin livshistorie. Folk som ikke sitter fast i sin livshistorie går sjelden i terapi. Når noen sitter fast i sin livshistorie betyr det at de har vært ytre styrt. Noe alle mennesker blir, fordi vi alle har en oppdragelse. Vi har alle en ytre styrt selvtillit, som er skapt av de erfaringene vi har fått.

Og vi har alle en opplevelse av hvor verdifulle vi er, ut i fra det omgivelsene har gitt oss tilbakemelding om».

Ulike terapeuters erfaringer med bruk av livshistorie som terapi i sitt arbeid

Innledningsvis i denne oppgaven, henviste jeg til studieplanen der psykososialt arbeid var beskrevet, og der stod at å arbeide psykososialt betyr å kunne identifisere situasjoner og kontekster preget av makt og avmakt (Høgskolen i Østfold, 2012). Derfor vil jeg trekke frem at det er en iboende maktulikhhet i alle former for behandling i helse- og sosialtjenestene. I møte med klienter representerer profesjonelle terapeuter ikke bare seg selv og sin profesjon, men også et offentlig makt- og hjelpeapparat. Gjennom sin måte å opptre på som person i forhold til den andre, kan den enkelte terapeut bidra til å forsterke eller svekke klientens følelse av avmakt (Skau, 2011, s. 38). Terapeuter sitter i utgangspunktet med makt til å definere virkeligheten for klientene. Hvordan virkeligheten blir forstått og definert, er bestemmende for hvilke tiltak som settes inn, og tiltakene kan ha dyptgripende konsekvenser for den enkelte klient (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 42).

Et annet viktig poeng er at det som terapeuter observerer, ikke kan betraktes som en sann beskrivelse av virkeligheten. Det man observerer er skapt av terapeutens egne punktueringer, det vi si hva terapeuten velger å fokusere på. For å gå nærmere inn på dette vil jeg vise til Von Foerster, som introduserte uttrykket «annen ordens kybernetikk». Hovedbudskapet hans var at det er umulig å være en nøytral terapeut, en hjelper blir alltid en del av systemet han forholder seg til. Von Foerster omformulerte det gamle utsagnet om at «kartet er ikke terrenget» til «kartet er terrenget». Denne spissformuleringen dannet utgangspunktet for konstruktivismen. Hovedbudskapet i konstruktivismen er «*vi konstruerer den virkelighet vi opplever i tråd med strukturer i vårt eget system, ikke ut fra objektive data*» (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 66). Dette førte til at fokuset på behandling endrer seg fra interaksjon og over mot informasjon, fra mennesket som handlingssystem, til mennesket som meningssystem. Ut fra dette vokste det frem perspektiv som fremhevet betydningen av språket for meningsdannelsen. Som mennesker skaper vi oss en felles virkelighet gjennom språklige utvekslinger. Innen en kultur har man et felles språk, og det bidrar til at vi opplever en relativ lik verden, og det er sosialkonstruktivismen. Et slikt språk kan for eksempel være fagspråk (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 66).

Vi tar for en stor del det sosiale for gitt, og legger ikke merke til det institusjonelle preget det har. Uansett er det som skapes, sosiale konstruksjoner, forhold som gir oss rammer å handle innenfor og trygghet for hva som forventes, og hva som er tillat og ikke tillat. Kontekstens betydning i sosial konstruksjonisme handler om hvilke ting som konstrueres sosialt, og hvilke som har en mer «objektiv» eksistens, uavhengig av vår forståelse. Forskning som legger til grunn en konstruksjonistisk virkelighetsforståelse, legger ofte vekt på det usikre i møtet mellom mennesker for å få øye på hvordan institusjoner skapes. Når folk havner i situasjoner de ikke helt gjennomskuer, oppstår utrygghet. Utryggheten skyldes det uavklarte, at situasjonen trenger avklaring, man søker å forstå hva som foregår. Situasjoner som trenger avklaring mangler ofte sosial innramming. Bruk av markører, som det å erklære et møte for startet eller avsluttet, er sentralt for å forstå sosiale situasjoner og kunne utøve bestemte handlinger. Det sosiale livet bygges opp nedenfra på basis av kollektive symbolske ressurser gjennom uuttalte «forhandlinger» mennesker imellom om hva som skjer (Nyeng, 2012, s. 155-157).

Makt er et tema terapeuter må ha et bevisst forhold til spesielt når det gjelder relasjonen mellom terapeut og klient. Relasjoner basert på ulike former for ulikhet og avhengighet vil alltid ha i seg muligheten for maktmisbruk til den sterkestes fordel, eller for unfallenhet, uforstand og uaktsomhet med konsekvenser for den mest avhengige (Øvreeide, 2013, s. 44). Det er viktig at terapeuter har en etisk bevissthet i forhold til egen rolle, og ikke misbruke egen stilling og makt gjennom å utnytte klientens avhengighet og tillit (Øvreeide, 2013, s. 202).

For å skape en god og trygg start i terapi, er det viktig at terapeuten gir informasjon om situasjonen. Da snakker terapeuten om «spillereglene», rammen for situasjonen og hvilke tema som er aktuelle. Dette innebærer informasjon om hva man gjør og skal gjøre. Da utvikler terapeut og klient en felles kontekstforståelse. Når klienter er informert, gir det dem forutsigbarhet i situasjonen (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 198-201).

Når relasjonen er trygg klarer terapeuten å se og lytte til den andre for å få informasjon om klientens fokus og tilstand, og terapeuten gir til kjenne at terapeuten ser. Når relasjonen er utrygg og terapeuten er usikker, har prestasjonsfølelser eller et eget påtrengende fokus, kan terapeuter bli selvcentrerte og tar da ikke inn informasjon like lett fra og om andre.

Terapeuten blir da opptatt av oppgaven, og ikke relasjonen. Derved taper terapeuten viktig

informasjon, og mister mulighet til det personlige jeg-du – perspektivet som er avgjørende for å utløse gjensidighet i relasjonen (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 198).

Noen klienter er «pleasende». Da kan terapeuter oppleve at klienten «jatter» med dem. Klienten synes da å være mer opptatt av hva det er terapeuten ønsker av dem enn å få formidlet hva det er som er viktig for dem. De er bare opptatt av å tilpasse seg. I noen tilfeller er den «pleasende» adferden strategisk, for å unngå at de blir utfordret eller avslørt (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 194-195). Ifølge informanten, Mari, er det viktig å avsløre slik adferd tidlig, da det kan ødelegge effekten av terapi. Tydeliggjøring av rammebetingelser og spilleregler for situasjonen, samt legitimering for tema, er også betryggende for personer som er usikre og relasjonsavhengige (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 195).

Hvis terapeuten oppfatter seg selv som ekspert på andres liv øker sannsynligheten for at terapeuten vil overstyre brukeren (Skau, 2011, s. 38). For å unngå at det oppstår et hierarki av kunnskap og makt mellom terapeut og klient, må terapeuten ikke, uansett hvilken kompetanse denne terapeuten innehar, forstå klienten bedre enn klienten forstår seg selv. Det er viktig at terapeuten tenker over at relasjonen mellom terapeut og klient er asymmetrisk. Eva Skærbæk som er professor ved Høgskolen i Østfold, skriver om dette i: *«Undressing the Emperor. On the ethical dilemmas of hierarchical knowledge»*:

«Regardless of competence, we shall not understand the other better than the other understand herself. Neglecting this, we reduce the world to objects that are given up to our analysis, and we forget how differentiated the world, and the language and bodies in it, are» (Skærbæk, 2010, s. 585).

Silje poengterte i intervjuet at:

«Det er viktig å være klar over at terapeuten ikke har svara. Det er viktig at terapeuten klarer å være i møte med og tilstede for personene som kommer i terapi. Sammen skal de skape noe i lag. Det er viktig å begynne der folk er, ikke der terapeuten tror personen er. Man må ikke prøve å få personen til å passe inn i terapeuten sin ide om hvor den er. Terapeuten og personen som kommer i terapi arbeider sammen. Vi utforsker historien og relasjonene sammen. Terapeuten går ved siden av, som en støtte. Terapeuten er ikke en autoritet. Terapeuten ønsker at personen skal føle mestring i terapi. Målet er ikke at terapeuten skal føle seg flink. Det er ressursene hos personen som skal være vektlagt, og det gir mestring».

Mari sa også noe om dette:

Som terapeut må man ha evne til å sette klienten i fokus, og ikke sin egen dyktighet som terapeut. For da kan du som terapeut bli en bremse for deg selv, for du lager en ferdig mal. For det er ingen terapeutisk forløp som er like. Alle er individuelle, ingen er like. Rammen er det viktigste terapeutiske utgangspunktet. Det er viktig at klienten føler seg vel i situasjonen. Det som da er feil er at terapeuten da har mer fokus på si rolle, eller mangel på rolle, enn på behovet til klienten»

Ved å tydeliggjøre klientens stemme og perspektiv og åpne for brukermedvirkning i praksis kan man skape rom for et reelt samarbeid om behandling der behandlerens «ytre» kunnskap kombineres med klientens «indre» kunnskap. Et slikt samarbeid omfatter både problem- og målbeskrivelse, og veien som leder til målet. Ved å vektlegge klientenes teori om hva som vil føre til løsning, vil både terapeuter og klienter trekke i samme retning og mobilisere håp og forventning om bedring for klienten (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 112).

Hvis klientens erfaringer og tanker om sin situasjon blir tillagt verdi får klienten anerkjennelse for sin kompetanse. Da åpner terapeuten for en reflekterende og gjensidig prosess der man tilstreber en likeverdig relasjon hvor forståelse og løsningsforslag skapes sammen. En vellykket allianse består av tre faktorer, og de er felles mål, et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient og enighet om virkemidler, metoder eller arbeidsform (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 97). Resultatet av dette kan bli at klientens selvspekt øker og faren for stigmatisering vil minke (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 247).

Klientene bringer med seg erfaringer fra sitt eget liv, og den kulturen de er en del av. Det er viktig at terapeuter fokuserer på hvordan klienten selv bidrar til å skape ønsket endring, for uten klientens innsats for å mestre livet utenfor terapirommet skjer det ingen endring. Klientens endringsteori kan beskrives som det kartet klienten orienterer seg etter. Det er viktigere at en terapeut bidrar til at klienten orienterer seg på sitt eget kart, og i sitt eget terreng, enn at terapeuten får avgjort hvor klienten er i terapeuten kart. Det er viktig at klienten reflekterer over hva klienten ønsker annerledes, og hvordan endring har skjedd før i livet til klienten. Når klienten forteller om mestringsopplevelser, ressurser og løsninger, trer andre sider ved klienten frem, og det skapes et bedre samarbeidsklima. Å samarbeide om

endring betyr å finne fram til hva klienten kan ha tro på, og å bidra til at dette kan prøves ut i praksis (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 98-104).

Det er viktig at terapeuten er bevisst sin rolle i for eksempel møte med sterke og traumatiske historier. I intervjuet fortalte Kari om sine refleksjoner rundt sin rolle som terapeut:

«Jeg hører veldig mange historier, og det går jo inn på meg, men jeg er samtidig terapeuten. Så profesjonalitet handler om at jeg må containe, jeg må ivareta og romme mine følelser, mens jeg lytter til den andre. Det kan komme forferdelige historier, og traumer og blant annet seksuelle overgrep. Og det kan skje at jeg faktisk får tårer i øynene, for det er så sterkt det den andre har opplevd. Men hvis en hadde begynt å si «stakkars deg», da har du ødelagt hele din rolle som terapeut. Selv om det vekker mange følelser i meg selv, må jeg sette meg selv på sidelinja fordi i terapi handler det ikke om meg. Jeg må være klar på hva som er mine følelser og hva som er den andre sine følelser, og at jeg gir ærlige tilbakemeldinger. «Ble du virkelig møtt på den måten da du var liten?» «Det må da ha vært helt forferdelig, jeg kjenner jeg blir så lei meg når du forteller hvordan det var». «Var ikke det forferdelig for deg?» «Det er det ingen som har speila før», kan personen si. Jeg går ikke inn i historien med mitt personlige følelsesregister. Jeg sier ikke «nå ble jeg så overveldet at jeg kan ikke ta inn dette her, jeg».

Kari sa i intervjuet at som terapeut er det viktig å være nøytral:

«I psykologien handler det mye om å være nøytral. Det handler om å være ekte, men min egen historie er ikke viktig i dette rommet. Den andre personen sin historie er viktig. At jeg er nøytral, objektiv, og ikke reagerer eller fordømmer eller dømmer, men at jeg tar meg tid til å lytte til historien. Det betyr at jeg gir den andre fokus under samtalen. Når personen går kan det hende at jeg blir overveldet av følelsen, men det holder jeg for meg selv, det skal ikke den andre personen holde for meg, for da er ikke jeg terapeut.»

Ulike terapeuters beskrivelse av et typisk terapeutisk forløp der livshistorier er i fokus. Fra personen tar kontakt til terapien er avsluttet

I narrativ terapi er terapeutens oppgave å hjelpe klienten til å bearbeide sine problemer ved å utarbeide alternative historier. En grunnleggende tanke i narrativ terapi er at de historiene som blir fortalt av klientens stemme er mer mulighetsskapende enn de historiene som blir fortalt om og til personen. Denne prosessen kalles reposisjonering av klienten, der klienten gjenvinner seg selv som et handlende selv. Målet til en narrativ terapeut er å sette klienten i stand til å tale ut fra en subjektiv posisjon, som aktør i eget liv, og ikke en underkastende. Ved

bruk av denne metoden eksternaliserer man også problemet, slik at problemet skilles fra personen. Istedenfor å se på personen som problemet, er det problemet som er problemet. I tillegg oppfordres terapeuten til å være nysgjerrig på en respektfull måte, der nysgjerrigheten rettes mot folks styrker og kompetanse, og ikke folks feil og mangler. Som en reaksjon på terapeutens nysgjerrige utspørring «gjenforfatter» klienten sin historie (White, 2007, s. 181-183).

Mikael White har brukt beskrivelsen «tynne beskrivelser» for å beskrive identitetshistorier der sammenhengen mellom delene og helheten i historiene er mangelfull, og der konklusjonene, som er tolkningen eller meningen i historien, i et narratologisk perspektiv er lite sannsynlige. En eneste traumatisk hendelse kan bli dominerende for en persons selvforståelse, og forme identitetskonklusjoner som «jeg er uverdig». Konklusjonene får makt idet de blir fortolkningsrammer for mange av livets fremtidige hendelser. Men konklusjonene er ikke mindre mektige og har ikke mindre effekt på en persons liv om de er tynne (Holmgren, 2010, s. 34-36).

Når en måte å fortelle historier om identitet på blir dominerende, betyr det som sagt at andre mulige måter å fortelle historien på marginaliseres. De dominerende identitetskonklusjonene ser da ut til å dirigere personens blikk mot forhold som bekrefter konklusjonene. I det øyeblikket vi har skapt mening, leter vi etter forhold som bekrefter denne oppfatningen. Identitetskonklusjoner er ikke bare fortolkende og fokus-styrende, de er også skapende. Målet til White er å bringe disse alternative historiene om hvem man er frem, og gjøre dem like virkelige som de dominerende historiene. Det gir så grunnlag for å mobilisere styrke til å skape endring, hevder narrative terapeuter. For å kunne frigjøre seg fra den innflytelsen som historier om problemindivid har for hvordan personen forstår seg selv, må man skape en alternativ historie med tjuke beskrivelser om personen. En detaljert historie grundig forankret i faktisk, levd erfaring fra denne personens liv. De tjuke historiene er også vevd inn i historiene til andre mennesker (Johnson & Torsteinsson, 2012, s. 203-204). Nå vil jeg sitere hva terapeut-informantene sa om hva som var et typisk terapeutisk forløp for dem.

I intervjuet fortalte Kari om hvordan et typisk forløp i terapi er for henne:

«For meg handler psykologi, og det å være psykolog, alltid om livshistorien til den som kommer. Min jobb, handler ofte om det å lytte frem historien, livshistorien, til den som kommer. Å bli kjent med hva som har vært, for så å se om jeg kan hjelpe til å lytte frem andre

sider ved den historien som styrker personen til å se sin livshistorie på en mer ressurssterk måte. Når jeg jobber som psykolog og historieforteller, så jobber jeg hele tiden aktivt med den personlige historien, livshistorien, enten at jeg går inn i det og bruker fantasien, eller at jeg skaper symbolske reiser. Jeg bruker mye eventyr i mitt arbeid. Eventyr er som drømmer i våken tilstand. Da jobber jeg med livshistorien».

«Noen er så utrygg når de kommer i terapi, at jeg ønsker å skape trygghet først før jeg prøver å kartlegge historien. Jeg bekrefter ofte at det var modig av personen, for å ta tak i sine problematikker. Jeg sier også at vi kan bruke noen timer på å bli kjent, slik at personen kan finne ut om jeg er en person som den vil jobbe sammen med. Jeg har spørsmål til de som kommer i terapi. I psykiatrien har man anamnese, «Hvor vokste du opp?» «Hvor mange søsken har du?» «Er du gift eller skilt?» Det er det praktiske. Det er viktig å vite. Hva er det du sliter med nå? Hvorfor kommer du nå? Hvordan har livet ditt vært frem til i dag? Har du gått i terapi? Har du hatt vanskelige perioder tidligere? Så mange spørsmål for å få mest mulig oversikt over livet. Noen som kommer har en spesifikk problemstilling, og da er det viktig å ta tak i den. Når man har kartlagt, og fått en oversikt over livshistorien, så spør jeg hva er det du ønsker å jobbe med? Finne målet for terapien. Det er individuelt hvor lenge hver enkelt er i terapi?»

Kari fortalte videre i intervjuet at:

«Vi mennesker er ikke alltid bevisst vår egen livshistorie. Vi mennesker reagerer, men vi vet ikke alltid hvorfor vi reagerer, for vi er ikke bevisst historien. Og det er veldig mange punkter fra vi er små, som vi kanskje ikke husker, eller som vi ikke legger vekt på, som preger reaksjonen vår i dag. Klassisk kognitiv terapi, tar for seg bare her og nå tankemønstre. Mens psykodynamisk terapi, som jeg har bakgrunn i, jobber helt tilbake til barndommen. Så selv om du kommer til meg med et problem, her og nå, viss du hadde kommet i terapi til meg, så hadde jeg begynt å spørre deg om familien din, oppveksten din for å få et bilde av livshistorien din. Og det er fordi at jeg ofte ser at folk får veldig sterke reaksjoner, og da handler det ofte om noe som går lengre bak. Det er viktig å tenke over at vi alltid preges av vår livshistorie. Styrken med det i terapi, for meg, det er at du får en annen forståelse og dybde i å jobbe med egen problematikk».

I intervjuet sa Silje dette om terapeutiske forløp:

«I terapi er livshistoriene utgangspunktet. Livshistorielinja blir et utgangspunkt når man skal jobbe med noe vanskelig. Det kan for eksempel være om en person har «en klar bestilling» der problemet til vedkommende er å gi slipp på kjæresten. Da jobber vi med å gå tilbake i historien for å se hvor problemet kommer fra. Neste steg å jobbe kreativt. Hva trenger personen? Skrive, tegne, eventyr eller bevege kroppen? Det er det som er psykodrama. Det er altså individuelt hva en person trenger, så derfor bruker jeg ulike verktøy i møte med hver enkelt ut i fra hva personen har behov for. Formålet med terapien er å bli bedre. Og historien er med på å avdekke «Hvem er jeg?»»

Silje beskrev et eksempel på et terapeutisk forløp. Hun fortalte samtidig at når en person kommer i terapi, og deler historien sin med terapeuten, så kan terapeuten klare å speile og avlaste personen, slik at personen får hjelp til å se seg selv.

«En ung mann kom til meg, og sa han trengte emosjonell atferd. Han var en intelligent mann, men hadde problem med å ha en kjæreste. Han ble stiv i relasjoner. Da jobbet vi med historien hans. Vi gikk inn i møtet han hadde med foreldrene sine. Målet var å få kontakt med følelsene, siden følelsene hadde stivnet. Da gikk vi spesielt inn på fire følelser: sinne, glad, redd og lei seg/sorg/gråt. Faren hans hadde vært sint, og det hadde resultert i at sinnet fryste hos mannen. Da mannen var barn, var den lille gutten så redd. I et rollespill hos meg, brukte vi stoler for å symbolisere barnerollen og en annen stol for å symbolisere voksen rollen. Først satte mannen seg i «barnestolen» og sa at han som «barn» hadde vært så redd. Etterpå satte han seg i voksen stolen, og erkjente at det var lov å være sint. Målet er ikke å være sint, men å vite hvordan man kan sette grenser på en trygg måte. Hvordan si ifra, og være ærlig på sine følelser. I barndommen hadde moren hans vært for overinvolvert, og nå måtte han selv klare å sette grenser uten å få dårlig samvittighet. For problemet var at han mista seg selv da han måtte innordne seg andre».

Per, som er psykiater, fortalte dette om hvordan et terapeutisk forløp kan utfolde seg:

«Når jeg starter behandlingen ber jeg om en subjektiv CV. Da skriver pasienten ned historien sin kronologisk. Med fokus på det som pasienten mener er viktig. Etterpå går man igjennom det, og ser på hvorfor pasienten mener det er viktig. Sorg og savn blir avdekket. Får da frem forskjellige tema å jobbe med»

«Dersom noen har psykiske vansker, ser jeg nærmere på omgivelsene rundt personen. Det er ikke pasienten som er syk, men relasjonene. Da er det viktig å bytte disse relasjonene ut, eller korrigere dem. Man kan ikke bytte ut de relasjonene som har vært i fortiden, men holdningen til relasjonen som pasienten har, kan byttes ut».

«En måte å jobbe på kan være å knytte ulike temaer til aktuelle tilstander. For eksempel om noen har problem på jobben med autoriteter, har de kanskje hatt et problematisk forhold til far. Dersom man stiller spørsmålstegn ved omsorg, morens funksjoner, kan en aktuell tilstand i dag være at personen nå har problem med å starte ny familie og så videre. Jeg prøver å kople det som har vært vanskelig i fortiden til aktuelle problemer i dag».

«En annen måte å jobbe med livshistorier på er å finne det som er repetitivt, altså det som gjentar seg. Da lurer man på hvorfor det gjentar seg på samme måte. Og man ser på hvilken rolle pasienten selv har i situasjonene. Hvorfor skjer ting på samme måte i forskjellige situasjoner? Vi prøver å avdekke hva pasienten gjør «feil». Vi ser på hvilken påvirkning pasienten har på sine omgivelser. Neste steg er å utvikle en annen strategi for situasjonen».

«I en terapeutisk relasjon arbeider jeg også med å reparere tillitsbrudd hos pasienten. Mange pasienter har negative følelser på grunn av at de mangler tillit. De er blokkert på grunn av at de mangler tillit. Da er det viktig at jeg som terapeut er nøytral. Det betyr at dersom en pasient får en sterk reaksjon i møte med meg som terapeut, er jeg nøytral, fordi referansen til pasienten ligger i fortiden, og ikke i denne terapirelasjonen. Dersom jeg klarer å reparere den opprinnelige feil i gjennom denne relasjonen. Det kan føre til at pasienten kan overføre det til andre relasjoner, og dermed få et annet utgangspunkt i møte med andre».

I intervjuet med Mari gav hun en beskrivelse av det som er typiske terapeutiske forløp for henne:

«Jeg jobber med alle aldersgrupper. Men for å ta et eksempel kan en person i 40 års alderen komme til meg i en krisesituasjon. En krisesituasjon kan være samlivsbrudd, ulykke, død, blitt alene, en traumatisk opplevelse og så videre. Da jobber jeg først med å kartlegge krisen. Det vil si at jeg og klienten jobber med sorg, sinne, angst og med gjentakelse av det som har skjedd, slik at klienten klarer å plassere traumet utenfor sin egen kropp. De fleste mennesker i krise har behov for å skape ny retning i livet. Da jobber vi terapeutisk med å skape en retning i livet som klienten føler at den har lyst til å gå imot. Det kan være en gammel drøm. Det kan

være en ny drøm. Dersom drømmen krever at de skal ta i bruk nye kvaliteter i seg selv, så er jeg en samtalepartner og en hjelper i arbeidet med dette. Den nye retningen kan handle om å ta videreutdanning, flytting, endring av bosituasjon, bytting av jobb og så videre. Da jobber jeg bevisst med ressursene til klienten, slik at de klarer å bruke dem selv, gjennom å ha fokus på å øke selvverd, og den ytre selvtiliten til klienten».

«Den terapeutiske prosessen videre vil være avhengig av hvor mye støtte klienten trenger på veien inn i et nytt livsløp. Noen ganger må de ha tett oppfølging over en kort periode, og så lengre intervaller. Det er veldig individuelt hva folk har behov for. I den prosessen jobber jeg med folk for å lære dem ulike begrep, og hvordan de begrepene jobber i livet deres. For eksempel om de har for høy samvittighet, lojalitetsavklaringer, grensesetting og så videre. Kanskje vi må se nærmere på ulike blokkeringer som de har, for eksempel i forhold til læring. Og se på frykt og angst i fra barndommen, som er mønster fra barndommen som vi må jobbe med og eliminere. Dette er veldig forskjellig fra person til person. Når jeg jobber med mønster fra barndommen, belyser jeg dem, snakke med klienten om det, få til en dialog om hvordan de mønstrene er stoppere for livskvaliteten. Etter hvert hjelper jeg de til å fjerne mønstrene»

«Målet er at klienten skal klare å gå forbi ytre blokkeringer, og så mestre. Har klienten mestret en gang, så vil det øke den ytre selvtiliten til vedkommende. Har klienten mestret to ganger, så har personen på en måte fått opp selvtiliten sin. Noen ganger kan det være at folk har en jobb, der de må snakke i forsamlinger, og de har en kjempeblokkering, så lar jeg ofte folk få trene på mitt kontor. Det vil si at de holder sine første foredrag her hos meg, mens jeg hjelper dem, korrigerer dem, både med kropp og pust. Jeg lærer dem taleteknikk, og tilbyr øving i et trygt miljø. Av og til får klienter oppgaver som de skal utføre, ting de skal gjøre eller undersøke, og så snakker vi om hvordan de følte de mestret det».

Kari gav et eksempel på et terapeutisk forløp, der klienten endret seg.

«En jente som kom til meg, og sa, «Jeg elsker å arbeide, men jeg kan ikke noe særlig». Det var hennes presentasjon av seg selv. «Jeg er på en jobb, og jeg mistrives, men jeg vil gjerne jobbe, men jeg får det ikke til». Problemet var at hun var begynt å bli sliten, og mistrivdes i jobben sin. Etter flere uker hadde hun snakket om ledelsen, hun hadde snakket om arbeidsplassen sin, så kom det frem at det var far som er sjefen for hele konsernet hun jobber i. Det sies bare i en bisetning, og da måtte jeg lytte veldig, og sa «Sa ikke du at faren din var

sjefen for hele virksomheten du jobber i?» Og da kom en annen livshistorie inn. Da viser det seg at her er det ikke bare en her og nå situasjon med jobben. Her er det snakk om en relasjon til far også. Det går flere timer, og så kommer det sakte frem at mor, som hun er veldig glad i, har et alkoholproblem. Da har det gått enda flere timer. På hvilke måte da: «Jo hun drikker seg så full når hun er på fest, at jeg blir bekymra, og vi sitter alltid oppe, og klar med bilen om noe skal skje.» «Hvor lenge har det pågått da?» «Hele livet vårt». Livshistorien blir større og større og større. Hun følte at hun ikke mestra livet sitt. Hun hadde far som sjef, og skulle beskytte dattera si, og den dagen hun sa ja til å jobbe under faren sin, mista hun krafta og troen på seg selv som arbeidstaker i voksent liv. Hun ble den lille jenta igjen. Så ble hun sjukemeldt, og hun har far som sjef, og han ville det beste. Men hun begynte å grue seg til pappa ringer, fordi han er sjefen. Hun tar mot til seg, hun tør å konfrontere mor med et alkoholproblem, som ingen i familien snakker om. Hun får med seg broren sin, hun får med seg støtteperson som er onkel. Hun sier opp jobben sin, uten å vite om hun får jobb igjen. Og hun har ingen tro på at hun har noe spesielt ved seg. Denne uken her kom hun, og fortalte det at hun har blitt innstilt som nummer en, der det var hundre søkere. Og det var den jobben hun ønsket seg. Og den storheten det var for henne å ringe til faren sin, og si «Nå har jeg fått jobb». Og så ringte hun til mor, og var så tøff og sier « Nå kan jeg ikke ta ansvar for deg lengre. Du skal være den som ivaretar meg, så viss du fortsetter å drikke så kan ikke vi ha kontakt mer».

Kari påpekte i intervjuet at:

«Det med å endre en livshistorie handler mye om at du blir møtt på en ny måte av noen som virkelig lytter til deg. Sånn at du begynner å endre synet på deg selv. For vi kan egentlig ikke endre noen ting, før vi begynner å møte oss selv på en annen måte, og da kan det hende at livshistorien folder seg ut på et helt annet plan».

Ulike terapeuters erfaringer med bruk av livshistorie som individuell terapi og som gruppeterapi

Individuell terapi skjer gjennom samtale mellom terapeut og klient. Individuell terapi hjelper klienter til å sette fokus på egen livssituasjon, slik at vedkommende kan oppnå en bedre hverdag. Gruppeterapi foregår i en gruppe der deltakerne har likeartede symptomer eller problemer, og deltakerne inviteres til å dele erfaringer (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 99-101). I noen grupper kan gruppeterapien fungere som individuell terapi i gruppe. Da jobber man med individuelle problemer, mens resten av gruppen fungerer som støtte, og deler

sine egne reaksjoner og erfaringer. For mange klienter kan det ligge mye innsikt og læring i å se andre jobbe med sine problemer, det kan føre til gjensidig innlevelse i og forståelse av deltakernes livsproblemer og gi hjelp til å utvikle forandringsprosesser. Dette har ofte en overføringsverdi, er gjenkjennende, for de andre gruppemedlemmene, og de problemene de sliter med. I andre grupper er man mer opptatt av det som skjer mellom gruppemedlemmene, man er da opptatt av selve gruppeprosessen. En tredje variant av gruppeterapi er mestringsgrupper, der gruppa støtter hverandre i å mestre ulike problemer de sliter med (Arnet, 2009, s. 39-40). I det følgende vil jeg sitere hva terapeut-informantene sa om deres erfaringer med bruk av livshistorie som individuell terapi og som gruppeterapi.

Kari jobber både med individuell, og gruppeterapi, og forteller:

«Når man jobber en til en, da blir det mer klassisk terapi. I individuell terapi er det din livshistorie alene som får hele plassen. Da handler det for meg mye om å lytte frem historien som den som sitter fremfor meg forteller meg. Da er det jeg som gjør det. Og du går dypere, for det går over lengre tid. Livshistorier i grupper, der lytter deltakere til hverandre, og så styrker de hverandres livshistorier. Da har man et fellesskap, en felles gjenkjennelse, for eksempel, og kan si: «Ja, men det skjønner jeg så godt, for det har jeg også opplevd». Det gjør du ikke i det terapeutiske rommet. Men når det er kursdeltakere på lik linje kan de styrke og støtte hverandre. For eksempel så hadde jeg en gruppe med menn med sosial angst. Den gruppa etablerte jeg etter at jeg hadde flere tøffe menn som egentlig var livredde i det sosiale rommet, for de var sikker på at andre så på dem som rare eller annerledes, eller kjedelig. Og til slutt var det en som sa at det er ikke noe vanskelig for meg å sitte sånn en til en og snakke med deg, for det er når det er en gruppe rundt meg det blir vanskelig. Og da fikk jeg ideen, jeg skal jammen lage en gruppe for dem her. Sånn at når det er livshistorier i grupper, så kan de deltakerne styrke hverandre med en gjenkjennelse og en forskjellighet. Du får se og høre det fra forskjellige vinkler, men alle er likestilt. Det er fordeler og ulemper ved gruppeterapi. En ulempe ved gruppe, er at dersom noen tar veldig mye plass, sånn at de andres livshistorie ikke får komme frem på samme måten. Men dette er veldig avhengig av kursleder, tenker jeg, og den som leder gruppa. Vær bevisst at det å jobbe med livshistorie er veldig dypt og personlig for mange, det kan være veldig sårbart, og kurslederen har desto større ansvar i å holde gruppa. For eksempel kan noen få reaksjoner underveis, og da er det viktig at den personen blir romma av gruppeleder, slik at gruppa slipper å ta alle følelsene til den personen. For alle jobber jo med egne følelser. Så grupper kan være gode i å støtte hverandre, men det kan også være en risiko at noen overvelder gruppa med sin historie eller

at det blir for sterkt. Du hører jo ikke bare din historie, men også alle andre sin historie. Så gruppeledelsen er ekstremt viktig i sånne situasjoner, tenker jeg da. Selv om gruppelederen ikke sier noe, men at det er noen som er bevisst og som ikke er aktivert i sine følelser i prosessen, men som er bevisst hele tiden, på ivaretagelsen.

Mari bruker også både individuell - og gruppeterapi i sitt arbeid:

«Jeg bruker livshistorie som terapi i både individuell terapi, men også i grupper. I individuell terapi vil det alltid være fokusert på den enkeltes historie. I gruppeterapi jobber gruppa med et felles tema. Det kan være tema som autoritetsforståelse, psykososial forståelse, begrepsforståelse, ulike mønster osv. Mønster er tillært adferd som er et resultat av oppdragelse og påvirkning fra omgivelsene. Et mønster blir dannet, og man lærer da en type adferd som holder liv i det mønsteret, eller unnvikelse av mønsteret. Adferd kan man dele inn i alle element: tanke, følelser, handlinger og resultat. Mønster kan man også dele inn i alle element. Man kan også ha begrepsmønster som samvittighetsmønster, lojalitetsmønster, ansvarsmønster, sannferdighetsmønster, mønster på glede, humor og kjærlighet, og så videre. Dersom gruppa er stor kan man dele den opp i mindre grupper, og så deler man opplevelser som gjør at folk får jobbe seg dypt inn i temaet. Man kan også bruke rollespill i arbeidet med temaene. Det å oppleve både likhet og forskjellighet i en gruppe, er like sunt».

Silje fortalte dette i intervjuet:

«Jeg gir terapi både individuelt og i grupper. I grupper deler man historier, og deltakerne i gruppen er gode støttespillere for hverandre og mange gjenkjenner seg i andres historier. Det betyr mye at andre har opplevd det samme. Dersom en person er inne i en langvarig prosess, har personen ofte behov for både gruppe og individuell terapi. Men mange er redd grupper. De er redd for å vise seg frem. Mange menn er slik, men ofte når de har bestemt seg for å dele, er de flink til å gå i dybden. Menn kaller en spade for en spade, og er direkte. Så kneiken ved gruppeterapi er å våge å komme. Ofte er en bestilling utgangspunktet for gruppeterapi. Det kan være tema som det indre barnet, skam, skyld eller at de har hatt umodne foreldre. Og gruppeterapi er i denne sammenhengen svært nyttig.

Silje trekker frem et eksempel hentet fra gruppeterapi:

«Det hjelper for eksempel ikke alltid å prate om angst, dersom man har mye angst. En dame som kom til meg hadde mye angst, hun hadde mange spenninger i kroppen, og livskvaliteten hennes var snevret inn. Det hadde ført til at hun bare turte å være inne i huset sitt. Omsider

begynte hun i gruppeterapi. I historien hennes kom det frem at hun hadde stor lojalitet til moren sin. Hennes mål for terapien ble å reise hjem til barndomshjemmet. Etter to års jobbing klarte hun det. Det var en stor seier. For å komme til det målet hadde hun satt seg mange delmål som hun jobbet med, og for å frigjøre seg benyttet hun musikk, skriving, fingermaling og var lekende».

Per beskrev i intervjuet et eksempel på hvordan han jobber i individuell terapi:

«I psykoterapi, ved individuelle samtaler, kartlegger jeg livshistorien, og ser etter sammenhenger fra fortiden som kan knyttes til nåtiden. For eksempel savner pasienten ros fra sjefen din i dag, fordi mormor pleide å rose pasienten i slike situasjoner. Pasienten blir skuffet, fordi pasienten savner sin mormor, som døde for lenge siden. Pasienten ikke har realistiske forventninger til sjefen. Personen ønsker tilbakemelding mange ganger om dagen, og det har ikke sjefen grunner til. Forventningene hører til mormor, og ikke til sjefen. Da forteller om den sammenhengen jeg ser mellom mormoren og dagens adferd. Pasienten får da tid til å fordøye det, for å se sammenhengen».

Per hadde også et eksempel på hvordan han leder en gruppeterapi:

«I gruppeterapi kan jeg for eksempel gi gruppe medlemmene i oppgave å tenke igjennom livet sitt, og etterpå som en film om eget liv fremheve noen øyeblikk som er viktigere enn andre. Så stopper jeg filmen, og pasienten skal trekke frem fem viktige øyeblikk, og så skal gruppe medlemmene gi hverandre tilbakemelding».

Ulike terapeuters beskrivelse av terapeutiske virkemiddel de bruker i sitt arbeid med livshistorier som terapi

Som informanten, Per, sa i intervjuet så er relasjonen mellom terapeut og klient det viktigste virkemiddelet i terapi:

«Terapeutiske virkemidler for meg er det at den terapeutiske relasjonen har fokuset. Rammen rundt terapien er viktig. Det er viktig å skape trygghet i rammene. Det er også slik at jeg speiler tilbake dersom pasienten kommer for sent til timen, eller om den kommer alt for tidlig. Det kan være mange grunner til det. Jeg speiler det tilbake til pasienten. Og så er et viktig terapeutisk virkemiddel at vi har en felles styring av samtalen. Vi snakker om det som er viktig for pasienten den dagen, dersom pasienten ønsker det».

Forskere finner stadig at en positiv allianse, et mellommenneskelig samspill mellom klient og terapeut for å oppnå klientens mål, er en av de faktorene som er best egnet for å forutsi et godt resultat. Klientens opplevelse av relasjonen til behandleren dreier seg om å oppleve seg respektert, hørt, forstått og bekreftet. I tillegg er det viktig at terapeuten oppleves som genuint interessert og engasjert. En god relasjon er også avhengig av det som mange kaller «kjemi» (Duncan, 2012, s. 37-38).

Mari påpeker også at:

«Kjemien mellom klienten og terapeuten er veldig avgjørende. Terapeuten må ha evne til å skape trygghet for klienten, slik at klienten kan ta tak i sin egen historie. Mange klienter har med seg mønster i fra sin livshistorie som gjør at de «pleaser» terapeuten sin, opplever terapeuten som en autoritet som gjør at de holder tilbake opplysninger. Da kommer ikke terapeuten noen vei. Det viktigste terapeutiske virkemiddelet er at terapeuten selv er trygg som person, og at terapeuten kan skape trygghet hos klienten. Slik at klienten tør å gjøre en jobb sammen med terapeuten. Det terapeutiske arbeidet er alltid et samspill mellom klienten og terapeuten. Får du ikke til det så får du heller ingen effekt. Det er første bud».

Mari sier videre:

Et virkemiddel for meg er å få klienten til å se seg selv. Jeg forklarer klienten at alle mennesker har fått en oppdragelse og en adferd, og det er bevist at de fleste har ubrukt potensiale i seg. Det handler veldig mye om å kommunisere, slik at klienten ser at de har talent. Når jeg snakker med klienter, ser klienter ofte hva de har vært flink til og hva de har lagt på hyllen, hva de har begynt på, og har avsluttet, fordi livet ble så vanskelig. Gjennom kommunikasjon avslører man det som er ubrukt, som en kanskje bør ta tak i. I tillegg til kommunikasjon bruker jeg som healer klarsynet mitt for å se hva som er folk sine sterke sider.

For at en klient skal føle seg forstått, er det vesentlig at terapeuten lytter til klientens historie uten å fortolke. At terapeuten er ydmyk nok til å ta inn det klienten forteller, uten å la sin egen forforståelse og teoretiske referanseramme styre forståelsen. Å akseptere klientens forståelsesramme betyr ikke nødvendigvis å akseptere klientens handlinger (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 107-112).

Anerkjennelse av klienten viser både til det å se, bekrefte og akseptere den andre.

Anerkjennelse er viktig for at individet skal kunne utvikle en selvbevissthet. Selvbevisstheten

er en forutsetning for at selvet skal forme og forandre seg. Det første skrittet i det å utvikle en relasjon er å strekke seg mot den andre, være lydhør for hva den andre er opptatt av og hvordan denne opplever virkeligheten. Forutsetningen for å få til et slikt møte er tilstedeværelse i øyeblikket, et aktivt nærvær. Det krever at terapeuten legger deler av seg selv til side. Det handler om å lytte og fange opp det som formidles. Når vi har kommet nærmere den andres opplevelsesverden, er det viktig å gi tilbake det vi har forstått, gjennom speiling, bekreftelse og aksept. Det er viktig at innholdet i det som speiles eller formidles tilbake på andre måter, oppleves som støtte for klienten. Det at terapeuten er til å stole på er sentralt i relasjoner, samtidig som det er viktig at relasjonen er forutsigbar. Det er med på å skape trygghet og tillit i terapi-relasjonen (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 127-128).

Det mest grunnleggende virkemiddelet for Kari er å opparbeide tillit:

«Det første terapeutiske, det grunnleggende terapeutiske virkemiddelet i min praksis er å opparbeide tillit. At den som kommer til meg, opplever et tillitsfullt møte. At den blir trygg til å vite at jeg holder på det som kommer, er sterk nok, og at jeg tåler alt, uansett om det kommer skyggesider frem eller om det kommer forferdelige historier. At jeg er der som en trygg person. Tilliten er bærebjelken for alle videre virkemidler i terapi, for viss du klarer å få et menneske til å stole på deg, og ha tillit til deg, så har du gjort mange skritt i det terapeutiske møtet. Men det er ikke gjort på en, to, tre. Jeg bruker å åpne rommet slik at de skjønner at mitt terapeutiske rom er et nøytralt rom, der de sier hva som helst, men ingenting kommer ut. I tilliten ligger det også et virkemiddel i taushetsplikten, som jeg tar veldig seriøst».

For Per er taushetsplikten også viktig:

«Praktisk betyr det at dersom livshistorien blir skrevet ned, legger jeg den ikke inn i journalen. Det er fordi pasienten skriver livshistorien sin i forbindelse med dette konkrete formålet. Jeg skriver bare generelt om pasienten i journalen. Men dersom man kommer innom informasjonsplikten (som gjelder ved lovbrudd eller fare for liv) trenger man ikke samtykke fra pasienten til å informere andre instanser».

Et annet virkemiddel Kari bruker er:

«Jeg lytter på flere plan. Når jeg sitter som psykolog og er gått inn i psykologrolla med et menneske som sitter hos meg, så lytter jeg på flere nivåer. Det er litt vanskelig å forklare, men jeg kan prøve. Jeg lytter til den historien personen forteller. «Hvorfor kommer du?» Samtidig

*så lytter jeg til hva som skjer mellom meg og personen i vårt møte. Så lytter jeg til hvilke følelser jeg får mens personen snakker. Blir jeg urolig? Får jeg vondt i kroppen? Hvilke affekter eller følelser hos den andre er det jeg bærer nå? Viss det blir veldig sterke fysiske følelser, trangt i brystet, vondt i magen, noe jeg ikke hadde før personen sitter sammen med meg, så speiler jeg dette tilbake til den andre. Og i det faglige, i terminologien, blir dette kalt *prosjektiv identifikasjon*»*

«Overføring og motoverføring er et virkemiddel jeg bruker mye. Fordi mange som kommer til meg har følelser som de aldri helt har klart å romme, da er det min jobb at jeg lytter og kjenner etter hvilke følelser har jeg nå. Og når jeg har rommet disse følelsene en stund, så kan jeg si at «vet du hva, når du forteller meg om deg og faren din, så er det akkurat som om jeg får en enorm sorg inni meg. Er det noe du har kjent på lenge?» og da kan personen si «Ja! Men det har jeg ikke tenkt på». Da ble det gitt tilbake i en fordøyd form».

Det er ikke slik at når vi møter et annet menneske for første gang, gjør vi det med «blanke ark». I møte med et annet menneske bærer alle mennesker med seg forestillinger om den de skal møte, og reagere deretter. Freud utarbeidet forklaringer på dette fenomenet, og kalte det for overføring og motoverføring i en terapeutrelasjon. Begrepet overføring viser til hvordan en klient førte følelser som opprinnelig var rettet mot mor, far eller andre viktige personer fra barndommen over til terapeuten. Klienten bringer sine relasjonelle væremåter inn i terapirelasjonen. Uten at vi er oss det bevisst, kan dette ha til følge at vi fremviser samme adferdsmønster og følelsesmessige reaksjoner overfor nye mennesker som vi hadde i forhold til nøkkelpersoner i fortiden (Malt, Andreassen, Melle & Årsland, 2012, s.44). Begrepet motoverføring viser til alle tanker, følelser og adferd klienten vekker hos terapeuten. Innenfor dette ligger også forutinntatte forestillinger som terapeuten måtte ha utviklet om klienten på forhånd (Malt, Andreassen, Melle & Årsland, 2012, s. 162-163).

Overføring kan forstås som svekket og utydelig selvavgrensning og selvrefleksivitet. Responsen på overføring er motoverføring. Overføring og motoverføring handler om gjensidige prosesser i en relasjon. Det er viktig at terapeuten klarer å sortere hva som er klienten sitt, og hva som er terapeuten sitt. Det er viktig at terapeuten prøver å forstå den andre, inkludert den andres overføringsreaksjoner, og samtidig være klar over at man som terapeut kan være med på å skape disse reaksjonene. Terapeuten må ha oversikt over hva klienten gjør, kalt andre-refleksivitet, og hva terapeuten selv gjør, kalt selvrefleksivitet.

Klienten overskuer ikke selvprosesser i samspill, gjentar og lever eget materiale i terapeuten og /eller insisterer at terapeuten på tilsvarende måter legger egne sider ved egne selvprosesser i klienten. Terapeuten må også forstå hvordan terapeutens egne reaksjoner danner forutsetninger for klientens uttrykk og væremåter (Hertz, 2011, s. 287).

Det at vi mennesker stadig repeterer problemer fra barndommen er en av kjerneinnsiktene i psykoanalytisk psykoterapi. Freud kalte dette for tvangsrepetisjon. Men hvorfor vil vi mennesker gjenoppleve smerten? På en eller annen måte klarer voksne å kopiere de destruktive forholdene de hadde som barn. For å forklare dette litt nærmere vil jeg bruke betegnelsen skjema, hentet fra utviklingspsykologien, lansert av Jean Piaget, en sveitsisk psykolog. Skjemaer er dypt innprentede oppfatninger om oss selv, og om verden som vi lærer tidlig i livet. Disse skjemaene er sentrale for vår oppfatning av selvet. Skjemaer forteller noe om hvem vi er, og hvordan verden ser ut. Derfor tviholder vi på dem, selv om det skader oss. Disse tidlige oppfatningene, holdningene, gir oss en følelse av forutsigbarhet og visshet (Young & Klosko, 2002, s. 10-11).

Den overordnede oppgaven for foreldre og andre voksne er å støtte barnets initiativer til å utforske verden. Utviklingsstøtte rommer mye. Forutsetningene er oppmerksomhet, nærvær, affektiv regulering, inntonning og empati. Innholdet rommer både støttende innspill, oppmuntring, lek, kroppslig nærhet, ikke-verbal og verbal kommunikasjon. I det siste inngår det å benevne personer, ting, hendelser og opplevelser. Å få støtte handler også om omsorg, skjerming, oppmuntring, avgrensning, veiledning, forklaring, utfordring, stopping og fokusert oppmerksomhet på positiv utvikling (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 86).

Det er viktig å gi barnet rom til å utfolde og utvikle noe det allerede kan, og gi tilpasset støtte når det strekker seg etter noe nytt (Tjersland, Engen & Jensen, 2013, s. 78). Evnen til dialog er det viktigste redskapet barn har for å få støtte til utvikling. Slik støtte skjer oftest uten at man er fullt bevisst på hvilke egenskaper og forutsetninger en positiv utviklingsprosess bygger på. I de fleste tilfeller vokser barnet til selv å bli en ansvarlig voksen som innenfor sin kultur repeterer en tilsvarende syklus med egne barn (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 15).

Gjentakelse av tidligere relasjoner og repetitive elementer inngår i overføringer (Ulberg, Hersoug & Knutsen, 2012, s. 98). Overføring dreier seg om ubevisst forskyvning fra fortid til nåtid. Klientene mistolker en nåtidig relasjonell opplevelse, basert på fortidens erfaringer.

Klienten søker, uten å være klar over det, å gjenoppleve det som var vanskelig i barndommen, på en lykkeligere måte. Dette lykkes selvsagt ikke. Klienten lærer ikke av erfaring. Det kan se ut som man gjentar i håp om å få det man ønsker seg. Samtidig, ifølge Freud sørger repetisjon også for at klienten ikke glemmer (Hertz, 2011, s. 283.) Dette er et paradoks fordi det innebærer at symptomer både er uttrykk for infantile ønsker, men også underliggende skjulte selvprosesser og representerer avvergende manøvrer for å slippe å konfrontere det skjulte. Det kan være vanskelig å gi slipp på slike ønsker og behov fra barndommen, og innse at de er foreldet og ikke lengre kan etterkommes (Hertz, 2011, s. 286).

Ideen om gjentakelse ligger innbakt i overføringstanken. Prosesser som ligger til grunn for gjentakelsen, er ubevisste. Det ubevisste kommer til uttrykk i gjentakelsen, til manglende tilgang til prosesser i selvet og i at klienten lever deler av sitt eget psykiske materiale i andre og i omgivelsene. Overføring er en type motstand. Det er de overlevelsesrettede væremåtene som beskyttelse som utgjør overføringen. Det er komplekse sammenhenger mellom tidlige opplevelser og spesifikke og detaljerte utforminger av det relasjonelle selv (Hertz, 2011, s.288).

Klienters strev i forhold til et tema gjør det gradvis mulig å forstå mer om hva det vanskelige dreier seg om i fortiden, og hvordan det er likt og forskjellig i nåtiden. De fastlåste væremåtene har ulik grad av overlevelsesverdi. Det vil si at klienten har tilgang til selvprosesser, kalt refleksivitet. Enkelte av disse prosessene kan være lettere tilgjengelige enn andre, andre ganger er de ubevisste. Men de kommer til uttrykk i form av symptomer. For å finne ut av dette må man gå nøye igjennom historien, og se på gjentakelse og motstand mot forandring. Savn, smerte, skuffelser, tap og så videre kan fortrenkes, men komme til uttrykk som ønsket om, og forsøket på, å iscenesette et liv på måter som skal «gjøre alt godt». Det blir gjentakelsen. Sammenhengen mellom den dype smerten og iscenesettelsen er kompleks, og selvsagt ikke lett å oppklare (Hertz, 2011, s. 289).

De fastlåste væremåtene synes på forskjellig vis å henge sammen med tidlig savn av emosjonell tilgjengelighet, ivaretagelse og omsorg. Mange nærer og avverger ønsket på en og samme tid. Ønsket om nærhet kan for eksempel være blandet sammen med angst for avvisning. Tilknytningsforskning kan tyde at barns angst oppstår i relasjon til voksne som ikke kan hjelpe dem med spenninger, kaotisk forvirring og smerte. Dypest sett er angsten knyttet til å bli invadert eller hjelpeløst forlatt. Slike prosesser kan ligge under når vi ser en

voksen gjentar relasjonelt mønster som innebærer å forvente det gode, men samtidig «ha med» smerten knyttet til en eventuell oppfyllelse av ønskene (Hertz, 2011, s. 290-291).

Subjektet er i utgangspunktet selvorganisert, men trenger støtte og rammer fra andre for å finne sin egen subjekt plass i en relasjon eller en sammenheng (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 58). Usikkerhet, problemer og bekymringer hos foreldre, så vel som utviklings- og mestringsproblemer hos barnet viser seg ofte som forstyrrelser i samspillet mellom dem. Når dialogen mellom barnet og foreldrene blir forstyrret, og de taper anerkjennende nysgjerrighet på hverandre, viser det seg i et lite funksjonelt samspill for barnet og redusert mestringserfaring for de voksne. Da utvikles et problem mønster fremfor et utviklingsstøttende mønster. Barnet får da en måte å reagere på som automatisk aktiviserer mer av den voksenadferd barnet minst trenger. Samspillet blir sirkulært forsterket gjennom etablerte forventninger om avvisning eller usikkerhet. Grunntendensen i det regenerende samspillet er avgjørende for barns utvikling. I prosessen der mønsteret skal bli utviklingsfremmende møter omsorgspersoner to utfordringer (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 104-106).

Den første utfordringen handler om relasjonsberettigelsen, der jeg-du – forholdet barnet spør: «godtas jeg slik jeg er?». Temaet i denne utfordringen er egenverdet til barnet. Det er et spørsmål om den betingelsesløse anerkjennelsen, uten krav til prestasjoner eller andre forutsetninger. Spørsmål om relasjonsaksept må forstås og besvares uten at det stilles av den som trenger svaret. Ulike omsorgsbehov og krav på beskyttelse barnet måtte ha, må aktivt møtes av de voksne. I det øyeblikket barnet selv må stille spørsmål om sin verdi, vil svaret ikke gi trygghet, og spørsmålet vil derfor stilles igjen. Det man får når man har bedt om det gir ikke ubetinget opplevelse av aksept. Da oppstår det sirkulær usikkerhet i relasjonen. Uten trygghet på anerkjennelse vil barnet bruke mye energi på å prøve ut verdi i en forsterkende utrygghetssirkel. Målet vil da være å unngå trusselen om å bli ekskludert fra relasjonen. Barnets grunnleggende avhengighet av den voksnes omsorg gjør dette i siste instans til et overlevelsesmønster. Barnet vil inkluderes (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 104-106).

Den andre utfordringen handler om å svare på og støtte opp under barnets behov for mestring, og barnets spørsmål blir: «Utvikler jeg meg?» Å svare på spørsmål om mestring og utvikling, gjelder barnet som kompetent subjekt i relasjonen og i forhold til omverden. Barnet har en medfødt driv til å utvikle seg. Men barnet har behov for tilpasset informasjon for å kunne

opptre rimelig i tråd med sosiale forventninger. Det vil si voksnes deltakelse, anvisninger og regulering i barnets næreste utviklingszone. Det dreier seg om støtte på veien til målet som settes av barnet og omverden. Barnet hjelpes på en anerkjennende og motiverende måte til sosialt akseptable nivåer for mesting (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 104-106).

Dialog er vanskelig. Det kan oppstå situasjoner der man strever med å se, forstå og justere seg til hverandre. Men når problemene gjentar seg, og danner låste mønster i samspill, opprettholdes problemene. I slike situasjoner mister partene nysgjerrighet på hverandre, og den naturlige søken etter nye felles fokus faller bort. Å være interessert i hverandre og gjensidig invitere hverandre til felles fokus er nettopp kjennetegn ved de utviklingsstøttende dialogene. Når nysgjerrigheten faller bort erstattes den gjerne av negativ forforståelse av hverandre. Den forforståelsen dreier seg ofte om egen eller andres utilstrekkelighet, eller setter partene i en må eller bør posisjon til hverandre (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 106-107).

Kari påpeker videre i intervjuet at:

«Et annet virkemiddel som jeg også kan bruke mye er å arbeide med hvilke tanker klienten har om seg selv. Og da går jeg mer fra det psykodynamiske, der jeg jobber med proaktiv identifikasjon og overføring/motoverføring, til at jeg jobber med det kognitive, med mentalisering. Det er helt klart at vi skaper mange problemer for oss selv, her og nå, med at vi har fastlåste tanker om den vi er. De fastlåste tankene vi har, preger hele vårt syn på vår egen livshistorie. De som får hjelp til å endre tankemønsteret sitt, ser plutselig at livshistorien utfolder seg annerledes også. Det er også et viktig virkemiddel. Det er jo fler, men...».

Et virkemiddel for Silje er:

«Enkelte ganger bruker jeg egne historier for å forklare for eksempel at personen ikke er alene om å ha det slik. Et annet virkemiddel som jeg bruker er rollebytte. Da plasserer jeg stoler på gulvet, og det blir konkret vektlagt hvordan det er å være den andre. Det er mentalisering. Og man får mulighet til å observere seg selv fra utsiden. Det kan resultere i at man får kontakt med følelsene sine igjen. Jeg bruker også farger som virkemidler i terapi. Personen selv velger farger, og vi jobber med følelser og sanser, sansespråket, det kroppslige gir seg ofte utslag i somatisering. Og vi jobber med det kognitive som handler om bevisstgjøring»

Silje hadde også et eksempel fra en terapitime der en kvinne hadde mye skyld og dårlig samvittighet:

«Jeg gav kvinnen noen puter som hun skulle holde på. Deretter skulle hun slippe putene, og symbolsk sett gav hun slipp på den tunge børen hun hadde båret. Hun ble sjokkert, og lettet over å være fri fra et ansvar hun hadde båret så lenge».

Silje hadde et annet eksempel fra terapi:

«En ung jente var sykemeldt. Hun var veldig opptatt av andre, ikke seg selv. Da hun kom i terapi ble veien for henne å finne ut hvem hun var. Finne ut hva hun ville, ikke hva andre ville. Hun måtte tenke over hva hun likte. Hun måtte tåle å være i eget selskap, samtidig som hun i andres selskap måtte ivareta egne behov og ha grensesetting. Det endte med at hun fikk seg en annen type jobb».

Ulike terapeuters erfaringer med effekten av å bruke livshistorier som terapi

I dette avsnittet vil jeg gå inn på effekten av å bruke livshistorier som terapi. Innen forskning har man funnet ut at uansett teknikk eller terapeutisk tilnærming må visse forutsetninger være oppfylt for at terapien skal være virksom, eller ha en effekt. Med effekt mener jeg det behandlingsresultatet man oppnår gjennom terapi. Psykoterapiforskningen viser oss at det kan være like viktig å vite hvordan terapeuter utfører terapi, som nøyaktig hva de gjør (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 22-23). Det kommer frem i forskning at klientens tidlige opplevelse av den terapeutiske relasjonen signifikant kan predikere det endelige resultatet av terapien, og at klientens vurdering av tidlig endring i terapi signifikant predikerer terapieresultatet (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad 2007, s. 55).

Samtidig er det viktig at relasjonen mellom terapeut og klient er preget av trygghet, åpenhet og aksept. Relasjonen må være bygd på tillit og respekt, og terapeuten må tåle kriser som oppstår. Mye tyder på at relasjonell læring kan være en uunnværlig ingrediens i terapien (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 22-23). Klienten må få opplevelsen av å få utvidet forståelse og innsikt i egne problemer gjennom terapien. Disse faktorene bidrar til å gi klienten håp og tro på endring, og det har stor betydning for det terapeutiske utfallet (Psykoterapi, 2006, s. 253).

Mye av forskningen innenfor klienters tilfriskning har søkelys på bedringsprosesser og vendepunkter i behandling. Klienters tanker om hvorfor den har det vanskelig, og om hva som

hjelper i et behandlingsforløp, vil ha betydning for graden av tilfriskning. Viktige elementer i bedringsprosessen er betydningen av å bli støttet av viktige andre, og at man gis et fornyet håp. Det er i tillegg viktig å gjenvinne kontrollen over eget liv. Sosiale og materielle forhold som understøtter bedringsprosesser, gir rom for å etablere andre identiteter enn å være klient. En redefinering av seg selv vil kunne gi større kontroll over eget liv, en aksept av egne vansker, men også større oppmerksomhet hvordan problemene kan mestres i tunge perioder. Tabu og fordommer kan vanskeliggjøre prosessen med å få det bedre. Historier fra personer som har gjenvunnet psykisk helse, forteller om betydningen av å bli sett, hørt og viktiggjort i møte med terapeuten (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 285-287). Nå vil jeg sitere de ulike terapeut-informantenes erfaringer med effekten av å bruke livshistorier som terapi.

Kari sa i intervjuet at:

«Positive effekter ved å jobbe med livshistorier handler om å bli bevisst din virkelige livshistorie, på godt og vondt. At du kan frigjøre deg fra det som har holdt deg tilbake. For livshistorie for meg handler ikke bare om deg her og nå, men det handler også om hvordan dine foreldre og dine foreldre ble møtt av sine foreldre. Det er også slektshistorie i dette her. Vi bærer ofte med oss mønstre som vi ikke er oss bevisst. Hvordan en kvinne skal snakke i forsamlinger for eksempel. Har du lov til å ta plass, har du ikke lov til å ta plass? Det jeg har opplevd som veldig positivt med å jobbe med livshistorier er at mennesker plutselig ser at «Oj, men jeg har jo rom til å velge. Jeg trenger ikke å fortsette historien som jeg er blitt fortalt om mitt liv på denne måten her, jeg kan velge. Jeg kan skifte retning. Jeg er faktisk fri som person. Og veldig mye av vår oppfatning av vår livshistorie er en tankekonstruksjon».

Silje fortalte i intervjuet at:

«Livshistorier i terapi har en god effekt. Man kan gjøre om historien, og forholde seg til den på en annen måte. For eksempel, det som mangler kan man ta inn. Og det som er for mye kan man ta bort, altså det blir en ny måte å bære historien på. Livshistorier i terapi har en god effekt, spesielt fordi det tar tak i ressursene».

Mari var også opptatt av dette, og sa i intervjuet:

«Min erfaring er at å bruke livshistorie som terapi er den eneste terapi som fungerer. Det handler om å hjelpe klienten til å se seg selv, oppleve seg selv, og realisere seg selv. Livshistorien vil alltid være referansen du har å gå ut ifra når du skal bevege deg videre. Ofte

kan folk ha satt seg fast i bitterhet, hat og angst på grunn av sin egen livshistorie, og da er det viktig at du terapeutisk klarer å snu historien slik at det blir en positiv historie. Ikke at opplevelsen var positiv, men at historien var positiv, slik at den enkelte kan oppleve at de har vokst som menneske. At de har blitt klokere. At de har fått utviklet indre kvaliteter som for eksempel empati, aksept, forståelse for andre osv. Snuoperasjonen av historien vil alltid være et valg. I det øyeblikket oppdager klienten at de har positive ressurser, at de har mye ubrukt i seg, at de har frihet til å velge sitt eget liv.

«Ved bruk av livshistorien til folk, finner jeg ut hva som er det positive og oppbyggende i livshistorien deres. Det vil si det at gjennom å bli kjent med folks livshistorie så finner jeg ut hvilke gode kvaliteter de har, hvilke ubrukt potensiale de har, hvilke drømmer de har lagt på hylla og hvilke indre mål de har for livet sitt. Det er den positive essensen i livshistorien. Jeg bruker alltid det positive til å forsterke det slik at det tar over for det som måtte være negativt. Samtidig jobber jeg med problemstillinger som har vært med på å stoppe opp livet til folk, eller gjort til at de har fått problemer. De fleste mennesker har mye ubrukt potensiale i seg. Dersom man for eksempel har hatt en traumatisk barndom så har man ikke fått lov til å ta ut men enn 20 -30 % av potensialet sitt. Så ved å hjelpe folk til å begynne å ta tak i sitt potensiale, så kjenner de gleden over å være seg selv. Og jeg kan lære dem å være stolt over å være seg selv, og jeg får dem til å tro på sine egne gode kvaliteter på ulike nivå. Ikke minst kan jeg bruke det til å lære dem at de har mestringsevne. Når folk forstår at de er flinke, er dyktige, har potensiale, så klarer de å hente opp mestringsevne».

For å trekke frem noen negative effekter av å bruke livshistorier som terapi, nevnte Kari dette:

«Mange snakker om at dersom man går tilbake til barndommen, tilbake til den tiden da du hadde det vondt, og snakker igjennom det, og kjenner på smerten som var. Mange mener at det er fare for retraumatisering dersom man går tilbake. I retroterapi, for eksempel, blir du ført tilbake, og så kjenner du på hvordan det var å være 5 år. Noen mener at det er negativt, men jeg har aldri opplevd det. Jeg har opplevd at folk har fått sterke reaksjoner når vi går tilbake, de har begynt å gråte, har kjent veldig sterke ting, men aldri har noen kommet og sagt at de har opplevd det som negativt eller retraumatiserende. Det kommer fra tidligere psykologi fra 60-70 tallet, når de jobbet mye med regresjonsterapi, og pustet seg inn i traumet. Men nå snakker vi mer om klassisk terapi, der du forsiktig går inn og kjenner på det, med en tilstede, her og nå. Så du har kontakt med deg selv, her og nå, samtidig som du venter blikket bakover».

Mari forteller at stort sett er det positivt å jobbe med livshistorien i terapi, men det kan i enkelte tilfeller bli problematisk.

«Det er positivt for folk å bearbeide livshistorien sin. Problemet er når folk føler de har bearbeid livshistorien, og fått tilbake seg selv, så kan de ha en ytre hindring som gjør at de ikke føler at de klarer å ta i bruk den frigjorte livskraften sin. Et eksempel på dette er en dame på 70 år, som har vært i et dårlig ekteskap i lang tid med en kronisk syk mann. Men har ikke samvittighet til å forlate han. Da er det viktig å ikke avslutte bearbeidelsen av livshistorien for tidlig, for da kan den gamle historien ligge der som et hinder for livsutfoldelsen. For du må se på omgivelsene rundt. Den største faren viss du som terapeut avslutter for tidlig, er at det er noen hindringer der. For eksempel den syke mannen som jeg ikke kan forlate, og ungene som bebreider viss klienten forlater mannen. Da må vi jobbe med hindringene som ligger der, og vil følge deg inn i din nye livshistorie. Vi må jobbe med disse utfordringene, og finne gode løsninger. Et annet eksempel på dette er om man har forlatt en psykopatisk partner, men er nødt å forholde seg til vedkommende på grunn av felles barn. Faren er at klienten kan gi opp sitt nye liv. Det er veldig negativt når man ikke klarer å forholde seg til enkelte sider ved omgivelsene, for det er ikke alt man kan velge vekk i det nye livet».

For å forklare dette fenomenet som Mari forteller om, velger jeg å henvise til begrepet kybernetikk. Begrepet kybernetikk er hentet fra automatiseringssystemer og datateknologi, og har blitt brukt for å utvikle kommunikasjonstenkningen. Kybernetikk er læren om styringsmekanismer i maskiner og forkastet ideen om årsak-virkning – tenkning, og beskrev i stedet sirkulære påvirkningskjeder. Hva man setter som den første bevegelse, hva som utløser slike kjeder, har med klientens eller terapeutens punktuering å gjøre. Jeg beskrev begrepet punktuering i avsnittet sosial konstruktivisme i kapittelet teoretiske perspektiver. Enheten man jobber med, for eksempel et ektepar, blir sammenlignet med et målsøkende og selvregulerende system som under påvirkning utenfra hele tiden søker mot likevekt. Når det innenfor et system forekommer store avvik eller endringer, fører negativ feedback til at systemet finner tilbake til en slags likevekt (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 58-59).

Slike metaforer kan bidra til å sette ord på fenomener som terapeuter ofte har observert, som handler om at når den ene parten begynner å endre seg, og fungerer bedre, reagerer den andre ektefellen på måter som bidrar til å forverre tilstanden, eller de utvikler selv symptomer. Slik kan et ektepar bli sett på som et konserverende system som ikke ønsker seg endring. Et

ektepar reguleres ofte av noen grunnleggende regler for samhandling, ofte implisitte, usagte og særegne for det enkelte ektepar. Når det avvikes fra disse reglene, skjer det nærmest en automatisk tilbakeregulering (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 58-59).

I de tilfeller folk endrer seg kan man skille mellom første og andre ordens forandring. Første ordens forandring handler om en korrigerende avvik ved å gjøre det motsatte av det som har skapt avviket. Noen ganger fører ikke denne typen av negativ feedback til noen forandring. Det blir bare «mer-av-det-samme» løsninger. For å gi et eksempel på dette vil jeg fortelle om en far som utøvde sterk kontroll over en sønn sitt skolearbeid, samtidig som sønnen unndrog seg hans kontroll, som igjen førte til at sønnen ble enda mer vag og faren utviklet seg til å bli en «forhørsadvokat». Dette førte til at sønnen ble en ekspert på å svare uten å svare, og sa i stedet «du maser». Avstanden mellom dem bare økte. Slik kan løsningene etter hvert bli problemet (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 59-60).

For å bringe bevegelse i et slikt fastlåst system må en annen ordens forandring til, det vil si en endring på «et høyere logisk nivå». Disse løsningene handler om endringer av premissene som styrer et system. Som hjelpemidler benytter man omformuleringer, perspektivforflytting og paradokser. For eksempel kan terapeuten gi far og sønn en instruks om å ta pause fra striden om leksene, og i en periode konsentrere seg om å finne frem til noe de to liker å gjøre sammen. Det flytter oppmerksomheten bort fra det samspillet de er fanget av (Tjersland, Engen & Jansen, 2013, s. 60).

Silje forteller at en positiv effekt av å jobbe med livshistorier som terapi er at hun har lært mye.

«Som terapeut jobber jeg kreativt. Og jeg har lært mye av å møte forskjellige mennesker. Og det er i møte med alle disse ulike menneskene at jeg har fått den erfaringen jeg har i dag. Det er viktig å kunne kontinuerlig utvikle seg som terapeut».

Per forklarte i intervjuet at for å virkelig forstå effekten av å bruke livshistorie som terapi, bør man som terapeut ha prøvd det selv, for bare da kan man virkelig forstå hva det innebærer.

«Jeg mener at det er viktig at terapeutene selv har prøvd terapi. At de har vært igjennom selvterapi. Slik at de selv har erfaring med det, og kan forstå hvordan det er, og da er det lettere å sette seg inn i effekten av terapien».

Skau (2011) skriver også noe om dette i boken «Gode fagfolk vokser». Hun hevder at terapeuter bør opptre i samsvar med de verdiene de forfekter, og at det er en forutsetning for personlig integritet. Det nytter ikke å skulle lede andre inn i et endrings -og utviklingsarbeid bare gjennom å snakke om betydningen av personlig kompetanseutvikling. Det er viktig med både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap om en slik prosess. Resultatet blir da at terapeuten blir trygg i sin kunnskap. Det å være trygt forankra i seg selv, gjør at terapeuten blir troverdig og ekte i møte med klienten (Skau, 2011, s. 135).

Det viser seg at relasjonelle faktorer, intervensjonsprosedyrer, klienters grad av delaktighet og terapeuters innflytelse, påvirker resultatet av terapien. Psykoterapi er først og fremst en kontekstuell handling hvor samspillet, dynamikken og prosessen mellom klient og terapeut er vesentlig for utfallet av behandlingen. Dyktige terapeuter har tilegnet seg kunnskap, erfaringer og ferdigheter gjennom reflektert utøving av arbeidet sitt, og fra livet i seg selv. Slik kunnskap kan tas i bruk på måter som gir rom for dyp forståelse av klienten og klientens vansker, og være en kunnskapsbase for samskapende prosesser med klienten (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 281-283).

KLIENTENE – DE SOM BENYTTET SEG AV LIVSHISTORIER SOM TERAPI

Forskning som tar mål av seg til å undersøke klientens bidrag i kunnskapsbygging, må være forankret i en vitenskapsteori som tar praksisfeltet på alvor. Definisjonen av hva som er anerkjent forskning, må inkludere ulike forståelsesmåter av hva som gir sykdom og fremmer helse. Vitenskapsteoretisk forankring har betydning for om psykiske lidelser forstås som sykdom eller som ytring av livshendelser. Forstått som sykdom vil utredning, diagnostisering og foreskriving av behandling være viktig. Forstått som følge av livshendelser er fokuset rettet mot konstruksjon av meningssammenhenger. Teori, forskning og praksis vil i ulike kombinasjoner gi kunnskap om hva som hjelper. Klientenes bidrag kan vanskelig forstås fullt ut uten at det relateres til terapeuten kompetanse og til de beste forskningsdata (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 267-268).

Et grunnleggende mål i vår velferdsstat er gode helsetjenester for borgerne. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, er særlig opptatt av brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av tjenestene innen det psykiske helsefeltet. Det Nasjonale

senteret for erfaringskompetanse har satt søkelys på metodespørsmål knyttet til gyldiggjøring av den subjektive erfaring. De spør hvordan bruker- og pårørendeerfaring kan bli tatt på alvor, bidra til ny kunnskap og bedre behandlingsprosesser (Ekeland, 2011, s. 4-5).

Erfaringskompetanse er kompetanse som refererer til «å kunne noe», og erfaringskunnskap innebærer språklig sett at dette har grunnlag i aktørenes erfaring. Erfaring assosieres med det subjektive, i motsetning til vitenskap som representerer objektivitet (Ekeland, 2011, s. 26).

Det er viktig å huske på at erfaring alltid er fortolket, at ethvert menneske er et meningsskapende vesen som fortolker ut fra sine forutsetninger. Utfordringen for forskningen er å fange dette aktørperspektivet, og samtidig bringe subjektets fortelling inn i en allmenn gyldiggjøringsprosess (Ekeland, 2011, s. 19).

Noen eksempler på klienters livshistorier - livshistorier fortalt i terapi

Som beskrevet i avsnittet om hermeneutikk skjer fortolkning av hendelser i livet innenfor rammene av en historie. Historiene består av en rekke begivenheter eller hendelser. Disse er enkeltbestanddelene i historien, og når de settes sammen utgjør de historiene som helhet. Sammenstillingen av hendelser er basert på en rekke valg, dels valg av deler, det vil si hendelser, og dels valg av helhet, og det vil si av fortolkning eller tema som knytter delene sammen. Helheten og delene er som høna og egget. Det er umulig å si hva som kommer først, og det ene kan ikke eksistere uten det andre. Hendelser oppstår, bevisst eller ubevisst, erkjennelser oppstår, og fornemmelsen av en helhet fører til at man leter etter deler som stemmer overens med denne helheten. Man prøver å få historien til å gå opp, eller gi mening. Enkeltbestanddelenes rekkefølge er med på å skape betydningen (Holmgren, 2010, s. 32-33).

Det er viktig å huske på at de fortolkningene eller konklusjonene mennesker selv trekker om hvem de er og om livene sine, ikke er alt som er å si om disse menneskene. Disse fortolkningene er tolkninger. På samme måte er beskrivelsene menneskene gir av livene sine, aldri komplette. Det er alltid noe mer eller annerledes som kan sies. Historienes mulige betydninger er mange, men det er forskjell på tolkningens kvalitet. Ikke alle fortolkninger er like gyldige eller like sannsynlige. Jo bedre overensstemmelse det er mellom historiens enkeltdele og helheten eller fortolkningen, jo mer sannsynlig fremstår historien (Holmgren, 2010, s. 34).

Livshistorier er ikke fortellinger som ligger der, i påvente av å bli fortalt. Jeg ser på livshistorier som historier som blir til i samspill med andre, og med bakgrunn i menneskers

samspill skaper mennesket konklusjoner om seg selv. Livshistorien kan skape helhet, sammenheng, forståelse og mening i personens liv. Mennesker tolker livet sitt mens de lever det, og prøver hele tiden å skape mening. Mening er nødvendig for å kunne handle, for dersom man ikke forstår det som foregår, har man vanskelig for å finne ut av hva man skal gjøre (Holmgren, 2010, s. 28). Meningen med adferd bestemmes av personens egen subjektive oppfatning av hva han gjør, samtidig som denne subjektive oppfatningen er formet ut fra kollektive størrelser. Det er det som er den hermeneutiske sirkel. Både følelser og handlinger er det de er i kraft av en større sosial sammenheng, og at vi ikke kan forstå dem uten at de tolkes inn i sin meningsgivende kontekst. Delene er forståelige først i lys av helheten (Nyeng, 2012, s. 45-52).

Nå blir to livshistorier sitert. Dette er detaljrike og «tjukke beskrivelser», fortalt av klientinformantene i intervju-undersøkelsene.

Nina fortalte at:

«I ungdomstiden slet jeg med kompleks og mindreverdigfølelser på grunn av utseendet mitt. Jeg synes for eksempel at jeg hadde en alt for stor nese. Jeg ble mye mobbet for utseendet. Jeg ønsket virkelig å bli godtatt av andre, for jeg følte meg ikke god nok. Jeg ønsket meg et annerledes liv der jeg var populær, og fornøyd med meg selv. For meg var det en belastning å leve med dårlig selvbilde på grunn av utseende. Jeg søkte støtte i familien min, men de sa bare at jeg måtte ta meg sammen. De synes jeg lagde et nummer av ingenting».

«Det gikk noen år, og jeg fikk meg kjæreste, men selvbildet mitt var fortsatt lavt. Så en dag trodde jeg at jeg hadde funnet løsningen på problemet. Jeg satt og leste et ukeblad, og plutselig kom jeg over en annonse om kosmetisk/plastisk kirurgi. Jeg fortalte familien min om planene mine, men jeg fikk ingen støtte. De synes det var skamfullt at jeg ønsket å endre på noe. Men likevel bestemte jeg meg for å ringe til de som hadde laget annonsen, og fikk kontakt med en lege som ba meg komme for å få en konsultasjonstime. Etter konsultasjonstimen var jeg overbevist. Jeg ville gjennomføre operasjonen, og jeg gjennomførte operasjonen. Da jeg våknet etterpå, og kunne se meg i speilet, fikk jeg sjokk. Forventningene mine ble ikke innfridd. Endringene ble ikke sånn som jeg ønsket. Jeg synes jeg så ut som jeg var ti år eldre etter operasjonen, enn jeg gjorde før. Da legen ringte for å spørre hvordan jeg hadde det etter operasjonen, ble jeg sint, og sa til han at det var hans skyld at jeg var kommet i denne vanskelige situasjonen. Jeg synes jeg hadde fått mangelfull

informasjon om mulige etterreaksjoner. Annonseren hadde bare fokusert på det perfekte resultat, ikke realiteten. Jeg var veldig sint, og fortvilet. Jeg fikk en psykisk knekk, siden jeg ikke var fornøgd med resultatet. Jeg hadde sorg over tapet av mitt opprinnelige utseende, og jeg angret sterkt på at jeg hadde gjennomført operasjonen. Det førte til sosial tilbaketrekning, og jeg gikk nok inn i en depresjon. Og jeg fikk angst for at kjæresten min skulle forlate meg. Parforholdet mitt ble en prøvelse. Så jeg trengte hele tiden bekræftelse på at han ville være i lag med meg. Jeg hadde det vanskelig i lang tid. Vendepunktet mitt kom da jeg ble gravid. Da endret fokuset mitt seg».

Mona fortalte sin livshistorie slik:

«For noen år siden begynte jeg med nettdating. Etter en stund fikk jeg kontakt med en mann fra et arabisk land. Det utviklet seg på en måte til et forhold på nettet. Vi hadde daglig kontakt i flere måneder, før jeg bestemte meg for å reise og besøke ham. De fleste rundt meg hadde ikke troen på forholdet, og jeg fikk nesten ingen støtte på det. Jeg reiste likevel. Jeg hadde ikke planlagt noen ting, bortsett fra at dersom det ble helt feil, kunne jeg bestille en flybillett hjem igjen samme dagen. Men mannen dukket opp på flyplassen, og jeg ble veldig godt mottatt. Han viste seg å være den jeg trodde han var. Det endte med at jeg var på besøk hos han en hel uke. Vi var forelsket begge to, og vi planla at han skulle flytte til Norge. Jeg reiste hjem igjen, og startet den omfattende søknadsprosessen. Det ble en lang ventetid. Etter et halvt år reiste jeg ned igjen. Vi hadde det utrolig bra i lag. Forholdet blomstret, selv om det var store kulturforskjeller. Jeg reagerte blant annet på at når han skulle møte sine venner, så fikk ikke jeg være med.

Sommeren, et år senere, kom mannen til Norge, da hadde vi ventet i 14 måneder. Og den høsten giftet vi oss på tinghuset. Og så feiret vi bryllupsfesten i lag med venner. Kort tid etter bryllupet startet han på norskkurs. Det var ellers mye praktisk som skulle ordnes i forbindelse med at han flyttet til Norge. Siden han ikke kjente til systemet i Norge, og kunne bare litt engelsk, endte det opp med at jeg måtte ta meg av alt det praktiske. Etter et halvt år ble jeg gravid. Vi var lykkelige, og veldig spente. Men etter cirka seks måneder gikk mannen min gradvis og nesten ubemerkelig inn i en depresjon. Det kom så snikende. Han begynte å isolere seg, og ekskluderte seg sosialt. Han låg i senga omtrent hele tiden, og sluttet å ete. Til slutt var han bare skinn og bein. Så kom dagen da vi fikk en datter. Det var en stor opplevelse for meg, men samtidig veldig fortvilende at mannen min ikke var deltakende. Han var fortsatt veldig deprimeret, og veldig fraværende. Når jeg spurte hva som var galt, svarte han at alt var

bra. Han ville ikke fortelle det. Jeg hadde mistet den støtten jeg trodde jeg hadde. Mannen min deltok ikke, verken i sitt eget liv, mitt liv eller vår datter sitt liv. Sommeren, året etter fødselen reiste mannen min hjem igjen til sin opprinnelsesfamilie. Og jeg satt igjen alene, med ansvaret får vår felles datter. Jeg søkte om seperasjon. Jeg har i ettertid nesten ikke hørt noe fra han, bortsett fra noen få meldinger på facebook».

Klienters erfaringer med å bruke livshistorie som terapi. Hvilken effekt har livshistorie som terapi?

Terapi har bevisstgjøring og endring som mål, og for å ha nytte av terapi må man ville endre seg. Jeg forstår begrepet endring som utvikling, vekst og bevegelse, og det er det motsatte av stillstand og fastlåsthet. Endring kan føre til mestring i eget liv, at man handler på en mer konstruktiv måte, at man får hjelp til valg, at man befri seg fra hemmende angst og uro, at man får støtte i vanskelige situasjoner og styrker selvbildet og selvtillit. Hva som regnes som endring for den enkelte klient varierer med alvorlighetsgrad av problemene, funksjonsevne ved behandlingsstart og de konkrete mål for terapien. Men mål for endring kan være bedring av symptomer, økt arbeidsevne, selvtillit, livsglede, bedre mellommenneskelig kontakt og tilpasning, eller bedring av kroppslig velvære, livskvalitet og bedret psykisk helse (Psykotterapi, 2006, s. 253).

Antonovsky forsket på hvilke faktorer som fremmer god helse. Sentralt i Antonovskys sitt arbeid, ut i fra det salutogene perspektivet, er å fokusere mer på hva som forårsaker helse enn hva som forårsaker sykdom. Patogenese derimot klassifiserer menneske som enten syke eller friske. Antonovskys viktigste forskningsfunn er måten man opplever virkeligheten på, i form av tre komponenter. Den første komponenten er begripelighet eller forståelse. Dette har med det kognitive å gjøre, og henger sammen med kommunikasjon, forståelse og kunnskap. Å kunne forstå det som skjer i omgivelsene gir sikkerhet. Sosial kompetanse er viktig i forhold til det å skape en sammenheng i livet. Når man innehar sosial kompetanse, forstår man hvordan ting henger sammen, og hvilke muligheter man har (Antonovsky, 2012, s.29-30).

Den andre komponenten er håndterbarhet, og det handler om at man har en subjektiv opplevelse av å ha tilstrekkelige ressurser for å kunne møte ulike situasjoner i livet. Eksempler på ressurser man kan bruke når man møter hindringer er talent, kompetanse, kunnskap og andre sterke sider. De menneskene som man har rundt seg er også viktige som kilder til trøst, støtte og hjelp (Antonovsky, 2012, s. 38-41).

Den tredje komponenten er meningsfullhet, og det handler om hvilke tanker og følelser vi har om oss selv og om verden, og det betyr at man har en opplevelse av delaktighet i det som skjer. Når noe har mening, føler man gjerne tilhørighet og trygghet. Kravene som stimuli setter vil oppleves som utfordrende og verdt investering og engasjement. Mening er, ifølge Antonovsky, motivasjonsfaktoren. Meningsfullhet er en forutsetning for forståelse og håndterbarhet. SOC («sense of coherence») bidrar til mestring, helse og velvære. Å ha en sterk SOC, er å være motivert til å takle stress, å ha tro på at en kan forstå og på at ressurser er tilgjengelige. Det refereres til individets mulighet til å forstå sin egen situasjon og i å finne mening i å bevege seg i en helsefremmende retning (Antonovsky, 2012, s. 38-41).

Antonovsky hevdet at en persons motstandskraft og evne til mestring av stressfaktorer og kriser, nettopp er den enkelte sin opplevelser av sammenheng, som er opplevelsen av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar. En persons tidligere erfaringer fra barndom og oppvekst har mye og si for utviklingen av ressurser og grunnholdninger. For å gå litt nærmere inn på dette vil jeg trekke frem attribusjonsteorien, og den handler om hvordan vi forklarer årsaken til egen og andre sin adferd, og hva følger de ulike forklaringene kan ha. Ut i fra denne teorien ser man nærmere på forklaringene eller fortolkningene personen har på hvorfor han mestrer eller feiler. Mye forskning har dokumentert at forklaringene vi selv utvikler på våre mestringsstrategier ofte kan ha stor innvirkning på vår mestringsevne og hvor motiverte man er for å oppnå gode resultat (Antonovsky, 2012, s. 139-161).

I terapi må terapeuten i størst mulig grad tilpasse behandlingen til klientens motivasjon for endring, til tanker om problemforståelse og hva som kan være til hjelp. Ifølge Antonovsky er menneskers opplevelse av sammenheng i tilværelsen avgjørende for hvordan mennesker greier seg. For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng må vi kunne forstå situasjoner, ha tro på at vi kan finne frem til løsninger og finne god mening i å forsøke på det. Å understøtte klienters opplevde kompetanse gir viktige data om mestringsressurser i møte med klientens erfarte vanskeligheter. Dyktige terapeuter er opptatt av å følge klienters tanker om endring, og om hva som fremmer bedringsprosesser hos klienten (Antonovsky, 2012, s. 38).

Personlige endringsprosesser som går i dybden omfatter de verdiene mennesker innerst inne står for. Våre bruksverdier vil komme til uttrykk i vår språkbruk, vår væremåte og våre

handlinger. Personlige endringsprosesser handler om klientenes forandring i synet på seg selv. Personlig bevisstgjøring skjer ved at klienter legger merke til hva de selv gjør, hvordan de reagerer i ulike situasjoner og hvilke tilbakemeldinger de får fra andre. Bevisstgjøring skjer ved at man reflekterer over tilbakemeldinger (Skau, 2011, s. 144-147). Refleksjon skjer i prosesser hvor vi er både subjekt og objekt. Subjekt fordi vår menneskelige utvikling skjer som noe vi tar aktivt del i og ansvar for. Objekt fordi vi i en slik prosess gjør oss selv til gjenstand for egen bevissthet og handling. Det er viktig å være klar over at det er vår virkelighetsoppfatning som styrer våre handlinger (Skau, 2011, s. 23).

De to klient-informantene i undersøkelsen, reflekterte over hva de hadde lært i løpet av terapiprosessen.

Nina fortalte i intervjuet at:

«I terapi fikk jeg gjenfortalt historien min, og jeg fikk tenke over hvilke verdier som er viktige i livet. Fokuset mitt ble endret fra fokus på utseende til fokus på familien. Dessuten innså jeg at de holdningene mobberne hadde hatt til meg i barndommen, etter hvert ble de holdningene jeg hadde til meg selv. Det hadde ført til selvforakt. Så gjennom terapi har jeg gradvis endret mitt selvbilde, og er i dag fornøyd med meg selv. Men det har vært en lang vei å gå».

Mona fortalte at:

«I ettertid har jeg prøvd å forstå hva som gikk galt i ekteskapet mitt. Og har kommet frem til at min mann mest sannsynlig opplevde så store forandringer på kort tid, ved å flytte fra det kjente og trygge til det ukjente Norge, at han ikke taklet det. Det er store kulturforskjeller, og ikke lett å sette seg inn i hvordan ting fungerer her i Norge. Han ble på en måte avhengig av meg. Jeg måtte ordne alt, og det er mannens oppgave der han kommer fra. Jeg er en selvstendig kvinne, som ikke er avhengig av noen. Kanskje han følte seg mindreverdig, og ikke fant sin plass her. Dessuten var det nok tøft for ham i integreringsprosessen. På norskkurset var de ikke snille med hverandre. Så det var ikke lett for ham på noen måte. Han fikk nok en identitetskrise. Og da han ble deprimert, mistet han nok seg selv.

I senere tid har jeg deltatt på en gruppeterapi, og reiste dit med følelsen av at jeg hadde feilet. At jeg hadde mislykkes, fordi forholdet var tatt slutt. At jeg ikke hadde fått det til. Og at jeg nå var alene, og måtte oppdra min datter alene. I gruppeterapien fikk vi først undervisning om ulike tema, og etterpå reflekterte vi, i mindre grupper, over hvordan disse temaene virket i

hver enkelt sitt liv. I løpet av denne gruppeterapisamlingen fikk jeg påpekt hva jeg hadde lært av denne opplevelsen. Jeg hadde blant annet lært å ta sjanser, at jeg hadde mot til reise ut i det ukjente, at jeg har toleranse, at jeg har nestekjærlighet og tålmodighet. Jeg kjente plutselig en stor takknemlighet for det jeg hadde opplevd. For jeg hadde lært på godt og vondt, og at jeg har vokst som menneske. Og det har på en måte blitt resultatet av denne opplevelsen. Så nå har jeg fått et nytt perspektiv på livet, og ny motivasjon på veien videre. Det er viktig å ta tak i sitt eget liv, og å ha mot til å tørre å vokse.

Det å jobbe med seg selv i terapi kan i starten føles veldig ubehagelig. For du må gå ut av komfortsona di, på godt og vondt. Du må være villig til, og ha mot til å gå inn i det ukjente og utrygge. Der ligger grobunnen for vekst. Du må tørre å gi slipp på dine gamle mønster og adferd, og du må ha vilje til å bearbeide og avslutte. Du må lukke en dør, før du åpner en ny dør. Ellers blir nissen med på lasset. Når man tør å avslutte det gamle, dukker nye og spennende muligheter opp».

Det er slik at våre erfaringer og våre relasjoner gjennom oppveksten danner grunnlaget for måten vi tenker, føler og handler senere i livet. En trygg oppvekst gir grunnlaget for et mentalt operativsystem preget av selvtillit og overskudd, mens kritikk, mobbing, uro og andre traumer kan gi dype psykologiske sår som kan prege oss gjennom hele livet. Noen av sammenhengene mellom belastninger og traumer tidlig i livet og relasjonsproblemer, somatiske og psykiske lidelser og utagering hos ungdom og voksne er godt dokumentert (Killèn, 2013, s. 18). Etter at jeg hadde gjennomført intervjuene med klient-informantene satt jeg igjen med spørsmålet «Hva skal til for å få en god nok barndom?» I det følgende skal jeg beskrive seks punkt en barndom bør inneholde for å være god nok, disse punktene er trygghet, autonomi, gode forbindelser med andre, god selvfølelse, muligheten til å uttrykke seg og evnen til å akseptere realistiske grenser (Young & Klosko, 2002, s. 295-303).

Det første punktet er trygghet. Graden av trygghet i barndommen bestemmer styrken på selve grunnmuren i menneskers personlighet. Barn som opplever en fin blanding av omsorg, empati og føring i trygge rammer har en god forutsetning for god psykisk helse. Barn som vokser opp i ustabile, utrygge omgivelser lever ofte videre på en undertone av usikkerhet, noe som senere kan skape problemer og psykisk ubehag. Utrygghet kan skape frykt i barnet. Det kan føre til at en alarmberedskap oppstår, der hovedfokuset handler om å etablere den tryggheten som mangler. Barnet vil da prioritere «overlevelse» og trygghet, og da er det lite overskudd

igjen til selvrealisering og læring. Dette får konsekvenser senere i livet. I verste fall gjensker barnet utryggheten i nye relasjoner, eller ubevisst søker mot destruktive forhold. Det er på denne måten vi gjensker de skadelige relasjonene vi hadde i barndommen. Noen lever med en kronisk forventning om å bli forlatt, og klamrer seg til andre, mens noen tolker verden gjennom et filter av mistillit (Young & Klosko, 2002, s. 295-303).

Det ble vist i The Adverse Childhood Experience Study (ACE- studien), gjennomført i San Diego, California, blant nesten 18000 kvinner og menn, hvordan vanskelige barndomsopplevelser påvirker helsen i flere tiår senere (Felitti, 2002, s. 359-369). Slike vanskelige barndomsopplevelser kan være fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, og vitne til vold i familien. Dette er også i samsvar med det Anna Luise Kirkengen beskriver i sin bok «Hvordan krenkede barn blir syke voksne». Forskning viser at det er sterke sammenhenger mellom negative barndomserfaringer, og risiko for tidlig død blant voksne. Psykososial erfaring blir omformet til organiske sykdommer. Negativ psykososial erfaring påvirker med andre ord helsen (Kirkengen, 2012, s. 30-45).

Det biopsykososiale vitenskapssynet setter integrasjon mellom det biologiske, det psykologiske og det sosiale på dagsorden. Det er et samspill imellom disse tre komponentene.

«Når helheten av det biologiske, det psykologiske og det sosiale er mer enn summen av de enkelte delene, betyr det at det biologiske blir formet i det psykologiske og sosiale møtet med omgivelsene - på en slik måte at hjernen får muligheter til å utvikle seg avhengig av samspillet. Helheten skapes og utvikles på en slik måte at hjernen igjen og igjen får mulighet til å bli formet på ny nettopp gjennom møte med omgivelsene. Genene, selve arvematerialet, uttrykker seg i kraft av de inputene som hjernen får. Omgivelsene er på denne måten med på å «gjøre hjernen levende» (Hertz , 2011, s. 93).

Psykologisk utvikling og modning skjer i konstant dialogisk og interaktivt samspill både med vår biologi og med de sosiale omgivelsene, og er en prosess som varer livet ut.

Utviklingsteori setter fokus på hva som er bra for barn, som for eksempel trygg tilknytning, forståelse av barns temperament, hva som er barns behov og kompetanse på ulike utviklingstrinn. Hjernen utvikler seg i og med forandringene i det sosiale samspillet, spesielt i de nære sosiale relasjonene som er avgjørende for barnets opplevelse av å føle seg betydningsfull og forbundet med andre i et fellesskap. Tilknytning er et bærende element i forbindelse med utvikling og modning av hjernen. Alvorlig forstyrret tilknytning kan resultere i manglende modning av (Hertz, 2011, s. 93-94).

Modning bør betraktes som resultat av en utviklingsprosess på det biopsykososiale området. Når man skal legge til rette for sosial og psykologisk modning, er det viktig at personen blir møtt av kjærlige omgivelser, som har forventninger om fellesskap på likeverdige og gjensidige måter. Det er viktig at personen blir forstått, tatt vare på og samtidig blir stilt krav til om å yte det beste man klarer (Hertz, 2010, s. 99-103).

Utviklingspsykologien tilbyr et syn på utvikling, et syn på seg selv og relasjon og en ny forståelse av følelser og følelsesregulering. Den bidrar til en narrativ forståelse, hvor barnets historie om seg selv utvikles sammen med andre. En relasjonell utviklingsmodell vektlegger at utviklingen av selvet alltid skjer i interaksjon med andre. Et slikt syn på selvet bidrar til å se sammenhengen mellom individ og systemene individet er en del av. Utviklingspsykologiske temaer som regulering, imitasjon, affektinntoning og intersubjektivitet er viktige begreper for å forstå individer og deres relasjoner, men også viktige terapeutiske redskaper. Sentrale temaer som løsrivelse, autonomi og kontroll er ikke fasespesifikke eller aldersspesifikke temaer, men livstemaer (Johnsen & Torsteinsson, 2010, s. 92-95).

Utviklingspatologi blir sett på som en prosess, der både individet og systemene individene er en del av, påvirker hverandre gjensidig. Utvikling er en prosess der barnet endres i samspill med sine omgivelser over tid, samtidig som barnet med sine individuelle karakteristika også påvirker sine omgivelser. Både psykologiske, sosiale og biologiske prosesser virker sammen. Problemer forstås ut fra prinsippene om ekvifinalitet og multifinalitet. Ekvifinalitet handler om at samme problem eller diagnose, for eksempel spiseforstyrrelse, kan være resultatet av forskjellige årsaker. Multifinalitet handler om at likt utgangspunkt, for eksempel skilsmisse, kan føre til forskjellige typer problemer. Alle problemer har sin egen utviklingshistorie, det vil si sin egen utviklingsvei. Derfor er det viktig at terapeutene gir en individualisert behandling (Johnsen & Torsteinsson, 2010, s. 92-95).

Den internasjonale forskningen innen nevrovitenskap er opptatt av biopsykososiale sammenhenger. Det er en kompleks interaksjon mellom biologi og sosialt samspill, som er mer enn bare arv og miljø. Hjernen, i kraft av sin plastisitet, sin evne til forandring som resultat av erfaring, har uante muligheter. Dette gir stor optimisme med tanke på forandring og videre utvikling. Selv om hjernens utvikling til en viss grad styres og kontrolleres av genetisk informasjon, så forestiller man seg at en betydningsfull del av hjernens strukturering og

nevrale mønstre utvikler seg og forsterkes gjennom menneskers interaksjon med omgivelsene (Johnsen & Torsteinsson, 2010, s. 92-95).

Mange terapeuter er nå opptatt av hvordan de kan bruke kunnskap om hjernen i terapi. Kunnskap om hjernen, nervobiologi, kan hjelpe oss til å forstå emosjoner, kognisjoner og relasjonens betydning. Den understreker hjernens plastisitet og relasjonens betydning for hjernens utvikling (Johnsen & Torsteinsson, 2010, s. 37-41). I de senere år har det kommet en del litteratur i forhold til fenomenet i hjernen som kalles speilnerveceller eller speilnervroner. De befinner seg, ifølge forskerne i flere områder av hjernen. Hos nyfødte er speilnevronene aktive fra de første timene. Babyen imiterer de nærstående personene. Speilnevronene bidrar til å skape den tilknytningen som er avgjørende for menneskets overlevelse. I kraft av blant annet speilnevronene skaper barnet seg selv i møte med andre. Etter hvert bidrar de både i identitetsdannelse, og i vår måte å agere på både i sosiale sammenhenger og i personlige og intime relasjoner (Hertz, 2010, s. 103-106).

Et annet punkt som er et grunnleggende i barndommen er behovet for autonomi. Det handler om behovet for å leve på egenhånd, frigjøre seg fra foreldrene og partnere, ha et eget liv, en identitet, et mål og en retning som ikke baserer seg på støtte fra andre. Noen barn blir oppfordret til autonomi, og lærer å klare seg på egenhånd. Mens andre familier fostrer overdreven tilknytning og avhengighet. Da lærer de ikke ferdigheter til å klare seg selv, men blir i stedet «hjulpeløse», noe som underminerer egne forsøk på å mestre ting alene (Young & Klosko, 2002, s. 137-161).

Noen barn lærer at verden er et farlig sted, og blir hele tiden advart mot mulige farer og sykdom. Dette kan hemme barnets livsutfoldelse. Ofte er det foreldrene som selv er engstelige som påfører barn en slik frykt for verden. Dette kan skape en grunnleggende form for sårbarhet (Young & Klosko, 2002, s. 162-180). Dersom man er avhengig av andre, har man ikke en følelse av at man takler hverdagsoppgaver. Dersom man føler seg som et barn i voksenverden, opplever man å måtte støtte seg til andre for å klare seg. Kanskje hadde man foreldre som tok alle avgjørelser, eller kritiserte hver gang en iverksatte selvstendige initiativ (Young & Klosko, 2002, s. 137-161).

Det å ha gode forbindelser med andre er et grunnleggende behov i barndommen. Evnen til å inngå i betydningsfulle, fortrolige og likestilte relasjoner til andre mennesker er viktig for

psykisk helse. Våre tidligere relasjoner viser seg å bli en slags mal på mellommenneskelige forbindelser senere i livet. Dette kalles «emosjonell deprivasjon», og kan oversettes til følelsesmessige mangler. Følelsesmessige mangler kan deles inn i tre varianter. Den ene varianten er omsorgsdeprivasjon, og handler om fravær av oppmerksomhet, nærhet, varme og omsorg. Den andre varianten er manglende beskyttelse, og handler om fravær av styrke, styring og veiledning fra andre. Den tredje varianten handler om mangel på empati, og det handler om fravær av forståelse, av å bli lyttet til, av åpenhet og gjensidig følelsesmessig utveksling (Young & Klosko, 2002, s. 98-114). Dette kan resultere i følelsesmessig isolasjon og fremmedgjøring. Man føler seg annerledes og utenfor (Young & Klosko, 2002, s. 115-136).

God selvfølelse er fornemmelsen av å være verdt noe, og det er et grunnleggende behov i barndommen. Det stammer fra en følelse av at man blir elsket og respektert. En oppvekst preget av respekt, aksept og suksess foster en god selvfølelse. Motsatt vil en oppvekst preget av kritikk og avvising fostre en følelse av at alt man foretar seg ikke er akseptabelt, og videre at det ikke går an å beundre, like og anerkjenne en som person. Dette kan gi en følelse av mislykkethet som involverer en følelse av utilstrekkelighet overfor resultater og arbeid. Skader på selvfølelsen kan ofte få en til å føle skam (Young & Klosko, 2002, s. 208-223).

Et annet grunnleggende behov i barndommen er muligheten for å uttrykke seg. Noen familier har en stillestående avtale om at man holder følelser på avstand. Følelser man ikke får satt ord på, blir ofte til symptomer. Muligheten for å uttrykke egne behov, ønsker og følelser er helt sentralt for psykisk sunnhet. Når man opplever at egne følelser og behov er en belastning for andre, eller opplever å bli kritisert, latterliggjort eller kjeftet på dersom man uttrykker sine preferanser, risikerer man å utvikle et svært problematisk forhold til eget følelsesliv. Følelser som ikke kommer til uttrykk på en fortrolig måte, kommer ofte til uttrykk på destruktive måter (Young & Klosko, 2002, s. 254-271). Da kan man få en følelse av at man er mindre verdt eller mindre interessant enn andre. Noen har en tendens til å sette alle andre før seg selv, og det kan resultere i et negativt mønster som gjerne assosieres med selvutslettelse (Young & Klosko 2002, s. 224-254).

Evnen til å akseptere realistiske grenser i livet er også et behov i barndommen. Folk som mangler noe på dette område insisterer på å kunne gjøre, si eller få det de vil med en eneste gang. De bryr seg ikke om hva andre mener er rimelig, hva som faktisk er å regne med, tiden

det vil ta eller tålmodigheten som kreves og byrden for andre. De har et problem med selvdisciplin, og mange av disse menneskene har blitt bortskjemt som barn. De trengte ikke å vise selvkontroll eller akseptere restriksjoner som andre barn ble pålagt. Som voksne blir de fortsatt sinte når de ikke får det som de vil. Dette kan oppfattes som egoisme. En god nok barndom handler om at barnet har blitt ivaretatt i henhold til sine behov (Young & Klosko 2002, s. 272-294).

Før jeg avslutter denne masteroppgaven med en konklusjon, vil jeg nevne at klienters vurderinger og syn på sin egen situasjon kan benyttes for å sikre kvalitet og effekt i en terapisisituasjon (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 116). Egenskaper hos klienten, motivasjon for endring og grad av sosial støtte har betydning for det terapeutiske utfallet. Jeg synes sangen «Jeg ser» av Bjørn Eidsvåg, symboliserer den viktige støtten vi mennesker trenger, men også det faktum at mennesker selv har ansvar for sitt eget liv, «du må leve det selv». Terapeuten må også forholde seg til hele mennesket for å forstå, begrepssette og behandle ulike lidelser. Det er viktig å ha kunnskap om de vansker klienten har, men også kjenne personen som har vanskene. Det vil si klientens tanker om egne vansker, motivasjon og sosiokulturelle bakgrunn. Psykoterapi er en samskapende prosess hvor klient og terapeut forhandler seg frem til måter å jobbe på som gir positive resultater, (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, s. 272-273), og der de ved bruk av livshistorier som terapi kan oppnå bevisstgjøring og endring.

KONKLUSJON

Det å arbeide psykososialt betyr å kunne identifisere kunnskap som mer enn teori. Gjennom å forske på informasjonsrike informanter fra terapeutiske miljøer og med informanter som har brukererfaring, kan man få praksisnære forskningsbidrag og det fremmer tydeligheten av erfaringsbasert kunnskap. Livshistorier ble av informantene sett på som en teknikk i terapi, ikke som en egen terapiretning. Livshistorier er et utgangspunkt for terapi, og det handler om det livet vi mennesker har levd. For noen terapeuter er livshistorien en viktig del av anamnesen. En anamnese skal få frem konkret praktisk informasjon om vedkommende som går i terapi. En livshistorie kan også bli sett på som den synlige historien, den usynlige historien og livsresultatet. Livsresultatet sier for eksempel noe om hvordan folk forvalter livet sitt på det tidspunktet de kommer i terapi. De historier vi konstruerer baserer seg på at man

må foreta visse utvelgelser, slik at noen årsakssammenhenger forkastes, mens andre fremheves. Historier konstruert rundt negative plott, ofte kalt «tynne historier». Folk kontakter ofte en terapeut når de har problemer med å komme videre i livet. Når folk opplever å finne et nytt handlingsrom gjennom terapi, kan de oppleve en følelse av å kunne styre sitt eget liv, påvirke kursen etter sine egne intensjoner og gjøre dette på måter som er formet av egne kunnskaper og ferdigheter i livet. Gjennom terapi kan klienter få hjelp til å konstruere nye historier som får frem mer positive sider ved en person. Historiene gjøres fyldigere, og man får «tjukke beskrivelser». Et viktig hjelpemiddel som narrative terapeuter benytter seg av er såkalt eksternalisering av problemene. Det vil si at man skiller problem og person, slik at personen får en distanse til problemet. Problem og identitet blir dermed to ulike ting. En god samarbeidsrelasjon er et viktig utgangspunkt i terapien, der begge parter, både klient og terapeut, er med på å legge premissene for terapien. Det er ved å forstå klienters tanker om hva som er vanskelig, og om hva som hjelper, at terapeuter kan dra nytte av sin fagkunnskap og sin personliggjorte kompetanse. En gyldiggjøring av klienters opplevelse, en tro på deres mestringsmuligheter og betydningen av aktiv deltakelse i problemløsende arbeid er eksempler på slike antakelser og er viktige bidrag til praksisfeltet. I fenomenologien bruker man begrepet intersubjektivitet for å beskrive den erfaring av verden hvor den fremtrer som tilgjengelig for andre subjekter enn en selv. Dette innebærer både mening og den fysiske omverden vi menneske befinner oss i. Begrepet intersubjektivitet viser til det som er felles for to eller flere subjekter, eller noe subjektene er enige om. Dette begrepet er viktig i vitenskapsfilosofien på grunn av dets forbindelse med objektivitetsproblemet. For å si det på en annen måte, intersubjektiv enighet blant kompetente personer regnes som en nødvendig betingelse for objektivitet i vitenskapelige sammenhenger. Jeg vil i denne forbindelsen trekke frem et sentralt funn i min undersøkelse om effekten av terapi. Det kan det se ut til at det er en intersubjektiv enighet blant terapeuter, uavhengig av bakgrunn, at en trygg og tillitsfull terapeutisk relasjon er sentral faktor, og et viktig utgangspunkt for et godt resultat i terapi. Dette er med på å styrke de hypotesene jeg hadde før jeg startet på oppgaven. De hypoteser jeg hadde var at det å bruke livshistorie som terapi har en positiv effekt på de som benytter seg av det, og livshistorie er et nyttig verktøy i terapi. Dette og andre funn fra undersøkelsen min er med på å styrke de hypotesene jeg hadde. Målet med terapi er refleksjon, bevisstgjøring og endring. Ifølge mine informanter, både terapeut- informantene og klient- informantene er effekten av å bruke livshistorie som terapi er god. Men for å få til en endring må klientene ville endre seg. Med andre ord, brukere eier selv muligheten til endring.

LITTERATURLISTE

- Aarre, Trond F., Bugge, Petter & Juklestad, Siv Iren (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, Aaron (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arnet, Elisabeth (2009). *Terapi. Hva passer for meg?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Duncan, Barry L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekeland, Tor-Johan (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Oslo: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Felitti, V.J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Z. Psychosom Med Psychother*; 48, 359-369.
- Hafstad, Reidun & Øvreeide, Haldor (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helsekompetanse (2014). *Helhetlig menneskesyn*. Hentet 08.05.2014, fra <http://helsekompetanse.no/inkludering/18748>
- Hertz, Søren (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holmgren, Anette (2010). *Terapi fortellinger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Høgskolen i Østfold. (2012). *Studieplan uten emnebeskrivelse*. Hentet 08.05.2014, fra http://www.hiof.no/nor/hogskolen-i-ostfold/for-studenter/studieplaner/2012-_-2013/helse_-og-sosialfag/?&displayitem=1240&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1
- Jacobsen, Dag Ingvar (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, Asbjørn., Tuft, Per Arne & Christoffersen, Line (2010). *Introduksjon til samfunnsviden – skapelig metode*. Oslo. Abstrakt Forlag. 4.utg.
- Johnsen, Astrid & Torsteinsson, Vigdis Wie (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, Hanne (Red.). (2013). *Vekst i det vanskelige. Utsatte barns liv og fortellinger*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsen, Audhild (2002). *Fra healing til helhet - gjennombrudd til nytt liv*. Førde: Kano.
- Killèn, Kari (2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS. 3.utg.

Kirkengen, Anna Luise (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Oslo: Universitetsforlaget. 2.utg.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utg.

Lauritzen, Camilla (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Alle har psykisk helse. IM. Martinussen (Red), *Ungsinn*, tiltak nr. 31. Hentet 08.05.2014, fra <http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/Beskrivelse-og-vurdering-av-Alle-har-psykisk-helse-5.6.2012.pdf>

Lundby, Geir.(Red.). (2009). *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag.

Malt, Ulrik Fredrik., Andreassen, Ole A., Melle, Ingrid & Årslund, Dag. (Red.).(2012) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3.utg.

Malterud, Kirsti (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. 3.utg.

Mattingly, Cheryl., Fleming, Maureen Hayes & Gillette, Nedra (1997). Narrative Explorations in the Tacit Dimension: Bringing Language to Clinical Practice. *Nordiske Udkast*. Nr. 1 1997.

NOU 1999: 2 (1999). *Livshjelp*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning

Nyeng, Frode (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Payne, Martin (2011). *Narrativ terapi. Teori og praksis*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

Psykoterapi. (2006). I P. Henriksen (Red.), *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget. 4.utg.

Selvet. (2014). *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/.search?query=selvet&x=12&y=2>

Skau, Greta Marie (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Latvia: Cappelen Damm AS. 4.utg.

Skærbær, Eva (2012). Ansvar, anonymitet og kunskapsanspråk. I: Kalman, H og Løvgren, V. (Red.). *Forskningsdeltagende, samtykke og utsatthet*. Malmø: Gleerups Utbildning AB.

Skærbæk, Eva (2010). *Undressing the Emperor? On the ethical dilemmas of hierarchical knowledge*. I: *Journal of Interprofessional care*. 2010; 24(25).

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

Tjersland, Odd Arne., Engen, Gunnar & Jansen, Ulf (2013). *Allianser: verdier, teorier og metoder i miljøorientert terapi med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. .

Ulberg, Randi., Hersoug, Anne Grete & Knutsen Tormod (Red.). (2012). *Psykoterapi i utvikling*. Oslo: Akademika forlag.

Ulvestad, Asbjørn Karki., Henriksen, Arne Kristian., Tuseth, Anne-Grethe & Fjeldstad, Tor (Red.). (2007). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vassenden, Anders & Andrews, Therese (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 02 2007.

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

Young, Jeffrey E. & Klosko, Janet S. (2002). *Gjenvinn livet ditt: hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv igjen*. USA: Plume, Penguin Books, Inc. 2.utg.

Øvreeide, Haldor (2013). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Kristiansand: Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg



Kaare Torgny Pettersen
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Vår dato: 19.09.2013

Vår ref:35493 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

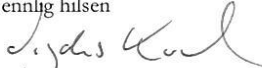
35493	<i>Hvordan bruke livshistorier som terapi?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kaare Torgny Pettersen</i>
Student	<i>Anette Nilsen</i>


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Anette Nilsen, Kåsen 3D, 6812 FØRDE

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35493

Det foreliggende prosjektet er en melding som omfatter intervju med 6 voksne som har benyttet seg av livsfortellinger i terapi.

Det benyttes lydbåndopptak. Bruk av lydbånd (analogt eller digitalt) hvor det fremkommer navn på personer eller stemmer som kan gjenkjennes medfører ikke isolert sett meldeplikt, jf. personopplysningsloven § 31 1. ledd litra a og b. Avgjørende for om prosjektet utløser meldeplikt er om opptakene registreres i et register eller transkriberes til pc (behandles elektronisk) i personidentifiserbar form. I følge innsendt meldeskjema behandles opptakene ikke på pc. De manuelle notater og samtykkeerklæringene medfører heller ikke meldeplikt da det ikke registreres sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 31 1. ledd bokstav b.

Lydbåndopptakene vil bli slettet ved utgangen av september 2014.

På bakgrunn av dette finner personvernombudet at prosjektet ikke er omfattet av meldeplikt all den tid den beskrevne prosedyren følges og undersøkelsen gjennomføres anonymt.

INFORMASJONSSKRIV

FORESPØRSEL OM Å DELTA I ET FORSKNINGSPROSJEKT.

Jeg heter Anette Nilsen, og skal skrive en masteroppgave i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Jeg ønsker å foreta en undersøkelse, både blant fagfolk og personer som har benyttet seg av livshistorie som terapi.

Problemstillingen for min masteroppgave er:
«Hvordan bruke livshistorie som terapi?»

Jeg er utdannet sosionom, og har to videreutdanninger, en i veiledning og en i psykososialt arbeid med barn og unge. Utenom dette har jeg deltatt på mange veilederkurs. Jeg arbeider i psykiatrien, og synes livshistorier som terapi er veldig interessant. Det er i forbindelse med min utdanning, mine kurs og jobben min, at jeg vet at du som deltaker har kjennskap og interesse for problemstillingen min. Jeg vil med dette spørre om du vil delta i mitt prosjekt. Min veileder heter Kaare Pettersen, og arbeider ved Høgskolen i Østfold.

Jeg ønsker å benytte meg av kvalitativ metode i mitt forskningsprosjekt, og gjennomføre dybdeintervju med 5-7 deltakere. Disse deltakerne er enten fagpersoner som bruker livshistorier som terapi i sitt arbeid, eller personer som selv har benyttet seg av livshistorier som terapi. Under intervjuene vil jeg bruke båndopptager, og ta notater. Hvert intervju vil ta omtrent en time. Deltakerne har mulighet til å lese igjennom det transkriberte intervjuet i etterkant. Resultatet av intervjuene vil bli formidlet gjennom min masteroppgave. Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Jeg har taushetsplikt, og opplysningene anonymiseres. Opptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2014.

Det understrekes at din deltakelse i prosjektet er frivillig, og at du står fritt til å trekke deg ut av prosjektet på hvilket som helst tidspunkt, uten at du trenger å oppgi noen nærmere grunn. Dersom du er interessert i å være med i dette prosjektet, ber jeg deg signere den vedlagte samtykkeerklæringen, og sende den til meg. Dersom du har spørsmål vedrørende prosjektet, må du gjerne ta kontakt med meg. Du kan også ta kontakt med koordinator for masterstudiet, Petter Arvesen, ved Høgskolen i Østfold, på tlf: 69303000.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen
Anette Nilsen
E-mail: a.nilsen@enivest.net

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest informasjonen vedrørende prosjektet: «Hvordan bruke livshistorie som terapi?»

Jeg er informert om at intervjuet skal dreie seg om mine erfaringer knyttet til livshistorie som terapi. Intervjuet er frivillig. Jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen, uten noen begrunnelse.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og vil bli anonymisert. Når prosjektet er avsluttet, senest innen desember 2014, vil lydbåndopptakene og datamaterialet bli slettet.

Jeg samtykker i å delta i dette prosjektet.

Dato:..... Sted:

.....
Intervjuperson

.....
Masterstudent

INTERVJUGUIDE:

Dette blir de forskningsspørsmålene jeg ønsker å fokusere på i mine intervju:

Intervju med terapeuter:

- 1) Hvordan bruker du livshistorier som terapi i ditt arbeid?
 - Hvordan definerer du begrepet «livshistorie» i ditt arbeid?
 - Kan du beskrive et typisk terapeutisk forløp der livshistorier er i fokus? Fra personen tar kontakt til terapien er avsluttet?
- 2) Kan du fortelle noe om dine erfaringer ved bruk av livshistorier som terapi?
 - Bruker du livshistorier som terapi kun individuelt, eller bruker du det også i grupper?
- 3) Kan du beskrive noen terapeutiske virkemidler ved bruk av livshistorie som terapi?
- 4) Kan du si noe om effekten av livshistorie som terapi? Kan du beskrive positive og negative sider ved bruk av livshistorier som terapi?

Intervju med brukere av livshistorie som terapi:

- 1) Kan du fortelle noe om hvorfor du valgte å benytte deg av livshistorie som terapi?
- 2) Kan du dele noen eksempler på en historie fra en terapitime?
- 3) Kan du fortelle noe om dine erfaringer ved bruk av livshistorie som terapi?
 - Hvordan opplevde du effekten av å benytte deg av livshistorie i terapi? Positive og negative sider av å benytte seg av livshistorier som terapi?