



UNIVERSITETET I AGDER

## “Hjelp til voksne er hjelp til barn”

Hvilke betydninger har et parterapeutisk tilbud i psykisk helsevern for barn og unge ved Sørlandet sykehus?

**LINDA IRENE KARLSEN**

**Veileder**

Anders Johan W. Andersen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

## SAMMENDRAG

Ut fra sonderinger mot avdelinger for barn og unges psykiske helse (BUP) i landet, synes det kun å være avdelingen ved Sørlandet sykehus (ABUP) som gir parterapi. Parterapitilbudet rettes mot par som strever og ønsker endring.

Hensikten med masteroppgaven har vært å undersøke hvilke betydninger et parterapeutisk tilbud har i ABUP. Hva beskriver pasienter som har mottatt parterapi som det viktigste med terapien, og hvordan har denne påvirket deres barns livssituasjon? Hvilke refleksjoner/erfaringer har ledere og klinikere rundt parterapiens betydning i ABUP? Hvilke refleksjoner/erfaringer beskriver ledere og klinikere at de har rundt parterapiens betydning for barna i familien?

Studien er kvalitativ. Utvalget består av pasienter, klinikere og lederes opplevelser og erfaringer med parterapi i ABUP. Datamaterialet består av 31 anonyme tekster som er skrevet av informantene selv. Tekstene er analysert gjennom en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming.

Et parterapeutisk tilbud i ABUP viste seg å være betydningsfullt for både voksne og barn. Pasientene opplevde seg anerkjent av klinikere, og kom i positive endringsprosesser. Parterapi har bedret negative samspillsmønstre mellom de voksne og i forhold til barna.

Alle informantene, bortsett fra en, svarte at de ser nytten og relevansen av parterapi i ABUP. Parterapi bør være et tilbud til par som strever og har barn opptil 18-20 år.

Det bør undersøkes om et parterapi bør implementeres som et behandlingstilbud i andre BUPer.

Nøkkelord

Parterapi, barn, ABUP, BUP, anerkjennelse, samspillsmønstre, mentalisering

# ABSTRACT

Based on explorations made in national departments of child and adolescent mental health, it seems clear that only the department at Sørlandet Hospital provides therapy for couples. This treatment is directed towards couples who struggle and want change.

The purpose of this MA-thesis was to examine the significance couples' therapy (CT) treatment has within the ABUP framework. What do patients, who have received this therapy, describe as the most important, and how has it affected their children's situation? What reflections do managers and therapists have on the therapy's significance at ABUP? And what reflections/experiences do managers and therapists ascribe to the importance of CT for the children in a family?

The study is qualitative. My sample consists of patients, therapists and managers' perceptions of CT at ABUP. The data consists of 31 anonymous texts, written by the informants themselves. A phenomenological - hermeneutic approach has been used to analyse the texts.

CT treatment at ABUP proved significant for both adults and children. The patients felt recognised by the therapists and clearly entered processes of positive change. CT has improved patterns of negative interaction both between adults and in relation to the children.

All the informants, except one, responded that they see the use and relevance of CT at ABUP. CT should be a treatment on offer for couples who struggle and who have children up to the age 18-20.

It should be investigated whether CT is a form of treatment that ought to be offered in other similar institutions.

**Key words:** Couples' therapy, ABUP, BUP, recognition, patterns of interaction, mentalisation.

## FORORD

Denne oppgaven kan forstås som min ytring for de par og barn som kjemper eller ønsker å skape en bedre hverdag for seg selv og familien. De fortolkninger jeg har gjort, - før og underveis i arbeidet med denne oppgaven, står jeg ansvarlig for selv. Et annet blikk, en annen tid og andre informanter, ville muligens gitt andre beskrivelser av parterapi, enn det jeg presenterer. Det finnes ingen endelige svar, men disse ”stemmer” kan forhåpentligvis bli en del av en større kontinuerlig dialog rundt parterapi. Håpet er at de voksne og barn som lever i vanskelige ”hjemmeforhold”, skal blir sett, hørt og forstått, og gis god hjelp.

Takk til de pasienter som skriver om noen av det mest sårbare sider ved livene sine. Tekstene gav et innblikk i hvor skjørt, sårt og vanskelig livet kan være, men også en ”stemme” til håpet, endringer og muligheter. Takk også til klinikere og ledere ved Avdeling for barn og unges psykiske helse. Dere bidro også til å løfte frem mangfold og ulike perspektiv på parterapi, i tekstene dere skrev.

Min veileder, Anders J.W. Andersen fortjener en ekstra stor og varm takk. Med din visdom har du gitt veldig gode innspill i veiledningsprosessen, og sagt: ”hold fast” selv om jeg glimtvis har hatt lyst til å ”slippe alt”!

Mine kjære kollegaer ved ABUP har vært til støtte og hjelp, på ulike måter. Spesielt takk til Dag Brendefur som i 10 år har lært meg om terapiens «skatter og mysterier». En takk også til Tore Dag Bøe for gode innspill. En helt spesiell takk til min kjære kollega Liv Larsen Stray. Du har øst av din klokskap, kunnskap, tid og ditt gode hjerte, - du er et fantastisk flott menneske Liv!

Takk også til medstudenter, vi har vært frustrerte, triste og glade – men holdt sammen i snart to år.

Til sist, takk til min mann – som har holdt ut, støttet og bidratt, du fortjener en Paul McCartney konsert i Wien! Takk også til mine to gode sønner som har ”rykket” meg inn i hverdagen, gitt adspredelser og gleder. Minstegutt på 5 år har vært ”forskningsassistent”, som leverandør av fargemarkører i analyseprosessen. Jeg ser fram til mer tilstedeværelse i øyeblikket sammen med dere!

Kristiansand, mai 2013

Linda Irene Karlsen

# Innhold

FORORD.....	4
1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1. Oppgavens oppbygging.....	2
2.0 PARTERAPI – KORT OM TEORI, FORSKNING OG PRAKSIS .....	3
2.1. Ideer og opphav – parterapiens historie.....	3
2.2. Tidligere forskning på parterapi.....	5
2.3. Par – og familierapi i Norge .....	7
2.4. Familieteamet ved Sørlandet sykehus .....	9
3.0 HENSIKT MED PROSJEKTET OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	11
3.1. Bakgrunn og hensikter.....	11
3.2. Problemstilling og forskningsspørsmål .....	12
4.0 METODISK TILNÆRMING .....	13
4.1. Metodologiske refleksjoner .....	13
4.2. Utvalg .....	14
4.3. Data og datainnsamling.....	16
4.4. Analyse.....	17
4.5. Metodekritikk .....	22
4.1.1 Min rolle i studien .....	24
4.6. Forskningsetiske overveielser .....	25
5.0 RESULTATER. HVA SKRIVER PASIENTER, KLINIKERE OG LEDERE OM PARTERAPIENS BETYDNING I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (ABUP)? .....	26
5.1. Pasientnarrativ .....	26
5.2. Pasienter, klinikere og ledes beskrivelser samlet i fire hovedkategorier.....	27
5.1.1 Anerkjennelse var det viktigste med parterapien .....	28
5.1.2 ”Parterapi var det som hjalp individuelt, som par og helheten” .....	29
5.1.3 Hjelp til voksne er hjelp til barn .....	32
5.1.4 ”I utgangspunktet er det ikke umiddelbart naturlig å arbeide med parterapi i ABUP” .	36
5.3. To hovedtema som tas med til videre utforskning .....	39

6.0	DISKUSJON .....	41
6.1.	Endringer hos par, og hvilke betydninger det kan få.....	41
6.1.1	Anerkjennelse, grunnpilar for gode terapier og endring.....	41
6.1.2	Parterapi og barnas psykiske helse .....	44
6.1.3	Endringer i familiekultur .....	46
6.2.	Parterapi sett i forhold til andre behandlingsformer og utfordringer med parterapi.....	46
6.2.1	Parterapi sett i forhold til foreldreveiledning, familie- og individualterapi.....	47
6.2.2	Dilemmaer og utfordringer med parterapi i ABUP .....	49
7.0	MULIGE KONKLUSJONER .....	52
7.1.	Mulige konklusjoner for paret.....	52
7.2.	Mulige konklusjoner for barna .....	52
7.3.	Mulige konklusjoner om parterapiens organisering i ABUP .....	53
7.4.	Veien videre: forslag til videreføring av arbeidet.....	53
	LITTERATURLISTE .....	54
	Vedleggsliste: .....	56

## 1.0 INTRODUKSJON

Parforhold har i moderne tid fått stor oppmerksomhet i det offentlige rom, så vel som idet private. I tabloidaviser florerer det ofte av meninger, råd og tips om hva som skal til for å lykkes i et parforhold. Videre har norske medier i senere tid debattert hvilke konsekvenser foreldrekonflikter har for barna. Barneombudet, Lindboe (2013, 25. februar, p. 1), skriver i Aftenposten følgende: ”Barn som lever under langvarige foreldrekonflikter, blir deprimerte, får lavere selvtillit og gjør det dårligere på skolen”. Lindboe påpeker at mor og far må tvinges til å snakke sammen før de møtes i retten. I Fædrelandsvennen skriver politiker Kristiansen (2013, 7. mars, p. 5) om ”Brutte familierelasjoner og konsekvenser for barna”. Jørgensen hevder at skilsmisser har mange uheldige følger for barna. I denne mediedebatten har jeg savnet hvordan par kan hjelpes til muligens å forhindre opprivende og vanskelige par- og familiesituasjoner.

I motsetning til vår besteforeldregenerasjon som knapt tematiserte parrelasjonen, fordi den var nærmest en selvfølgelig del av familieprosjektet, har fokuset på par økt i nyere tid (Thuen, 2011). Ettersom kvinner er blitt mer økonomisk uavhengige, er romantikk og sårbarhet kanskje det som best beskriver dagens parforhold. I så måte er parforhold i nyere tid fremfor alt et emosjonelt – og ikke et økonomisk prosjekt. Det at parforhold er sårbare kommer frem i skilsmissestatistikken. Ved inngangen til 1990-årene var det registrert ca. 10.000 skilsmisser i Norge. Dette er en femdobling siden 1960-årene (Noack, 1996), og i 2008 ble det registrert 10.158 skilsmisser (SSB, 2009). Dersom undersøkelsene hadde innbefattet samboere og separasjoner, ville tallet vært langt høyere. Dårlige parforhold som ikke resulterer i skilsmisse finnes det ingen tall for og mange barn lever med foreldre som strever i samlivet.

I min yrkeskarriere fra barnevern og i 2. linjetjenesten som familieterapeut har jeg kjent på maktesløshet i møte med barn, særlig der hovedutfordringene åpenlyst har ligget hos de voksne, men der tiltak har vært rettet mot barna. Jeg har erfart at uheldige familiemønstre blir opprettholdt i generasjoner, og der barn ikke får den trygge oppveksten de kunne fått. Parterapi har ut fra min erfaring kunne bidra til å bryte slike familiemønstre. Jeg ønsker derfor i denne oppgaven å rette oppmerksomheten mot parterapi og hvilke betydninger dette kan ha, ikke bare for det voksne paret, men også for deres barn.

## 1.1. Oppgavens oppbygging

Denne masteroppgaven er komponert slik at leseren først vil få et innblikk i par- og familierapiens fremvekst, deretter presenteres selve undersøkelsen og til slutt blir resultatene brakt inn i diskusjon med relevante teoretiske perspektiver. Dette kan se rettlinjet ut, men forskningsprosessen har pendlet frem og tilbake.

I kapittel 2 beskrives noen av de historiske røttene til opprettelsen av det som senere ble parterapi. Det er også forsøkt å trekke noen større linjer innen parterapiteori, fra utlandet til de norske forhold, for deretter å bevege seg ned til ABUP ved Sørlandet sykehus.

I kapittel 3 beskriver jeg studies hensikt og de forskningsspørsmål jeg ønsker å belyse.

I kapittel 4 reflekterer jeg først kort rundt hvordan denne oppgaven kan forstås i lys av vitenskapsteoretiske spørsmål. Videre vil det bli redgjort for de metoder som er valgt og den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen. Styrker og svakheter i det metodiske arbeidet, samt etiske refleksjoner vil også bli belyst.

I kapittel 5 presenterer jeg de resultater som er fremanalysert. Først blir et helhetlig narrativ presentert, deretter blir resultatene presentert i kategorier på bakgrunn av det jeg har ansett som mest vesentlig å belyse i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

I kapittel 6 ligger resultatene som et fundament i diskusjonen, disse drøftet i lys av ulike teoretiske tilnærminger, forskning og egne refleksjoner.

I kapittel 7 blir mulige konklusjoner konkretisert i tre hovedpunkter, og til slutt kort om forslag til veien videre.



## **2.0 PARTERAPI – KORT OM TEORI, FORSKNING OG PRAKSIS**

Parterapi kan defineres på følgende måte: ”Møter hvor begge parter i et kjærlighetsforhold er til stede i samtale med en terapeut. Målet for samtalene vil være å løse vansker i forholdet og/eller forbedre parforholdet” (Ellila & Bovoli, 2009, p. 9). Fokuset i parterapi blir da hovedsakelig rettet mot den dyadiske relasjon mellom par, men det er også vanlig å involvere andre familiemedlemmer, eller andre viktige personer, enten som tema i parterapi, eller ved å invitere med i samtaler. En forskjell mellom par- og familierapi er likevel, at innen parterapi vil ofte fokus omhandle det som utspiller seg i voksenverden, eksempelvis kommunikasjonsproblemer i parforholdet, sjalusi, utroskap og seksuelle utfordringer, mens familierapi ofte omhandler hele familiesystemet og inkluderer barna i terapien. Det vil imidlertid ofte være glidende overganger mellom begrepene par- og familierapi innen teori, forskning og praksis noe som også gjenspeiles i denne oppgaven (Ellila & Bovoli, 2009).

Fra par har utviklet vansker i parforhold til de oppsøker hjelp, venter de i gjennomsnitt i seks år. Når par kommer til terapi, er noen av de vanligste problemstillingene og målsettingene de søker hjelp for, ønske om bedring av interpersonlige vansker, og da særlig kommunikasjonsvansker, mangel på emosjonell kontakt, nærhet og/eller et ønske om å utvikle mer positive følelser overfor partneren. Mange søker også hjelp for å forbedre parforholdet for barnas skyld (Doss, Simpson, & Christensen, 2004).

Jeg vil i dette kapittelet først presentere et historisk riss over parterapiens opphav og utvikling. Deretter viser jeg til et lite utsnitt av forskning som er gjort innen parterapi, for så og kort presentere parterapi i Norge og ved Sørlandet sykehus.

### **2.1. Ideer og opphav – parterapiens historie**

De første ekteskapsrådgivningskontorene kom i 1930-årene. Det var da prester, sosialarbeidere og gynekologer som ga nygifte råd tilknyttet ekteskapets utfordringer. Ekteskapsrådgivning utviklet seg og det ble etter hvert behov for et felles teorigrunnlag blant ekteskapsrådgivere. Inspirasjonen ble funnet i blant annet psykoanalytisk teori (Øfsti, 2010). Dette teorigrunnlaget ble interessant fordi man ble opptatt av å forstå primærpatientenes samliv og ekteskap. I begynnelsen ble paret behandlet hver for seg, men da dette ofte ble to ulike og ofte

motsetningsfylte historier, valgte man siden å ha felles sesjoner med paret sammen i terapi (Øfsti, 2010).

I den vestlige psykiatrien fremholdes ofte tre idetradisjoner; den biologiske, den sosialpsykologiske og den psykodynamiske, hvor alle tradisjoner i stor grad er individfokuseret (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, Maizels, & Engell, 2010). I løpet av de siste tiårene har den systemiske forståelsen kommet som den fjerde tradisjon. ”Her rettes oppmerksomheten mot relasjonens betydning, både i utvikling av og beskyttelse mot psykiske lidelser, samt i terapeutiske tilganger” (Skårderud, et al., 2010, p. 40). Det interaksjonelle, kommunikative perspektivet, eller kanskje bedre kjent som systemisk tenkning fikk etter hvert et gjennombrudd i par- og familierapi. Den egentlige grunnleggeren av systemterapi i denne sammenheng er indremedisineren fra Milano, Mara Selvini Palazzoli, som i arbeidet med alvorlige spiseforstyrrelser gikk fra et rent individualperspektiv til å søke nye terapeutiske intervensjoner. Gjennom å gå til kommunikasjonsteori og systemteori så hun muligheter til endringer ved ”å skifte fokus fra individets intrapsyriske struktur til observerbare transaksjonsmønstre i samhandlingen her og nå” (Johnsen & Torsteinsson, 2012, p. 23). Hun innledet etter hvert på 1960-tallet et nært samarbeid med de fremtredende psykiaterne Boscolo, Cecchin og Prata. Sammen utgjorde de den såkalte Milanogruppen som kom til å få meget stor innflytelse på utvikling av systemisk familierapi (Hårtveit & Jensen, 1999; Johnsen & Torsteinsson, 2012). Fra Gregory Batesons systemteoretiske standardverk: ”Steps to an ecology of mind” via Watzlawicks (1967) ”Pragmatics of human communication” som kommunikasjonsteoretisk basis, utviklet det seg utover i 1970-årene et bredere familieperspektiv. Sentrale personer som Jackson, Minuchin, Palazzoli, Cecchin og Boscolo bidro til å danne en slags familierapi-bevegelse. Fokuset for denne bevegelsen var relasjonsperspektivet, med kommunikasjons- og systemteori som de mest sentrale teoriretninger (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Fra midten av 1980-tallet har praksis og teori utviklet seg i ulike retninger. Det har blitt mer fokus på å forbedre behandlingsmodeller på bakgrunn av empirisk kunnskap. I tillegg til å behandle paret, har det også blitt økt oppmerksomhet rundt behandling av enkeltmennesker med psykiatriske diagnoser (Gurman & Frankel, 2002; Johnson & Lebow, 2000). I den senere tid har språkteori og fokus på narrativ teori og praksis spilt en betydelig rolle i videreutviklingen i det kliniske feltet (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

Mange par- og familierapeuter har blitt inspirert av nyere teoretiske retninger som f.eks. mentalisering. Mentalisering ser ut til å være en rød tråd både teoretisk og praktisk i moderne

tenkning rundt interaksjonelle og individuelle mekanismer. Karterud (2008, p. 1374) skriver at mentalisering knytter seg blant annet til hermeneutikken og at mentalisering er menneskets evne til å fortolke seg selv og andre som intensjonale vesener som drives av følelser, ønsker, begjær, forestillinger, selvbedrag, løgn, etc. Han skriver videre at det spesielle ved teorien er sammenkoblingen av evolusjonspsykologi, tilknytningsparadigmet, utviklingspsykologi, nevrobiologi, psykoanalytisk psykoterapi og personlighetspatologi. Skårderud og Sommerfeldt (2008) påpeker at ”En mentaliseringsbasert tilnærming eller holdning kan brukes i ulike terapeutiske kontekster, som f.eks. individualterapi, gruppeterapi, parterapi og familieterapi”.

Par- og familieterapifeltet i dag synes å vektlegge ulike elementer i terapi, på bakgrunn av miljøer, land, grupper og enkeltpersoner. Det kan likevel se ut som mange i stor grad har en systemisk grunnlagstenkning, men der flere nye metoder, manualer, terapiretninger osv. har gitt inspirasjoner, og som igjen kanskje har bidratt til større grad av mangfold i tilnærminger. Det er grunn til å anta at f.eks. anerkjennelse, dialogisme, språk, mentalisering og tilknytning er noen sentrale elementer i parterapikontekster, og i foreldre- barn relasjonen (Fonagy & Target, 1997). Noen av disse sentrale elementene i parterapi vil jeg komme tilbake til og utdype i diskusjonen. (Ryden & Wallroth, 2011).

## **2.2. Tidligere forskning på parterapi**

Et litteratursøk viste at det er gjennomført flere studier av parterapi<sup>1</sup>. Blant annet gjorde Scharff og Scharffs (2006) en oversiktsstudie av parterapi i Sverige frem til 2005. Her argumenteres det for at stress i parforholdet og psykiatriske symptomer er noen viktige årsaker til hvorfor par kommer i kontakt med hjelpeapparatet.

Skauli (2009) har gjort en litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Han skriver at i kartleggingen av parforhold kan det ofte være vanskelig å finne ut av hva som er problemområdene i samlivet og hva som skal rettes på. Det kan virke innlysende, men definisjonen på hva som god kvalitet på et samliv er for dårlig behandlet i litteraturen. Rapporten viser til funn som gir belegg for å hevde at det viktigste er om par har mestringsstiler som matcher hverandre, og at fred i parforholdet neppe er det beste. Noen av

---

Litteratursøk i databasene PsykInfo, Ovid og Svemed+ med søkeordene ”couple\* therapy” og ”mental health” gav tre relevante studier. Søk på Idunn.no med søkeordet ”parterapi” gav 83 artikler, hvor 3 ble vurdert mest relevante for dette prosjektet.

de mest ødeleggende faktorene i et parforhold er likevel kritikk, forsvar, forakt og isfront mellom parene.

For å finne årsaker og forklaringsmodeller på økt antall skilsmisser, er det blant annet forsket på om det er mønstre på ulike funksjonelle og dysfunksjonelle personlighetstrekk som innvirker på parrelasjonen. Til tross for ulik forskning på området, vises det ikke til klare funn som støttet hypotesen om en personlighetsprofil som klaffer med lykkelig ekteskap (Øfsti, 2010). Skauli (2009) skriver i rapporten at samlivsvansker er forbundet med forhøyet frekvens av andre psykiske eller somatiske helseplager, i tillegg til vold, problemer hos barn samt rusproblemer (Skauli, 2009, p. 24). Videre i rapporten pekes det på viktigheten av at terapeuter innen familiepsykologifeltet bør ha kunnskaper innen personlighet/psykopatologi, innen utvikling og livsfaser, innen kjønn og kulturelle forskjeller, innen politikk og samfunn og innen intervensjons-og forebyggende tiltak (Skauli, 2009).

Parterapi viser seg å ha effekt (Skauli, 2008).

”Par-/famlieterapi hjelper minst 40-50 prosent av klientene. Effektstørrelsen for parterapi innebærer at den gjennomsnittlige klient i par- eller familierapi hadde det bedre ved avslutning enn 80 prosent av kontrollgrupper som ikke har deltatt i behandling” (Skauli, 2009, p. 21).

Tilden & Gude (2003) gjennomførte en forløpsstudie av depresjonens betydning i parterapi, og tok for seg bl.a. individuelle symptomer i en parterapi. Forskningen viste at parterapi har god effekt mot depresjon. Videre underbygger studien viktigheten av kunnskap om psykisk helse i parterapi, spesielt der depressive symptomer kommer til uttrykk. Forfatterne henviser også til en større studie gjort i London med tilsvarende funn. I en ny lærebok i psykiatri henvises det imidlertid til forskning som viser at verken par- eller familierapi er spesielt effektive behandlingsmetoder, med mindre familie- eller parkonflikter ligger til grunn for pasientens symptomer (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2012).

I rapporten (Skauli, 2009) kommer det fram at det i randomiserte kliniske forsøk så vel som i naturalistiske sammenhenger er dokumentert gode resultater av parterapi, og at effekten av denne kan sammenliknes med annen behandling innen psykisk helsevern, som f.eks. individuell behandling. Det er imidlertid få undersøkelser som følger mange par opp over lang tid og det kan derfor være vanskelig å måle langtidseffekten av parterapien. Skauli (2009) refererer til ledende forskere, Gotmann & Notarius (2002) og Snyder, Castellani og Whisman

(2006), som mener det framover vil være nyttig med naturalistiske småskalastudier og åpne kliniske studier. Videre vises det til Makinnen og Johnsen som gjorde studier i 2006 innenfor emosjonsfokustert parterapi, og brukte både kvantitative og kvalitative metoder blant annet for å se på tilknytning og forsoning mellom partene i en terapisetting.

Midtstigen & Vik (2007) sin artikkel omhandler barns uro når de ikke vet hva som skjer mellom foreldrene når det er konflikter i familien. Videre viser artikkelen til en norsk studie om økt forekomst av depresjon hos jenter sist i tenårene oppstått flere år etter foreldrenes samlivsbrudd. Artikkelen viser også til andre studier der det er beskrevet økte vansker på flere områder hos barn som har opplevd brudd eller konflikter mellom foreldrene. En av behandlingsformene for å møte slike utfordringer kan være parterapi for foresatte. Krishnakumar og Buehler (2000) viste i en metastudie at foreldrekonflikter er assosiert med dårlig foreldreatferd.

### **2.3. Par – og familierapi i Norge**

Den fransknorske psykiateren Philippe Caillé introduserte Milanogruppens arbeidsmåte i Norge. Han var veileder på Familiekontorer og på det som den gang het Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Caillé og den forskningsgruppen han etablerte hadde stor betydning for utviklingen av systemisk tenkning, og inspirerte til etablering av systemiske teori i Norge (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

I 1970-årene ble det etablert mange familieavdelinger, spesielt innenfor BUP feltet. I norske familieavdelinger har det primært blitt gjennomført familierapi og familieveiledning, knyttet til barns psykiske helse. Med få unntak, er familierapi og familieveiledning lite utbredt i voksenpsykiatrien (se Malt, et al., 2012). Når familietilnærmingen benyttes i voksenpsykiatrien ”er det oftest i mer pedagogiske sammenhenger. Familiemedlemmer kan da få hjelp til å hjelpe, støtte eller forstå en ”syk” person” (Schjødt & Egeland, 1989, p. 27). På denne måten blir familietilnærmingen sett i lys av den ”syke”, og ikke et mer helhetlig perspektiv på de øvrige familiemedlemmenes opplevelser (Hoxmark, 1994). Det er kjent at parterapi foregår ved familievernkontorer (Skauli, 2009), i tillegg blir parterapi enkelte steder tilbudt i voksenpsykiatrien (Malt, et.al. 2012), samt på det private markedet.

Individfokuset gjenspeiles også i diagnosesystemene International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) (WHO, 2009) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

DSM (APA, 2000). Par- og familiebehandling innen offentlige sykehus må forholde seg til de individuelle diagnoser diagnosesystemene er bygd opp rundt. Parbehandling er i utgangspunktet derfor basert på indekspasient<sup>2</sup>. ”De fleste psykiske problemer er tatt med i diagnosesystemene, men det er så langt ikke noen enighet om diagnoser for relasjonsproblemer”(Skauli, 2009, p. 18).. Det er den henviste som får status som pasient, og som journal føres på. I følge Skauli er det forventet at DSM-diagnosesystemet for psykiske lidelser (APA, 2000) og rutinemessig behandling av psykiske lidelser etter hvert skal inkludere relasjonelle diagnoser (Skauli, 2009, p. 24). På tross av diagnosesystemenes individuelle fokusering, er det store variasjoner hvorvidt terapeuter vektlegger diagnosens plass i terapi (Schibbye, 2002).

I norske psykiatribøker blir familieterapi i noe grad tematisert, mens parterapi får lite oppmerksomhet (Malt, et al., 2012). Dette er muligens naturlig utfra en organisatorisk plassering der familievernkontorer arbeider mest med parproblematikk, og psykisk helsevern tradisjonelt ikke har vektlagt dette området. Likevel er det både forskning, litteratur og praksis som tematiserer sammenhengen mellom parterapi, familieterapi og psykisk helse. Familiepoliklinikken ved Sørlandet sykehus ble i 1987 opprettet i voksenpsykiatrien og ser ut til å ha vært et slag bindeledd mellom de individuelle og de relasjonelle aspekter ved terapi (Brendefur & Wergeland, 2000). Dette vil jeg komme tilbake til i neste delkapittel. Schjødt & Egeland (1989) skriver at det siden 1968 har det vært egen par - og familiebehandling ved Modum Bad Nervesanatorium. Familieavdelingen ved Modum Bad og Familiepoliklinikken var således de to avdelingene i Norge som ligner hverandre i sin organisasjonsform.

For å finne mer ut av om det finnes andre avdelinger i Norge innen barn- og ungdoms psykiske helse<sup>3</sup> (BUP) som gjennomfører parterapi, slik som i Kristiansand, tok jeg via mail kontakt med Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUP). NBUP er en forening der alle BUPer i Norge er tilknyttet, og der de således har en generell oversikt over tjenesteytingene i de ulike BUPer i Norge. Fra NBUP kom følgende svar på mail (vedlegg 1):

På spørsmål fra Linda Karlsen ble det sendt en forespørsel til alle styremedlemmene med spørsmål om andre ABUPer er organisert slik som Sørlandet sykehus HF hvor voksne er indekspasient og det tilbys parterapi. Samtlige styremedlemmer har svart på henvendelsen, og ingen kjenner til en slik organisering innenfor sitt helseforetak.

---

<sup>2</sup> Indekspasient betyr den henviste pasient.

<sup>3</sup> Barn og unges psykiske helse blir som regel forkortet til BUP. På Agder blir Avdelig for barn og unges psykiske helse forkortet til ABUP.

Det ble sendt mail til helseregionene Helse-Vest, Helse-Midt og Helse- Sør-Øst. Disse kan også bekrefte at det ikke er tilsvarende tilbud til voksne par. Helse-Nord svarte (vedlegg 2):

Jeg forhørte meg med leder her på BUPA som svarer følgende:

Jeg tror ingen av BUP-ene i Helse-Nord er organisert på denne måten. En BUP kan i utgangspunktet ta inn hvem de vil til behandling, men de kan kun kreve refusjon for behandling av barn og ungdom som er henvist fra lege eller barnevern. Hos oss blir voksne som har behov for behandling anbefalt å ta kontakt med familievernkontor eller voksenpsykiatrien.

Vi kjenner altså ikke til noen som er organisert som dere.

Hvis denne informasjonen er korrekt, skiller det parterapeutiske tilbudet ved ABUP, Kristiansand seg derfor ut. Av den grunn anser jeg det høyst aktuelt, viktig og spennende å tematisere, undersøke og diskutere parterapi tilbudet. Jeg vil kort gi et historisk riss over opprettelsen av parterapi tilbudet- den gang i voksenpsykiatrien, ved Familiepoliklinikken, og senere i ABUP ved Familie- og ungdomsteamet, her kalt Familieteamet.

## **2.4. Familieteamet ved Sørlandet sykehus**

Ved gjennomgang av sykehusets arkiver viser dokumenter til opplysninger som gir et innblikk i bakgrunner for Familiepoliklinikkens opprettelse og historie. Familiepoliklinikken ble opprettet som en krise- og familiedagpost, og var organisatorisk plassert under voksenpsykiatriske avdeling ved det som den gang var Vest-Agder Sentralsykehus. I 1994 ble avdelingen omgjort fra dagpost til poliklinikk, og hadde to hovedoppgaver:

- a) Behandling av par/familier hvor ett voksent familiemedlem (indekspasient) har en psykisk lidelse. Videre at den psykiske lidelsen er knyttet til par – eller familiekonflikter, eller at den psykiske lidelsen i seg selv utløser store belastninger på øvrige familiemedlemmer.
- b) Kriseintervensjon hvor en familie er rammet av et stort traume og trenger bearbeidelse som familie (Brendefur & Wergeland, 2000, p. 1).

Noe av hensikten med tilbudet var å gi et poliklinisk tilbud til par der den ene i parforholdet ble henvist, men der man vurderte at problemene kunne sees i et relasjonsperspektiv. Den ene

parten hadde ofte en psykiatrisk diagnose, noe man tenkte berørte ektefellen, og således burde tematiseres med begge partene tilstede i terapirummet. Videre var fokuset kriseintervensjoner for familier som for eksempel hadde opplevd akutt død eller sykdom i familien. Videre vises det til at Familiepoliklinikken har vist vilje og mot til å satse utradisjonelt når det gjelder å prioritere familier ved psykisk sykdom.

I 2007 ble Familiepoliklinikken slått sammen med Familieklinikken, og organisatorisk lagt inn under ABUP. Familieklinikken var en avdeling i ABUP, med fokus på barn og deres familier. Etter sammenslåingen er det i praksis fortsatt et voksefokus og et barnefokus, men med en felles familieterapitilnærming med glidende overganger. En sentral metode i både par- og familieterapi er bruk av reflekterende team og prosesser, det er da minst to terapeuter tilstede (Andersen, 2009).

De beskrevne bakgrunnspektiver, danner bakteppet for denne undersøkelsen. Jeg vil nå redegjøre for hensikten med dette prosjektet og hvilke forskningsspørsmål jeg søker å besvare.



## **3.0 HENSIKT MED PROSJEKTET OG FORSKNINGSPØRSMÅL**

### **3.1. Bakgrunn og hensikter**

Hovedmålsettingen med masteroppgaven er å undersøke hvilke betydninger et parterapeutisk tilbud har i ABUP.

Jeg vil i prosjektet utforske betydninger av det parterapeutiske tilbudet ved Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sørlandet sykehus HF (ABUP). Denne avdelingen tilbyr parterapi, og voksne personer kan bli innskrevet som pasient i psykisk helsevern for barn og unge, uavhengig av om deres barn er henvist. Andre offentlige eller private parterapi tilbud blir i denne oppgaven ikke berørt, dette til tross for parterapiens utbredelse i offentlige familievernkontor. For å gi et bilde av omfanget av parterapi i ABUP, var det i journalsystemet DIPS i 2012 registrert totalt 219 voksenkonsultasjoner i Familieteamet, hvor voksne var indekspasienter. I tillegg kommer de voksne som via sitt henviste barn får voksensamtaler, og der parterapi kan være en av flere tilnærminger. Parterapi er frivillig tilbud til par som strever i samspillet og som ønsker å fortsette med å være et par. Tendensen har vært et jevnt tilsig av henvisninger fra fastleger og andre samarbeidspartnere, som for eksempel barneverntjenesten som kjenner til tilbudet og som ofte har erfaring med partilbudet ved ABUP.

Som ansatt kliniker ved Familieteamet, fornemmer jeg noe usikkerhet hos flere klinikere og ledere, rundt det å arbeide med parterapi i ABUP. Min erfaring er at parterapi har vært et tilbud som i liten eller ingen grad har vært markedsført. Målsettingen med prosjektet er derfor å sette søkelys på dette særegne tilbudet, og beskrive, analysere og diskutere parterapiens posisjon og betydning ved Familieteamet i ABUP.

Jeg ønsker å teoretisere og dokumentere parterapi tilbudet, slik at det ikke fremstår som løsrevet, men der det forankres i empiri, teori og forskning. Dette støttes også av Helsedirektoratet (2008), der det vises til et stort behov for forskning i klinikk på nytte og effekter av metoder. Forskningskompetanse kan gjøre behandlere bedre i stand til å vurdere vitenskapelig litteratur og til å drive og bidra til kliniske studier. Prosjektet har, slik jeg ser det, god timing fordi ABUP er i en evalueringsprosess, der tjenester blir vurdert og brukerstemmen blir forsøkt ivaretatt.

Hensikten med masteroppgaven er i tillegg til det ovennevnte å fordype meg i teori, forskning og datamateriale på, for å utvide og fornye min egen forståelse og kunnskap. Ambisjonen er at masteroppgaven kan bidra til å komme nærmere en tydeliggjøring på betydninger av parterapi, for barna i særdeleshet. Håpet er at tematisering av parterapi som tilnærming i BUPer, på denne måten kan utfordre til debatt og bevisstgjøring for feltet 'Barn og ungdoms psykiske helse' generelt i Norge.

### **3.2. Problemstilling og forskningsspørsmål**

Mastergradstudiet i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder inviterer til praksisnær forskning.

Dette muliggjør denne studien som undersøker følgende hovedproblemstilling:

Hvilke betydninger har et parterapeutisk tilbud i psykisk helsevern for barn og unge ved Sørlandet Sykehus HF (ABUP)?

Forskningsspørsmålene som studien ønsker å belyse kan formuleres slik:

1. Hva opplever par som det viktigste med parterapi ved ABUP?
2. Hvordan beskriver foreldre at parterapien har påvirket deres barns livssituasjon?
3. Hvilke refleksjoner/erfaringer har klinikere og ledere rundt parterapiens betydning i ABUP?
4. Hvilke refleksjoner/erfaringer beskriver ledere og klinikere at parterapi har for barna i familien?

For å finne svar på spørsmålene har jeg valgt å henvende meg til pasienter<sup>4</sup>, klinikere og ledere. Hensikten med dette utvalget har vært å synliggjøre ulike perspektiver på betydninger, erfaringer og opplevelser av parterapi. Dette vil jeg utdype nærmere i neste kapittel.

---

<sup>4</sup> Begrepet 'pasient' er valgt i denne oppgaven av pragmatiske grunner. I arbeid med voksne innen psykisk helsevern/psykiatri er 'pasientbegrepet' mest brukt (Malt et.al. 2012).

## 4.0 METODISK TILNÆRMING

### 4.1. Metodologiske refleksjoner

For å gi et bakteppe for hvordan det metodiske arbeidet kan forstås og leses, vil jeg først dele noen refleksjoner jeg har hatt underveis i denne studien. Dette vil kunne tydeliggjøre noen av de begrensinger og muligheter som ligger i denne undersøkelsen, samtidig som det muliggjør en økt forståelse for det som ligger bak de fremanalyserte resultatene.

I følge Gadamer (2010) var hermeneutikken i utgangspunktet en ren teksttolkningslære, men ble siden utviklet til det å forstå både tekster og utsagn gjennom tolkning. Innen hermeneutikken er det en sentral utfordring å sette seg selv ”på spill”, som dreier seg om å utvikle bevissthet om egne fordommer og førforståelse. Når man leser tekster bør ”saken selv» fremtre på sine egne premisser så langt som mulig. ”Saken selv” kan i denne forbindelse assosieres med det fenomen man ønsker forståelse om. ”I følge Taylor (1985) må en hermeneutisk tolkning ha et subjekt som meningen refererer seg til og som danner forståelsens sentrum. I samtale og i tolkningen er det fortelleren som er dette subjektet.” (Kristoffersen, 1998, p. 38). Prosessen i hermeneutisk tolkningsarbeid kalles ofte en ’hermeneutisk spiral’, og bygger på tanken om at helheten forstås gjennom delene, og delene forstås gjennom helheten, og fra førforståelse til ny forståelse.

Med begrepet ’førforståelse’ menes de livserfaringer og kunnskaper tolkeren har om det som skal studeres. En bevisstgjøring av egen førforståelse er nødvendig for å minske faren for å få bekreftet det man allerede tror på, i stedet for å søke ny kunnskap (Gadamer, 2010; Kristoffersen, 1998). Denne bevisstgjøringen har for meg vært viktig for å søke ny kunnskap i fortolkningsarbeidet av de skriftlige tekstene fra informanter.

Antropologen Meyerhoff (1978) hevder at mennesket dypest sett er ’homo narrans’, ”det fortellende mennesket.” På denne måten blir narrativer viktige elementer i menneskets meningsbærende virkelighet, for å forstå seg selv og andre. (Kristoffersen, 1998) skriver at ordet ’narrativ’ kan oversettes med ’fortelling’ eller ’historie’. Narrativer om livserfaringer og livsverden er viktige ”byggesteiner” i de kvalitative data, og fungerer som menneskers viktigste elementer for en meningsbærende virkelighet (s.39). Disse utgjør de kvalitative data. Særlig pasienters ytringer, gir et bilde av deres liv, sårbarheter og styrker, som min fortolkning og formidling ikke klarer å gjengi så nyansert og ”rikt” som den som selv har opplevd det klarer. Likevel representerer dette mangfoldet av ytringer både noe individuelt og

samtidig stemmer til noe som jeg kunne kalle ”metaytringer”. Dette kan være nødvendig for å komme nærmere de spørsmål som er reist i denne studien.

Denne undersøkelsen utforsker betydninger av parterapi i psykisk helsevern for barn og unge, og personer med erfaringer med parterapi ble kontaktet og utfordret til å fortelle om deres erfaringer. I undersøkelsen ble det valgt en kvalitativ metode basert på en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming, som vil være egnet til å frembringe opplevelser, erfaringer, forståelser og fortolkninger om parterapi fra ulike posisjoner (Malterud, 2003). Informantene ble bedt å besvare to spørsmål skriftlig. De skriftlige svarene i denne studien kan forstås som stemmer eller ytringer i en større dialog, og bærer frem ett av mange mulige bilder av parterapi. I følge Bakhtin (1998) kan studier av en tekst forstås som ytringer som er gjort av den enkelte, for å sette ord på opplevelser, men også til en adressat som det skrives til. Denne kombinasjonen kan virke inn på hva som blir formidlet. Flere enkelttekster, blir i sum en større dialog eller en slags flerstemthet i ytringer. På denne måten kan en si at personlige ytringer blir en del av den større dialogen. De spørsmål som er reist, de fortolkninger som er gjort og den samkonstruksjon som har vært mellom tekstene og meg, har bidratt til de resultater som blir presentert (Bakhtin, 1998; Bøe, 2010).

Med disse metodologiske refleksjoner, vil jeg i fortsettelsen gå mer konkret inn den metodiske fremgangsmåten ved selve undersøkelsen. .

## **4.2. Utvalg**

Jeg henvendte meg til personer med ulik parterapeutisk erfaring fra ABUP, og de kan deles inn i tre hovedgrupper; 1) pasienter med egen erfaring fra parterapi, 2) klinikere som arbeidet i Familieteamet og 3) ledere i ABUP.

Førforståelsen med dette utvalget, var at deltakerne var ulike ut fra hvilken rolle de hadde. Pasienter ville kunne ha verdifulle erfaringer, opplevelser og refleksjoner ut i fra det å være mottaker av parterapi, de opplever det ”innenfra”. Klinikere var både forvalterne av et ”tankegods” og de som gjennomførte behandlingen i praksis. Mens ledere antok jeg, kanskje ville ha en mer organisatorisk tilnærming. På denne måten ville deltakernes ulike perspektiver, slik jeg ser det, i sum kunne gi et ”rikt” bilde av parterapitilbudet. Flere ”stemmer” fra ulike posisjoner ble vurdert som viktige for å få en bedde og mangfold i datamaterialet. Mye av forskningen som gjennomføres i helsetjenester er basert på

kvantitative forskningsmetoder. Et viktig supplement til dette, er slike småskalastudier, hvor en er opptatt av menneskers opplevelser, erfaringer, forståelser og fortolkninger. Dette kan anses som forskning på innenfraperspektiv (Andersen, 2009; Bøe, 2011; Skauli, 2009).

Utvalget er strategisk, fordi det er satt sammen ut fra målsettingen om at informantene kan belyse problemstillingen i dette studiet (Malterud, 2003). Som ”portåpnere” i forhold til pasienter, tok jeg kontakt med klinikere som arbeidet med parterapi. Jeg oppfordret dem til å henvende seg til pasienter. Dette gjorde at ”kontrollen” ble overlatt til klinikerne i den direkte kontakten med pasienter. Med denne fremgangsmåten hadde jeg ingen innflytelse over hvilke pasienter som ble invitert til å besvare spørsmålene. Pasientutvalget kan derfor sees på som et tilfeldig strategisk utvalg (Malterud, 2003). Det ble vurdert om avsluttede eller fremdeles ”aktive” pasienter skulle kontaktes. For lettere å kunne få tilgang til pasienter, ble sistnevnte gruppe valgt.

Det ble vurdert som mest mulig åpent og ikke ekskluderende å invitere alle klinikere i Familieteamet til å svare på spørsmålene. Førforståelsen min var at ved å spørre alle klinikere, ville det være økt sjans for et mangfold av opplevelser og erfaringer av parterapi. I likhet med pasienter, ville antall klinikere utgjøre en håndterbar størrelse.

Jeg anså ledere i ABUP som viktige premissleverandører for tenkning rundt parterapi i nåtid og fremtid. Vurderingen og førforståelsen min var at i ledermøter blir viktige spørsmål i ABUP drøftet, diskutert og vedtatt. Ledergruppen består av ledere med ulike funksjoner: avdelingsleder, assisterende avdelingsleder og enhetsledere, en konsulent i stab, en medisinsk faglig ansvarlig og forskningsleder i ABUP.

Informantene ble som tidligere nevnt kategorisert i tre grupper: pasienter, klinikere og klinikere, og de anonyme svarene merket i disse tre gruppene. Kategorier ble valgt for eventuelt å kunne fange opp likheter, forskjeller og erfaringer innad- og mellom gruppene.

## **Utvalg:**

### **1. Pasienter som hadde deltatt i parterapi:**

Det ble gitt ut 10 invitasjoner til å skrive en tekst ved å besvare to spørsmål,

8 svarte.

### **2. Klinikere ved Familieteamet i ABUP:**

Det ble gitt ut 17 invitasjoner til å skrive en tekst ved å besvare to spørsmål,  
11 svarte.

### **3. Ledere i ABUP:**

Det ble gitt ut 12 invitasjoner til å skrive en tekst ved å besvare to spørsmål,  
12 svarte.

Oppsummert: 8 pasienttekster, 11 klinikertekster og 12 ledertekster. Til sammen består datamaterialet av 31 skriftlige anonyme tekster fra informanter. Klinikere og ledere svarte i gjennomsnitt en dataskrevet side på begge spørsmål, mens pasienter skrev fra to håndskrevde setninger, til 5 dataskrevde sider. De lengste og korteste tekstene kom fra pasienter. Svarene ble kopiert og systematisert og beholdt i de tre respektive gruppene.

### **4.3. Data og datainnsamling**

Datainnsamlingen foregikk ved at informantene ble bedt om å gi et skriftlig svar på to spørsmål. De ulike informantene ville naturlig nok ha forskjellige referanserammer. På bakgrunn av slike vurderinger og drøftinger med veileder, ble spørsmålene til pasienter litt annerledes formulert enn til klinikere og ledere. Følgende henvendelse ble gjort til informanter:

Det ble bedt om frivillig anonym og skriftlig besvarelse fra pasienten alene, eller i samarbeid med den partneren som hadde deltatt i parterapien ved ABUP. Dersom pasienter valgte å sende inn sitt svar, var dette å anse som et tilstrekkelig frivillig og informert samtykke (vedlegg 3).

Følgende to spørsmål ble stilt til pasienter:

1. Hva syntes du/dere var det viktigste som skjedde i parterapien ved ABUP?
2. Hvordan tror du/dere at parterapien påvirket livssituasjonen til barna deres?

Begrunn med egne ord.

Klinikere i Familieteamet og ledere i ABUP ble invitert til å besvare to spørsmål anonymt, og sende besvarelsen i en ferdig adressert og frankert konvolutt til undertegnede (vedlegg 4).

Følgende to spørsmål ble stilt til klinikere og ledere i ABUP:

1. Hvilke refleksjoner/erfaringer har du rundt parterapiens betydning i ABUP?
2. Hva er dine refleksjoner/erfaringer rundt parterapiens betydning for barna i familien?

Begrunn med egne ord.

Datainnsamlingen foregikk noe ulikt i de ulike gruppene. Dette vil jeg kort presentere:

De skriftlige tekstene fra pasientene som studien bygger på, ble vurdert ut fra prinsippet om dataens metning. Kristoffersen (1998) skriver at metning inntreffer når det vurderes at flere tekster ikke gir økt forståelse for deltakernes opplevelse. Da jeg hadde fått 4 skriftlige tekster fra pasienter, ble det vurdert at metningen ikke var nådd, og nye pasienter ble kontaktet via klinikere. Da det var kommet 7 skriftlige tekster, hvorav særlig to av dem var fyldige og utdypet i stor grad det andre hadde formidlet, ble det vurdert som tilstrekkelig antall tekster fra pasienter. Dette ble vurdert i samarbeid med veileder.

I Familieteamet ble klinikerne kort orientert om prosjektet på et fellesmøte. Det var flere klinikere med lang erfaring og som har arbeidet mye med barn og foreldreveiledning, og noe mindre grad med parterapi. For å sikre svar fra ledere, ble det avsatt ca. 20 minutter til å besvare spørsmålene i ledermøte. Videre ble det også gitt anledning til å sende sitt svar i ettertid, om noen ønsket det. Alle svar fra ledere kom samlet, var håndskrevne, og ble i etterkant ført inn på data. Tekster fra pasienter og klinikere var både hånd- og dataskrevet, og ble mottatt på ulike tidspunkter.

#### **4.4. Analyse**

Analysearbeidet ble en spennende reise med en kontinuerlig frem og tilbakeprosess, og fra del til helhet, som i en hermeneutisk spiral. I følge Kvale & Brinkmann (2009) bør teksten forstås ut fra sin egen referanseramme. Dette var en viktig grunn til å skulle beholde gruppene: pasienter, klinikere og ledere, i analyseprosessen. Det å kjenne til de ulike posisjonene og referanserammene de enkelte informantene uttrykte fra, var en viktig bakgrunnsinformasjon i rekonstruksjoner av tekstene.

I analyseprosessen har jeg vært inspirert av filosofen John Lundstøl (2011), og hans forståelse av hvordan tekster kan arbeides med. Lundstøls 4 trinn omfatter: *Rekonstruksjon*: Tekstene er en rekonstruksjon av de erfaringer og opplevelser informantene har med parterapi. *Konstruktiv rekonstruksjon*: Min analyse av de rekonstruerte tekstene er et forsøk på en konstruktiv rekonstruksjon av tekstene. *Konstruktiv rekonstruksjon i lys av en ide*: Her vil de konstruktive rekonstruksjonene i enda sterkere grad knyttes til problemstillingen, til de hensikter studien har, og til de ansatser som ligger til grunn for drøftingen. *Gjentakelse*: I drøftingen vil jeg måtte selv ta ansvar for fremstillingen i lys av ideer og gjentakelser som har kommet til uttrykk i analyseprosessen.

En annen sentral analysetilnærming har jeg funnet hos Malterud (2003). Også Malterud benytter fire trinn for arbeid med tekster. Trinnene er ulike hos Lundstøl og Malterud, men kan, slik jeg ser det, i en hermeneutisk prosess utfylle hverandre.

Malteruds tekstkondensering er basert på Amedero Giorgis fenomenologiske analysemetode. Denne analysetilnærmingen kan sees på som empiristyrte, og der hensikten er å frembringe kunnskaper om informantenes erfaringer og livsverden. Malterud (2003) skriver at i analysearbeidet tilstreber man å sette egne erfaringer og førforståelser til side, for lettere å kunne finne essenser og vesentlige kjennetegn ved de fenomener som undersøkes. Malterud viser til fire trinn i prosessen:

1. Helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Analyseprosessen min var primært inspirert av Malterud, men Lundstøls filosofiske overbygning lå som et bakteppe i arbeidet med tekstene og gav ideer og inspirasjon.

### **Trinn 1: Helhetsinntrykk**

Først valgte jeg å lese tekstene så åpent og fordomsfritt som mulig for å få et helhetsinntrykk. I følge Malterud (2003) skal man i denne prosessen ikke påbegynne systematisering, men gjerne skrive notater. Etter hvert som jeg mottok tekster, leste jeg dem først uten å gjøre notater eller noen form for merknader. Men etter å ha ”lest meg inn i tekstmaterialet” og fått



det "under huden" skrev jeg notater. Disse kunne være f.eks. metaforiske uttrykk, eksplisitte- og implisitte utsagn, sterke meninger, standpunkter og unntak fra det som ellers gikk igjen i flere tekster. Eksempel på metaforiske utsagn fra en tekst: "(...)timene på Abup var som luft i lungene(...)". Eksempel på et eksplisitt utsagn: "Det bør være påkrevd å ha stort fokus på parterapi i Abup." Etter å ha oppsummert inntrykket av tekstene, var det flere temaer som kunne knyttes til problemstillingen. Det ble usystematisk laget en liste over slike temaer, som et slags første trinn til en form for organisering av materialet. Eksempler på temaer som kunne tilhøre samme koding: "dårlig stemning", "krangling" og "kommunikasjon". Slike tema ble i neste trinn analysert inn i meningsbærende enheter, og fikk en felles overskrift. Underveis i analysearbeidet ble tekstene drøftet og lest av min veileder. Dette ble gjort for eventuelt å unngå at vesentlige utsagn ikke ble fanget opp.

## **Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter**

Etter at tekstene var grundig gjennomgått med hensyn til mening, metaforer, utsagn, implisitte uttrykk osv., startet prosessen med å forsøke å identifisere meningsbærende enheter som syntes relevante for undersøkelsen. Målet er, i følge Malterud (2003), å velge ut tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn og som sier noe om problemstillingen. Systematisering av meningsbærende enheter kalles, i følge Malterud, koding. Kodearbeidet fanger også opp de temaene som ble notert i første trinn. For lettere å synliggjøre de kodede temaene, merket jeg disse med ulike farger. Enkelte kodede tema kunne tilhøre en felles kategori som i eksempelet over: "dårlig stemning", "krangling" og "dårlig kommunikasjon", ble først til kategorien: "negative mønstre hos par". For å knytte kategorien tettere opp til problemstillingen og de formidlinger pasienter skriver om før- etter terapi, ble den eksemplifiserte kategorien til: "endringer i kommunikasjonsmønstre hos par".

De meningsbærende enhetene resulterte først i en systematisering der jeg kom frem til 4 overskrifter i hver gruppe:

Pasienter: anerkjennelse, endringer i kommunikasjonsmønstre hos par, parterapi versus individualterapi og generasjonsutfordringer.

Klinikere: parterapi og barns psykiske helse, endringer i negative mønstre hos par, parterapi – effektiv behandling og ABUPs målgruppe.

Ledere: Parproblemer og barns psykiske helse, parterapi – tabu og vegring, Profesjonelt parterapi tilbud og ABUPs målgruppe.

Til sammen ble det først analysert frem 12 foreløpige temakategorier.

### **Trinn 3: Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene**

I følge Malterud (2003) vil en i systematisk tekstkondensering kunne arbeide videre med den enkelte kodegruppe som enhet. Materialet blir i dette trinnet sortert under ulike subgrupper. Tema og utsagn viste seg å overlappe og utfylle hverandre i de 12 temaoverskriftene, slik at det ble mer naturlig å finne felles temaer. Ved dette ”grepet” anså jeg det nødvendig å hente frem igjen ”råmaterialet” og lese tekstene enda noen ganger for så å legge nye farger på utsagn. Dette kan, i følge Malterud, kalles en form for validering. I denne fasen av analysen oppdaget jeg mange nye aspekter ved tekstene. Mange utsagn og beskrivelser fremsto i nye forståelsesrammer. Malterud (2003) skriver at subgruppene fortolkes ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted. Som forsker vil jeg kanskje være opptatt av andre aspekter ved koden ”kommunikasjon” enn f.eks. en indremedisiner vil være, og flere tolkninger er mulige. Det har derfor i denne fasen vært nyttig å fortolke tekstene i samarbeid med min veileder. Hver subgruppe var således analyseenheten som ble knyttet opp til problemstillingen. I hver analyseenhet fortettes innholdet som skal forsøke å sammenfatte innholdet i hver subgruppe, fortrinnsvis ved å bruke informantenes egne ord, skriver Malterud (2003).

Denne prosessen bidro til at de 12 gruppene ble revidert til 5 meningsbærende enheter eller hovedkategorier, slik jeg har valgt å kalle dem. Hovedkategoriene danner en slags overbygning som rommer de meningsbærende enhetene, men som også kan representere en form for helhet fra tekstmaterialet (se 5.2). Kvale & Brinkmann (2009) skriver at enhver fortolkning rommer fornyelse og kreativitet. Fortolkeren strekker seg utover det umiddelbart gitte og beriker førforståelsen ved å bringe frem differensieringer og innbyrdes relasjoner i teksten – derved utvides også dens mening. For meg har det å lese og fortolke tekstene først innen egen kategori f.eks. pasienter, for så å lese kategorien, f.eks. ledere, gitt meg en utvidet forståelse og mening av helheten i ulike tema.

Det var spesielt i tredje trinn i analysefasen jeg opplevde nytten av å fristille meg noe fra Malterud og Giorgi, og i stedet ”koble” de fremanalyserte kategoriene opp mot Lundstøls tredje trinn. Hans perspektiver om konstruktive rekonstruksjoner i lys av en ide, inspirerte meg

til å ”løfte blikket” ut fra setninger, ord og det systematiserte materialet, til det å oppdage linjer og sammenhenger i datamaterialet. Ideen om å presentere ett narrativ i sin helhet, oppstod som følge av at kategoriene ble noe fragmentarisk satt sammen, og der jeg var redd noe av helheten hadde gått tapt. Videre fikk jeg ideen om å finne sitater fra informanter som kunne være dekkende for de enkelte kategoriene som var fremanalysert.

#### **Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til narrativ og kategorier**

I det fjerde trinnet skal bitene settes sammen igjen, i følge Malterud (2008). Videre skriver hun at funnene skal fremstå som en form for gjenfortelling som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper, og som er lojal mot informantenes stemmer.

I følge Malterud (2008) skal man ”bruke den enkelte informants historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere, enten ved å lese historiene på tvers og gjenfortelle de gjennomgående trekkene, eller ved å løfte frem fenomener fra en enkelt informant som kan lære oss noe av andre” (s. 95). Etter å ha meningsfortolket og kategorisert tekstene i temaer, viste det seg at svarene på spørsmål 1 og spørsmål 2, ikke var markant forskjellige, men at de mer utfylte og begrunnet hverandre. På denne bakgrunn valgte jeg ikke en tydelig adskillelse mellom spørsmål 1 og 2, men der voksen – og barneperspektivet likevel presenteres under to ulike hovedkategorier.

Kategoriene som er valgt, er ment å skulle være samlende for ulike beskrivelser, opplevelser eller erfaringer som finnes på tvers i flere av tekstene, men ikke nødvendigvis for alle. Det er også tatt med enkelte utsagn som bare en eller noe få informanter har skrevet noe om. Dette fordi slike utsagn kan peke på sider som har betydning for forskningsspørsmålene og som vil være relevante i diskusjonen. Sitater som er gjengitt i presentasjonen gjenspeiler det ovennevnte mangfoldet eller mer enkeltstående utsagn. Det er variasjoner i hva som formidles i tekstene. Noen holder seg mest til ett tema eller område, mens andre skriver om ulike aspekter. Noen er generelle uten begrunnelser, f.eks.: ”Parterapi er viktig”. Andre er mer spesifikke og begrunner med eksempler: ”Parterapi er viktig for å forhindre dårlig kommunikasjon og negative spenninger som kan være skadelig for barn”.

Sitater er gjengitt i presentasjonen for å gi et innblikk i noe av det informantene har skrevet, samt forsøke å øke troverdigheten til analysen. Hovedkategoriene overlapper hverandre i noen grad, men de representerer likevel ulike aspekter ved parterapi: en kategori handler om

anerkjennelse, to kategorier omhandler parterapeins betydninger og perspektiver for voksne og barna. Mens den siste kategorien peker på organisatoriske forhold rundt parterapi.

I presentasjonen blir ordet ”pasient” bruk om både pasient, par, og/eller partner. På grunn av anonymisering, vet jeg ikke hvem av dem som har svart. Ordet ”informant” blir brukt som fellesbetegnelse for pasienter, klinikere og ledere.

Underveis i analyseprosessen ble jeg oppmerksom på hvordan nye kategoriseringer bestående av meningsbærende utsagn, på mange måter fremstod i nye ”drakter”. Selv om de ved første øyekast kunne inneholde tilsvarende utsagn, var det likevel nyanser, språk og vendinger som var forskjellige. I dette ble jeg opptatt av hvordan det kunne være mulig å bevare genuine utsagn, samtidig som utsagnene kunne bidra til å gi en ”stemme” i en kategori. I dette skjæringspunktet er jeg redd noe kan ha gått tapt. Narrativet kan gi et ”bilde” på hvordan tekster kan se ut i sin helhet. Det valgte narrative representerer på mange måter flere av de aspekter ved parterapi mange informanter har formidlet i sine tekster.

#### **4.5. Metodekritikk**

Min bakgrunn som par - og familieterapeut og de erfaringer, kunnskaper, refleksjoner og menneskesyn jeg har, danner grunnlaget for min førforståelse som basis for fortolkning av tekstene. Jeg har forsøkt å være oppmerksom på faren som ligger i å fremheve det jeg selv tror på, eller å nedtone det som ikke passer inn i min førforståelse. Mitt mål i dette prosjektet har vært å tilstrebe en åpenhet og ydmykhet på alle områder, slik at tekstene og fortolkningene i størst mulig grad kan fremtre på egne premisser.

Det ble vurdert å skulle henvende meg til barn i familiene, i tillegg til foreldre. Det ville også vært en mulighet å kontakte ulike foreninger for barn, f.eks. ”Voksne for barn”, barnerepresentanter i ABUP eller tilsvarende. På bakgrunn av prosjektets omfang, ble slike henvendelser ikke gjort. Deres stemme håper jeg likevel til en viss grad er blitt ivaretatt gjennom informanter som har svart hvordan de tror det har vært for barna. Likevel ser jeg det som en åpenbar mangel at barna ikke er representert med en egen ”stemme” i dette masterprosjektet.

Etttersom jeg valgte ABUP som det konkrete omdreiningspunkt, har familiekontorene og deres arbeid med par kommet i skyggen i dette prosjektet. Det er å anta at mye arbeid rundt par har likhetstrekk med det tilbudet som finnes i ABUP, og det ville vært interessant å

undersøke nærmere slike eventuelle fellesnevnerne. På grunn av oppgavens omfang ville dette blitt for omfattende.

Det var for meg profesjonelt uetisk, og metodisk utfordrende å henvende meg til ”egne” pasienter. Mange pasienter ville kunne svare mer positivt enn slik de faktisk opplevde behandlingen, av frykt for den terapeutiske alliansen. Rollene som forsker og kliniker ville også kunne bli sammenblandet på uheldige måter. Totalt sett var derfor dette uaktuelt.

Innhenting av skriftlige data var for meg viktig, for å kunne ha en tilstrekkelig avstand til informantene. Som mangeårig kollega til flere av dem, ville det å intervju kunne bli for komplisert og nært. Jeg vil lett kunne fortolke det de sier i lys av det jeg vet om dem som kollega, som venn etc., samt at informanter kunne opplevd seg ufrie i en slik setting. En anonym skriftliggjøring av data ble vurdert som en bedre måte å ta hensyn til slike dilemmaer. Det skriftlige datamaterialet kan være gjenkjennelig for enkelte ansatte på Sørlandet sykehus, men neppe utenfor sykehuset.

Ulempene ved en slik skriftliggjøring av informasjonen fra informantene, var at jeg mistet mange av nyansene i det de formidlet. I intervju kunne jeg kommet med oppfølgningsspørsmål som kunne ha utdypet, nyansert eller utvidet informantenes formidling. I mitt materiale hadde jeg derfor kun tekstene å forholde meg til. I analysearbeidet vil det derfor være en fare for at mine konstruerte rekonstruksjoner er forstått annerledes enn det informantene mente.

Jeg kunne også ha valgt en kvantitativ tilnærming hvor deltakerne for eksempel skulle svare på spørsmål ved å krysse av for forskjellige svaralternativer eller gi en gradert skåring fra passer ikke til passer svært godt. Svarene i en slik undersøkelse ville da gitt kvantitative data – tallverdier som kunne vært analysert ved bruk av statistiske metoder. Slike resultater kunne også vært nyttige for å belyse parterapi. En slik type undersøkelse ville gjort det mulig å trekke slutninger basert på de statistiske analysene, men ville ha krevd et større antall deltakere, og ville ikke kunne frambringe narrativer og i mindre grad opplevelser, slik tekstene viser til. Den kvalitative metoden har sin klare styrke i å gi en dypere forståelse og frembringe kunnskaper om meninger, opplevelser og erfaringer, slik siktemålet var i min studie.

På tross av høy svarprosent hos pasienter, er det likevel enkelte som ikke har svart. For noen vil en skriftliggjøring utgjøre en større terskel for å svare, enn ved f.eks. intervju, mens for

andre vil det være motsatt. Det kan tenkes at de som ikke har svart, har opplevd det å uttrykke seg gjennom skriftspråket som utfordrende, og derfor latt det være. Kanskje var det de som liker å skrive som svarte. Lederne fikk anledning til å svare på spørsmålene i løpet av ca. 20 minutter, og alle svarte. Selv om de svarte hver for seg, kan det tenkes at de hadde utdypet tekstene mer om de hadde hatt lengre tid.

Et viktig metodisk tankekors er at de fleste som arbeider med parterapi, gjør det fordi de har tro på en slik tilnærming, og som oftest vil man vise frem gode sider ved praksisen. Når en kollega fikk spørsmålet om å kontakte pasienter som kunne være interessert i å delta i denne undersøkelsen, kan det tenkes at klinikere valgte ut de pasienter som de antok ville kunne svare på en positiv måte. Som terapeut merker man ofte relativt fort hvem som både er i gode prosesser og de som er fornøyde med tilbudet. I tillegg er det vanlig med evalueringssamtaler, slik at tilbakemeldinger til terapeuter om prosessen blir tydeliggjort. I lys av dette, kan det være at de pasienter som har svart, også er de som er fornøyde, mens de som ikke er fornøyde ikke har fått mulighet til å svare. Et tilfeldig utvalg av pasienter, gjennom for eksempel fødselsdatoer, kunne gitt helt andre svar i undersøkelsen. Eventuelle senere studier bør vurdere et tilfeldig utvalg av pasienter.

#### **4.1.1 Min rolle i studien**

Etter mange år som kliniker ved ABUP, har jeg har opparbeidet meg erfaring og et stort engasjement for å drive med par - og familierapi. Dette vil nok komme til uttrykk også i denne oppgaven, og vil kunne sies å være både en styrke og svakhet. Svakheten er at jeg kan tendere mot å forsterke det jeg selv tror på, mens de områder som ikke passer inn i min førforståelse kan bli tonet ned. Jeg har forsøkt å være meg disse farene bevisst. Videre har jeg underveis i prosessen ofte stoppet opp og nærmest mentalisert det jeg har tenkt og skrevet: hvordan vil andre utenfra kunne oppfatte mine skriftlige tekster. På tross av bevisstgjøring, vil en ikke kunne legge til side menneskesyn, livsanskuelser, personlige erfaringer etc. Dette ligger som et bakteppe for de spørsmål jeg stiller, fortolkninger som er gjort og alt det jeg ikke har sett. Men ved å ha tydeliggjort mitt ståsted og min bakgrunn vil jeg også tenke at troverdigheten øker.

Denne studien kan få betydning for min fremtidige arbeidssituasjon. Hele Familieteamet evalueres, og ny strategiplan for ABUP skal slutføres i løpet av 2013. Denne masteroppgaven har allerede vært en del av evalueringsgrunnlaget i spørsmål om parterapi i ABUP. Prosjektet

kan også tolkes som et forsøk på å bevare noe jeg tror på. Dette er for så vidt riktig, men det er ytringer fra informanter som ligger til grunn for de diskusjoner og eventuelle slutninger som kan trekkes.

Undersøkelsen er gjennomført som en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder (UiA). Veiledningsprosessen har vært av stor betydning for å få inn et ”utenfrablakk” i prosjektet. Veileder har hjulpet meg til å oppdage store og små linjer i prosjektet, skape sammenhenger og ikke minst hjulpet meg ut fra terapeutrollen og inn i en forskerrolle.

#### **4.6. Forskningsetiske overveielser**

Alle informantene er voksne og myndige. Det ble gjort vurderinger og etiske overveielser hvordan jeg skulle ta kontakt, gi informasjon samt tydeliggjøre frivilligheten i prosjektet. Det ble det vurdert som tilstrekkelig å gi en kort orientering til alle informantene på spørsmålsarket (vedlegg 3). Når informanter valgte å levere/sende skriftlige svar, ble det ansett som frivillig og informert samtykke.

I samarbeid med veileder ble det først sendt søknad til Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning av prosjektet. Vedtak: ”Prosjektet vurderes som et kvalitetssikringsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 10”. Vedtaket er datert den 07.11.2012 (vedlegg 5).

Prosjektsøknaden ble deretter sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). I svar fra NSD for vurdering av personvern hensyn. Tilbakemelding fra NSD datert 22.11.2012: ” Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.” (vedlegg 6). Det ble også sendt søknad til forskningsavdelingen på Sørlandet sykehus og forskningsenheten i ABUP. Svaret fra Sykehuset var positivt (vedlegg 7).

## 5.0 RESULTATER. HVA SKRIVER PASIENTER, KLINIKERE OG LEDERE OM PARTERAPIENS BETYDNING I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (ABUP)?

Tekstene fra pasienter, klinikere og ledere er analysert og rekonstruert så empirinært som mulig. For å komme nær den livserfaringen enkelte pasienter har formidlet i dette datamaterialet, og å søke den helheten som ble litt mer borte i kategoriseringen, blir først et narrativ i sin helhet presentert fra et pasientpar. Etter gjengivelsen av narrativet, blir resultater presenteres i fire hovedkategorier. Hovedkategoriene vil kun være en indirekte formidling av erfaringer, opplevelser, forståelser og fortolkninger av fenomenet parterapi i ABUP. De teoretiske perspektiver og egen førforståelse er forsøkt lagt til side. Dette er gjort for å komme så nær informantenes egne beskrivelser som mulig. Resultatene er likevel min konstruktive rekonstruksjon av det jeg har analysert og fortolket (se kap. 4).

### 5.1. Pasientnarrativ

Narrativer kan gi dybde, aktivere følelser og formidle nyanserikdommer ofte mer helhetlig, enn det de presenterte rekonstruerte formidlinger ofte gjør. Pasienters egne beskrivelser og opplevelser er, slik jeg ser det, nærmest umulig å kunne gjengi så godt og nært som de selv formidler sine historier. For å belyse både den personlige ytringen og den større dialogen, har jeg i resultatdelen valgt å presentere ett narrativ. Det presenterte narrativet er kort i forhold til gjennomsnittet, men sammenfatter likevel mye av det andre pasienter har formidlet i sine tekster. På den måten kan narrativet gi en slags ”stemme” til hvordan de helhetlige tekstene kan se ut (Kristofferen, 1998).

Denne historiefortellingen har, på lik linje med de andre tekstene, vært en del av datamaterialet som er blitt analysert og meningsfortettet, og på denne måten bidratt inn i hovedtemaene som jeg vil presentere i 5.2.

Tabell 1. Eksempel på svar fra pasient/par.

1. Hva synes du/dere var det viktigste som skjedde i parterapien ved ABUP?

Det viktigste som er skjedd i parterapien var at vi ble møtt av to terapeuter som møtte oss begge. De var flinke til å speile oss – se oss og vise hvordan den ene



påvirket den andre. De utfylte hverandre og kunne vise oss hvordan de tok våre perspektiv. De har ”hjulpet” oss til å bli klar over hvordan vår barndomshåndtering av verden ikke er gunstige som voksen. De har hele tiden uttrykt at de har tro på oss, selv når vi har manglet den selv. Det har vært en utrolig støtte for oss og for familien vår å ha to tydelige terapeuter som hele tiden sto stødige sammen i møte med oss.

2. Hvordan tror du/dere at parterapien påvirket livssituasjonen til barna deres?

Viktigst av alt var at vi har lært hvordan våre handlingsmønstre påvirker våre barn negativt. Våre barn har trygge/tydeligere/kjærligere foreldre og rollemodeller, enn hva vi var. De opplever i større grad at mor/far snakker sammen og blir ferdige med ting. De opplever at vi snakker/ler og har det hyggeligere. Ergo: Ungene trives bedre, de ser at vi er ”voksne” med voksne væremåter. Og er dermed bedre rustet for sitt voksenliv.

## 5.2. Pasienter, klinikere og ledes beskrivelser samlet i fire hovedkategorier

De konstruktive rekonstruksjonene av tekstene er fremfortolket i fire hovedkategorier. Disse fremstilles mer som sammensatte deltemaer, men kan i sin helhet fungere som utsagn som favner flere informanter. Det er tekstene selv som er bestemmende for hva som er viktig, og de er fremanalysert primært med inspirasjon fra systematisk meningskondensering (se 4.4). De meningskondenserte tekstene er hele tiden forsøkt knyttet opp til studiens hensikt, som er å undersøke parterapiens betydning i ABUP.

Dette kan skjematisk sette opp slik det vises til i tabell 2.

Tabell 2. Skjematisk oversikt over hovedkategorier og de aspekter disse kan inneholde.

<b>Hovedkategorier:</b>	<b>Aspekter:</b>
Anerkjennelse var det viktigste med parterapien	Om <i>følelser</i> og <i>relasjonelle</i> aspekter i parterapi.

”Parterapi var det som hjelp, både individuelt, som par og helheten”	Om <i>innhold</i> og <i>betydninger</i> av parterapi, primært fra et voksenperspektiv.
Hjelp til voksne er hjelp til barn	Om <i>endringer</i> og <i>betydninger</i> som følge av parterapi, primært fra et barneperspektiv.
”I utgangspunktet er det ikke umiddelbart naturlig å arbeide med parterapi i Abup»	Om <i>organisering</i> av parterapi.

I det følgende vil hovedkategoriene blir presentert.

### 5.1.1 Anerkjennelse var det viktigste med parterapien

Denne overskriftens er ment å skulle belyse følelser og relasjonelle aspekter i og som følge av parterapi. Anerkjennelse er blitt ett hovedtema fordi mange pasienter fremhever dette som det viktigste med terapien.

Pasienter skriver på ulike måter hvordan anerkjennelse er viktig: å bli ”møtt”, ”sett” ”speilet”, ”respektert” og ”tatt vårt perspektiv”, er ord og uttrykk som går igjen i tekstene. Det vises til flere former og varianter av anerkjennelse i pasienttekstene. Noen viser anerkjennelse i møte med terapeuter: ”Vi har hele tiden opplevd å bli møtt, hørt og sett på en svært god måte”. Andre viser til den anerkjennelsen av hverandre som gradvis og som følge av terapi har blitt mer fremtredende mellom paret: ”Gjennom dette (terapi) har vi begge opplevd at vi kan gi hverandre støtte og anerkjennelse”. En annen pasient skriver: ”Anerkjennelse for at det vi gjør er riktig”. Det synes som om anerkjennelsen favner flere ulike områder og varianter, slik som det å bli ”lyttet til”, ”forstått”, ”tatt på alvor”, samt oppleve ”støtte” og ”hjelp”. En pasient skriver: ”Vi har hele tiden fått ærlige tilbakemeldinger, og vi har opplevd at dette er gjort med respekt og omsorg.” En pasient skriver om hvordan han/hun tror barna har opplevd terapien: ”De har selv blitt involvert, hørt, uttalt seg, fått sparret – kort sagt, blitt tatt på alvor i en ekstremt kritisk og uoversiktlig fase av kompetente fagpersoner.” Mange pasienter beskriver hvordan de opplever å ha blitt møtte med ”faglighet”, ”dyktighet”, og ”kompetanse”. En kliniker viser til anerkjennelse i foreldre – barn relasjonen som et essensielt fundament for barns psykiske helse:

Barn/ungdom som ikke blir sett, hørt og bekreftet i sine behov hjemme, utvikler ofte psykiske eller somatoforme symptomer eller uheldig atferd som ”et skrik fra sjelens dyp”. Økt foreldrekunnskap som gjelder speiling, tilstedeværelse, åpen kommunikasjon og mentalisering vil ofte være den beste medisin for disse barna/ungdommene.

Når temaet anerkjennelse primært omhandles i pasienttekster, må det minnes om at spørsmålsteksten var annerledes formulert til pasienter, enn til klinikere og ledere<sup>5</sup>. Likevel er det klinikere og ledere som skriver om viktigheten av: ”kunnskaper om barns behov”, ”sett” ”møtt” og ”tilstedeværelse” i ulike relasjoner, og hvilke konsekvenser dette kan ha for barn. Anerkjennelse vil være et sentralt fundament også i de to neste hovedkategoriene.

### **5.1.2 ”Parterapi var det som hjalp individuelt, som par og helheten”**

Denne hovedkategorien omhandler de voksnes beskrivelser av innhold og betydninger av parterapi, fra et voksenperspektiv. Tekstene viser også at ulike terapiformer lykkes forskjellig i forhold til pasienters opplevelse av hjelp. Barneperspektivet vil primært bli beskrevet i neste hovedkategori, men kategoriene griper noe inn i hverandre.

Flere pasienter beskriver at konflikter har avtatt som følge av terapi. En pasient skriver: ”Uten denne hjelpen hadde vi nok strevd med å ha et varig forhold, det hadde i alle fall vært et forhold med konflikter, frustrasjoner og stress.” Dette sitatet henspeiler også på uheldige samspillsfaktorer som kunne blitt hverdagen, hvis paret ikke hadde gått i terapi. En annen pasient beskriver situasjonen før og som følge av terapi: ”Veldig bra, barnet har det bra og jeg skilte meg ikke, som jeg skulle.” Mange tekstene, spesielt fra pasienter, viser til store endringer i parforholdet og for barna.

Utsagn som ofte går igjen hos informanter er: ”endring i kommunikasjonsmønstre”, ”bedre kommunikasjon”, ”mindre krangling” og ”lytte å forstå hverandre bedre” og samt bedre ”stemninger”. Utsagnene henspeiler på konkrete endringer som bør skje eller har skjedd mellom de voksne, og som er viktige elementer for opplevelsen av en bedring av par – og familiesituasjonen.

---

<sup>5</sup> Pasienter: Hva syntes du/dere var det viktigste som skjedde i parterapien ved ABUP?

Klinikere og ledere: Hvilke refleksjoner/erfaringer har du rundt parterapiens betydning i ABUP?

Mange informanter beskriver dyptgripende endringer for den ”enkelte”, i ”parforholdet” og for ”familien”, som følge av parterapi. Flere beskriver forskjellene og sammenhengene mellom individual- og parterapi. Noen pasienter viser til at de har gått lenge i behandling og forsøkt ulike former for terapi. Flere informanter er tydelige på forskjellen mellom individual- og parterapi, og at det å være alene i terapi for noen ikke har den samme gode virkningen som et partilbud har gitt dem. En pasient utdyper virkningen ved parterapi: at de som par har ”snakket ut om bekymringer” og gjennom et felles samtalerom har blitt ”bedre kjent med hverandre”.

En pasient skriver ”En tilbakevendende depresjon er en sykdom som rammer alle nære”. En annen pasient skriver: ”Det viktigste med denne parterapien er at vi endelig har funnet noe som virker og som hjelper oss videre, både individuelt og som et par.” Utsagnet viser til en slags dobbeleffekt, der denne pasienten opplever å få hjelp både for egen del, men også for dem som par, altså et slags felles- og individuelt terapirom. Informanter viser også til opplevelser av å bli ”satt på sidelinjen” når ektefellen går i individualterapi. En partilnærming vil også ofte favne ”helheten”, en ”helhetlig forståelse for familien”, er det mange informanter som skriver om. En pasient utdyper noe av dette ved å skrive:

Terapeutene er opptatt av helheten. For eksempel hvordan det går på jobben, barna og den psykiske helsa, og vi har opplevd at de er genuint opptatt av hvordan vi har det der og da.

Flere informanter, skriver om opplevelser og erfaringer av å ha blitt møtt ”profesjonelt” terapeuter. Forståelse og refleksjon blir også trukket fram som det viktigste i terapien. En pasient skriver: ”Å kunne komme på nøytral grunn og prate med topp kvalifiserte terapeuter som moderatorer, var rett og slett helt nødvendig.” En annen pasient avslutter sin tekst slik:

Med andre ord, står vi i en dyp takknemlighetsgjeld til teamet på Abup – for uten den kompetansen og hjelpen som vi har fått derfra, så hadde det å få en psykisk sykdom inn i vårt liv tatt helt andre, og betraktelig dystre, retninger.

En leder skriver: ”Det vil være en fordel med et spesifikt og høyt profesjonelt tilbud rettet mot par i seg selv”. Om terapeuter brukes det ord som f.eks.: ”dyktige”, ”profesjonelle”, ”stødige” og ”flinke”. Dette kan forstås som viktigheten for pasienter av å bli møtt med faglighet og profesjonalitet i terapi. Flere pasienter viser også til hvor ”nødvendig” det har vært å få parterapi.

Flere klinikere skriver om ønsker i det å bidra til å hjelpe for å øke ”bevissthet” på egen ”historie” og væremåter. Enkelte tekster viser til ”kunnskaper om psykiske helse” om hva terapi kan bidra med. En kliniker skriver:

Kunnskap om psykiske vansker, relasjon foreldre- barn- og familierelasjoner for øvrig gjør at helheten -og relasjonsperspektivet blir ivaretatt. Parene får en unik mulighet til å få et mer avklart forhold til seg selv og andre: en større bevissthet på egne kommunikasjonsmønstre, og gjøre erfaringer på hva som skaper konflikter, og hva som skal til for å skape et godt forhold. Erfaringen er også at det kan ta tid å jobbe seg gjennom egne historier.

Flere pasienter viser til ”egen barndom som ikke ga de beste forutsetninger” for trygghet, stabilitet og det å bli foreldre selv. Mange har blitt klar over hvordan egen oppvekst griper inn i nåtiden og ”familiekulturen”, og mange ønsker endringer av negative generasjonsmønstre. En pasient skriver: ”Vi er mye mer bevisst i forhold til at vi ønsker å unngå å gjøre de samme feilene som våre foreldre”. For mange har det vært viktig å se ”linjer i egen og partnerens historie. Flere skriver at de har blitt seg mer bevisst egne ”sårbarheter” og ”barndomsopplevelser”, og klarer i større grad å plassere hendelser i tid, slik at de i mindre grad ”forstyrrer” nåtiden. Mange skriver om det å bli kjent med seg selv og hverandre. En pasient skriver:

Før vi startet terapi, var vi mye mer umodne, og vi kommuniserte mye dårligere. Gjennom flere år med jevnlig parterapi har vi lært hverandre å kjenne på en helt ny måte. Men kanskje enda viktigere er at vi har lært oss selv bedre å kjenne på godt og vondt. Vi har snakket mye om familiekultur – og historie, og vi har lært at vi begge har områder/situasjoner i livene våre hvor vi er svært sårbare. Vi har kommet dypere inn i vår egen familiehistorie, og dette har hjulpet oss til å rette blikket framover og forstå hvordan vi er ”satt sammen” og hvordan vi ”fungerer.

En kliniker skriver:

Gjennom åpne spørsmål, refleksjon, affektbevisstgjøring, traumbearbeidelse, mentalisering, psykoedukasjon og kognitive tilnærminger får par mulighet for egenutvikling, individuelt og som par, til å få bedre teambevissthet, økt trygghet på hverandre og mer konsistens i foreldrerollen.

Pasienter viser til endret forståelse av seg selv og partneren, ved å ha oppdaget sammenhenger i fortid og nåtid. Når dette har skjedd har de klart å endre på egne væremåter, tenkning og hvordan de forholder seg til egen historie og hverandre. Når par gjør en slags ”ryddejobb” på egen ”innside”, vises det i tekster til sammenhenger der voksne gjør dette også for barnas skyld og for kommende generasjoner. Mange viser til egenutvikling som følge av ulike tilnærminger i parterapi. Flere pasienter, klinikere og ledere viser til at mange kan ”jobbe seg ut av” uheldige ”familiekulturer”, og gjennom dette bidra til å skape mer konstruktive og ”modne voksenroller” og bedre oppvekstvilkår” for barn. I narrativet som tidligere er gjengitt i sin helhet vises det bl.a. til slike aspekter (se 5.1).

### **5.1.3 Hjelp til voksne er hjelp til barn**

I denne hovedkategorien vil i større grad sammenhengen mellom parforhold og barna blir presentert, samt utfordringer med å komme i posisjon til endring.

Noe av det som ofte går igjen i tekstene til pasienter, er hvordan par har fått ”hjelp til å kommunisere bedre”. Det vises til det å ha fått ”snakket ut om bekymringer”, og hjelp i det å kommunisere på mer ”hensiktsmessige måter”. Når mer hensiktsmessige måter å kommunisere på gradvis inntreffer, viser flere informanter til hvilke positive endringer dette har for barn, f.eks. ”bedre stemning hjemme”, mer ”kjærlige” og ”tryggere atmosfære”. Alle disse aspektene blir beskrevet som positive endringer for barna og familien. En leder skriver: ”Når foreldre/paret sliter, går det ut over barna”.

I informanters beskrivelser av erfaringer, kan det synes som om endrede måter å ”kommunisere” på, og kunne ”se seg selv utenfra”, både i par -og i foreldre- barn relasjonen er sentralt. En pasient skriver: ”Ved at vi har blitt bedre til å se oss selv utenfra, tror vi at vi er blitt flinkere til å se barnas behov.” En annen pasient: ”At barnet har foreldre som kan bo sammen og kommunisere bedre. Barnet har det bra og jeg skilte meg ikke, som jeg skulle”. Som følge av oppdagelser og forståelser av egne væremåter, viser informanter til positive endringer både i parforholdet, i foreldrerollen og hvordan foreldre opplever at barna har det. Flere viser også til hvordan barn fanger opp signaler og stemninger, en pasient skriver:

Barn er smarte. De har en egen radar på dårlig stemning i heimen, og reagerer ærlig på flere måter. Jeg tror at terapien har gjort oss bedre i stand til å fange opp de sublimale signalene barna har gitt oss(...). De har fått foreldre som har kompetanse og verktøy til å deale med svært alvorlige livssituasjoner.

En annen pasient skriver om hva barna kan ha opplevd:

De har dessverre ikke vært helt upåvirket av våre fellesproblemer med mye krangling og til dels stygge episoder med såpass høylytt nivå, slamring med dører, gråt og aggresjon helt på grensen til håndgemeng.

Pasienter skriver om barn som ”dessverre” har opplevd vanskeligheter, men der de som foreldre samtidig gleder seg og er ”takknemlige” for at barna ikke lever i slike situasjoner lengre.

De fleste informanter viser til et slags standpunkt om en klar sammenheng mellom de voksnes fungering, og dens betydning for barnas psykiske helse. Flere mener at barna er ”prisgitte de voksnes væremåter”. Samstemtheten i sammenhengen mellom voksenfungering og barna i familien er ett av de tema som går igjen på tvers hos alle informantene, og der de skriver hvor viktig det ”voksne samspillet” er for barna. En kliniker skriver fra egen erfaring med familieterapi:

Jeg har mange erfaringer fra familieterapeutiske samtaler der urolige barn blir rolige når vi snakker om problemer foreldrene har i sine liv. Slik jeg tenker viser dette en sammenheng mellom barn sin uro og foreldrenes sitt liv – barn forteller med sin ro at dette er viktig også for deres liv. Barn kan lett ta et emosjonelt ansvar for foreldrene, og viser gjennom ulike symptomer at noe er i ubalanse i familien.

En annen informant mener at det i ABUP nesten bør være påkrevd å ha et stort fokus på parforholdet, og flere informanter opplever et for lite fokus på par i ABUP. En kliniker skriver:

Det er/bør være helt påkrevd, at man på Abup også har et stort fokus på parforholdet til de voksne. Både for å tenke preventivt/forebyggende for at barn ikke skal vokse opp i hjem hvor det er dårlig kommunikasjon og negativ spenning mellom de voksne.

Slike utsagn kan forstås i forhold til erfaringer om at mange barn som blir henvist til ABUP, har fått problemer på grunn av oppvekstforhold. Negative samspill mellom par, er viktige faktorer til psykisk uhelse hos barn, skriver enkelte. En kliniker skriver: ”Min erfaring og refleksjon går på at foreldrenes psykiske helse har enorm innvirkning på barns psykiske helse.”

Flere skriver også om god "voksenfungering" og noen informanter utdyper og eksemplifiserer dette som "god kommunikasjon", ro og god mentaliseringsevne. Flere fremhever dette som viktige faktor til å forstå hverandre i familien, og for å kunne skape et godt "hjemmeklima", gode "oppvekstvilkår" og god "atmosfære" for barna. En pasient skriver: "Ved at vi har blitt bedre til å se oss selv utenfra, tror vi at vi er blitt flinkere til å se barnas behov." Kliniker og leder skriver: "Ro i parforholdet skaper ro, fleksibilitet og toleranse for barna." og "Dårlige parforhold, dårligere foreldre, som igjen kan forklare symptomer til barn." Videre:

Min entydige erfaring er at foreldrenes opplevelser og problematisering av eget forhold seg imellom er en ekstremt betydningsfull faktor for barns psykiske helse.

Flere viser til et slags felles ståsted i at "hjelp til voksne er hjelp til barn". Enkelte klinikere formidler i sine tekster hva som ofte skjer når foreldre på en måte "finder seg selv", blir "tryggere", tydeligere" og "samkjørte" som foreldre og "mentaliserer sine barn" bedre. En kliniker skriver:

Generelt sett er det min erfaring at foreldre som er blitt tryggere på seg selv og hverandre evner å mentalisere sine barn på en dypere og tydeligere måte. Når foreldre er trygge og samkjørte avspeiler det seg i barnas uttrykk.

En kliniker refererer til en mor som sa i terapi: "Når jeg har det bra, så har jentene mine det også bra!"

Flere klinikere og ledere beskriver innsatsen som bør rettes inn mot de voksne for at vilkårene skal være best mulig for barna. Hvordan det skal arbeides med de voksne, er det flere erfaringer og refleksjoner om. Noen klinikere har mest erfaring med foreldreveiledning, og viser til en uklar grense mellom parterapi og foreldreveiledning, mens andre skiller ut parterapi fra foreldreveiledning. En kliniker skriver:

For meg er det en klar forskjell mellom foreldresamtaler og parsamtaler. Parsamtaler med fokus på de voksens par-relasjon vil ikke bare føre til at de kan få løst noe av det som er vanskelig for dem, men dette er noe som i mange tilfeller påvirker familien og barna i svært stor grad.

En leder mener at det å fokusere på parterapi noen ganger er den "viktigste hjelpen" for barn/unges psykiske helse. Dette kan forstås som om ABUP noen ganger bør revurdere "bestillingen", ved å rette hjelpen mot parrelasjonen i stede for barnet. Flere skriver at barn



blir henvist, men der foreldre "sloss" eller har det "vanskelig". En kliniker skriver: Svært mange henviste barn viser seg å ha foreldre som sloss/sliter samtidig som mor ber oss "fikse barnet". Trygge, robuste foreldre gir trygge og mer robuste barn.

Enkelte informanter fremhever en mulig "vegring" hos terapeutene i det å fokusere på parrelasjonen i møte med foreldre, når barn er henvist. Vegringen kan sees på som en faglig usikkerhet, om man skal foreta seg noe og eventuelt hva man skal gjøre. Redselen for å miste alliansen til barn som har kommet med opplysninger om foreldre, og usikkerhet rundt "mandatet" som ansatt i ABUP, kan skape vegring hos terapeuter. Klinikere har i sine tekster lurt på om det å invitere foreldre til parsamtale er et feilspor eller for "privat" i det å hjelpe barnet. Enkelte har undret seg over om ABUP er riktig hjelpeinnsats, slik en leder skriver:

Jeg har ofte opplevd at foreldre vegrer mot å gjøre eget parforhold til et fremtredende tema i terapiprosessen der barn er IP (indekspaseint). Bortsett fra familievernet, så er tjenesten bygd opp rundt premisset at problemer er individuelle fenomener.

Et annet utsagn fra en leder viser til vegring og tabuisering av parrelasjonen fra ulike instanser og fra par selv: "Jeg opplever likevel at parforhold er et tabu i ABUP – både for myndighetene, utdanningsinstitusjoner, klinikere og brukere." Videre viser en annen leder til hvem det er lettest å søke hjelp for: "Ofte er det lettere og be om "hjelp" på vegne av barnet sitt, enn det å endre seg selv og sin voksenrolle også som en del av parforholdet, er min erfaring med arbeid m/familier."

Utsagn som vist til ovenfor peker på hvordan voksensystemet rundt barn bevisst og ubevisst ikke retter fokus på parrelasjonen, på tross av en vurdering eller fornemmelse av at parforholdet har betydning for barnet. Utsagnene understreker også viktigheten av at utdanningsinstitusjoner, myndigheter og ABUP, har fokus på faglig tilnærming til par som sliter. Videre kan det forstås som behov for mer kunnskap om barns helhetlige situasjon og barns psykiske helse, i relasjon til parkonflikter.

Enkelte ledere og klinikere viser til hvordan parterapi kan favne bredere enn bare parforholdet, en leder skriver:

Rimelig å anta at barna profiterer på voksne som fungerer bedre enn de ellers ville gjort dersom de ikke hadde fått behandling her. Forutsetter at antagelsen om at parterapi ved A-BUP er effektiv og virksom behandling.

”Effektivitet” i denne sammenheng kan sees på som f.eks. kostnadseffektiv for ABUP, slik at man bruker færre terapitimer og dermed har lavere kostnader. Det kan også sees på som en mer effektiv behandlingsmetode for pasientene, i den forstand at de blir raskere friske, og de totale belastningene i familien bli færre. Det å komme raskere inn i et bedre og mer hensiktsmessig spor som familie, kan altså ha mange positive ringvirkninger, kan det se ut som. I et større perspektiv vil parterapi kunne redusere psykisk uhelse, og dermed også kunne være samfunnsbesparende. Dette perspektivet leder hen til neste hovedkategori som omhandler de litt mer overordnende spørsmål knyttet til organisering av parterapi.

#### **5.1.4 ”I utgangspunktet er det ikke umiddelbart naturlig å arbeide med parterapi i ABUP”**

Det er ved temaet organisering informantene viser størst sprik eller ytterpunkter i sine tekster. Innen de andre hovedtemaene har tekstene i stor grad vist en form for samstemthet, men med ulik ordlyd. I forhold til temaet som omhandler parterapiens plass i det organisatoriske ”landskapet”, er det større variasjoner mellom og innad i gruppene. Likevel er det store flertall samstemte i oppfatningen av at ABUP bør tilby parterapi, og at det ansees betydningsfullt for familier. Fordi enkelte ledere skriver om andre synspunkter enn flertallet, har jeg i denne presentasjonen av hovedtema, valgt å holde gruppene - pasienter, klinikere og ledere adskilt.

##### ***Pasienter***

Pasienter skriver i tekstene mindre om organisering av parterapitilbudet, noe som er forståelig ut fra spørsmålsstillingen og posisjonen deres. Likevel kommer det fra flere pasienter frem tydelige meninger om at dette tilbudet bør fortsette, og hvilken ”viktig betydning” det har vært for dem og barna. Alle tekstene fra pasienter viser at de er fornøyde med tilbudet de har fått. Det vil derfor indirekte være forståelig at disse pasientene også vil mene at tilbudet bør fortsette. Hos flere pasienter kommer dette til uttrykk i tekstene som implisitte ytringer, der de skriver om ”gode erfaringer” og opplevelser med parterapi i ABUP. Enkelte formulerer dette også noe mer eksplisitt. En pasient skriver: ”Dette tilbudet vi her får, håper vi at vi kan fortsette med så lenge vi trenger det.”

##### ***Klinikere***

En kliniker tematiserer begrepet ”parterapi”, og tenker at det for enkelte kan virke ”ekskluderende”:

Jeg opplever at en del i miljøet snakker om parterapi som noe fremmed, noe som ikke hører inn i Abup og noe som vi bør slutte med siden vi er et sted for barn og unges psykiske helse. Jeg lurer om det er ut fra en liten, eller annerledes forståelse for hva det er og betydningen det har, men det er jeg ikke sikker på. Ordet parterapi kan jo i seg selv virke ekskluderende i forhold til å ha et barnefokus.

Dette utsagnet kan forstås dithen at parterapi har et voksenfokus, og ikke har relevans for barn. Ut fra en slik forståelse passer ikke parterapi inn i ABUP. Implisitt er en annen mulig forståelse at parterapi gir et mer helhetlig perspektiv, der barn også er en viktig del av terapien, noe parterapi begrepet i utgangspunktet kanskje ikke signaliserer. Ulike forståelser, erfaringer og referanserammer, vil kunne ha betydning for om det ansees som relevant i ABUP- sammenheng, eller ikke.

De aller fleste klinikere mener parterapi ligger innen ABUPs ”mandat”, og at det således bør være et parterapitilbud i ABUP. Flere klinikere er av den oppfatning at tilbudet slik det fremstår i dag er et ”godt og mangfoldig tilbud” og ”et utrolig viktig tilbud”. Det er enkelte klinikere som mener tilbudet i noe grad bør avgrenses. Noen skriver at tilbudet bør være forbeholdt par som har barn under 20 år: ”Jeg tenker at parterapi i Abup sin regi bør avgrenses til par som har barn/ungdom under eksempelvis 20 år.”

Andre mener ”tilbudet bør gis til alle”, uansett om de har barn eller ikke. I sistnevnte forslag ligger det en mulighet for at eldre uten barn også kan få et parterapitilbud. De klinikere som skriver om en aldersavgrensning på 18-20 år, viser til ulike løsninger. Noen ser for seg at alle foreldre til barn under 18-20 år bør få tilbud, mens andre skriver at foreldre til henviste barn i ABUP bør få tilbud om parterapi. De klinikere som skriver om avgrensning av parterapitilbudet, kommer til uttrykk gjennom både implisitte og eksplisitte utsagn der det store flertall ser for seg at parterapi bør gis til alle som har barn under 18-20 år. En skriver: ”Hvis paret søker hjelp uten at de har barn (under 18 år) synes jeg ikke det er ABUPs oppgave å jobbe med disse.” De fleste klinikere er opptatt av å knytte parterapi til et helhetlig tilbud ved ABUP, og skriver:

Det er viktig med et helhetsperspektiv: Det individuelle perspektiv i forhold til den av foreldrene som sliter psykisk, parforholdet – og relasjonen til barna og familien for øvrig. Erfaring med parterapi er at mange foreldre ønsker å beskytte barna – men også seg selv: de tror ikke barna merker foreldrenes vansker.

En kliniker stiller følgende spørsmål: ”Kan vi gjøre urett mot barn gjennom å behandle de uten å se konteksten for problemet?”

### **Ledere**

Flertallet av ledere skriver at ABUP bør arbeide med voksne par. Enkelte skriver om forslag til avgrensning, for eksempel til de par der barn er henvist. Andre foreslår tilbud til alle par som har ”barn under 18-20 år” eller som er i ABUPs ”målgruppe”. Parterapi er et viktig ”forebyggende helsefremmende tilbud”, skrives det. Flere mener det er viktig å ha parterapi som et ”integreert helhetlig” tilbud i ABUP. Enkelte ledere mener det er like naturlig å arbeide med voksne par, som med barn individuelt i ABUP. Dette begrunnes særlig med hensyn til de voksnes ”ekstremt betydningsfulle” rolle i barns liv. Skal man kunne lykkes i behandlingen med barna, må man av og til gå veien om de voksne for å kunne gi best og riktigst mulig hjelp, er det jeg ofte leser ”mellom linjene” i utsagn hos ledere. De fleste ledere er tydelige på at parterapi er ABUPs mandat. En leder skriver:

Jeg tenker at parterapi i behandling av barn og ungdom, er viktig for barn og unges psykiske helse. Det er et viktig forebyggende arbeid/behandling på systemnivå som bør være ett av Abups ansvarsområder.

En annen: ”Jeg mener for øvrig at parterapi bør være et tilbud når vi vurderer det som av stor betydning for barn og unges psykiske helse.” En informant er opptatt av at ABUP bør ”samarbeide med voksenpsykiatrien” for å integrere tenkning og jobbing rundt parterapi, slik at psykisk helsefeltet for voksne kan arbeide med dette perspektivet.

Selv om det er få ledere som er mer kritiske eller har en annen oppfatning enn de øvrige lederne, har jeg likevel valgt å sitere fra dem, en leder skriver:

Tilbudet fremstår som et kompromiss der ansatte i voksenavd, overført til barn-unge avd, har fått anledning til å holde fast i den voksne indekspasient, på bekostning av å være en ressurs for barn og unge. Mitt hovedinntrykk er derfor at parterapi, slik det fremstår for meg, har liten betydning for barn og unge i ABUP. Ressursen blir brukt på ”feil” bruker.

Denne teksten viser til et standpunkt om at parterapi ikke bør være et tilbud innen ABUP. Det vises også til et historisk perspektiv, og hvordan ressurser blir brukt feil. ”Historiske” forklaringer skriver også en annen leder om: ”I utgangspunktet er det ikke umiddelbart

naturlig med en parterapeutisk tilnærming i en BUP-sammenheng, men det har jo historiske årsaker.” Historiske årsaker i denne sammenheng henspiller på den fusjoneringen som ble gjort ved at Familiepoliklinikken ble overflyttet eller lagt inn under ABUP.

En leder viser til et behov for klarere grenser og et ønske om en gjennomgang av parterapi i ABUP, lederen skriver:

Parterapi er oppfattet som et mandat for andre instanser (famkontor) og avd. (voksenpsyk). Vi kunne hatt nytte av en gjennomgang av betydningen som parterapi kan ha, og gå opp noen grenser ift, Eget og andres mandat, og ut fra barnets beste.

En annen leder skriver: ”Forebyggingsperspektivet vurderer jeg er ivaretatt i 1.linje/familievernet og ikke skal tas av spesialistressursen når barn og unge ikke er henvist.” Sitatet viser til en klarere oppdeling av 1.og 2.linjetjeneste, der 2.linjetjenesten tradisjonelt har vært en spesialisthelsetjeneste med behandlings fokus, og 1. linjen i større grad har hatt et forebyggingsperspektiv.

Blant ledere er det noe ulike oppfatninger av hvordan et parterapeutilbud bør organiseres og om parterapi er ”innenfor” ABUPs ”mandat”, slik jeg fortolket tekstene.

### **5.3. To hovedtema som tas med til videre utforskning**

På grunn av oppgavens omfang, vil det ikke være mulig å kunne gjøre fordypninger i hvert av de presenterte emnene. Jeg har derfor fremfortolket to hovedtema som fremstår som mest relevante innenfor studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

#### **1. Endringer hos par, og hvilke betydninger det kan få**

Særlig pasienttekster viser til endring som skjer gjennom ulike prosesser i en parterapeutisk setting. Informanttekster, teori og forskning om hva som skjer i dette spenningsfeltet, og betydninger dette kan få for paret og barna vil bli diskutert.

#### **2. Parterapi sett i forhold til andre behandlingsformer og utfordringer med parterapi**

Flere tekster tematiserer parterapiens posisjon – eller mangel på sådan – i psykisk helsefeltet. Parterapiens grenseoppganger til andre behandlingsformer innen psykisk helse vil bli diskutert. Dilemmaene med å komme i posisjon til de foreldrene som har negative samhandlingsmønstre eller egne individuelle problemer, og har barn, vil også bli diskutert.

Utfordringer med parterapi i ABUP vil bli diskutert i neste kapittel i lys av de refleksjoner og erfaringer flere av informantene formidler.

## 6.0 DISKUSJON

Med utgangspunkt i tekster fra pasienter, klinikere og ledere og de resultatene jeg har presentert, vil jeg nå forsøke å bringe dette i diskusjon med relevante teoretiske perspektiver, oppgavens problemstilling, forskningsspørsmål og mine fortolkninger. Det kan her være greit å minne om problemstillingen som er: ”hvilke betydninger har et parterapeutisk tilbud i psykisk helsevern for barn og unge?”. Jeg har også tillatt meg å komme med egne refleksjoner og utfordringer til fagfeltet. Drøftingen gjøres i forhold til min rekonstruksjon i lys av idèer og gjentakelser som har kommet til uttrykk i analyseprosessen jf. Lundstøl (2011). Kapittelet er strukturert i tråd med de to hovedtemaene.

### 6.1. Endringer hos par, og hvilke betydninger det kan få

I denne diskusjonen vil først anerkjennelsens betydning i relasjoner bli diskutert. Deretter vil parterapi drøftes i forhold til barns psykiske helse, og til slutt diskuteres utfordringer voksne kan ha med egen historie.

#### 6.1.1 Anerkjennelse, grunnpilar for gode terapier og endring

Pasienter fikk en annerledes spørsmålsstilling, enn klinikere og ledere<sup>6</sup>. Denne fokuserer på egen opplevelse, mens klinikere og ledere blir spurt om betydninger i ABUP. Dette kan være årsaken til at nettopp pasientene var opptatt av anerkjennelse. Slik jeg leser tekster fra pasientene synes anerkjennelse å være sentralt for endring i terapi. Det ”bli møtt”, ”speilet”, ”hørt”, ”respektet”, ”bekreftet”, og ”anerkjent” er ord som informantene – primært pasientene bruker. Dette er ord som i følge filosofen Hegel (2007) inngår i begrepet ’anerkjennelse’. Anerkjennelse handler om ” å se igjen”, erkjenne, befeste, styrke og gjenkjenne. Hegel (2007) snakker blant annet om trelsk anerkjennelse som holder partene i det fastlåste, mens i gjensidig anerkjennelse forholder partene seg til hverandre som subjekter. Anerkjennelse er sentralt i alle relasjoner, og kan i parforhold bli utfordret. Hegel knytter anerkjennelse spesielt til konflikter og relasjonelle aspekter. Han påpeker videre at anerkjennelse innebærer å ta den andres perspektiv, men anerkjennelse er bare mulig såfremt individet har forstått sin subjektivitet, og således kan forstå den andres indre subjektive

---

<sup>6</sup> Pasienter: Hva syntes du/dere var det viktigste som skjedde i parterapien ved ABUP?

Klinikere og ledere: Hvilke refleksjoner/erfaringer har du rundt parterapiens betydning i ABUP?

verden (Hegel, 2007). I mentaliseringsteorien hevdes det imidlertid at man aldri kan forstå "den andre" fullt ut (Ryden & Wallroth, 2011).

Informanter, særlig pasienter, har vist til viktigheten av å bli møtt av "profesjonelle" og "kvalifiserte" terapeuter. Min tolkning av profesjonalitet i denne sammenheng, er hvordan terapier har båret preg av et likeverdig og respektfullt samarbeid (Bøe, 2013).

Ut fra pasienttekstene kan opplevd anerkjennelse tolkes som grunnpilar for gode terapier. Opplevd anerkjennelse kan synes nødvendig for at pasienter våger å sette ord på sine vanskeligheter og sårbarheter, og få hjelp til endringsprosesser. Schibbye (2002) skriver at det å lytte terapeutisk eller gi anerkjennelse er en kompleks prosess som vanskelig kan beskrives eller forklares med ord. Et viktig element i lytting og anerkjennelse er å bli møtt med åpenhet. Schibbye utviklet teorien om dialektisk relasjonsforståelse. Denne teorien betegner en likeverdig relasjon der man bestreber seg på å forstå den andres perspektiv. Når flere pasienter skriver om opplevelser av å bli anerkjent av "profesjonelle" kan det, sees på som å ha blitt gitt kraft og frihet til å få være ekspert på eget liv og egne opplevelser (Schibbye, 2002). Schibbye (2002) skriver: "Den anerkjennende terapeut er en trygg tilknytningsperson i den forstand at hun er emosjonelt tilgjengelig" (s. 245). På tilsvarende måte som barnet trenger en trygg base, trenger pasienter trygghet for å kunne utforske smertefulle følelser, vises det til i pasienttekster. Pasienter setter ord på dette, der enkelte forteller hvor de var før terapien startet: "jeg skulle skille meg(...)" eller "Uten denne hjelpen hadde vi nok strevd med å ha et varig forhold, det hadde i alle fall vært et forhold med konflikter, frustrasjoner og stress". Slike ytringer kan med Hegel (2007), forstås som en form for fastlåsthet der anerkjennelsen for hverandre er borte. Når anerkjennelsen får mer plass i parforhold, kan det i Hegelsk forstand forstås som om paret har gitt hverandre frihet til å være seg selv i større grad, eksempelvis når det skrives: "nå kan vi respektere og lytte til hverandre". Dette er tilfeller av anerkjennelse der noe bringes frem i den andre, og gjensidig anerkjennelse er nødvendig for at det fastlåste i en relasjon skal kunne endres. Dette fokuset på paret skiller seg fra individualterapi (se 6.2.1) hvor terapeutens oppgave å hjelpe pasienten til å bringe det dypeste i seg selv frem, samt bidra til å skape sammenheng i den indre verden for pasienten (Hegel & Østerberg, 2007; Schibbye, 2002).

Bae (1992) skriver om anerkjennelse at man bør lytte til hva en person formidler, før man selv som terapeut gir tilbakemelding. Terapeuter bør ha respekt for pasienters versjon av historien og deres egne løsninger, og "romme" disse i den faglige forståelsen. En pasient skriver:



”Anerkjennelse for at det vi gjør er riktig”. Mange pasienter beskriver viktigheten av å bli anerkjent når vanskelige tema skal formidles. Mange par venter i opptil seks år fra erkjennelsen av problemet de har til de oppsøker hjelp (Doss, Simpson, & Christensen, 2004). Dersom pasienter i den første samtalen opplever anerkjennelse, vil dette antageligvis kunne danne et viktig grunnlag for den videre terapiprosessen, slik jeg forstår tekster fra pasienter. I følge Schibbye er det den enkeltes opplevelse som betyr noe for å oppleve seg anerkjent. Dette kan bl.a. forstås slik at flere områder og nivå kan spille inn, f.eks. fra brevet de mottar om å komme til første time, hvordan de blir tatt imot av personalet og terapeuter, til opplevelser på venterom. Men aller mest nevnes det samspillet som skapes mellom pasienter og terapeuter.

Når par opplever å bli anerkjent i møte med terapeuter, ser det ut til å få innvirkning på hvordan par anerkjenner hverandre. Dette igjen ser ut til å gi positive endringer for hvordan foreldre anerkjenner sine barn. Enkelte informanter viser også til hvordan mange voksne ikke selv ble anerkjent som barn, og hvordan dette nærmest må ”læres” og forstås som voksen, for så å kunne vise dette overfor egne barn igjen. På denne måten blir anerkjennelse et sentralt element i familiekulturen og gjennom generasjonene.

Funnene i datamaterialet om betydningen av ”refleksjon” og at terapeuter har tatt pasienters perspektiver, gir støtte til metoden om perspektivskiftet i terapi som Palazozoli utviklet (se 2.1). En norsk representant for videreutvikling av metoden er Tom Andersen. Han gikk fra å kalle det metode til å beskrive det mer som en terapeutisk holdning (Andersen, 2009). De ovennevnte funnene kan i Tom Andersens forstand forstås som gode reflekterende prosesser, som for noen har gjort en viktig forskjell i pasientenes liv for å oppleve seg anerkjent, kunne forstå og endre seg selv. Ved å gjøre dette, vil pasienter kunne se seg selv utenfra, og oppdage noe de kanskje ikke hadde sett før. Dette minner om mentalisering som i dag er blitt et sentralt begrep i terapi: evnen til å forstå intensjonen, ønskene og følelsene bak andres og egen atferd. (Torsteinsson & Johnsen, 2012). De fremste representantene innen mentaliseringstanken slik den fremstår i dag er Bateman og Fonagy (Rydèn & Wallroth, 2011). Mentaliseringstanken bygger blant annet på ideen om at vi aldri fullstendig kan forstå verken oss selv eller andre. Muligheten imidlertid, til å gjøre vår egen og andres atferd forståelig med bakgrunn i antatte følelser, ønsker etc., karakteriserer menneskers grunnleggende mentaliseringsevne (Rydèn & Wallroth, 2011).

### 6.1.2 Parterapi og barnas psykiske helse

Killèn (1994) hevder at dårlig tilknytning, manglende aksept fra foreldre og traumatiske opplevelser i oppveksten, gir dårligere prognose for foreldrerollen. Grøholt, Sommerschild & Garløv (2001) skriver at når mennesker knytter seg sterkt til hverandre, og når denne forbindelsen truer med å brytes, vil den grunnleggende tryggheten basert på den opprinnelige tilknytningen settes på prøve, og gi mer og mindre årsaker til psykisk smerte. Et eksempel på hvordan tryggheten kan settes på prøve, er når barn opplever fiendtlighet mellom foreldre. I pasienttekster nevnes krangling, aggresjon og tilløp til voldelige episoder, der barn har vært vitner. Metaanalyse viser til at konflikter mellom paret påvirker foreldreatferden negativt (Krishnakumar & Buehler, 2000). Barn trenger en trygg base for å kunne utforske verden (Ainsworth & Bowlby, 1991). En ”barneverden” fylt av bråk, kaos, uforutsigbarhet og dårlige stemninger, vil i Bowlbys forstand kunne føre til en innskrenkning av barns utforskningsmuligheter, og kanskje i ytterste konsekvens medføre psykisk uhelse. En slik oppfatning deler også barneombud, Anne Lindboe. Hun skriver (2013, 25.februar) i Aftenposten, at barn blir skadelidende når de lever under langvarige konflikter mellom foreldrene. Hun viser også til ulik forskning. En utfordring, slik jeg ser det, er å fange opp de barna som lever under vanskelige hjemmeforhold. Dersom man legger til grunn at det i gjennomsnitt tar seks år fra erkjennelsen av parproblemer hos de voksne, til de oppsøker hjelp, vil mange barn altså kunne leve under vanskelige oppvekstvilkår i lang tid, uten at det kanskje blir tematisert eller at barn selv våger å formidle egne opplevelser av hjemmesituasjonen (Skauli, 2009; Øfsti, 2010).

Grøholt et al. (2001) viser også til forskning der barn er observert før, under og etter skilsmisser. I slike studier er det tydelige funn som viser at barns psykiske uhelse er mest knyttet til ufreden mellom foreldrene og ikke selve skilsmissen. Det er et gjennomgående funn at voldsom og høylytt krangling og fiendtlighet skader barn mest. Særlig gjelder dette om barna blir trukket inn i konflikter mellom de voksne og gjort til syndebukker. Vold, overgrep og aggressivitet er de mest alvorlige foreldreatferdene, og således oftest mest skadelig for barns psykiske og fysiske helse (Dyregrov, 2010; Steinkopf, Leite, Spikkeland, Karlsen, & Lunde, 2006). Gjennom slike foreldreatferder blir ofte tilknytningen dårlig eller mangelfull, og barna kan risikere å lære uhensiktsmessige atferdsmønstre, samt destruktive måter å løse konflikter på (Sommerschild, Grøholdt & Garløv, 2003, s. 348). Alle informantene formidler klar sammenheng mellom parproblemer og barns psykiske helse. Flere informanter beskriver at når de voksne blir klar over egne historier, og hva disse gjør

med dem som individ, som partner og forelder, oppdager mange mer hensiktsmessige måter å være voksne på, også overfor barna.

Pasienter går lengst i å beskrive helt konkret hva som skjer når foreldre krangler eller har dårlig stemning i hjemmet. De er også svært tydelige i hva som skjer med barna når vennlighet, smil, latter og forståelse gradvis inntreffer. Informanter beskriver dette som følge av terapeutiske effekter der par gradvis endrer forståelse for egne og partners behov, ønsker, savn og historier. De ser og i langt større grad barnas behov, når de ikke står midt oppi opprivende konflikter seg imellom.

Forskning antyder at fremtidige foreldre som hadde god mentaliseringsevne (målt med forskningsmessig valide instrumenter som Reflective- Function Scale), hadde opptil fire ganger større sjanse til å få barn med trygg tilknytning enn foreldre med tilsvarende dårlig mentaliseringsevne (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991; Rydén & Wallroth, 2011). Tilknytning er nødvendig for følelsen av trygghet, både for barn og voksne. Tilknytning kan være god, ambivalent, mangelfull eller dårlig. Når informanter formidler om ”krangler”, ”dårlige stemninger” og ”på grensen til håndgemeng” i hjemmet, kan dette tyde på at deres mentaliseringsevne i disse situasjonene kan være redusert (Midtstigen & Vik, 2007). Dersom voksne viser seg å ha en generelt mangelfull, bristende eller usikker mentaliseringsevne, kan dette indikere dårlige, mangelfulle eller ambivalente tilknytningsmønstre. Dette gjenspeiles så i familiesamspillet, og kan føre til psykisk uhelse hos barna (Midtstigen & Vik, 2007). Pasienter viser i tekster, at mange historier og handlinger som den enkelte bringer med seg inn i et parforhold, kan være vanskelig å være seg bevisst, forstå og snakke om. I det gjengitte narrativet (se 5.1) formidles bl.a. en slik ”bevissthet”, og hvilke positive endringer parterapi har ført til for familien. Endringer i væremåter og tanker om seg selv og andre er fullt mulig, og har gode effekter på samspillet (Rydén & Wallroth, 2011). Flere klinikere gir beskrivelser av hvordan de har fulgt par gjennom parterapi, og beskriver bedret mentaliseringsevne og endrete væremåte hos både voksne og barn. På denne bakgrunn kunne kanskje et partilbud i ABUP blitt gitt allerede når par begynner å erkjenne at kommunikasjonen har blitt dårligere, og ingen av dem ser hvordan de skal komme inn i bedre ”sirkler” ved egen hjelp.

### **6.1.3 Endringer i familiekultur**

Mange informanter er opptatt av hvordan parterapi kan bidra til å hjelpe par og barn her og nå. De skriver også om at arbeid med egen historie gir positive endringer som kan ha store betydninger for videre generasjoner. Flere informanter viser til, at i samspill med partner og egne barn, gjentar vi barndommens samspills - og tilknytningsmønstre. En pasient skriver om ”hvordan de har kommet dypere inn i egen familiehistorie, og hvordan dette har hjulpet dem til å rette blikket framover”. Schibbye (2002) skriver: ”Det er også riktig å si at foreldrene hadde sine problemfylte relasjonelle selv med fra sin opprinnelsesfamilie, og på den måten kan vi snakke om en ”psykisk arv”. Slike mønstre kan gjentas i generasjoner og kan være delvis bevisste og ubevisste (s.187). Hun refererer videre til Bowen som i 1978 beskriver sammenhenger i problemområder i tre generasjoner ved bruk av genogram i terapi. Ambivalent tilknytning er ett eksempel på problemområde som kan gå i arv.

Flere informanter skriver om ”familiekultur” og hvordan denne kommer til uttrykk. Et eksempel på dette, er hvordan mange familier ikke setter ord på følelser. I terapi er det derfor både barn og voksne som trenger hjelp til å bli kjent med egne følelser og finne ordene for dem (Helgeland, 2008). En slik bevissthet – og ofte oppdagelse av eget ”indre”, - kan være viktige bidrag til ”nye familiekulturer”. Dette vises det også til i flere av tekstene, der slike endringer, justeringer eller ny bevissthet, har ført til betydelige endringer i samspill mellom par og barn.

Ved hjelp av parterapi hvor anerkjennelse gis, den enkeltes vanskelige historie blir bearbeidet og helhetsperspektivet ivaretas, ser familieklimaet ut til gradvis å kunne endres, slik flere informanter beskriver i sine tekster. I dette perspektivet er det derfor overveiende gode grunner til å forsøke å bryte og endre negative familiekulturer og generasjonsmønstre. Flere terapeuter i det kliniske materialet uttrykker også ønske om å få lov til å kunne bidra til at slike grunnleggende endringer i familiemønstrene finner sted.

## **6.2. Parterapi sett i forhold til andre behandlingsformer og utfordringer med parterapi**

Mange informanter skriver om parterapiens grenseoppganger til andre behandlingsformer som for eksempel individualterapi, foreldreveiledning og familierapi. En kliniker skriver: ”(...) om parterapi som noe fremmed, noe som ikke hører til i ABUP og noe som vi bør slutte med siden vi er et sted for barn og unges psykiske helse”. De fleste mener imidlertid at det har en

selvfølgelig plass i en ABUP, mens andre ser behovet for en gjennomgang av parterapiens betydninger i forhold til ABUPs mandat. I denne drøftingen vil slike grenseoppganger bli tematisert. Videre vil informantenes tekster som ”bakteppe” bli utforsket i lys av mandat og føringer til Buper i Norge.

## **6.2.1 Parterapi sett i forhold til foreldreveiledning, familie- og individualterapi**

### ***Parterapi versus foreldreveiledning***

Parterapi retter seg mot voksne som selv ønsker bedring i parforholdet og i familien. Mens foreldreveiledning tradisjonelt har vært relatert til det henviste barn i ABUP. I klinikernes og ledes tekster fremkommer det relativt hyppig at foreldreveiledning nevnes som et tilbud de er fortrolige med. Veiledning har i utgangspunktet et ekspertperspektiv, og den som veileder har som regel en slags ”oppskrift” på hva som er rett og galt. Som regel vil dette bære preg av psykoedukasjon og supervisjon på den måten at barns og foreldres atferd står i fokus (Juul, 2012). En pasient skriver om viktige betydninger i det å få ”anerkjennelse på at det vi gjør er rett”. Dette kan forstås som et ønske om ikke å bli ”rettet på”, slik en i større grad gjør i veiledning enn i terapi. Eide & Rohde (2009) skriver om det gå fra ekspertrollen til å bli deltakere som ofte har et mer undrende perspektiv. I tekster til klinikere og ledere kommer det fram en forskjell mellom foreldreveiledning og parterapi. Dette forstås som at man i parterapi ofte har andre krav og forventninger til de voksne, enn det man har i foreldreveiledning. Det er i parterapi de voksnes endringsprosesser som hovedsakelig er i fokus. Utforskning av de voksnes relasjon, deres egne historier, tilknytningsmønstre og deres samhandling med hverandre og barn, er et mer klassisk terapeutisk fokus. Muligheten for mer dyptgående endringer hos den enkelte i parforholdet, men kanskje også i foreldreatferden, vil kunne være større i terapi enn i veiledning. Det vil likevel ofte være glidende overganger mellom foreldreveiledning og parterapi, da parfungering også ofte omhandler ulike oppfatninger og utøvelser av oppdragerroller (Rydén & Wallroth, 2011).

### ***Parterapi en gren av familierapi***

Det fremgår av teori og parterapiens historie, at forskning og utvikling innen familierapifeltet har vært en meget sentral premissleverandør for forståelsen og utformingen av det parterapeutiske arbeidet. Kommunikasjons- og systemteori, senere supplert med språkteori, sosialkonstruksjonisme og etter hvert mentaliseringstradisjonen, har på mange

måter ført parterapien der den står i dag (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Både informanter, forskning og teori viser til sammenhenger mellom det som utspiller seg i voksenverdenen og den påvirkning dette kan ha for barn. Forskjellen på parterapi og familierapi hvor barna er tilstede er, slik jeg forstår informantene, er at en i parterapi har et større register for å kunne ansvarliggjøre og arbeide med de voksne. Enkelte tema kan være vanskelige å ta opp med barn tilstede og enkelte tema tilhører voksenverden, som for eksempel egne traumer. Mange beskriver at parterapi har bidratt til egenutvikling, en pasient skriver: "(...) forstå hvordan vi er "satt sammen" og hvordan vi "fungerer(...)" Det fremkommer hos flere informanter at en fokusdreining fra barnas problemer til de voksne, noen ganger er helt "nødvendig" for å kunne hjelpe barna best mulig.

Dersom parterapi i liten grad har vært i fokus i utdanninger eller er tydeliggjort i ABUPS "mandat", kan terapeuter oppleve seg usikre i møte med par problemstillinger. Terapeuter kan oppleve at de beveger seg inn i de voksnes privatsfære, og at det kan oppleves krenkende eller for "privat" for foreldre. Foreldre som eventuelt blir møtt med et parfokus i ABUP, der barnet er henvist, kan på sin side oppleve at dette er feil i forhold til deres oppfatning av barnets problem. Dette kan igjen utfordre den terapeutiske allianse eller samarbeidet mellom foreldre og terapeuter.

En fare ved et voksenfokus, kan være at barneperspektivet "mistes av syne", på den måten at voksensamtalene blir for dominerende i terapi. Terapeuters bevissthet på å tematisere og reflektere rundt barneperspektivet i parterapi med voksne ansees derfor viktig og er særlig utfordring når barn ikke selv deltar i terapi, tenker jeg.

Klinikere beskriver hvordan de ofte kan starte opp med en familierapitilnærming, men der det tydeliggjøres i terapien at det er de voksne som har størst behov for å arbeide med egne endringsprosesser. Det kan da bli et slags fokusskifte der familierapien settes på vent eller avsluttes, for i stedet å starte opp en voksenprosess. Det kan tenkes at enkelte barn opplever dette som både befriende og kanskje riktig, fordi barn kan ha symptomer som har oppstått på grunn av voksnes væremåter og samspill (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

### ***Parterapi versus individualterapi***

Tilden & Gude (2003) hevder at de aller hyppigste henvisningsgrunnene til poliklinikker i psykisk helsevern for voksne, er alle avskygninger av depresjoner og angstlidelser. Depressive symptomer hos den ene part, kan få store konsekvenser for familiesamspillet

(Helgeland, 2008). I en individualterapi kan pårørende oppleve seg "på utsiden", og ha vanskeligere for å forstå de psykiske symptomene. Dette kan i seg selv skape konflikter og vanskeligheter i et parforhold. Noe av det som fremkommer i datamaterialet er hvordan parterapien bidrar til å hjelpe pårørende til å forstå psykiske vansker hos ektefellen, og dermed i større grad kunne ta del og bidra til et slags "felles løft" for å komme ut av en vanskelig situasjon. Pasientene i denne studien beskriver at behandling av samlivsvanskene har bedret individuell psykisk helse. Dette ser ut til å samsvare med pasienter som skriver om gode erfaringer med "en helhetlig forståelse for familien" og at parterapi "hjelper oss videre, både individuelt og som par". En annen skriver: "En tilbakevendende depresjon er en sykdom som rammer alle nære". En tredje skriver: "Det viktigste med denne parterapien er at vi endelig har funnet noe som virker og som hjelper oss videre, både individuelt og som et par." Disse resultatene samsvarer med det Tilden og Grude (2003) ved Modum har funnet. De viser til forskning, der en ser at det er mer effektivt å gi et parterapeutisk og ikke et individual terapeutisk tilbud til pasienter med depresjon. (Tilden & Gude, 2003). Dette kan være et tankekors i forhold til majoriteten av voksne som tilbys individualterapi i psykisk helsevern for voksne (Malt et.al., 2012). Min erfaring er at også i ABUP får flertallet av barn som blir henvist individuell behandling. En leder skriver om "svært mange henviste barn som viser seg å ha foreldre som sloss/sliter samtidig som mor ber oss "fikse barnet". En kliniker stiller spørsmålet: "kan vi gjøre urett mot barn gjennom å behandle de uten å se konteksten for problemet?". En annen skriver: "hjelp til voksne er hjelp til barn".

### **6.2.2 Dilemmaer og utfordringer med parterapi i ABUP**

Slik jeg fortolker tekstene fra informantene, mener de aller fleste at parterapi bør være et tilbud i ABUP. Parterapi vil gi økt fokus på muligheten til å arbeide med de voksne. Likevel viser informanter til flere dilemmaer og utfordringer ved et voksefokus i ABUP.

En informant skriver om dilemmaet ved å bevege seg inn i "foreldres privatliv", når barnet er henvist. Terapeuter kan oppleve det vanskelig å vite hvor grensene går for hva som er "privatliv" og hva som er viktig og nødvendig hjelp til barnet. Enkelte terapeuter opplever motstand hos foreldre, når det blir stilt spørsmål om deres privatliv. Mange foreldre kan ha vanskeligheter med å se hvilke sammenhenger det er f.eks. mellom de voksnes samspill og barnets psykiske helse. Terapeuter er som oftest avhengige av samtykke og godt samarbeid med foreldre for best å kunne arbeide med barna. En leder skriver: "Jeg har ofte opplevd at foreldre vegrer seg mot å gjøre eget parforhold til et fremtredende tema i terapiprosessen der

barn er indekspasient”. Det lett å tenke seg at mange terapeuter kan føle seg utrygge på hvordan de skal forholde seg til voksenproblemene. Med dette ”bakteppet” kan det tenkes at foreldre ”fredes” i altfor stor grad i Norge. Muligens er terskelen mange ganger for høy for å sette ord på de tanker man har om de voksnes dårlige fungering og heller ansvarliggjøre dem i større grad. Kanskje kunne dette forhindret at barn blir kasterballe i systemet og utredet for ulike diagnoser, på en måte som i seg selv er en stor påkjenning for barn. Man kunne kanskje like gjerne kartlagt foreldre- og parfungering ved ethvert nytt barn som ble henvist til ABUP, som man kartlegger og tester barna. Utfordringer med relasjonelle behandlingsformer vises også i diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 2009). Dette er bygd opp rundt individuelle sykdommer, lidelser og tilstander, enten man er over eller under 18 år, og går til henholdsvis voksen-, eller barne- og ungdomsavdelinger. Diagnosesystemet gjenspeiler ikke de relasjonelle problemer, noe som både Skauli- rapporten og empiriske funn tydeliggjør i denne studien. En voksen eller et barn må være definert som syk eller lidende, før en partilnærming kan være et aktuelt tilbud innen sykehussystemet, slik det er i dag (Skauli, 2009). Det kan derfor se ut som om parterapi tilbudet liksom ikke ”passer inn” i sykehussystemet. Uavhengig av om man benytter seg av datasystemet DIPS eller BUP-data, er det diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 2009) man forholder seg til, og det individuelle perspektivet står sentralt.

Terapeuter som hovedsakelig arbeider med voksne i ABUP, kan muligens ”fanges” inn i voksenverden og ”miste” barneperspektivet, og medfører at barnas stemme ikke blir tydelig. Bevissthet og kunnskap mellom det som utspiller seg hos voksen, og dens betydninger for barn, kan bidra til økt legitimitet og tydelighet for både terapeuter og familier. En slik tydeliggjøring kan kanskje også nedfelles i ”ABUPs mandat”, slik flere av informantene ser behovet for. Dersom det i større grad vises til tydelige faglig sammenhenger av det som skjer mellom foreldresamspill og barns psykiske helse, og at parterapi gis til par med barn opp til 18-20 år, vil kanskje parterapi kunne få større plass i avdelinger for barn og unges psykiske helse.

Også innen voksenpsykiatrien er det lite fokus på parterapi. I nye lærebøker i psykiatri, får jeg et inntrykk av at parterapi ikke er helt ”ordentlig”, da par- og familieterapi ikke vies mye oppmerksomhet. Et eksempel på dette er den nylig utgitte læreboken til Malt, et.al. (2012). Det kan forstås slik at par - og relasjonsproblemer ikke er viktige innen psykiatrien, men er noe familiekontorene eller mer eller mindre profesjonelle, private aktører skal befatte seg med. En helhetlig behandling i sykehussystemet, hvor barn og voksne er adskilt avdelingsvis, viser seg å kunne være organisatorisk utfordrende. I svar fra NBUP og BUPer i Norge



kommer det frem at ABUP, Sørlandet sykehus er den eneste avdelingen for barn og unges psykiske helse som tilbyr parterapi. Dette kan ha sammenheng med historikken der det ble en sammenslåing av familieavdelingene for barn og voksne og fagfolk med kompetanse på parterapi ble en del av ABUP. Disse historiske grunnene ble påpekt av flere ledere. En annen årsak kan som en leder påpeker, være at parterapi i liten grad inngår i utdanninger.

I enkelte ledertekster fremheves viktigheten av å undersøke grenseoppgangen mellom barns psykiske helse og parterapi, ved å se nærmere på «ABUPs mandat». Det er Veilederen, for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) som legger føringer for BUPer i Norge. I denne veilederen er det særlig under punkt 4.3 ”Barn og ungdom i vanskelige livssituasjoner” jeg savner problematisering av barn som vokser opp med parproblemer av en slik art, at det går utover deres psykiske helse. Kanskje er det nettopp i dette skjæringspunktet det kan bli organisatorisk vanskelig. Skal ABUP behandle de voksne i tillegg til barna, eller er det nærliggende å tenke at andre instanser som f.eks. familiekontor og psykisk helsefeltet for voksne skal ta dette ansvaret slik det gjøres ved enkelte BUPer ellers i Norge (vedlegg 1). Alle andre informanter bortsett fra *en* mener parterapi bør tilbys i ABUP. Denne leder skriver: ”ressursen blir brukt på feil bruker”. Lederen mener ABUP ikke bør tilby parterapi og tenker kanskje at det eventuelt bør tilbys i psykisk helsefeltet for voksne, slik teksten kan forstås. Andre klinikere og ledere har forslag til avgrensninger. Ett eksempel på dette er forslag om at parterapi kun gis til aktuelle par som har barn som er henvist til ABUP.

Jeg synes det her er interessant å trekke opp linjene fra parterapiens historie i Kristiansand. Siden dette tilbudet ble opprettet i voksenpsykiatrien i 1997, har det kommet ny forskning som har videreutviklet kunnskaper om primærtilknytning og dens sentrale betydninger for trygge og stabile relasjoner. Denne kunnskapen er ytterligere utvidet med mentaliseringsforskning som forsøker å syntetisere flere tidligere sprikende kunnskapsområder (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Med disse nye kunnskaper og erfaringer, kan det nærmest se ut som om parterapi tilbudet som den gang ble opprettet var forut for sin tid, og har fått en slags ”ny gyldighet” og legitimitet. Jeg tror fokuset på helheten, kombinert med kunnskaper om individuelle sykdommer og sårbarheter, i fremtiden kan være en god tilnærming for å hjelpe både voksne og barn.

## **7.0 MULIGE KONKLUSJONER**

For meg selv har det skjedd en stor endring fra det å være terapeut med fokus på det som skjer i behandling, til å ha en forskerrolle hvor jeg har forholdt meg til forskningsmetoder og skrevne tekster. Denne prosessen har vært lærerik, da jeg blant annet har oppdaget betydninger og viktigheten av praksisnær forskning. I denne studien ønsket jeg å undersøke hvilke betydninger et parterapeutisk tilbud har i ABUP. Jeg spurte par som hadde fått et slikt tilbud om hva de opplevde som det viktigste med terapien, og om hvordan denne terapien hadde påvirket deres barns livssituasjon. Også klinikere og ledere ble spurt om egne erfaringer og refleksjoner rundt parterapiens betydning i ABUP, og dennes betydninger for barna i familiene til par som mottok en slik terapi. Ut fra resultatene i denne studien og drøftinger som er gjort, er jeg kommet frem til følgende mulige konklusjoner:

### **7.1. Mulige konklusjoner for paret**

Pasienter er entydig positive til den hjelpen de har fått gjennom parterapi. Enkelte er eksplisitte på at parterapi var den hjelpen de trengte etter å ha forsøkt andre terapiformer, spesielt individualterapi. Pasientene er også tydelige i sine beskrivelser av hvilke positive endringer parterapi har hatt for parforholdet. Flere viser til bedret mentaliseringsevne, og der endringer ble mulige fordi pasientene opplevde seg anerkjent av profesjonelle klinikere som bidro til gode terapeutiske prosesser. Generasjonsperspektivet på tilknytningsmønstre og ”familiekulturer” er i studien kommet tydelig fram. Parterapi har kunnet bidra til å endre slike negative mønstre.

### **7.2. Mulige konklusjoner for barna**

Pasienter, klinikere og ledere er tydelige i sine standpunkter om sammenhenger mellom endring av voksenatferd som følge av parterapi, og at dette bidrar til bedre oppvekstvilkår for barna i familien. Parterapi har kunnet bidra til å endre negative samspillsmønstre. Kommunikasjonen mellom de voksne og i forhold til barna er blitt bedre. Slike sammenhenger underbygger også klinikere, ledere, teori og forskning. Flere klinikere viser til nytten av fokusskifte i terapi -fra individuelle symptomer hos barn, til parforholdet - som noen ganger den viktigste hjelpen til barn. Forskning viser også at godt mentaliserende voksne opptrer betydelig bedre som oppdragere og får tryggere og mer velfungerende barn.

### **7.3. Mulige konklusjoner om parterapiens organisering i ABUP**

Studien viser at parterapi bidrar til at par fungerer bedre sammen, både seg imellom og som foreldre, ”hjelp til voksne og hjelp til barn”. Det er bred enighet blant informantene om at et slikt tilbud bør opprettholdes til par som strever og har barn under 18-20 år. Det foreslås at ABUP opprettholder tilbudet, og styrker det faglige fokuset på sammenhenger mellom parproblemer og barns psykiske helse.

### **7.4. Veien videre: forslag til videreføring av arbeidet**

Studien har vist til den historiske fremveksten av parterapifeltet internasjonalt, nasjonalt og lokalt. Parterapi er lite representert i psykiske helsefeltet for både voksne og barn. Det ser ut som om ABUP, Kristiansand er den eneste BUPen i Norge som tilbyr parterapi der voksne er indekspasienter. Helsedirektoratet (2008) fremhever i ”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge” viktigheten av å evaluere det kliniske arbeidet, der det ansees viktig å involvere ansatte, samarbeidspartnere og brukere. Da informantene peker på en sammenheng mellom parterapi og bedret fungering hos parets barn, foreslås det at det i fremtidige studier av parterapi også gjennomføres undersøkelser rettet direkte mot barna, til de par som har mottatt parterapi. En kan ut fra de positive svarene informantene har gitt stille spørsmål om parterapi tilbudet også bør implementeres i andre BUPer.

## LITTERATURLISTE

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Andersen, T. (2009). *Reflekterende prosesser: samtaler og samtaler om samtalerne*. Gylling: Narayana Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bae, B., & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse: perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakhtin, M. M. (1998). *Spørsmålet om talegenrane*. Bergen: Ariane forlag.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Brendefur, D., & Wergeland, Å. (2000). *29.januar. Brev til regionalt Fagråd for psykiatri. Videreutvikling av de familierapeutiske tilbud ved Vest-Agder Sentralsykehus*. Kristiansand: Sørlandet sykehus arkiv (upubl.).
- Bøe, T. D. (2010). *Samtaler gir samhold - Der tanker og følelser settes i sving*. Universitetet i Agder, Kristiansand.
- Bøe, T. D. (2011). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet. In A. J. W. Andersen & E. Karlsson (Eds.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid* (pp. 156-165). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøe, T. D. (2013). Stemmen og ansiktet: Bakhtin, Levinas og noen etiske refleksjoner omkring psykisk helse. In T. Mesel & P. Leer-Salvesen (Eds.), *Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (pp. 93-109). Kristiansand: Portal.
- Doss, B. D., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 608-614.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ellila, A. N., & Bovoli, I. V. (2009). *Følelser i parterapi - en nøkkel til endring?* Bergen: A.N. Ellila, I.V. Bovoli.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2002). Marital Research in the 20th Century and a Research Agenda for the 21st Century. *Family process*, 41(2), 159-197.
- Gurman, A., & Frankel, P. (2002). The History of Couple Therapy: A Millennial Review. *Family process*, 41(2), 199-259.
- Hegel, G. W. F., & Østerberg, D. (2007). *Åndens fenomenologi*. [Oslo]: Bokklubben.
- Helgeland, A. (2008). *Aktør i eget liv: en gestaltorientert og eksistensialistisk tilnærming til utvikling av relasjon og kommunikasjon mellom barn og voksne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2008). *Psykisk helsevern for barn og unge - veileder for poliklinikker*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hoxmark, E. (1994). *Schizofreni: en sykdom eller en måte å være i verden på : en sammenligning av to familierapeutiske modeller*. Oslo: Universitetet.
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (1999). *Familien - pluss én: innføring i familierapi*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Johnson, S. M., & Lebow, J. (2000). The coming of age of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.

- Juul, J. (2012). *Foreldreveiledning: i barnehagen, på helsestasjonen og i skolen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Karterud, S. (2008). Mentalisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1374-1375.
- Killèn, K. (1994). *Sveket: omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta analytic review *Family Relations*, 49, 25-44.
- Kristiansen, J. (2013, 7. mars). Brutte familierelasjoner og konsekvenser for barna. *Fædrelandsvennen*.
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern: hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S., (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lindboe, A. (2013, 25. februar). Vil tvinge foreldre til å forhandle. *Aftenposten*, p. 1.
- Lundstøl, J. (2011). Vitenskapsteori og metodelære. Forelesninger i november ved psykisk helsearbeid masterprogram. Universitetet i Agder (upubl.).
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Noack, T. (1996). Familieutvikling i demografisk perspektiv. In B. Brandth & K. Moxnes (Eds.), *Familie for tiden: stabilitet og forandring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2011). *Mentalisering: å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax.
- Scharff, J. S., & Scharff, D. E. (2006). *New Paradigms for Treating Relationships*. Northvale, N.J: Jason Aronson Inc.
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schjødt, B., & Egeland, T. A. (1989). *Fra systemteori til familierapi*. [Oslo]: TANO.
- Skauli, G. (2008). Praktisk nytte av parterapiforskning. *Fokus på familien*, 4, 280-294.
- Skauli, G. (2009). *Evidensbasert praksis i familievern: en litteraturgjennomgang av forskning på parterapi* (Vol. nr. 1/2009). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128, 1066-1069. Retrieved from <http://tidsskriftet.no/article/1685473/>
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current Status and Future Directions in Couple Therapy. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 317-344.
- SSB. (2009). *Ekteskap og skilsmisser, 2008*. Retrieved from <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/ekteskap/aar/2009-08-27>.
- Steinkorf, H., Leite, R. L., Spikkeland, G. G., Karlsen, L., & Lunde, P. M. (2006). Kontroll, terapi eller begge deler? Samarbeid om familievold mellom politi, barnevern og familiekontor. *Fokus på familien*, 4, 242-256.
- Thuen, F. (2011). *Kunsten å være voksen*. [Oslo]: Cappelen Damm.
- Tilden, T., & Gude, T. (2003). Depresjonens betydning for utfall i parterapi. En forløpsstudie av innlagte pasienter ved Familieavdelingen, Modum Bad. *Fokus på familien* 2, 91-104.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- WHO. (2009). *ICD-10: psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikaion og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Øfsti, A. K. S. (2010). *Parterapi: kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Oslo: Universitetsforlaget.

## **Vedleggsliste:**

Vedlegg 1: Svar fra BUPer i Norge

Vedlegg 2: Svar fra NBUP

Vedlegg 3: Orientering og spørsmål til paseinter

Vedlegg 4: Orientering og spørsmål til klinikere og ledere

Vedlegg 5: Tilråding fra REK

Vedlegg 6: Tilråding fra NSD

Vedlegg 7: Godkjenning fra Sørlandet sykehus HF

## Vedlegg 1: Svar fra BUPer i Norge

Spørsmål: kjenner dere til om noen BUPer tilbyr par behandling og henvisning ift voksne?

Hei og takk for sist.

Jeg forhørte meg med leder (Børge) her på BUPA som svarer følgende:

Jeg tror ingen av BUP-ene i Helse-Nord er organisert på denne måten. En BUP kan i utgangspunktet ta inn hvem de vil til behandling, men de kan kun kreve refusjon for behandling av barn og ungdom som er henvist fra lege eller barnevern. Hos oss blir voksne som har behov for behandling anbefalt å ta kontakt med familievernkontor eller voksenpsykiatrien

Vi kjenner altså ikke til noen som er organisert som dere.

Mvh Aud

Hei !

Takk for sist og velkommen inn i styret !

Nei tror ikke det. Det eneste jeg kjenner til er Østfold som har en ungdomspost organisert i VOP.

Mvh Vigdis Aino Raad (Bjerketun)

Hei Gro Anita!

Beklager ukjent for meg også.

Mvh

Ellen Rasmussen (BUP Hamar og Østerdalen)

Hei Gro Anita

Og takk for sist.

Vi driver ikke parterapi i BUPA med en voksen som indekspasient.

Per Willy Antonsen (BUP Nordlandssykehuset)

Hei Gro Anita.

Jeg kjenner ikke til at noen BUP i Midt-Norge er organisert etter den modellen.

Mvh.

Odd Sverre (RBUP Midt-Norge, St. Olav hospital BUP)

I Helse Bergen tilbys ikke terapi til voksne så sant de ikke følges opp med utgangspunkt i henvisning mottatt før de fyller 18 år, jfr. 18-23. Parterapi tilbys ikke hvis dette ikke kan knyttes tett opp til behandlingen av et barn. Normal henvises par til familievernkontor og voksen med behov for individualterapi til VOP.

Mvh Magne

Hei,  
I ABUP på Ahus, Akershus, er det som i Bergen. Vi har dog voksne klienter innskrevet i sped- og småbarnsteamene der de voksne kommer til oss før barnet er født. Vi har ikke parterapi som tiltak på avdelingen.  
Mvh  
Anne-Stine

Hei  
Slik som Magne beskriver er det hos oss også.  
mvh  
Henrik Sollie (BUP Kristiansund)

Vi jobber med gravide, med de er henvist til BUP.  
Vennlig hilsen  
Siri Jensen, konsulent  
Nic Waals Institutt, Lovisenberg sykehus

Ingen i Vestre Viken så vidt jeg vet.  
Med vennlig hilsen  
Åse Katrine Aure  
Konsulent Bærum BUP/BUPA



Kristiansand, 16. januar 2013

NBUP Norsk forening for barn og unges psykiske helse er en interesseorganisasjon for alle enheter innen psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten.

NBUP ledes av et styre som velges på den årlige generalforsamlingen. Styret har representanter fra alle de 4 regionale helseforetakene.

På spørsmål fra Linda Karlsen ble det sendt en forespørsel til alle styremedlemene med spørsmål om andre ABUPer er organisert likt som Sørlandet sykehus HF hvor den voksne er indekspasient og det tilbys parterapi. Samtlige styremedlemmer har svart på henvendelsen, og ingen kjenner til en slik organisering innenfor sitt helseforetak.

Med vennlig hilsen

Gro Anita Kåsa Poulsen  
Enhetsleder ABUP/styremedlem i NBUP

## Vedlegg 3: Orientering og spørsmål til pasienter

### Orientering

I forbindelse med en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder, om parterapiens betydning i Abup, ønsker jeg å stille deg/dere noen spørsmål som skal besvares anonymt. Besvarelsen kan gjøres i samarbeid med partneren din som også har deltatt i parterapi ved Abup, om ønskelig. Vennligst skriv ditt svar for hånd eller på en PC, uten noen navn eller andre opplysninger som kan være gjenkjennelige. Videre ber jeg deg legge ditt svar i den ferdig frankerte vedlagte konvolutten og sende denne, eller gi konvolutten til ekspedisjonen ved Abup.

Spørsmål til deg/dere:

- 1. Hva synes du/dere var det viktigste som skjedde i parterapien ved Abup?**
- 2. Hvordan tror du/dere at parterapien påvirket livssituasjonen til barna deres?**

Begrunn med egne ord.

**TUSEN TAKK!!**

## Vedlegg 4: Orientering og spørsmål til klinikere og ledere

Til klinikere og ledere

### **Orientering:**

I forbindelse med en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder om parterapiens betydning i Abup, ønsker jeg å stille deg som kliniker/leder spørsmål som skal besvares anonymt. Vennligst skriv ditt svar for hånd eller på en PC, uten noen navn eller andre opplysninger som kan være gjenkjennelige. Videre ber jeg deg legge ditt svar i den ferdig adresserte konvolutten og lever den i ekspedisjonen ved Abup, eller send med internposten.

Med parterapi i denne forbindelse, menes voksne som henviste, og som har barn under 18 år.

- 1. Hvilke refleksjoner/erfaringer har du rundt parterapiens betydning i Abup?**
  
- 2. Hva er dine refleksjoner/erfaringer rundt parterapiens betydning for barna i familien?**

Vennligst lever svaret innen 11. desember 2012.

**TUSEN TAKK!!**

## Vedlegg 5: Brev fra REK



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Hege Holde Andersson	<b>Telefon:</b> 22845514	<b>Vår dato:</b> 07.11.2012	<b>Vår referanse:</b> 2012/1632 REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b> 25.09.2012	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Linda Irene Karlsen  
Universitetet i Agder

### 2012/1632b Betydningen av parterapi i psykisk helsevern

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 17.10.2012.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Agder  
**Prosjektleder:** Linda Irene Karlsen

#### Prosjektomtale

*Formålet med studien er å undersøke betydningen av et parterapeutisk tilbud ved Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus, Kristiansand. Studien skal gi materiale til evalueringen av familieteamet som er planlagt i 2013. Prosjektet skal vurdere om parterapi fortsatt bør være et tilbud innen spesialisthelsetjenesten Abup. Spørsmålet som stilles er om det vil det være behov for en slik tilnærming der voksne er indekspasienter og hovedproblemet er parrelatert, eller bør målgruppen endres til å handle mer om foreldreroller og dermed være mer barn/unge relatert? Det skal inkluderes både ansatte og brukere/pasienter, til sammen 20 personer. Studien er samtykkebasert, og deltagerne skal både intervjues og fylle ut spørreskjema. Studien er et mastergradsprosjekt.*

#### Komiteens vurdering

Formålet med denne studien er å evaluere et tilbud om parterapi. Man vil hente inn pasienters erfaringer med tilbudet og snakke med de ansatte som har hatt ansvaret for å gi tilbudet. Prosjektet er etter komiteens vurdering en evaluering og kvalitetssikring av egen praksis, hensikten med studien er således ikke å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde.

For å gjennomføre prosjekter av denne typen trengs det ingen særskilt godkjenning fra REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for på vanlig måte at tiltaket følger gjeldende reguleringer for behandling av helseopplysninger.

#### Vedtak

Prosjektet vurderes som et kvalitetssikringsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

**Besøksadresse:**  
Nydalens allé 37 B, 0484  
Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff persons

## Vedlegg 6: Brev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Håvard Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel. +47-55 58 21 17  
Fax +47-55 58 06 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anders Johan W. Andersen  
Institutt for psykososial helse, Grimstad  
Universitetet i Agder  
Postboks 509  
4898 GRIMSTAD

Vår dato: 22.11.2012

Vår ref:32089 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

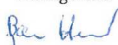
32089	<i>Betydningen av parterapi i psykisk helsevern for barn og unge</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anders Johan W. Andersen</i>
Student	<i>Linda Irene Karlsen</i>

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/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linda Irene Karlsen, Borghildsvei 20, 4633 KRISTIANSAND S



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at det kun innhentes anonyme data. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Personvernombudet legger også til grunn at utvalget trekkes av pasientenes behandler og at taushetsplikten ikke er til hinder. Det vil være behandler som oppretter førstegangskontakt ved å formidle forespørsel om deltakelse i studien. Påmelding til studiedeltakelse vil skje direkte til Linda Irene Karlsen.

Data slettes innen 20.12.2014.



**Sørlandet sykehus HF**  
Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling  
Avdeling for barn og unges psykiske helse, Kristiansand

HELSE SØR-ØST

### Godkjenning av prosjektet

#### "Hvordan kan et parterapeutisk tilbud i psykisk helsevern for barn og unge forsvares?"

Jeg er godt kjent med innholdet i mastergradsprosjektet til Linda I. Karlsen. Temaet i studien er svært aktuelt og relevant. Prosjektet tillates utført i Avdeling for barn og unges psykiske helse. Det støttes av fagmiljø og ledelse.

Kristiansand, 24.09.2012

For avdelingsledelsen ved  
Avdeling for barn og unges psykiske helse,  
Sørlandet sykehus HF

Dagfinn Ulland  
Forskningsleder

<b>Postadresse</b> Sørlandet sykehus HF Avdeling for barn og unges psykiske helse Serviceboks 416 4604 Kristiansand	<b>Besøksadresse</b> Eg 4615 Kristiansand	<b>Telefon</b> +47 38 17 74 00 <b>Telefaks</b> +47 38 17 74 49  <b>Bankkonto</b> 1644.06.08284	<b>Administrasjonsadresse</b> Sørlandet sykehus HF Serviceboks 416 4604 Kristiansand  <b>Telefon</b> +47 38 07 30 00	<b>Foretaksregisteret</b> NO 883 975 240 MVA <b>Hjemmeside</b> www.sshf.no  <b>c-post</b> postmottak@sshf.no
--	---	--	--	--