



Signe Solbakken Bergem

Familieterapi som metode i behandling av angsttilstandar hos barn og unge

**Korleis forstår og utøver familieterapeutar familieterapi i
behandling av angsttilstandar hos barn og unge?**

**Master's thesis in Family Therapy
Oslo Metropolitan University
Faculty of Social Science**

Oslo Metropolitan University, Faculty of Social Science
Oslo 2022

Samandrag

Tema for denne masteroppgåva er familierapi som metode i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Barn si utvikling skjer i eit samspel mellom eigenskapar hos både barn og foreldre, og måten foreldra møter behov hos barnet på. Resultatet av eit uheldig samspel og visse typar foreldreåtfærd, kan føre til utvikling av angsttilstandar. I behandling av angsttilstandar hos barn og unge er det ei rådande oppfatning at individuell kognitiv åtfærdsterapi er den mest effektive behandlingsmetoden. Likevel er det ikkje alle som har godt utbytte av metoden. Med utgangspunkt i kunnskapen om foreldra si betydning for utvikling av angsttilstandar, rettar eg søkelyset mot behov for forskning på foreldreinvolverande metodar i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Med grunnlag i masteroppgåva mi, håper eg å kunne bidra med kunnskap om korleis familierapi kan vere ein alternativ metode, som involverer foreldra og familien som heilskap, i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Problemstillinga for masteroppgåva er: *Korleis forstår og utøver familierapeutar familierapi i behandling av angsttilstandar hos barn og unge?*

Studien min bygger på kvalitative intervju med ni familierapeutar om deira erfaringar med behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Datamaterialet er tematisk analysert og viser følgande seks hovudkategoriar som relevante i familierapeutisk behandling av angsttilstandar hos barn og unge: *Forståing av angsttilstandar som systemisk og mellommenneskeleg fenomen. Det er viktig å skape tryggleik. Å ha eit relasjonelt perspektiv på angsttilstanden. Å utforske problemhistoria. Å ansvarleggjere familien og å mobilisere ressursar.*

Studien viser på kva måtar familierapi kan vere ei aktuell og alternativ behandling for barn og unge med angsttilstandar. Eit særleg viktig funn i studien er at terapien skal føre til at barnet og familien sit igjen med nye forståingar av kvarandre og angsttilstanden, og generelt har eit nytt og meir positivt bilete av seg sjølv.

Abstract

The theme of this master's thesis is family therapy as a method in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Children's development takes place in an interaction between characteristics in both children and parents, and the way parents meet the child's needs. The result of an unfortunate interaction and certain types of parental behavior can lead to the development of anxiety. In the treatment of anxiety disorders in children and adolescents, there is a prevailing opinion that individual cognitive behavioral therapy is the most effective treatment method. However, not everyone benefits from this method. Based on the knowledge of parents' significance for the development of anxiety disorders, I focus on the need for research on parent-involving methods in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Based on my master's thesis, I hope to be able to contribute with knowledge about how family therapy can be an alternative method, which involves parents and the family as a whole, in the treatment of anxiety in children and adolescents. The research question for the master's thesis is: *How do family therapists understand and practice family therapy in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents?*

My study is based on qualitative interviews with nine family therapists about their experiences with the treatment of anxiety in children and adolescents. The data material is thematically analyzed and shows the following six main categories as relevant in family therapeutic treatment of anxiety disorders in children and adolescents: *Understanding of anxiety disorders as a systemic and interpersonal phenomenon. It is important to create security. To have a relational perspective on the state of anxiety. To explore the history of the problem. To make the family responsible and to mobilize resources.*

The study shows in what ways family therapy can be a relevant and alternative treatment for children and young people with anxiety. A particularly important finding in the study is that the therapy should lead to the child and the family being left with new understandings of each other and the anxiety disorder, and generally have a new and more positive image of themselves.

Forord

Først og fremst ønsker eg å takke dei ni familieterapeutane som bidrog til å gjere gjennomføringa av masteroppgåva mi muleg. Samtalane med dykk var svært interessante og gav meg verdifull kunnskap om familieterapeutisk forståing og praksis.

Eg ønsker også å takke rettleiaren min ved OsloMet, Kari Sjøhelle Jevne, for mange fine og nyttige samtalar, innspel og hjelp til å finne retning når eg stod fast.

Oslo, 13.mai 2022

Signe Solbakken Bergem

INNHALD

Kapittel 1: Innleiing.....	1
Om angsttilstandar.....	2
Forskning på feltet	2
Behandling av angstlidingar hos barn og unge	3
Samanlikning av individuell KAT og KAT med foreldre- eller familieinvolvering hos barn med angstlidingar	4
Systemisk terapi i behandling av sosial angst hos vaksne	5
Presentasjon av problemstilling	6
Kapittel 2: Teoretiske tilnærmingar og perspektiv, og andre viktige omgrep.....	7
Grunnleggande perspektiv i familierapi.....	7
Systemteori og kommunikasjonsteori	8
Konstruktivisme, postmodernisme og sosialkonstruksjonisme.....	9
Narrativ teori og moderne makt.....	10
Familierapeutisk praksis.....	11
Joining.....	11
Utforsking av problemet.....	12
Dele problemet med andre	13
Utvikling i samspel med familien	13
Familiens ansvar, kompetanse og autonomi	14
Sirkulær spørjing.....	14
Reformulering, løysingar og unntak.....	15
Heimeoppgåver	16
Forståing av angsttilstandar	16
Utviklinga av angst.....	17
Angsttilstandar som eksistensielt fenomen.....	18
Kapittel 3: Metode	19
Studiens design	19
Rekrutteringsprosessen og omtale av utvalet.....	20
Gjennomføring av intervju	22
Transkribering	23
Analyse av datamaterialet.....	24
Første og andre fase	24
Tredje fase	25
Fjerde fase	25
Femte og sjette fase	26
Etikk.....	26
Kvaliteten på studien	27
Kapittel 4: Resultat	30
Angsttilstandar som systemisk og mellommenneskeleg fenomen	30
Angsttilstandar vert synlege i møte med omverda.....	31
Å unngå framandgjerande skildringar	32
Å skape tryggleik.....	33
Å gi plass til barnet.....	34

Å ha eit relasjonelt perspektiv på angsttilstanden	35
Menneske kan berøre og hjelpe kvarandre med sine historier	35
Å utforske problemhistoria	36
Å bli kjent med angsttilstanden	36
Å utforske samspeismønster	37
Å ansvarleggjere familien	38
Å setje familien i ekspertposisjon	38
Å gjenopprette naturlege grensener mellom foreldre og barn.....	39
Å ta plass i førarsetet	40
Å mobilisere ressursar	41
Å vere på skattejakt	41
Positivt språk skaper handlingsrom	42
Gjereprosjekt og utforsking gir nye erfaringar	43
<i>Kapittel 5: Diskusjon</i>	<i>44</i>
Utvikling av angsttilstandar	44
Skape tryggleik.....	46
Utforske angsttilstanden	48
Befolke terapirommet	49
Barnet og familien som aktørar i eigne liv	52
Ressursmobilisering	53
<i>Kapittel 6: Avslutning.....</i>	<i>56</i>
<i>Referanseliste.....</i>	<i>58</i>
<i>Vedlegg</i>	<i>61</i>
Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD	61
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	64
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	67

Kapittel 1: Innleiing

Det er naturleg for menneske i alle aldrar og på ulike utviklingstrinn, å vere engstelege, redde og utrygge. For somme kan kjensler av frykt kome i uventa eller 'ufarlege', situasjonar, eller av tankeverksemd, og kjenslene kan vere så skremmande, ubehagelege og langvarige at dei vil prøve å unngå situasjonar som framkallar fryktreaksjonen. Når dette har konsekvensar for kvardagslivet og for utviklinga til barn og unge, kan ein snakke om angstlidingar (Broberg, Almqvist og Tjus, 2006, s.136; Flaten, 2013, s.50; Landmark og Stänicke, 2016, s.113). Frykt hos barn vekker omsorgsrespons hos foreldre som prøver å hjelpe barnet med å regulere åtferda. Som regel skjer dette på føremålstenlege måtar, og barnet lærer å handtere skremmande situasjonar på eiga hand. Dersom barnet vert beskytta mot situasjonar, som det ut i frå alder og utvikling kunne meistra sjølv, er ikkje reguleringa frå foreldra lenger føremålstenleg. Oppvekstmiljøet til barnet og det som triggar fryktresponsar hos foreldra, kan føre til at barn blir sensitive for farar, eller lærer seg å vere redde. På den måten kan nokre typar åtferd og angst hos foreldra, også vere med på å utvikle og oppretthalde angst hos barn (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne og Stallard, 2012; Broberg et al., 2006, s.153; Flaten, 2013, s.50; Landmark og Stänicke, 2016, s.113; Nytingnes og Svartdal, 2016; Rapee, Schinering og Hudson, 2009). Overdriven foreldrekontroll og foreldreåtferd som forsterkar unngåing hos barnet, og som let angst hos barnet 'styre' familien, lite kontroll, lite varme, avvising, kritikk og konflikstar i familien, er blant forhold som har samanheng med angst hos barn (Brendel og Maynard, 2013; Crawford og Manassis, 2001; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris, Thamrin og Rozenmann, 2021; Rapee et al., 2009). Det er også slik at somme barn kan vere ekstra sårbare for utvikling av angst, fordi temperamentet til barnet spelar inn på behova det har, og på kva reaksjonar det utløyer hos foreldra (Peris et al., 2021; Rapee et al., 2009).

Utvikling av angst kan altså skje i eit sirkulært samspel mellom foreldre og barn. Det kan tenkast at angst hos barnet kan vere eit uttrykk for uheldige samspelsmønster i familien eller i oppvekstmiljøet rundt familien og barnet (Landmark og Stänicke, 2016, s.113; Torsteinsson, 2019, s.26-27). Idear om at problem oppstår mellom menneske og er uttrykk for uheldige samspelsmønster, er sentrale i familieterapien. I familieterapi prøvar ein å løyse problem som menneske opplever i familien eller i relasjonar til andre nære personar. Ideen er at dialog med dei ein er nær kan vere nødvendig for å løyse problem, eller for å sjå og konkretisere nye mulegheiter og ressursar hos den enkelte eller i relasjonar (Johnsen og Torsteinsson, 2012,

s.15). Tema for min studie er å belyse korleis familieterapi kan utførast i behandling av angst hos barn og unge.

Om angsttilstandar

Eg vel å bruke omgrepet angsttilstandar, fordi eg meiner at omgrepet omfattar alle tilstandar innanfor angst: alt i frå å ha angstliknande symptom, til angst i kombinasjon med andre psykiske tilstandar eller ei diagnostisert angstliding. Omgrepet angstliding blir brukt når det er snakk om diagnostisert angst. Eg kjem til å bruke omgrepet 'angst' i den meininga at det er ein tilstand som oppstår når ein kjenner på frykt, engstelse eller redsel. Eg meiner at omgrepet angsttilstandar er i tråd med familieterapeutiske idear – som eg skal kome inn på seinare - om å nærme seg problem eller vanskar hos barn og unge som uttrykk for augeblikksbilete (Hertz, 2011, s.83). Det som verkar problemfylt eller sjukt kan vere ein inngang til å finne ut korleis ein best kan bidra til å utvikle andre sider ved barnet eller familien.

Førekomsten av diagnostiserte angstlidingar i Noreg, er relativt låge for alle under 14 år (Suren, Furu, Reneflot, Bang Nes og Torgersen, 2018). I alderen 5-9 år, ser det ut til å vere litt høgare førekomst hos gutar enn jenter. Førekomsten er ganske lik for jenter og gutar i alderen 10-14 år. I alderen 15-17 år er det ein markant skilnad mellom gutar og jenter, der 2,3 prosent av jentene og 0,8 prosent av gutane er diagnostiserte med angstlidingar. Truleg er det mange med angstlidingar som ikkje blir fanga opp i spesialisthelsetenesta, og det er grunn til å tru at fleire (enn det som er registrert) strevar med angstliknande symptom (Suren et al., 2018). Ifølgje fleire studiar, er angstlidingar den mest utbreidde psykiske lidinga blant barn og unge (Brendel og Maynard, 2013; Breinholst et al, 2012; Lebowitz, Omer, Hermes og Schahill, 2014, Rapee et al, 2009; Thulin. Svirsky, Serlachius, Andersson og Öst, 2014). Lidinga har betydning for familielivet, for venner, skule og fritid, og dermed for livet, i det store og heile. Hos personar med angstliding er det risiko for utvikling av andre psykiske lidingar eller vanskar, t.d. depresjon og misbruk av rusmidlar (Brendel og Maynard, 2013; Rapee et al., 2009; Thulin et al., 2014). Med utgangspunkt i denne kunnskapen er det viktig å utvikle og evaluere effektive behandlingalternativ for barn og unge med ulike angsttilstandar.

Forsking på feltet

Det finst mykje forsking på behandling av angstlidingar hos barn og unge, og på forsking om foreldrebaserte metodar i behandlinga. Forsking på familieterapi i behandling av angstlidingar, har vore vanskeleg å finne. Det er muleg at omgrepet 'familieterapi' er for lite

spesifikt til å få gode treff. Det kan tenkast at det hadde vore lettare å finne forskingslitteratur dersom eg tok føre meg ei bestemt familierapeutisk tilnærming. Eg har funne studiar som har undersøkt systemisk terapi (systemisk familierapi er ein av mange tilnærmingar innanfor familierapi) for sosialt angst hos vaksne. Noko av forskinga eg har funne viser at familiebaserte metodar er effektive, men at det er stor variasjon i format og tilnærming, og det er uklart om desse metodane har fleire fordelar enn individuell terapi (Brendel og Maynard, 2013; Breinholst et al., 2012; Lebowitz et al., 2020; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Rapee et al., 2009; Thulin et al., 2014; Wood, Piacentini, Southham-Gerow, Chu og Sigman, 2006). I dei tilfella der det er brukt familiebaserte metodar i angstbehandling, så er dei ikkje dokumenterte godt nok til å kunne seie noko systematisk om effektane. Det er usikkert for kven og kvifor det passar, men det ser ut til at det passar for familiar der det er utfordringar i foreldre/familie-dynamikken (Peris et al., 2021). Ein meta-analyse av foreldreinvolverte metodar i angstbehandling for barn (Brendel og Maynard, 2013), kom fram til at det var vanskeleg å finne forskning på andre foreldreinvolverande metodar enn kognitiv åtferdsterapi (KAT), noko som kanskje indikerer at det finst lite god forskning på andre metodar. Ifølge Brendel og Maynard (2013) trengst det meir forskning på andre familiebaserte tilnærmingar enn KAT med familie i angstbehandling.

Behandling av angstlidingar hos barn og unge

Ut i frå det ein veit om familien si betydning for utviklinga hos barn og unge, kan det verke nødvendig å ha eit familieperspektiv også i behandling av angstlidingar hos barn og unge. Ifølgje forskning, som eg skal presentere, ser det ikkje ut til at familieperspektivet har noka sentral rolle i behandling av barn med angst. Foreldre si betydning blir tatt omsyn til i behandlingar som Circle of Security i tilfelle der barn har åtferds- og emosjonelle vanskar, og tilknytingsbasert familierapi er relevant når ein står overfor ungdom med depresjon (Nytingnes og Svartdal, 2016). I dei tilfella der det er angst hos barn som er problemet, er det individuell kognitiv åtferdsterapi (KAT) som normalt er anbefalt behandlingsmetode (Breinholst et al, 2012; Kendall, Martinsen og Neumer, 2006; Lebowitz et al., 2014; Nytingnes og Svartdal, 2016). *Mestringskatten* er blant KAT-metodane som er spesielt utvikla for barn og unge med angstlidingar (Kendall et al., 2006, s.14). Gjennom KAT er målet å endre oppfatningar og evalueringar av hendingar, samtidig som modell-læring, eksponering og belønning vert brukt for å fremje ønska åtferd. Behandlinga baserer seg på åtferdsteori, der angst vert oppfatta som lært åtferd, som også kan 'avlærast', og på kognitiv teori som legg til grunn at angstlidingar er resultat av tankeverksemd som er dysfunksjonell

og fortolkingar av omgivnaden som ikkje er føremålstenlege, og som difor må endrast (Kendall et al., 2006). Psykoedukasjon (lære om diagnosen) er sentralt i KAT. Det er eit poeng å identifisere og utfordre mistilpassa tankar, sjølvregulere angst og systematisk oppsøke situasjonar (eksponering) som ein tidlegare har unngått (Lebowitz et al., 2014).

Trass den sterke posisjonen som KAT har i angstbehandling, så er det ikkje alle som responderer godt på metoden (Lebowitz et al., 2014; Lebowitz, Marin, Martino, Shimshoni og Silvermann, 2020; Peris et al., 2021; Reuman, Thompson-Hollands og Abramowitz, 2021). Det er mange som framleis har symptom eller får tilbakefall etter behandling (Peris et al., 2021; Lebowitz et al., 2014). Somme barn ønskjer ikkje å delta, eller dei innfrir ikkje premissane som er vesentlege for vellukka behandling (Lebowitz et al., 2014). Andre utfordringar kan vere at familien motarbeider eller ikkje støttar målet for behandlinga (Peris et al., 2021), eller at familien ikkje fungerer godt nok til at behandlinga kan gi resultat (Crawford og Manassis, 2001). I familiar der foreldra hjelper barnet med å unngå angstframkallande situasjonar, ser ein større førekomst av angst og at barna har dårlegare utbytte av KAT (Lebowitz et al., 2020). KAT fokuserer lite på familieorganisering og tilpassing rundt barnets angst (Lebowitz et al., 2014; Lebowitz et al., 2020). Med utgangspunkt i forskning på effekten av KAT og kunnskap om kva som kan føre til angst, ser det ut til å vere behov for andre behandlingsalternativ og vidare forskning på korleis foreldra eller familien på ein god måte kan inkluderast i angstbehandling (Breinholt et al., 2012; Peris et al., 2021; Reuman et al., 2021; Thulin et al., 2014).

Samanlikning av individuell KAT og KAT med foreldre- eller familieinvolvering hos barn med angstlidingar

Det er mange studiar som samanliknar individuell KAT med KAT med foreldre- eller familieinvolvering. Forskinga viser varierende resultat, men det er overvekt av studiar som konkluderer med at foreldreinvolvering i KAT og individuell KAT fungerer omtrent like bra i behandling av barn og unge med angstlidingar. Likevel tyder studiane på at nokre typar foreldreinvolvering i KAT har stor verdi, og i somme tilfelle kan gi betre resultat enn individuell KAT, sjølv om det ikkje er betydingsfull betre effekt (Brendel og Maynard, 2013; Lebowitz et al., 2020; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Rapee et al., 2009; Thulin et al., 2014; Wood et al., 2006). Inkludering av foreldra viser lågare tilbakefallsrater, særleg for yngre barn, og foreldreinkludering er føremålstenleg i tilfelle der familiar har dynamikkutfordringar (Breinholt et al., 2012; Peris et al., 2021; Rapee et al., 2009). Fleire av

forskarane (Brendel og Maynard, 2013; Peris et al, 2021; Rapee et al., 2009; Wood et al., 2006), stiller spørsmål ved kvifor foreldreinvolvering i behandlinga ikkje gir betre resultat, når ein veit kor stor betyding foreldra har for utvikling av angsttilstandar. Ei svak side ved forskinga er at det er stor variasjon i kva slags foreldreinvolvering som er undersøkt, eller at det ikkje kjem tydeleg fram kva slags involvering som fungerer eller ikkje fungerer (Breinholst et al., 2012; Peris et al., 2021). Det er også mulig at foreldreinvolveringa som er inkludert i desse studiane, ikkje har lagt til grunn dei foreldreeigenskapane som påverkar angsttilstandar (Breinholst et al., 2012; Peris et al., 2021; Thulin et al., 2014). Forsking på KAT-program som rettar seg mot å redusere familiens destruktive tilpassing til barnets angst, har sett ut til å verke like bra som individuell KAT (Lebowitz, et al., 2014). I Noreg har Beatrix Nytingnes og Gunhild Svartdal (2016) etablert manualen *Stødige steg* for foreldreinvolvering i KAT, og dei argumenterer for at behandlinga blir meir nyttig når foreldra er involverte. Barn som hadde deltakande foreldre brukte eksponeringsoppgåver i kvardagen, og dei hadde best utbytte av og var mest fornøgde med behandlinga. Foreldra tileigna seg kunnskap og ferdigheiter som dei tok med seg i dagleg samhandling med barnet, og det bidrog til positiv endring. Foreldra vart merksame på korleis barn og foreldre sine kjensler og åtferd påverka kvarandre gjensidig, og at dei sjølve måtte vere rolege før dei kunne hjelpe barnet (Nytingnes og Svartdal, 2016).

Systemisk terapi i behandling av sosial angst hos vaksne

Ein studie har undersøkt og samanlikna effekten av systemisk terapi og effekten av KAT i behandling av sosial angst hos vaksne (Hunger, Hilzinger, Klewinghaus, Dausser, Sander, Mander, Bents, Ditzen og Schweizer, 2019). I studien var 'manualen' for den systemiske terapien forankra i kommunikasjonsteori, sosial systemteori og prinsipp om at system opprettheld seg sjølv. Terapien bestod av fire fasar. I første fase vart familien og betydningsfulle andre invitert inn. Terapeuten forsøkte å 'joine' systemet, utforske symptomet, historie, kontekst og mønster mellom generasjonar og i samspelet. Det vart skapt ei felles ressursorientert forståing av funksjonen til symptoma. Den andre fasen bestod av å planlegge intervensjonar i ulike settingar og å gjere symptomrelevante eksperiment. Etterpå skulle ein evaluere symptomreduksjon og forbetring i generell og sosial fungering, og deretter gjenta det som var hjelpsam. I tredje fase arbeidde dei med å hindre tilbakefall og førebu eit liv utan terapi. Det vart også gjennomført ei evaluering av prosessen og eit avslutningsritual. I fjerde og siste fase ville ein oppdatere og samle alle dei involverte, og igjen gjere ei evaluering og identifisere suksess i situasjonar som tidlegare hadde framkalla angsten. Det var

hovudsakleg individualterapi, av og til var nærpersonar med og det var nokre sesjonar av gruppeterapi. Studien kom fram til at både KAT og systemisk terapi førte til reduksjon i angstsymptom hos vaksne med sosial angst. Systemisk terapi såg ut til å ha noko betre effekt enn KAT, men skilnaden var ikkje signifikant.

Hilzinger mfl. har studert systemisk terapi i behandling av sosial angst hos vaksne, for å finne ut av kva som er viktige moment i behandlinga både for terapeut og pasient (Hilzinger, Duarte, Hench, Hunger, Schweizer, Krause og Fischersworrying, 2021). Forskarane har delt inn momenta i tre hovudkategoriar som dei meiner er sentrale i systemisk terapi for vaksne med sosial angst: 1. Å møte andre pasientar i gruppeterapi (handla om å sjå seg sjølv i andre, føle at ein ikkje er den einaste med problem, andre sin suksess kan føre til håp, sjå at andre har det verre). 2. Ressursorientering (øve på viljestyrke, kjenne at terapeuten har tru på deg, sjå eigne ressursar nedskrivne, kjenne igjen positiv forandring i sjølvbiletet). 3. Kjenne seg sjølv igjen i diagnosen eller åtferdsmønster. Det mest sentrale funnet var at pasientane fekk eit nytt syn på seg sjølv.

Presentasjon av problemstilling

Slik eg ser det, er det både nødvendig og interessant å utforske korleis familierapeutisk behandling av angsttilstandar kan føregå. Det ser ut til at det trengs meir forskning på korleis foreldre- eller familieinvolvering skjer i angstbehandlinga. Det som vert gjort må dokumenterast systematisk slik at det kan gi eit tydelegare bilete av kva type familieinvolvering som kan vere til hjelp (jf. Breinholst et al., 2012; Peris et al., 2021; Thulin et al., 2014). Eg meiner også at det trengst meir kunnskap om kva alternativ til KAT som finst, og som eignar seg eller gir gode resultat i behandling av angsttilstandar hos barn. Dermed har eg formulert følgande problemstilling for mi masteroppgåve: *Korleis forstår og utøver familierapeutar familierapi i behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar?*

Forståing hos familierapeutane handlar om kva idear, teoriar, verdiar og haldningar som ligg til grunn for korleis dei oppfattar at problem oppstår på, og dermed for måten dei *utøver* på. Slik sett er det to ulike omgrep, men i somme tilfelle kan det vere vanskeleg å skilje dei basert på det terapeutane snakkar om, fordi dei stort sett fortel om det dei gjer (utøver), men som bygger på idear om (forståingar av) eit fenomen.

Kapittel 2: Teoretiske tilnærmingar og perspektiv, og andre viktige omgrep

I dette kapitlet skal eg gjere greie for den teoretiske kunnskapen som ligg til grunn for min studie, og som skal brukast til å gjere vurderingar av det vitenskaplege bidraget av forskingsarbeidet eg har gjort. Det er mykje teori som kunne vore relevant å nemne i denne oppgåva, men eg har valt ut den teoretiske kunnskapen som eg ser på som mest relevant for å belyse problemstillinga. Eg skal først gjere greie for dei grunnleggande teoriane i familierapien, deretter presenterer eg nokon av dei familierapeutiske intervensjonane som på ulikt vis har kome fram i resultata i studien min, og som derfor er nødvendig å forklare. Til slutt i kapitlet skal eg forklare kva angsttilstandar kan vere.

Grunnleggande perspektiv i familierapi

Familierapi er ein måte å drive terapi på der ideen er at dialog med, eller involvering av, menneske som ein har viktige relasjonar til kan vere nødvendig for å løyse problem, for å oppdage og konkretisere nye muligheiter og ressursar hos den enkelte eller i relasjonen. Det finst fleire ulike retningar i familierapien, og det er ulike tilnærmingar til og oppfatningar av korleis meining, oppretthalding og løysing av problem og endring føregår (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.15). Det er mange ulike beskrivingar av dei familierapeutiske retningane. Eg tek utgangspunkt i dei seks retningane som er presenterte i Johnsen og Torsteinsson (2012): *strukturell familierapi*, *strategisk familierapi*, *systemisk familierapi* – *Milanoskolen*, *den språkssystemiske tilnærminga*, *løysingsfokuserert familierapi* og *narrativ terapi*. Eg skal gå nærare inn på dei ulike tilnærmingane seinare i oppgåva.

Familierapien har oppstått og utvikla seg med utgangspunkt i forskning på schizofreni som viste at kommunikasjon med andre hadde ei stor rolle i lidinga. Dette førte til at ein begynte å utforske kommunikasjonen i familien, og dermed forskning på familierapi (Dallos og Draper, 2015, s.31). I Palo Alto i California, forska Gregory Bateson, Jay Haley, William Fry, John Weakland og Don Jackson, på ulike fenomen i eit kommunikasjonsperspektiv.

Kommunikasjonsteori og systemteori vart blant teoriane for å beskrive og forstå det som skjer i ein familie og i grupper, og som danna grunnlaget for å utvikle metodar for praktisk arbeid med familiar og sosiale system (Jensen, 2009, s.85-86). Med boka *'Steps to an Ecology of Mind'* (1972), var Bateson av dei første som omtala systemteori og kommunikasjonsteori. Boka har stor betydning for familierapien slik vi kjenner den i dag (Dallos og Draper, 2015;

Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019). Eg kjem ikkje til å gå langt inn i teoriane som Bateson presenterte, men gi korte omtalar av teoriane henta frå andre referansar.

Systemteori og kommunikasjonsteori

Systemteori handlar om at menneske er del av forhold som det må sjåast i samheng med, og teorien legg vekt på relasjonar, kommunikasjon og interaksjon (Dallos og Draper, 2015, s.33; Jensen, 2009, s.22). *Generell systemteori* (Bertalanffy 1968, ref. i Torsteinsson, 2019, s.26) er relevant, og det som ligg til grunn der er at *system* består av ei gruppe individ som interagerer, kommuniserer og påverkar kvarandre over tid. System kan også vere i interaksjon med kvarandre. T.d. kan familien vere kontakt med skule, arbeidsplass og andre familiar (Dallos og Draper, 2012, s.33; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 30). I systemet oppstår det eit mønster som representerer noko meir enn det som det enkelte individ i systemet representerer i seg sjølv – heilskapen er meir enn summen av delane. Mønsteret som oppstår, knytter medlemmane i systemet saman på ein meningsfull måte (Dallos og Draper, 2012, s.33; Torsteinsson, 2019, s. 25-26). Individets måte å handle, forstå og forholde seg til verda på, er ein konsekvens av at personen høyrer til eit eller fleire system – individet er underlagt systemet. Alt menneske gjer må såleis forståast i den konteksten det skjer i (Torsteinsson, 2019, s.26).

Kommunikasjonsteori forstår all menneskeleg handling som kommunikasjon som er meir enn orda vi seier og kroppsspråket vårt, og kommunikasjon skjer på fleire plan samtidig (Jensen, 2009, s.27). Kommunikasjon føregår i eit sirkulært samspel mellom deltakarane i systemet, der feedback (respons) frå ein person gir grunnlag for feedbacken som vert gitt tilbake, i ein tilbakevendande 'feedback-loop' (Frøyland, 2017, s.21). Med utgangspunkt i desse teoriane vert problem forstått som noko som oppstår mellom menneske, og som ein konsekvens av måten menneske kommuniserer på. Problemet må sjåast i samheng med familien og kommunikasjon eller interaksjonen i familiesystemet vart det primære fokuset for terapien (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.28; Torsteinsson, 2019, s.26-27).

I systemteoriane og kommunikasjonsteori er familien oppfatta som eit sjølvregulerande homeostatisk system, som har til oppgåve å oppretthalde seg sjølv, å overleve og vere stabilt organisert. I dette perspektivet har symptom hos barnet ein funksjon, ved at det kan holde foreldra og familien saman. Vanskar hos barnet kan vere ein respons på vanskar hos foreldra,

men som foreldra slepp å forholde seg til, fordi problema er knytte til barnet som dei då kan fokusere på (Torsteinsson, 2019, s.26-27). Salvador Minuchin og den *strukturelle familierapien* representerte eit slikt syn – problem oppstår fordi organiseringa i familien har manglar som gjer at barna utviklar problem. Jay Haley og den *strategiske familierapien* meinte at problemet er uttrykk for fastlåste og dysfunksjonelle interaksjonsmønster. Det startar med eit forsøk på å løyse problemet, men endar opp med at løysinga vert problemet (Torsteinsson, 2019, s.28-29).

Konstruktivisme, postmodernisme og sosialkonstruksjonisme

Konstruktivisme, inspirert av mellom anna, Humberto Maturana, med idear om at menneske konstruerer mening, er blant teoriane som har hatt betydning for familierapien (Jensen, 2009, s.59; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.32). Mennesket si forståing av verda er eit produkt av tankemessige konstruksjonar, og verkelegheita er dermed, som Maturana ville sagt: eit *multivers*. Det finst uendeleg mange versjonar av verkelegheita og desse er avhengige av observatøren (Jensen, 2009, s.59-60). Måten eit individ ser verda på, blir utvikla i samspel med familien, og kan omtalast som eit 'kart'. Alle kart er ulike, og det er nyttig og nødvendig å vite om eige og andre sine kart, fordi det kan føre til nye forståingar og respekt for kvarandre (Frøyland, 2017, s.30-32). *Milano-skolen* eller *systemisk familierapi*, danna av Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin og Guiliana Prata, og artikkelen om *hypoteser, sirkularitet og nøytralitet* (Palazzoli et al, 1980, ref. i Torsteinsson, 2019, s.31), har hatt stor betydning for familierapien. I artikkelen kjem det fram eit syn på menneske som meningsdannande vesen. Terapeuten danna *hypotesar* om samanhengar i familien (sirkularitet), og terapeutane skal vere nøytrale i den forstand at dei ikkje skal ta parti med nokon i familien og dei skal lytte like mykje til alle medlemmane (Torsteinsson, 2019, s.31).

Postmodernisme har samanheng med konstruktivismen, og handlar om at forståing berre er mogleg gjennom språket. Kunnskapen vi har er eit resultat av dialogar mellom menneske (Jensen, 2009, s.60-61; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.32). I eit slikt perspektiv, blir system danna basert på språk og dialogar mellom menneske. Dermed er problem resultat av menneske som er i dialog, og som utgjer eit *problemskapt system* (Torsteinsson, 2019, s.32). Denne forståinga heng saman med *sosialkonstruksjonismen*, som beskriver at måten vi forstår verda på, er skapt og oppretthaldt av sosiale, historiske og kulturelle kontekstar, og at det er direkte samanheng mellom forståing og handling. Menneske har ikkje direkte tilgang til verkelegheita, ein har berre tilgang til sin persepsjon av den (Frøyland, 2017, s.29; Jensen,

2009, s.61; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.32). Harold Goolishian og Harlene Anderson, 1987 (ref. i Torsteinsson, 2019 s.32), representerer den *språkssystemiske tilnærminga*, som har med seg elementa over, og den *ikkje-vitande posisjonen* sentral i tilnærminga. Det handlar mellom anna om at terapeuten skal bidra til eit godt samarbeidsklima og oppretthalde gode samtalar. I samtalen er det viktig å ha med alle sine bidrag, jf. multi-vers, fordi det opnar for nye og meir produktive meningsdanningsprosessar. Alle som er del av det problemskapte systemet bør også vere ein del av endringsprosessen (Torsteinsson, 2019, s.33-34).

Perspektivet i familierapi skiftar frå å anta at måten familien er organisert på skaper problem, til at familien organiserer seg rundt vanskanne dei møter, og gjerne på måtar som hemmar den handlekrafta som trengst for å kome ut av ei krise. Den *løysingsfokuserte familierapien* (LØFT), med Insoo Kim Berg og Steve de Shazer (1988, ref. i Torsteinsson, 2019, s.34), meiner at problem overlever på grunn av måten ein definerer ein situasjon på, og at menneske handlar på måtar som stadfestar måten ein forstår situasjonen på. Slik kan handlingsmønsteret verte destruktivt. LØFT har intervensjonar som snakkar fram unntak og hjelper familien med å sjå framover og formulere ønske om korleis livet kan arte seg utan problemet (Johnsen og Torsteinsson 2012, s.181).

Narrativ teori og moderne makt

Det *narrative perspektivet* tek *sosialkonstruksjonismen* eit steg vidare: måten menneske skaper mening på, skjer igjennom narrativ (historier). Eit narrativ er ein måte å strukturere hendingsforløp på for å formidle ei historie (Jensen, 2009, s.62; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.35; White, 2006, s.16). Ifølge *narrativ teori* opplever og erfarer menneske liva sine igjennom historiene vi sjølve og andre fortel om oss. Desse historiene vert oppfatta som verkelegheita. Det finst hendingar og situasjonar i livet som får større merksemd enn andre, og som dermed har større betydning i historia om oss sjølve. Hendingane blir sett saman til ei kjede av årsak og verknad, og på den måten skapar mennesket mening og identitet (White, 2006, s.16). Narrativ kan verke som personlege historier, men er ein del av den kulturelle diskursen (Jensen, 2009, s.62; White, 2006, s.12). Når ein erfarer ulike fenomen, så samanliknar ein erfaringa med den dominerande diskursen på området. Såleis er sjølvoppfatninga og identiteten vår eit resultat av diskursane vi er innvevde i og historiene vi fortel om oss sjølve. Narrativa har betydning for kva ein ser på som mulig for seg sjølv og kva ein ønsker seg vidare i livet (Dallos og Draper, 2015, s.97; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.35; Lundby, 2009, s.12-13; White, 2006, s.10-12).

Dei kulturelle diskursane er baserte på faglege forklaringar, forskning og kunnskap om menneske. Ved hjelp av slik kunnskap og menneskebilete i populærkulturen, vert det utvikla normer for korleis menneske bør leve. Utifrå det, kan ein snakke om eit maktaspekt i diskursane, *moderne makt*, som tvingar menneske inn i ei sjølvforståing som er undertrykkande og prega av mangel på fridom. Eit døme på dette er diagnosesystemet (Jensen, 2009, s.63; White, 2006, s.14). Når historia om ein sjølv ikkje passar med dei rådande kulturelle diskursane, kan det føre til kjensler av å vere unormal, ikkje passe inn eller leve feil (Dallos og Draper, 2015, s.97). I *narrativ terapi*, utvikla av mellom andre Michael White og David Epston (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.199), vil menneske kunne hjelpast ved at dei får tilgang til andre mulige historier om seg sjølve, slik at historiene om ein sjølv kan rekonstruerast (Frøyland, 2017, s.33-34; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.36; White, 2006, s.19).

Familieterapeutisk praksis

Det finst fleire ulike måtar å utøve familieterapi på. Eg kjem til å omtale nærare dei forståingane og intervensjonane frå dei ulike tilnærmingane, som eg meiner er relevante for min studie.

Joining

I *strukturelle familieterapi*, er *joining* sentralt. Det handlar om å invitere familien inn i eit samarbeid der familieterapeuten mellom anna prøvar å skape tillit og allianse med kvart familiemedlem og med heile familien (Michaelsen, 2019, s.129; Minuchin, Nichols og Lee, 2007, s.107-108). Terapeuten ønsker å sette seg inn i familiens verkelegheitsbeskrivingar, og vise kvart enkelt familiemedlem interesse og merksemd. Måtar å gjere dette på er å dele felles interesser, bruke humor, vere avslappande og utvise uhøgtideleg mynde. Det skal kome tydleg fram at terapeuten er glad i menneske og er genuint nysgjerrig på familien, og at han vil dei vel. Å skape eit tillitsforhold er tidkrevjande, men avgjerande for å få eit fundament som er trygt nok til etter kvart å kunne utfordre og skape ubalanse i familien, som eit steg på vegen mot endring (Michaelsen, 2019; Minuchin, et al., 2007).

Utforsking av problemet

Innanfor dei ulike familierapeutiske tilnærmingane, er det ulike meiningar om kor stor plass problemet skal ha i terapien. Alle retningane legg vekt på at det er nødvendig å finne ut korleis problemet er for familien (Johnsen og Torsteinsson, 2012; Lorås og Ness, 2019).

Hypotesedanning

I *systemisk familierapi*, eller *Milano-skolen*, er *hypotesedanning* ein av dei grunnleggande teknikkane. Terapeuten dannar *hypotesar* om korleis familiesystemet og systema rundt familien heng i hop. Hypotesedanning leier terapeuten sin aktivitet og trengst for å gi symptomet eller problemet meining. Familien sine hypotesar er også nødvendig å få tak i. Ved å stille spørsmål til familien, kan det kome fram informasjon som kan utvikle alternative hypotesar eller forklaringar, slik at familien kan forstå seg sjølv og samhandlinga på ein ny måte. For at hypotesane til terapeuten skal vere nyttige, må dei vere relaterte til familien sine eigne hypotesar (Bertrando, 2019, s.145; Dallos og Draper, 2015, s.151; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.127).

Samle data om problemet

Strategisk familierapi (Bergset, 2019, s.161; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.174-177), legg til grunn at problemløysing føreset at ein har data (kunnskap) om problemet og om faktorane som held problemet ved like. Kvar enkelt familiemedlem skal skildre problemet mest mogleg konkret: Korleis viser problemet seg i handlingar, ord eller tankar. Familien kan bli oppfordra til å diskutere problemet eller 'samle' ferske eksempel.

Eksternalisering

Ein annan måte å utforske problemet på, er igjennom *den eksternaliserande samtalen*. I *narrativ terapi* vil ein sjå, forstå og beskrive menneske som har ulike problem på ein måte som ikkje sjukeleggjer eller marginaliserer menneske. Det er problemet, ikkje menneska – som er problemet (Lundby, 2009, s.19-20; White, 2006). *Den eksternaliserande samtalen* vart utvikla for å skape avstand mellom person og problem. I samtalen kan ein snakke om problemet som ein 'imaginær venn', at problemet har sitt eige liv, og det eksisterer utanfor familien og påverkar dei. Når ein snakkar om problemet på denne måten, kan familien beskrive sitt forhold til problemet, og utforske kva det gjer med relasjonar i familien. Terapeuten vil at familien skal ta stilling til kva dei synest om at problemet påverkar dei. Utifrå det kan familien ofte kome til at problemet fortener 'revansj'. Familien kan då skape ei

felles plattform for å finne ut korleis dei kan ‘ta revansj’ (Lundby, 2009, s.20-24; White, 2006, s.69).

Dele problemet med andre

I tillegg til å utforske problemet, vil familieterapeuten prøve å sette problemet inn i ein relasjonssamanheng (Frøyland, 2017, s. 89). Det kan gjerast det ved å spørje om andre i familien kjenner seg igjen i problemåtferda, t.d. sinne – ‘er det andre som kan vise sinne?’. Slik kan ein få familiemedlemer ut av sydebukkrolla og knyte familien meir saman. Resultatet er gjerne at andre familiemedlemer tek meir ansvar for problemet, og ‘problemberaren’ føler seg mindre einsam (Frøyland, 2017, s.90).

Anerkjennande seremoniar

I *narrativ terapi* er ein opptatt av å ‘befolke’ det terapeutiske rommet, med bakgrunn i at identitet er ein sosial konstruksjon (Lundby, 2009, s.61-63). Det internaliserte biletet menneske har av seg sjølv, er eit produkt av eksterne vurderingar som dannar grunnlaget for korleis ein evaluerer og bedømmer seg sjølv. Dersom ein skal oppnå ein ny og meir konstruktiv identitetskonklusjon, så må identiteten, i lys av eit narrativt perspektiv, anerkjennast og stadfestast av viktige andre. Dette vert kalla *anerkjennande* eller *definerande seremoniar*. Personen med problemet blir intervjuet og fortel om det som er viktig for personen sjølv å fortelje. Tilhøyrarane gir respons på det som er blitt fortalt, korleis dei vart berørte, t.d. med utgangspunkt i opplevingar frå eige liv. Til slutt skal personen reflektere over responsen og korleis dei gjorde inntrykk (Lundby, 2009, s.61-63). Utifrå det kan det setjast i gang med *gjenforfattande samtalar*, der ein person kan sitte igjen med ei ny og meir positiv historie om seg sjølv. Denne historia kan danne grunnlaget for ein ny identitetskonklusjon.

Utvikling i samspel med familien

I *strukturell familieterapi* er systema som menneska er del av, grunnleggande for å overleve. Måten familien er organisert på og handterer endringar på, er essensielt for om familien fungerer godt eller dårleg. *Livssyklussteori* kan belyse korleis familien som system er i stadig endring på grunn av ulike overgangar, t.d. frå barn til tenåringsbarn, arbeidsledig til arbeidstakande, flytte frå eit hus/by til ein annan. Ved manglande meistring av overgangar, eller på grunn av ubalanse i familiesystemet, kan det oppstå vanskar som kan bli til varige kriser eller symptom. Dersom det viser seg at familiesystemet er i ubalanse og er prega av

uklare grenser og subsystem ('undergrupper' av system innad i eit system) som opprettheld problemet, må familien hjelpast tilbake til ei konstruktiv organisering. Dette kan t.d. vere at foreldre tek meir styring enn barna (Michaelsen, 2019, s.125-127). Teoriar om tilknytning og transaksjonelle prosessar, og foreldra sitt spesielle ansvar for barns utvikling, er også sentrale forståingar i familierapi (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.39). Teoriane vert omtala meir under avsnittet om utvikling av angsttilstandar.

Familiens ansvar, kompetanse og autonomi

Som terapeut må ein understøtte familiens kompetanse. Den *ikkje-vitande posisjonen* frå den *språkssystemiske tilnærminga*, er ein måte å gjere det på. Posisjonen legger vekt på at familien veit mest om seg sjølv og har kunnskapar og ressursar som skal til for å kome seg ut av situasjonen, og at familien veit best kva som er bra for dei. Terapeuten er ingen ekspert som skal fortelje foreldra korleis foreldrerolla skal utførast, men terapeuten skal legge til rette for ein samtale der synspunkt frå ulike familiemedlemer og terapeuten utgjer ein meningsdanningsprosess som kan gi nytt og større handlingsrom (Frøyland, 2017, s.80-83; Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.153-154). Terapeuten har som oppgåve å mobilisere familien si kompetanse, slik at dei vert aktive aktørar i eigne liv (Frøyland, 2017, s.83). I narrativ terapi blir dette tydeleg i *den eksternaliserande samtalen*, der familien skal ta stilling til korleis problemet påverkar situasjonen og gjere det tydelegare kva dei sjølve ønsker seg for liva sine (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.205-206; Lundby, 2009, s.20-24).

Sirkulær spørjing

Som familierapeut bør ein ha ei spørjande haldning. Terapeuten veit ikkje korleis dei han skal hjelpe oppfattar verda, difor må han stille spørsmål som kan bidra til at alle i terapirommet kan få nye perspektiv. Det er eit mål at familien skal snakke med og forstå kvarandre på nye og meir konstruktive måtar. Spørsmåla skal stillast på bakgrunn av tilbakemeldingar frå familien. Ein stiller spørsmål mellom anna for å få fram rikare beskrivingar og for å sette problemåtferda inn i ein relasjonssamanheng: 'Kven er det som ser at du er engsteleg? Kva gjer personen då?' (Frøyland, 2017, s.96-101). På den måten kan familien oppdage at dei verkar inn på kvarandre og at problem ikkje kan tilskrivast ein 'syndebukk'. Ein av måtane å stille spørsmål på, vert kalla *sirkulære spørsmål*. I staden for å snakke om seg sjølv, kan familiemedlemer snakke om kvarandre. Slik får dei kjennskap til korleis dei oppfattar kvarandre. Spørsmåla rettar merksemda mot forskjellar, ulike meiningar

og åtferd (Bertrando, 2019, s.146-147; Frøyland, 2017, s.59-60).

Reformulering, løysingar og unntak

I familierapi vil ein få fram oppfatningar som viser kva ein trur at folk ønsker å oppnå med handlingar, og i terapien bør det brukast kvardagsspråk for å alminneleggjere det barna eller familien strevar med. Ein leitar etter ord som kan skape bevegelse, i staden for å bruke ord og formuleringar som framandgjer (Frøyland, 2017, s.43). Å snakke om diagnosar og bruke sjukdomsogrep er typisk framandgjerande språk. I familierapi vil ein prøve å reformulere den forståinga familien har – og vise at det finst andre moglege betydingar av åtferda, enn den som er mest opp i dagen (Dallos og Draper, 2015, s.65).

Løysingar og unntak

LØFT legger vekt på betydinga som språket har for korleis vi forstår verkelegheita. Difor er måten ein snakkar på, grunnleggjande for endring. Ein løysingsfokuserert terapeut vil vere opptatt av å snakke om og sjå etter løysingar i familien og få fram unntak frå problemet. Som regel er det positivt å snakke om det, og det kan gi håp for framtida (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.178-179). Beskrivingar av ønsker for framtida og klargjering av mål er også sentralt i LØFT. Det er ikkje alltid familien har dette tydeleg føre seg. For å få dei fram, kan terapeuten stille *mirakelspørsmål*: ‘Det har skjedd eit ‘mirakel’ over natta, korleis oppdagar du at det har skjedd?’. Terapeuten er målorientert og etterspør og fokuserer på endring. Det kan mellom anna skje igjennom *skaleringsspørsmål*, der kan ein t.d. skalere kor nære ein er på å nå eit mål frå ein skala på 0 til 10, og så vil ein spørje vidare om kvifor ein meiner at ein er akkurat på det talet no: ‘Kvifor ikkje mindre? Kva skal til for å krype oppover på skalaen?’ (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.182-184).

Unike resultat eller unntak, og det fråverande, men implisitte

Ein narrativ terapeut vil meine at problemet ikkje alltid formidlar heile sanninga om folk sine liv. Det finst mange livserfaringar som ikkje passar inn i problemhistoria, og som kan gi tilgang til andre identitetskonklusjonar. Desse vert kalla *unike resultat/unntak* (Lundby, 2009, s.40; White, 2006, s.70). Terapeuten lyttar etter og tek tak i unntak som kan verke små og betydingslause for personen sjølv, men som likevel kan vere vesentlege. Personen sjølv må avgjere om unntaka kan brukast. Terapeuten vil oppfordre personen til å tenke over og gjere greie for kvifor unntaket kan vere unikt, og terapeuten bidreg med å gi unntaket betyding og verdi – *stillingstaking til unike unntak* (Lundby, 2009, s.40; White, 2006, s.70). Når personar fortel om indre opplevingar, viser det seg i mange tilfelle at dei er relasjonelle. Ein skildrar ei

oppleveling eller kjensle i forhold til noko anna, t.d. når ein er trist, så refererer ein til å vere 'ikkje-trist'. Det gjer at terapeuten må drive med 'dobbel lytting'. Det vil seie å høyre på problemhistoria som vert skildra, men samtidig lytte etter opning eller antydingar til *det fråverande, men implisitte*. Når det blir mulig å ane at den fortalte historia berre er den synlege delen av ei dobbel historie, så kan det opne for mange vegar til ei løysing. Det er alltid noko bak problemet, og det kan peike mot håpet (Lundby, 2009, s.93-95).

Heimeoppgåver

Fleire av dei familierapeutiske retningane legg vekt på at familien bør gjennomføre heimeoppgåver. Oppgåvene inneber at familien skal gjere noko nytt og annleis, men som ikkje er altfor ulikt frå det dei gjer til vanleg (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s.135, 185). Målet er at familien skal få erfaring med andre måtar å samhandle på, og kjenne på at det er mogleg å gjere ting på andre måtar. Familien skal fortelje om erfaringane frå heimeoppgåva, om dei la merke til noko forandring og kva dei eventuelt gjorde for å få det til. Med ei slik tilnærming rettar ein merksemda og bevisstheita mot det ein ønsker, og kanskje oppdagar familien at det skjer noko bra. Det kan auke sjansen for at endring skjer (Frøyland, 2017, s.127-129).

Forståing av angsttilstandar

Engstelse, frykt og bekymring, er grunnleggande kjensler for alle menneske. Dei dukkar opp i situasjonar som vert opplevde som truande og dei hjelper oss med å oppdage fare (Broberg et al., 2006, s.136). Ein kan tale om eit 'alarmsystem' i kroppen som gir beskjed om at noko kan vere farleg. Det er ein grunnleggande fysiologisk reaksjon som sikrar overleving og det gir oss krefter til å kjempe imot eller komme bort frå fare – 'fight-or-flight' (Landmark og Stänicke, 2016, s.103). Tolkinga av kva som kan vere farleg, varierer blant menneske. Hos nokre er alarmsystemet sensitivt, og dei kan lett reagere sterkt på små stimuli. Det oppstår frykt i mange situasjonar og alarmsystemet er i meir eller mindre kontinuerleg beredskap. Frykt kan vere ein realistisk og fornuftig reaksjon i nokre situasjonar. For somme menneske kan fantasiar, førestillingar, tankar og vurderingar av ein situasjon, føre til 'urealistisk' frykt, eller det kan utvikle seg til stadig uro og engstelse for at det skal skje noko gale (Grøholdt, Garløv, Weidle og Sommerschild, 2015, s.88). Personar med angsttilstandar kan gi mykje merksemd til alt som kan tolkast som farleg, og lever med ei forventning om å gjere feil. Det er også vanleg at dei ser på verda som truande og at dei har lita tru på eigne ferdigheiter. Anten det er ein reell fare eller ikkje, og personen feiltolkar stimuli som fører til utløyst angst,

er reaksjonane i kroppen er like sterke fysisk og psykisk (Flaten, 2013, s.39-41). Nokre er engstelege for bestemte objekt eller situasjonar, og andre har vedvarande angstplager i form av bekymring, uro, irritabilitet. Andre har meir uføresette anfall. Ein opplever angst ulikt, men katastrofetankar, konsentrasjonsvanskar, rastlausheit, søvnevanskar, hjartebank, frykt for å dø eller å vere trist er blant vanlege symptom (Landmark og Stänicke, 2016, s.104).

Angsttilstandar kan beskrivast på ulike måtar, og det finst fleire typar: separasjonsangst, fobiar, generalisert angstliding, panikkiliding, posttraumatisk stressliding og tvangsliding (Grøholdt et al., 2015). Eg kjem ikkje til å gå nærare inn på desse ulike typane angstliding, fordi det er angsttilstandar generelt som er omhandla i min studie.

Utviklinga av angst

Det er ei vanleg oppfatning at angst oppstår i eit samspel mellom medfødde eigenskapar/temperament og omgivingar, eller skremmande erfaringar. Arvelege faktorar kan gi auka sårbarheit for å utvikle angstlidingar. Somme opplever meir emosjonelt stress, enn andre (Broberg et al., 2006, s.141; Flaten, 2013, s.45). Nokre barn blir utsett for opplevingar som er truande og skremmande, både innanfor og utanfor familien. Det kan vere enkelthendingar eller vedvarande truslar som kan føre til at barnet 'lærer' at det er grunn til å vere redd eller 'på vakt' for kva som kan skje i visse situasjonar (Broberg et al., 2006, s.141). Evna til å forstå seg sjølv, andre og verda, er eit resultat av kognitive, nevropsykologiske, sosiale, relasjonelle og emosjonelle forhold. Desse evnene vert utvikla, forma og endra i løpet av barne- og ungdomsåra. Kva følelsar og tilstandar ein kan kjenne igjen i seg sjølv, vert påverka særleg av kva følelsar og opplevingar som er blitt delt og bearbeidd i nære relasjonar. Dei er også påverka av samspelet med vennar, i skulesamanheng og i fritidsgrupper osv. (Landmark og Stänicke, 2016, s.120).

Transaksjonelle prosessar

Utviklinga hos barn er resultat av ein transaksjonell utviklingsprosess, med gjensidig påverknad mellom barn og foreldre (Landmark og Stänicke, 2016, s.107). Temperamentet hos barnet, føresetnader hos foreldre og omfanget av støtte og belastning i miljøet som barn og foreldre lever i – sosialt og kulturelt – verkar inn på kvarandre. Dersom det er dårleg samsvar mellom barnets temperament og dei omgjevnadane barnet veks opp i, og den responsen og støtta barnet får, kan det føre til at vanskar oppstår. Nokre barn er meir sårbare for fare og vil søke å unngå situasjonar som utløyser frykt. Det har effekt på foreldra si åtferd. Åtferda til barn kan i somme tilfelle bli overveldande og vekke vanskelege kjensler hos den vaksne. Han

eller ho kan handtere vanskaner ved å skjerme barnet for det som utløser ubehag, fordi det også reduserer eige ubehag. På den måten kan engstelse hos foreldre føre til at barnet ikkje får sjansane til å finne kanalar for å handtere sine opplevingar av engstelse. Dersom foreldra skjermar barn med angst fullstendig over tid, slik at det ikkje, på ein trygg og kontrollert måte, får møte det som utløser angsten, kan det bidra til å vedlikehalde angsten, i staden for å hjelpe barnet med å redusere angsten (Flaten, 2013, s.50; Landmark og Stänicke, 2016, s.113).

Tilknytning – omsorgsgivars ansvar og barnets samspel med andre menneske

Korleis barn lærer seg å handtere situasjonar som utløser frykt, er avhengig av i kva grad foreldra klarer å gi den tryggleiken som trengst i situasjonar barnet opplever som utrygge. Dersom foreldra ikkje møter barnets behov i desse situasjonane – t.d. ved trøst eller beskyttelse, kan barna utvikle eit oversensitivt tilknytningssystem. Barna kan fort bli redde. Dersom dei har erfart at dei ikkje får tryggleiken dei treng, vil dei gjere det dei kan for å unngå å hamne i slike situasjonar, eller så kan dei bli veldig 'klengete' (avhengige av foreldra sin nærleik) (Broberg et al., 2006, s.153). Korleis foreldra handterer skremmande situasjonar som vaksne står i, kan også verke inn på barnet si utvikling. Dersom barnet ser at foreldra unngår situasjonar, kan barnet ta lærdom av det. Foreldra er barnas viktigaste tryggleiksfaktor i ei utrygg verd. Dersom dei ikkje klarer å vere denne tryggleiksfaktoren eller er den i for stor grad, aukar faren for uro, engstelse og kanskje angstliding (Broberg et al., 2006, s.153). Strev hos barn kan vere vevd inn i familien. Barnet kan bli berar av familiens strev – og bli den som får psykiske vanskar, medan andre i familien tilsynelatande har god funksjon (Landmark og Stänicke, 2016, s.136).

Angsttilstandar som eksistensielt fenomen

Landmark og Stänicke (2016, s.138-139) refererer til Søren Kirkegaard og Martin Heidegger. Dei meiner at angst eksisterer i spenning mellom det forlokkande i fridomen til å gjere og seie det ein vil, og det skremmande i denne fridomen. Menneske hermar etter ideal og normer, og på den måten kan ein flykte frå å vere seg sjølv og inn i ein upersonleg eksistens. Å erkjenne at det finst eit sjølv, som er det mogleg å vere, vil kunne føre til angst. Angst vekker ei oppleving av å vere sårbar, og til at vi kjenner på eit ytterpunkt i oss sjølve og ved å vere i verda. Kjensler av einsemd, at vi er sårbare i relasjonar og avhengige av andre kan vere skremmande for mange. For somme vil dei vere så vanskelege å forholde seg til, at angsttilstandar kan verte resultatet (Landmark og Stänicke, 2016, s.139).

Kapittel 3: Metode

I dette kapitlet skal eg gå igjennom og gjere greie for forskingsprosessen og kva som er gjort for å ha grunnlag for å kunne utforske problemstillinga på best mogleg måte. Det vert gjort greie for studien sitt design, prosessen med å finne informantar og for korleis intervju vart gjennomførte og bearbeidde. Eg kommenterer også analysemetodar, truverdet til studien, og mine egne refleksjonar om forskingsprosjektet.

Studiens design

I dette forskingsprosjektet ønska eg å få tak i grunnhaldningane, forståingane og intervensjonane som familieterapeutane har i møte med familiar der angsttilstandar er til stades. Difor er eit fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv relevant. Fenomenologi handlar om å utforske og forstå menneske si livsverd og å sjå på erfaringane deira som gyldig kunnskap (Thomassen, 2020, s.103). Hermeneutikk går ut på å fortolke meining, til dømes (t.d.) å fortolke det menneska fortel om si livsverd (Gilje, 2020, s.189). I min studie betyr det at eg ønsker å forstå og utforske familieterapeutar sine erfaringar med familieterapeutisk praksis i behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar (fenomenologi). Eg fortolkar erfaringane og set dei i samanheng med kvarandre og med forskning og teori om tema (hermeneutikk). Med utgangspunkt i dette, var kvalitativ undersøking det mest nærliggande for mitt forskingsprosjekt.

Eg valde kvalitativt forskingsintervju, der føremålet er å forstå fenomen frå dagleglivet til informanten igjennom informanten sitt perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2019, s.42).

Intervjuet var semi-strukturert på den måten at eg hadde ein intervjuguide med tema eller spørsmål som skulle styre samtalen. Rekkfølga og korleis spørsmåla vart stilt, endra seg undervegs, slik at eg lettare kunne følge historia informanten fortalte (Kvale og Brinkmann, 2019, s.46). For å gjere det enklare å få kunnskap om praksisen til terapeutane, og for å hjelp dei litt på vegen til å fortelje om sine erfaringar, var ein del av strukturen på intervjuet inspirert av livsformsintervjuet (Haavind, 2019). Ideen med livsformsintervju er at ved å spørje om kva som skjedde i løpet av dagen i går, så skal ein lettare få tak i korleis informanten lever sitt liv og meiningane omkring det som skjer. Intervjuaren er interessert i eit spesielt hovudtema, og fokuserer implisitt på det i intervjuprosessen. Slik vil intervjuaren få kunnskap om fenomenet spesifikt, og om korleis den inngår i heilskapen som fenomenet er ein del av (Haavind, 2019, s.26-29). I mitt tilfelle valde eg å be informantane om å ta

utgangspunkt i korleis behandlingssprosessen med ein familie, som dei valde sjølv, hadde vore. Eg stilte opne spørsmål om korleis behandlinga gjekk føre seg frå dei møtte familien, til kva som skjedde undervegs og mot slutten av løpet. Meininga var at informanten skulle fortelle om si erfaring og det dei såg på som betydingsfullt i behandlingssamanhengen. Ved å gjennomføre intervjuet på denne måten, fekk eg innblikk i korleis terapeutane tenkte om og arbeidde med angsttilstandar og eg lærte av deira erfaringar. Livsformsintervjuet kan bidra til at informanten blir observatør av sine egne erfaringar. Kanskje vart terapeutane også meir bevisste på korleis dei arbeidar og ser samanhengen i erfaringane sine (Haavind, 2019, s.43-46).

Rekrutteringsprosessen og omtale av utvalet

I prosessen med å finne informantar må forskaren finne ut av, og spesifisere kva gruppe ein ønsker å studere. Ein må finne informantar som har ulike erfaringar med det same fenomenet (som skal undersøkast). Forskaren må finne ut kor mange informantar som bør vere med og korleis dei skal rekrutterast. Når det er avgjort, må det gjerast avtalar om og gjennomførast intervju (Magnusson og Marecek, 2015, s.34). Eg ønska å snakke med familierapeutar eller terapeutar – både kvinner og menn – som hadde erfaring frå behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar (utvalskriteria). Eg starta rekrutteringa av informantar med å ringe og sende e-post til potensielle deltakarar. Eg tok kontakt med ulike institusjonar som arbeider med angstbehandling. Mellom dei var ulike barne- og ungdomspsykiatriske avdelingar (BUP), familievernkontor, lågterskel samtaletilbod og andre private praksisar som dreiv med familierapeutisk arbeid. Eg tok også kontakt med fagfolk som dukka opp i litteratur som eg las. Andre vart eg tipsa om av personar som kjenner til fagfeltet. Kontakten med desse institusjonane og enkeltpersonane førte til vidare tilråding av andre moglege informantar. E-posten med invitasjonen vart vidaresendt til aktuelle deltakarar. På den måten gjennomførte eg ein kombinasjon av målretta nominasjonar og snøballmetoden i rekrutteringa av informantane (jf. Magnusson og Marecek, 2015, s.38).

I rekrutteringsprosessen hadde eg ei anna formulering av problemstillinga enn den eg enda opp med. I starten av prosessen var problemstillinga: *Korleis operasjonaliserast systemisk familierapi i behandling av barn og unge med angstdiagnosar?* I prosessen med å finne informantar støtte eg på utfordring med å få personar til å stille opp. Dette handla mellom anna om at ulike BUP-avdelingar formidla at i behandling av angstdiagnosar i BUP, er dei pålagte å bruke KAT som behandling. Dermed hadde dei lite erfaring med systemisk

familieterapi i behandlinga. Elles fekk eg tilbakemelding om at fleire kunne vore aktuelle dersom det ikkje hadde vore spesifikt angstdiagnosen som skulle utforskast. I følge dei eg snakka med, fell angsttilstandar i mange tilfelle saman med andre diagnoser, som t.d. eteforstyrning og autisme. Det var fleire som var usikre på om dei hadde erfaring frå det fenomenet eg ville utforske. Dermed måtte eg revurdere problemstillinga. Eg opna for at barnet eller ungdommen ikkje måtte ha ein angstdiagnose, men at angst eller engstelse var ein del av tilstandsbiletet. Eg bestemte meg også for å utforske familieterapi som heilskapleg tilnærming, og ikkje spesifikt og utelukkande undersøke den systemiske tilnærminga. Med denne endringa var det fleire av dei som i utgangspunktet var usikre på om dei var i målgruppa, som kunne delta i prosjektet likevel.

Då eg tok kontakt første gongen, informerte eg om forskingsprosjektet og om meg som masterstudent. Etter kvart som potensielle deltakarar viste interesse for å delta i forskingsprosjektet, fekk dei tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring, som skulle signerast før intervjuprosessen starta. I samtykkeskjemaet informerte eg blant anna om at deltaking i prosjektet var frivillig, at dei kunne trekke seg når som helst. Vidare at intervjuet ville bli tatt opp på bandopptakar og at det blei oppbevart fram til prosjektet vart godkjent i eksamineringa. Informantane fekk same informasjon munnleg, like før intervjuet.

Med tanke på at det var litt utfordrande å få tak i informantar, vart dei som takka ja, inkludert i utvalet, viss dei var innanfor utvalskriteria. Eg enda opp med totalt ni informantar. Informantane ønska hovudsakleg å delta i forskingsprosjektet fordi dei ville bidra i utdanninga til komande familieterapeutar. Dei har interesse for tema, og synest at det var kjekt å snakke om. Dei ni informantane er to menn og sju kvinner i alderen 38-73 år. Informantane har anten mastergrad (3) eller vidareutdanning/spesialistutdanning i familieterapi (6). Fire av informantane er utdanna kliniske sosionomar, tre er utdanna barnevernspedagogar, ein er utdanna sjukepleiar og ein har mastergrad i spesialpedagogikk. To av informantane arbeider innanfor ein lågterskel familieterapeutisk teneste, tre andre arbeider i spesialisthelseteneste for ungdomspsykiatri. Tre informantar har lang erfaring frå BUP. To av dei driv no privat praksis og underviser i familieterapi. Den tredje er familierettleiar i barnevernstenesta. Ein informant har lang erfaring som familierettleiar i barnevernstenesta og er no i familievernet. Denne bakgrunnsinformasjonen om informantane skal ikkje brukast i analysen av materialet, men eg omtalar det for å vise at eg har lagt vekt på variasjon i informantgruppa for å unngå 'biased' svar. Dersom utgangspunktet til

informantane var for likt, kunne det tenkast at det ville påverke svara i for stor grad til at datamaterialet var bra nok som grunnlag til å drøfte problemstillinga (Jacobsen, 2015, s.239). Alle informantane hadde arbeidd eller arbeider med barn og ungdom i skulealder (6-18 år). Eg kjem til å bruke omgrepet barn om både barn og ungdom, fordi ein juridisk er barn til ein er 18 år, vert ein som regel også omtalt som barnet/barna når det er snakk om relasjon til foreldra, sjølv om ein er i ungdomsåra. Eg kjem også til å bruke omgrepet foreldre, sjølv om kanskje det ikkje alltid er snakk om biologiske foreldre, og fordi informantane brukte omgrepet. Dette er for å forenkle språket.

I planlegginga av intervjuet opna eg for fleire alternative tidspunkt og stader for gjennomføring. Det var i stor grad opp til informantane både når og kvar intervjuet skulle gjennomførast. Sju intervju vart gjennomførte på arbeidsplassen til informantane, og to intervju vart gjennomført via Zoom. Årsaka til at nokre av intervjuet vart gjennomførte på Zoom, var pga. koronapandemien og smittvernomsyn, og pga. stor avstand. Både dei to informantane og eg hadde omfattande erfaring med digitale møter og samtalar, og mi vurdering er at desse intervjuet langt på veg gav like verdifulle samtalar som dei der vi møttes fysisk. I alle fall er det ikkje noko som tyder på at data frå desse intervjuet ikkje har god nok kvalitet til å vere fullverdig del av empirien.

Gjennomføring av intervju

Eg starta intervjuet med å informere om fritt og frivillig samtykke og høvet til å trekke seg frå prosjektet dersom ein ønska det. Vidare fortalte eg litt om meg som person og forskar, og gav eit innblikk i føremålet med og opplegget for studien. Eg formidla eit ønske om eit ope intervju, som hadde meir preg av ein samtale enn intervju. Sjølv om intervjuet skulle vere ope, og semi-strukturert, hadde eg ein intervjuguide som eg følgde nøye i starten. Etter kvart som eg vart meir trygg og erfaren og hadde intervjuguiden meir inne, forholdt eg meg friare til den og brukte den mest for å halde i strukturen på intervjuet.

Intervjuet vart gjennomførte i perioden august til oktober 2021. Det første intervjuet var som eit prøveintervju. Eg fekk prøvt ut intervjuguiden og intervjusituasjonen og elles gjort erfaringar som eg tok med til det neste intervjuet. Intervjuet er likevel eit fullverdig intervju og resultatane inngår i datamaterialet på line med dei andre intervjuet. I utgangspunktet såg eg føre meg at intervjuet skulle i omlag 45 minutt til ein time. Eg erfarte at tida det tok varierte frå person til person. Somme hadde mykje å fortelje og intervjuet kunne vare opp mot 1,5

time. Andre svarte konkret og kort på spørsmåla og vi prata i underkant av ein time. Når eg merka at informanten hadde mykje å formidle, og tida vart knappare, avklara eg med informanten om vi kunne holde på utover tida som var sett opp. Dersom dei hadde mindre tid, prøvde eg, på ein høfleg måte, å be dei om å svare så konkret som mogleg på spørsmåla.

Det var døme på at spørsmåla ikkje trefte alle informantane like godt. Når det skjedde vurderte eg om eg skulle ta bort spørsmålet, men så prøvde eg igjen hos neste informant og då fungerte det. Difor bestemte eg meg for å halde fast på intervjuguiden, og heller akseptere at enkelte spørsmål ikkje var like opplagde for alle å svare på. Det skjedde blant anna ved spørsmålet: *Korleis reflekterer du rundt/grunnir/forstår din eigen praksis/tankegang med denne familien? Tenker du alltid slik eller er dette spesielt for denne familien?* Det verka som at det var vanskeleg for informantane å forstå. I tillegg hadde eg fleire spørsmål som likna litt på dette, eller som i alle fall fekk fram kva informanten meinte om det same temaet. Det gjaldt opningsspørsmåla: *Kva tilnærming har du til arbeidet? Kvifor er det ei aktuell tilnærming i ditt arbeid? Kva vurdering ligg til grunn for å velje ei slik tilnærming eller tenke slik i behandlinga?* og spørsmåla frå hovuddelen av intervjuet: *Korleis utøva du den systemiske tankegangen i behandlinga med denne familien? Kva gjorde du? Ev. korleis utøver du din tankegang i behandlinga? Kva var det viktigaste du la vekt på for å få gjennomført behandlinga? Er dette alltid det viktigaste for deg eller gjaldt det spesielt for denne familien?* At nokre spørsmål til dels omhandla det same, førte til at informantane i tilknytning til nokre spørsmål viste til at dei hadde vore inne på det same tidlegare i samtalen. Sjølv om det ideelt sett burde vore unngått, meiner eg at det ikkje svekka samtalen. Når det er eit relativt avgrensa fenomen som er tema i undersøkinga, er det kanskje ikkje til å unngå at eit spørsmål i første del av intervjuet fører samtalen inn på eit spor som også er relevant for spørsmål som er skisserte i andre deler av ein intervjuguide.

Transkribering

Gjennom transkribering vert samtalen eller intervjuet omgjort frå munnleg til skriftleg form intervjuet vert strukturert på ein måte som er betre eigna for analyse, og struktureringa vert i seg sjølv ein start på analysen (Braun og Clarke, 2006, s.87; Kvale og Brinkmann, 2015, s.207). Eg transkriberte intervjuet sjølv, og det vart gjort like etter kvart enkelt av intervjuet. Då lærte eg også litt om min eigen intervjustil, vart bevisst mi rolle i intervjuet og kva eg eigentleg fekk ut av intervjuet (jf. Kvale og Brinkmann, 2015, s.207). Transkriberinga var ei tidkrevjande oppgåve, men det var svært lærerikt og eg vart godt kjend med datamaterialet.

Eg oppdaga kva eg hadde fått ut av intervjuet og begynte å ane eit mønster i datamaterialet og av resultatane. I transkriberinga vart personopplysningar, som namn, by, arbeidsplass osv. anonymiserte. For å få flyt i presentasjonen av resultatane og gi eit personleg preg på dei informantane formidla, fekk informantane fiktive namn. Desse er: Live, Elsa, Jon, Lars, Ingrid, Marie, Inga, Pernille og Anna.

Analyse av datamaterialet

Eg valde å gjere ein tematisk analyse. Det inneber å sjå etter data med viktige fellestrekk og å gruppere desse i tema eller kategoriar. Målet er at dei forskjellige kategoriane til saman skal bidra til å svare på problemstillinga (Johannessen, Rafoss og Rasmussen 2018, s.279).

Inspirasjon til analysen er henta frå dei ulike fasane som Braun og Clarke (2006) har beskrive i sin guide til gjennomføring av tematisk analyse. Kategoriseringa, eller tematiseringa, er gjort med ein kombinasjon av både deduktiv og induktiv metode. Det vil seie at eg både har kategorisert, eller tematisert utifrå 'fakta' i datamaterialet, men også i lys av det eg veit frå før, altså teori (Braun og Clarke, 2006, s.83).

Første og andre fase

Braun og Clarke (2006, s.87-88) beskriver at første og andre fase i analyseprosessen handlar om å 'bli kjent' med datamaterialet og å lage lister over tankar om innhaldet og idear om kva som er interessant med det. Å transkribere intervjuet, lese over datamaterialet fleire gongar og notere ned tankar ein får, er måtar å verte kjent med datamaterialet på. Etter transkriberinga, las eg over eitt og eitt intervju, og markerte og noterte ned det eg meinte var viktig, relevant og interessant. Eg skreiv ei oppsummering av notatane, og eg kunne allereie sjå likskapar og eit slags mønster i datamaterialet. Eg hadde begynt med *koding* (Braun og Clarke, 2006, s.88). Eg laga overordna tema i form av spørsmål basert på det eg meinte at eg hadde funne ut noko om, og leste over alle intervjuet på nytt med spørsmåla framføre meg. Data frå kvart enkelt intervju vart brukt til å svare på spørsmåla. Slik organiserte eg datamaterialet i grupper. I malen hadde eg følgjande spørsmål: *1. Korleis tenker familierapeutane? Kva er dei overordna prinsippa dei arbeider etter? Kva forståing har dei? 2. Forståing av angst/engstelse. 3. Haldningar som familierapeut 4. Kva prøvar familierapeutane å få til? Kva er det dei vil oppnå? 5. Korleis gjer dei familierapi i praksis?* Eg delte så kvart spørsmål inn i eigne dokument, og samla alle 'svara' frå dei ulike intervjuet på spørsmålet i same dokument. Det vart også utforma underkategoriar til kvar hovudkategori. Slik begynte kodinga/kategoriseringa å nærme seg ulike tema.

Tredje fase

I tredje fase skal ein sortere dei ulike kodane i potensielle tema (Braun og Clarke, 2006, s.89). Når dette er gjort, skal kodane analyserast og forskaren skal vurdere korleis kodar kan kombinerast til å danne overordna tema. Eg studerte kvart dokument med dei ulike kategoriane og las igjennom og flytta på underkategoriar, sette nye namn eller overskrifter på kategoriar og prøvde å samle kategoriar og gjere materialet meir strukturert. Eg var usikker på kva som var den mest logiske kategoriseringa av funna, og tok dette som eit teikn på at spørsmåla eg hadde brukt i kategoriseringa kanskje ikkje var i samsvar med problemstillinga. Dermed måtte eg tenke nøye igjennom kva problemstillinga var, og eg måtte tenke annleis. Eg var til dels tilbake i andre fase. Resultatet av denne delen av analysen vart sju tema, som vart utleidde med grunnlag i det eg meinte eg hadde funne ut, men også ved å bruke kunnskapen frå teoriar om familierapeutiske metodar. Problemstillinga er: *Korleis forstår og arbeider familierapeutar med familierapi i behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar?* Dei sju tema som vart utleidde gjennom første fasane av analysen er: *1. Systemisk forståing, 2. Audmjuk terapeut, 3. Utforsking av angsttilstanden, 4. Utforske samspel og samanhengar, 5. Normalisere det å ha det vanskeleg, 6. Ansvarleggjering av familien og deira ressursar og 7. Nye erfaringar og alternative historier/nye og alternative forståingar.* I datamaterialet har eg funne døme på både forståingar og utøvingar av familierapi. Eg har kome fram til at det er nødvendig å seie noko om kva forståing familierapeutane har, for å kunne forstå kvifor dei utøver arbeidet sitt som dei gjer. Eg meiner at korleis terapeutar forstår familierapi som prinsipp (teori), heng saman med måten dei utøver terapien på.

Fjerde fase

I fjerde fase gjer ein ulike vurderingar av tema: om det kanskje høyrer til under eit anna tema, eller om det må delast inn i fleire tema (Braun og Clarke, 2006, s.91). Sjølv om eg vart meir tilfreds med tema eg kom fram til i tredje fase, enn tema eg vurderte i andre fasen, innsåg eg at namn på tema måtte endrast og eit par tema kunne bli slått saman. Etter fjerde fase i analysen hadde eg følgande seks tema: *1. Systemisk og sirkulær forståing, 2. Audmjuk terapeut, 3. Utforsking av angsttilstanden (problemet), 4. Normalisere det å ha det vanskeleg, 5. Ansvarleggjering av familien og deira ressursar, og 6. Nye erfaringar og alternative historier/nye og alternative forståingar.*

Femte og sjette fase

I femte fase identifiserer ein essensen i kvart tema (Braun og Clarke, 2006, s.92-93). Når eg begynte med å skrive ut resultatata med utgangspunkt i dei seks tema, oppdaga eg på nytt kva resultatata faktisk handla om, og eg definerte og sette namn på tema/kategoriene på nytt. Eg var i femte og sjette fase til dels på same tid. Det endelege resultatet vart som følger:

Angsttilstandar som systemisk og mellommenneskeleg fenomen	Å skape tryggleik	Å ha eit relasjonelt perspektiv på angsttilstanden	Å utforske problemhistoria	Å ansvarleggjere familien	Å mobilisere ressursar
Angsttilstandar vert synlege i møte med omverda	Å gi plass til barnet	Menneske kan berøre og hjelpe kvarandre med sine historier	Å bli kjent med angsttilstanden	Å setje familien i ekspertposisjon	Å vere på skattejakt
Å unngå framandgjerande skildringar			Å utforske samspelsmønster	Å gjenopprette naturlege grenser mellom foreldre og barn	Positivt språk skaper handlingsrom
				Å ta plass i førarsetet	Gjereprosjekt og utforsking gir nye erfaringar

Etikk

I forskning er det nødvendig å vurdere etiske sider ved forskingsprosjektet. Det gjeld mellom anna utforminga av prosjektet, innhentinga av informasjon og behandlinga av datamaterialet. Etiske sider ved utforminga og gjennomføringa av prosjektet handlar mellom anna om å få samtykke frå dei som skal delta i studien, sikre konfidensialitet og vurdere mulige konsekvensar studien kan ha for intervjupersonane (Kvale og Brinkmann, 2015, s.97). I heile forskingsprosessen, frå første kontakt, i intervjuet, analysen og presentasjon av resultat og i drøftinga, har eg vore opptatt av å behandle informantane og det dei har sagt med respekt. Allereie då eg kontakta informantane første gongen fekk dei informasjon om studien og om kva det innebar å delta, dette gjentok eg også då vi møttes til intervju. Somme informantar gav skriftleg samtykke, andre munnleg. Intervjua vart tatt opp på bandopptakar. Lydfilene frå intervjuet og dokument med personopplysningar om informanten, slik som samtykkeskjema, vart oppbevarte på ein ekstern minnepinne. Materialet på den eksterne minnepinnen vil bli oppbevart der fram til masteroppgåva er blitt vurdert og masterutdanninga er fullført. Etter dette vil all informasjon bli sletta. På den måten har eg sikra konfidensialitet i prosjektet. I transkripsjonen vart opplysningar, slik som namn på arbeidsplass, kommune, eller annan identifiserbar informasjon, anonymisert.

Mi vurdering er at det ikkje er fare for at studien kan ha uheldige konsekvensar for informantane. Eg har ikkje snakka med personar i sårbare situasjonar og tema for samtalen kan heller ikkje oppfattast som spesielt kritiske/vanskelege. Eg intervjuar familieterapeutar om deira daglege virke og om deira vurderingar av eige arbeid. I forskingsarbeidet ville eg komme til å hente inn personopplysningar om informantane, det vil seie informasjon som namn, yrke, alder, arbeidsplass og annan informasjon som kunne kome fram i løpet av intervjuet. Når ein skal gjennomføre forskingsprosjekt der ein innhentar opplysningar, som direkte eller indirekte kan identifisere personar, må det meldast inn til Norsk senter for forskingsdata (NSD). Mitt prosjekt var i den kategorien, og måtte meldast til NSD. For å ivareta informantane si teieplikt, gjorde eg det tydeleg at eg var interessert i familieterapeutane sine refleksjonar og forståingar rundt **behandlinga** av familien (jf, Haavind, 2019), og at eg ikkje var ute etter informasjon om den konkrete familien i seg sjølv. Terapeutane har fortalt om praksis med personar, men dei har ikkje formidla kjenneteikn ved desse personane som gjer at eg, eller dei som les oppgåva kan identifisere dei. Eg stilte ingen spørsmål som tilsa at terapeutane skulle fortelje noko sensitivt om personane eller om familien frå A til Å. Formidling frå arbeidet med familiane skulle brukast som døme på korleis terapeuten hadde tenkt i sitt arbeid. Det var terapeuten sine refleksjonar eg var ute etter. I ein slik fortelling så kan det skje at sensitiv informasjon kan bli fortalt, men det skjedde ikkje i mine intervju. Dersom det hadde skjedd så ville eg behandla det på ein måte som gjorde at det ikkje hadde kome fram. Det ville blitt anonymisert og behandla med stor respekt.

Kvaliteten på studien

For å kunne stole på funna og for at konklusjonen skal vere gyldig, må kvaliteten på studien vurderast (Jacobsen, 2015, s.228). Det er omdiskutert om omgrepa *reliabilitet* (pålitelegheit) og *validitet* (gyldigheit), som brukast i kvalitetssikring av kvantitativ forskning, er relevante å bruke i kritiske vurderingar av kvalitative studiar (Jacobsen, 2015; Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2021). I kvalitative studiar gjer ein vurderingar av *intern gyldigheit*, som går ut på om det er samsvar mellom verkelegheita og forskaren si beskriving av den. Ein gjer vurdering av *ekstern gyldigheit* som handlar om resultatata frå forskinga kan vere nyttige i ein annan samanheng (Johannessen et al. 2021, s.256-259). Ein gjer også vurderingar av om forskaren har klart gjort rolla han har hatt i studien (*truverde*), og om det er trekk ved gjennomføringa av studien som har skapt resultatata som er framkomne (*pålitelegheit*)

(Jacobsen, 2015, s.241, 247). I dette avsnittet kan eg seie noko om kva eg har gjort for at studien skal vere gyldig og til å stole på, og vise til sterke og svake sider ved studien.

Eg har intervjuja familieterapeutar som har erfaring med familieterapi i angstbehandling og fått deira beskrivingar av korleis familieterapi vert utøva i den samanhengen. Slik er det samanheng mellom forskinga og problemstillinga: *Korleis forstår og utøver familieterapeutar familieterapi i behandling av angsttilstandar hos barn og unge?* I metodekapitlet har eg synleggjort val og refleksjonar som er gjort i rekrutteringa, konteksten for intervjuet, intervjuforma, transkripsjonen, analysen og av resultatata (jf. Fangen, 2010, s.239-249; Jacobsen, 2015, s.231-234). Eg har vist kva eg gjorde for å sikre at feil ikkje skulle oppstå i innsamlinga av data: Eg tok opp intervjua på bandopptakar og transkriberte så ordrett som mogleg alt som blei sagt i intervjua. Analysen av datamaterialet var ein omfattande og nøye prosess, der eg gjorde mange revurderingar undervegs. På den måten såg eg korleis resultatata har forandra seg utifrå det. Det er likevel ein risiko for at eg kan ha bevega meg bort frå kjeldene og at eg har lagt inn egne meiningar og fordommar (jf. Jacobsen, 2015, s.233). Som beskrive, har eg tatt grep for å unngå det i så stor grad som mogleg. Andre har lese over analysen og på den måten bidrege til kvalitetssikring av den. Eg kunne ha gjennomført ei respondentvalidering for å undersøke og forsikre meg om at informantane kjente seg igjen i resultatata (Jacobsen, 2015, s.234), men dette valde eg å ikkje gjere fordi det ville blitt for omfattande for denne studien. I studien har eg brukt meg sjølv som instrument. Difor er det nesten umulig å ikkje la personlege prosessar påverke korleis ein ser på og tolkar eit fenomen, og det vil difor vere vanskeleg å seie om andre vil kunne finne ut det same som meg. Utgreiinga av vala eg har gjort, kan bidra til å auke pålitelegheita til studien, og det gjer at eksterne kan følgje og vurdere vala som er tatt i undersøkingsprosessen (Johannessen et al., 2021, s.259).

I kvalitative studiar er et vanskeleg å seie om funna kan generaliserast (jf. Jacobsen, 2015, s.238), men studien kan kanskje vere eit lite bidrag av kunnskap til korleis familieterapi kan brukast i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. I presentasjonen av resultatata kjem det fram døme frå datamaterialet som dannar grunnlaget for resultatet. Drøftinga vil vise korleis resultatet kan bli forstått i lys av tidlegare forskning og omgrepa eg har gjort greie for i teoridelen (jf. Fangen, 2010, s.252).

Det kan vere at valet av omgrepet ‘familieterapi’ er eit for vagt omgrep i ein forskingssamanheng. Det vart tydeleg for meg når eg skulle leite etter forskning på tema, for det fantes lite forskning på ‘familieterapi’ i angstbehandling. Det er truleg fordi familieterapi ikkje er ein metode i seg sjølv, men representerer fleire forskjellige metodar. Dette vil kanskje vise seg å vere ei svak side ved min studie – at familieterapi ikkje er nokon metode og at studien hadde hatt større gyldigheit dersom eg hadde studert ei bestemt tilnærming. Som eg har vist i metodekapitlet, hadde eg i utgangspunktet systemisk familieterapi som studieobjekt, men det var som sagt vanskeleg å finne familieterapeutar som kunne seie at dei arbeidde etter den systemiske tilnærminga. Dette gjorde at eg valde å bruke omgrepet familieterapi. Som eg skal vise i diskusjonen, er det få av familieterapeutane som arbeider etter ein bestemt metode. Dei fleste arbeider eklektisk og ein ser tydeleg at familieterapeutane brukar element frå fleire forskjellige familieterapeutiske tilnærmingar. Dette kan bidra til å vere eit argument for å bruke ‘familieterapi’ som både omgrep og metode.

Kapittel 4: Resultat

I kapitlet vert resultatene presenterte. Resultatene eg vel å omtale her, er dei som etter mi meining eignar seg best til å svare på problemstillinga: *Korleis forstår og utøver familierapeutar familierapi i behandling av angsttilstandar hos barn og unge?*

Angsttilstandar som systemisk og mellommenneskeleg fenomen

«Menneske fungerer ikkje i eit vakuum, alt vi gjer, gjer vi i relasjon til noko [...], og det skjer alltid i ein eller annan form for kontekst, i eit eller anna miljø i ei eller anna tid, ein eller annan stad». Dette sitatet frå Inga illustrerer eit viktig funn i min studie, om at familierapeutane såg på angsttilstandar som eit systemisk og mellommenneskeleg fenomen, mellom anna i form av at det blir synleg i møte med omverda. Familierapeutane fortel om ei haldning om at menneske er del av større og mindre system. Samspele mellom desse systema påverkar kvarandre i eit gjensidig samspel heile tida. Opplevingar, kulturar, kontekstar og relasjonar verkar inn på identiteten til menneske, det har betydning i alt ein gjer. Med utgangspunkt i det, meiner også familierapeutane at problem, som angsttilstandar, oppstår mellom menneske og at det er eigenskapar ved samspelet og i relasjonane, som skaper problem. Anna, seier det slik: «Eg tenker at problem, menneskelege problem, likar eg å tenke at det ligger mellom oss i større grad enn inni oss. For ligger noko mellom oss, så har vi større sjanse til å gjere noko med det». Nokre terapeutar la likevel vekt på at det også er individuelle eigenskapar som gjer at somme menneske er meir sårbare for å utvikle angsttilstandar enn andre.

Nokon av familierapeutane peika på korleis angsttilstandar kunne vere ein reaksjon på ein belasta situasjon i familien, eller var uttrykk for eit løysingsforsøk i ein vanskelig situasjon for familien. Det tilseier ein idé om at det er noko i samspelet og i relasjonane i familien som gjer at angsttilstanden kjem til uttrykk hos barnet. Enkelte terapeutar fortel om fleire døme på at angsttilstanden blir ein del av eit fastlåst samhandlingsmønster i familien. I eit slikt fastlåst mønster kan familien som heilskap utvikle unngåingsåtfærd. Det skjer fordi enkeltmenneske og familiar ofte blir verande i den tilstanden eller organiseringa som kjennest trygg og minst 'farleg' eller vanskeleg. Dersom barnet opplever at foreldra er redde, så vil det smitte over på barnet. Slik kan det oppstå ein sirkulær sjølvforsterkande prosess i familien. Foreldra prøvar å hjelpe barna til å meistre, men på dei punkta der barnet viser angst prøvar foreldre å bidra til at barna ikkje skal få angst. Såleis er foreldra med på å oppretthalde tilstanden. Jon uttrykte

det slik:

[...] Foreldre som er veldig involverte i barnets liv [kan bli som ein] membran for engstelse, som ligg der og som dei transporterer vidare til seg sjølv og andre [...]. [...] Så viss barnet sender ut eit signal om at 'eg er redd', så blir forelderen utrygg på det her, og den utryggleiken smittar over på barnet, og så har du det gåande, så blir det ei sånn sjølvforsterkande effekt i familien.

Blant familieterapeutane vart det også snakka om korleis utfordringar i parforholdet eller i foreldrerolla kunne gjere barn utrygge. Resultatet kan bli at barnet vert symptomberar for eit 'problem' som ligg hos foreldra. Anna kom med eit døme på eit barn som viste mykje sinne heime, og der foreldra streva med å handtere dette og dei svikta kvarandre i situasjonane. Det viste seg at barnet var engsteleg for at foreldra skulle gå frå kvarandre. Utan at det var uttalt av foreldra, var det faktisk slik at foreldra vurderte å gå frå kvarandre. Terapeuten skildra korleis sinneutbrotet hos barnet fungerte som ein test på om forholdet mellom mor og far heldt, fordi det var då barnet fekk mest inntrykk av at dei kom til å gå ifrå kvarandre. I terapien jobba terapeuten i lag med foreldra utan at barnet var der. Ho prøvde å bidra til at dei ser på kvarandre som eit team. Når dei etterkvart klarte det, vart barnet rolegare. På den måten viser Anna korleis det å jobbe med eit parforhold og styrke foreldrerolla, kan føre til endringar hos barn.

Angsttilstandar vert synlege i møte med omverda

Nokre av familieterapeutane la vekt på korleis forventningar i samfunnet påverkar korleis ein er som barn eller foreldre, og at det kan føre til problem. For det første er skapt mange forventningar til kva ein skal klare som barn - korleis ein skal vere og kva ein skal kunne i ein viss alder. Dersom barn opplever at dei ikkje lever opp til desse forventningane, kan det bli eit nederlag, eller endå vanskelegare for barnet å meistre. Berre det at barna veit om at desse forventningane finst, kan gjere at barna blir engstelege. For det andre har også foreldra tilgang på ei utal utsjekkingar om kva som er riktig og galt å gjere som foreldre, og om kva som skal til for å legge til rette for at barna utviklar seg til å bli friske barn som klarer seg godt. I sosiale medier, ymse litteratur osv. er det både fagfolk og 'folk flest' som uttalar seg om foreldredrolla og korleis den bør utøvast. Slike forventningar kan gjere at foreldre kan kjenne seg avvikande og mislukka, dersom dei ikkje får til å vere forelder på måtar som er i tråd med forventningar som kjem til uttrykk i samfunnet. Det er altså i møte med andre menneske og

system at symptom vert synlege – og dermed blir eit problem. Lars oppsummerer tankegangen slik:

[...] Psykiatriske diagnosar blir jo aldri synlege før ein møter andre menneske, du kan godt bu i ei hule og prate med grøne menn frå Mars, det er jo uproblematisk viss du ikkje synest det er plagsamt. Det er jo når du skal inn i ein skule- eller jobbsituasjon at det blir corny eller vanskeleg at dei andre ser rart på deg. Sånn er det jo med angst også, for mange er jo trygge i heimen, men vi skal få dei ut av den situasjonen og då er det ganske tydeleg at det er systemisk. [...] Det er nokon påverknader [der 'ute'], det er ikkje berre kva som skjer inni hovudet. Det er møtet med omverda som gjer at menneske blir engstelege eller deprimerte.

Å unngå framandgjerande skildringar

Nokre av familieterapeutane gir uttrykk for at normative skildringar av problem, t.d. i form av diagnosar, ikkje vert lagt til grunn i arbeidet dei gjer: «Eg tenker liksom ikkje at eg forhold meg annleis til barn med uttalt prega bekymring eller redsel, enn dei som viser sinne da i overfor foreldra sine», sa Pernille. Det er dei systemiske ideane og korleis angsttilstandar og andre problem oppstår mellom menneske, som er den rådande haldninga i fleire av familieterapeutane sitt arbeid. Nokre terapeutar hadde ei oppleving av at diagnosar fører med seg eit individfokus og ein bestemt måte å hjelpe på, som er uheldig. Å legge stor vekt på diagnose kan føre til at problema ein har blir spesielle, og det påverkar forholdet ein person får til seg sjølv og det ein strevar med. Det skapar eit fokus på avvik eller feil hos personen, og personen kan kjenne seg unormal. Andre familieterapeutar brukte psykoedukasjon eller annan normativ kunnskap om t.d. barns utvikling, for å hjelpe familien eller barnet med å forstå meir av seg sjølv og sin situasjon. Inga uttrykker det på denne måten:

Når eg har valt ei familieterapeutisk vinkling, så tek eg inn ein del psykoedukasjon, som eg hentar frå blant anna kognitiv åtferdsterapi, som dei byggjer ein del på. Ofte utvidar eg med korleis dette opplevast for dei, korleis det ser ut for dei, korleis det utspelar seg og korleis det verkar inn, så eg brukar jo heile det spekteret av måtar å snakke rundt på, så det ikkje blir eg som veit korleis dette er. Heller ei sånn utforskande og undrande tilnærming, og heller då seier at dette er ei utforsking som vi rett og slett må gjere saman.

Somme familierapeutar legg altså ikkje vekt på diagnosar i familierapi, der det er tilfelle av barn med angst, med begrunning i at det kan vere framandgjerande. Andre brukar kjenneteikn ved diagnosar som et inntak til at foreldre og barn skal forstå korleis vanskar og uheldige tilstandar kan oppstå. Også her kan ein argumentere for at dei ikkje brukar skildringane på ein måte som er framandgjerande, men heller på ein måte som gjer at foreldra og barnet skal forstå og 'bli kjent' med angsttilstanden.

Å skape tryggleik

Familierapeutane var på ulike måtar opptekne av å skape eit trygt rom for familiar i terapi, Live sa følgande: «Så eg vil jo også der gjere veldig mykje for at dei skal føle tryggleik eller ivaretaking, eller at det skal vere best mulig for dei også å vere her da». Ein av terapeutane la vekt på at det aller viktigaste i møte med barn og ungdom med angsttilstandar, er å skape tryggleik. Terapeuten snakka om korleis angsttilstandar gir seg utslag i eit ønske om forlate ein situasjon eller gøyme seg bort. Difor må barnet få bruke sine skjermingsmetodar og fluktruta måtte vere openbar: døra i terapirommet må vere open – det må vere ein veg ut, og barnet vert ofte plassert nærast døra. For Jon handla tryggleik om å gi plass til foreldra, gjere det mogleg for alle å bli kjende på nye måtar og la dei fortelje si historie om eige liv. Han var også opptatt av å bygge ned forventningar om raske endringar, og snakka med familien om å sjå føre seg eit lenger perspektiv og bruke tida som er nødvendig for å få til endring: «Vi må gå ved sida av og ikkje dra og hale og dytte [...], eg prøvar å avstresse nok til at det spreier seg på en måte ei sånn god atmosfære og tryggleik i eit rom da».

Pernille prøvde å skape tryggleik ved å ha ei tydeleg innramming av samtalen, og snakke om korleis ein skal snakke saman: rett på subjektiv oppleving, og at terapeuten passar på at alle får snakke. Somme terapeutar snakka med familien om kva endring familien ønska seg og om korleis dei skulle kome dit, etterspørje det og legge vekt på kva som er meir/mindre hjelpsam i terapien. Nokre terapeutar var opne overfor familiarne om korleis dei arbeidde og ikkje ha skjult agenda. Det er viktig å snakke om korleis det er å få hjelp og om maktforholdet mellom hjelper og familie. Jon seier det slik: «Det er eit stort poeng å møte dei eventuelle førestillingane med noko nytt, som gjer at dei kan senke skuldrane, snakke meir nytt, senke tempoet, bruke litt tid på dei innleiande samtalane. Litt sånn joining-fase eigentleg, [...] frå Minuchin». Å skape tryggleik for dei som er i familierapi er sentralt for familierapeutane, og vert opplevd som nødvendig for vidare framdrift i behandling. Tryggleik vert prøv skapt

både gjennom fysisk, psykisk og sosial god innramming av samtalesituasjonen.

Å gi plass til barnet

Fleire av familieterapeutane bruker å ha barna og foreldra saman i terapien. Dette var det ulike årsaker til. Nokre terapeutar fortalde om korleis dei ofte starta behandlinga med foreldre og barna saman, fordi foreldra då kunne fortelje om kva dei set pris på ved barnet, slik at både barnet og dei sjølve kan høyre det. Som regel er det eit godt utgangspunkt for terapi å starte med å snakke om noko som er bra/som fungerer. Terapeutane meiner at det gir barna eit tryggare fundament for resten av terapiløpet. Eit anna viktig poeng med å starte med det som er positivt/bra, er at det kan bidra til å fjerne skuld og skam frå barnet. Det er eit mål at barnet ikkje skal tru at det er den redde som lagar trøbbel i familien og må fiksast på.

Å gi barnet ein spesiell plass i terapien, er vanleg blant terapeutane. Marie sa at sjølv om ho var på lag med alle i familien, så gav ho som regel ekstra merksemd til barnet.

Familieterapeutane la ekstra til rette for at møtet skulle bli så bra som mogleg for barna. Det handla om å anerkjenne og respektere barnet, og å ta barna på alvor. Barn si stemme eller meining er like gyldig, relevant og viktig som meiningane til dei andre i terapirommet. Ved å ha familien samla i terapien, kunne barnet få snakke og seie meininga si på ein måte som foreldra kanskje ikkje hadde høyrte før. Terapeutane hadde mange døme på at foreldra vart overraska over meiningane til barnet, og at dei fekk ei ny forståing av barnet når det gav uttrykk for erfaringar og opplevingar i ein annan kontekst enn det foreldra var vande med. Det fører ofte til at foreldra vert meir engasjert i barna, og får nye perspektiv på korleis situasjonen kan handterast. For å sette familien i lytteposisjon til kvarandre, stilte terapeutane sirkulære spørsmål. Der bad dei foreldra sette seg inn i korleis situasjonen er for barnet.

Pernille sa t.d. : « ‘Korleis trur du det var for ‘Truls’ i den situasjonen?’ Ved at barn erfarer at foreldre prøver å sette seg inn i korleis barn har det, blir det tryggare for barna også å seie noko». Foreldra kunne forstå meir av kva barnet hadde behov for i ulike situasjonar og møte behova på ein betre måte enn dei hadde gjort før. Pernille illustrerte det slik: «Ved at forelda klarte meir å fokusere på henne, at ho fekk åleineid og såg at ho hadde sine spesielle behov da, så tenker eg at det også reduserte trykket knytt til redsel og bekymring da». At terapeutar som skal hjelpe familiar der det er barn med angsttilstand, let barn ha ei sentral rolle i terapien, kan verke opplagt. Det er verdt å legge merke til at barn får ei sentral stemme særleg for at det skal bidra til at foreldra erkjenner og vert bevisste si eiga rolle i den situasjonen som har oppstått, og at deira ansvar og rolle også er viktig for positiv endring.

Å ha eit relasjonelt perspektiv på angsttilstanden

Familieterapeutane ønsker som regel å ha heile familien i terapirummet. Det handla mellom anna om å auke forståinga av korleis angsttilstanden arta seg, og om at familien kjem i lytteposisjon til kvarandre og vert bevisste på korleis dei verkar inn på kvarandre. Nokre terapeutar meiner at det ikkje alltid er mogleg eller føremålstenleg å ha familien samla i terapi. Relasjonsperspektivet var likevel viktig i samtalane, og det var døme på at terapeutane trekte andre familiemedlemer inn i samtalen med éin familiemedlem, sjølv om dei andre ikkje var fysisk til stades. Det kunne gjerast ved at dei som var med i rommet skulle førestille seg at ein person - som ikkje var i rommet – sat i ein av stolane. Dei som var i rommet skulle gjette kva vedkomande ville sagt og meint om det dei snakka om. Terapeutane var på ulike vis også opptatt av å involvere systema rundt familien, både for å auke forståinga av angsttilstanden, og for at fleire skal kunne bidra i endringsprosessen og at endringa kan bli varig. Eit sitat frå Elsa kan illustrere det:

Å samle folk som har noko med denne ungdomen og denne familien å gjere da. [...] Så det å tenke systemisk heilt frå starten da, [...] så er det mange krefter som kan vere med på å ha forskjellige roller i denne 'tilfriskinga' eller forandringa.

For terapeutane handla dette om å auke måtane å forstå på. Dei meiner at alle som kan ha noko å seie om angsttilstanden må med, slik at ein kan forstå heile kompleksiteten når ein møter barn og unge med vanskar. Å styrke samarbeidet og kommunikasjonen mellom ulike system, t.d. mellom foreldre, skule og helsesjukepleiar, vart framheva som viktig. Nokre terapeutar var opptatt av at alle involverte partar og hjelpeinstansar måtte vere med og dra 'lasset' eller 'løfte' samtidig. Dersom ein skal få til noko i t.d. skulesamanheng, må ein samarbeide med skulen og finne ut: Kva kan foreldra bidra med? Kva kan skulen bidra med? Dersom alle involverte partar har ei felles forståing av korleis angsttilstanden artar seg, og om kva som er blitt snakka om for å få til endring, kan partane støtte kvarandre og bygge kvarandre opp slik at endringa vert meir kraftfull.

Menneske kan berøre og hjelpe kvarandre med sine historier

Somme familieterapeutar var opptekne av å skape refleksjonar rundt at det ikkje er uvanleg å vere redd eller engsteleg. I terapien vart det snakk om for å redusere kjensler hos barn og foreldre, av å vere 'mislukka', eller ha skuld og skam. Då kunne terapeutane gjerne trekke inn menneske utanfor terapien eller seg sjølve. Ingrid sa at dersom ho kjende seg igjen i det

barnet fortalte, gav ho uttrykk for det, eller ho spurde barnet om det trudde eller visste om andre som kunne vere redde av og til. Ein terapeut fortalte om korleis det at vi påverkar kvarandre, blir berørt av kvarandre og kan lære av andre, gjer at det er viktig å trekke inn andre menneske i terapien. Live snakka med eit barn ('Tiril') som var engsteleg. Då kom ho til å tenke på eit anna barn ('Tove') som ho hadde snakka med før, og som var blitt 'kvitt' angsten. Live inviterte begge til ein samtale, der Tiril fekk fortelle om seg sjølv til Tove. Live spurde Tove om kva ho tenkte om det Tiril hadde fortalt, og kva inntrykk ho fekk om kven Tiril var og kva som var viktig for henne. Vidare spurte Live om kvifor Tove vart opptatt av dette, og om det var noko ho kjente igjen frå då ho hadde det på same måte. Etterpå snakka Live igjen med Tiril om kva ho blei opptatt av etter samtalen med Tove:

Då sa ho først at ho trudde at ho måtte snakke engelsk, for ho var litt usikker på om nokon kom til å skjønne kva ho ville seie, fordi ho trudde ikkje det var nokon i Norge som hadde eit tilsvarande problem som ho hadde, ikkje sant, så rart eller så åleine [...]. Ho syntes jo det berre var så utruleg fint å høyre på denne andre som hadde kome forbi nokon ting, for ho var heilt sikker på då at 'dette kjem eg til å slutte med'. Og det var eigentleg avslutninga, etter det så hørde eg ikkje så mykje frå dei.

Å høyre andre sine historier om deira veg ut av eit problem, kan i somme tilfelle vere gode bidrag i behandlinga, og er ei tilnærming som nokre familieterapeutar brukar.

Å utforske problemhistoria

Terapeutane var opptatt av å utforske korleis angsttilstanden artar seg. Dei hadde ulike tilnærmingar til korleis dei gjorde utforskinga, og til kva dei var mest opptekne av å utforske. Nokre prøvde å forstå sjølve angsttilstanden og korleis den arta seg, andre var også opptatt av å utforske kva som skjedde i samhandlinga i familien og i systema rundt familien.

Å bli kjent med angsttilstanden

Nokre av terapeutane gav uttrykk for at det var viktig å forstå historia rundt angsttilstanden, og å finne ut kva som skjedde når tilstanden viste seg. Dei ville prøve å forstå historia som klienten fortalte om angsttilstanden. Det gjorde dei ved å undre seg og spørje klienten om kva som skjedde når angsten dukka opp, kva det henger saman med og om klienten forstår kva som skjer. Lars sa at barna ofte fortalte at angsten berre kom, t.d. at ein plutselig begynte å gråte. Han prøvde då å lage ein samanheng i kva som skjedde før angsten kom: «Kva var det

som skjedde, var det nokon som sa noko?». Å *eksternalisere*, er ein annan måte å bli kjent med angsttilstanden på. Live brukar det slik:

Eksternalisering, er at ein snakkar om problemet som noko utanfor personen. Ein har ein tanke om at personen er aldri problemet, det er problemet som er problemet. Då må vi finne ut kva problemet driver med og bli litt kjent med det. Eg teiknar ofte utanfor, teiknar det som ei sky for eksempel og så snakke med dei om kva er det som skjer når den redselen kjem da, så blir det liksom deira kunnskap om det som blir det viktige.

Gjennom eksternalisering kan ein finne ut meir om angsttilstanden. Eit kjenneteikn ved eksternalisering er å skilje person og problem.

Å utforske samspelsmønster

Å prøve å finne ut kva familiar opplever som det største problemet og kva dei ønsker hjelp med, er eit startpunkt for nokre familieterapeutar. Ein måte å starte på kan då vere å spørje familien om dei har hypotesar om årsaker til angsttilstanden/problemet. Når hypotesane var presenterte, stilte Marie det ho kalla for 'relasjonelle spørsmål'. Det gjorde ho for å utforske korleis familiemedlemmane verka på kvarandre. Spørsmåla kunne vere: «Kva syntes du om at mamma gjer det på den måten? Kva syntes du om at pappa gjer det på den måten? Kva syntes du om at mamma snakkar til deg på den måten? Korleis verkar det på deg?». Lars fortalte at han i tillegg til å vere oppteken av kva som skjer i hovudet til barnet, var nysgjerrig på livet til barnet elles: «Kva skjer viss du går på bussen [...] 'kva seier mamma då?', da seier kanskje mamma 'huff og hjelp', etterkvart da så kunne vi kanskje jobba med å få mamma til å seie 'Hei! Veit du kva? Dette går bra'». Konkrete kvardagssituasjonar i heimen var ofte gode utgangspunkt for utforskinga.

Fleire av familieterapeutane snakka om korleis angståtferda kan bli ein del av samhandlingsmønsteret i familien. I nokre tilfelle er mønsteret relativt fastlåst før familien får hjelp. Det fastlåste samspelsmønsteret må bli utfordra, sa Jon: «Vi må utfordre den veremåten som handlar om ei form for konformitet og tryggleik i systemet, som handlar om å unngå å ta nye utfordringar og det trur eg er systemskapt». Nokre av terapeutane meiner at foreldra ofte har den førestellinga at det er barnet det er noko gale med, og at det måtte bli fiksa.

Terapeutane legg vekt på at foreldra må bli klar over si rolle i angsttilstanden, terapeuten må

spørje kva som skjer, og hjelpe dei med å finne mønster. Når familien får hjelp til å bli klar over det fastlåste mønsteret dei står i, og dei erkjenner at dei opprettheld angsttilstanden med å organisere seg slik dei har gjort, så er det mogleg for terapeutane å foreslå alternative handlingar/handlingsmåtar som kan bidra til å bryte mønsteret. Det er eit mål å gjere det tydeleg for familien at dei verkar inn på kvarandre, og å sette det som skjer i ein samanheng. Ved å sjå etter samhandlingsmåtar som held problemet ved like, kan ein også få auge på, eller finne ut av, kva som kan vere problemløysande samspel. Marie sa følgende: « [...] Angst som alle andre følelsar, har veldig godt av å løysast i samspel. Det at det blir ein knute på ein følelse handlar jo om at det har skjedd i samspel med dei næraste stort sett [...]».

Sjølv om Live også var oppteken av å høyre på problemhistoria og forstå kva familien streva med, og lytte til det familien ønska fortelje om, meinte ho det var meir nyttig å utforske korleis ein har tatt vare på seg sjølv i vanskelege situasjonar:

Det er meir interessant ‘kva gjorde du liksom, då det skjedde?’ og så fortalte ho [barnet] at ho gjekk inn på rommet og så sette seg under pulten sin og så begynte å ho å lese ei bok, ikkje sant, så vi var langt inni det med ‘å ja korleis kom du på det?’ for då blir det liksom hennar kompetanse om korleis ho kan ta vare på seg sjølv i ein situasjon som er veldig vanskeleg da.

Ved å snakke om det som er vondt og vanskeleg, skjer det ikkje noko anna enn at ein må tenke på det som var fælt. Ifølge Live er det ikkje særleg nyttig at terapeuten seier at ‘det var urettferdig og vondt at du/de opplevde’.

Å ansvarleggjere familien

Det grunnleggande ved å ansvarleggjere familien er at terapeutane har tru på familiens eigen kunnskap og kompetanse om kva som skal til for å løyse problemet. Å gjere familien ansvarleg er nødvendig for at dei skal verte aktørar i eigne liv. Å verte aktør i eige liv er føresetnad for endring. I familiar der utfordringar hos barn er til stades, er ansvarleggjering av foreldre som regel essensielt for vellykka behandling, men det er vanleg at terapeutane også er opptekne av at barn har ei sjølvstendig rolle og må vere aktør i situasjonen.

Å setje familien i ekspertposisjon

Eit sentralt funn i studien er at terapeutane har eit syn på familien som kompetente aktørar. Denne haldninga kom til uttrykk på fleire måtar. Blant det terapeutane nemnde, var å ha ei

spørjande haldning og å vere i *ikkje-vitande posisjon*. Det vil seie å stille spørsmål til familien og kome med forslag til hypotesar om samanhengar, på ein undrande og audmjuk måte. I ein *ikkje-vitande posisjon* tek terapeutane utgangspunkt i at dei ikkje har den sanne eller riktige kunnskapen om kva som ville vere beste for familien – det skal terapeuten og familien finne ut saman. Marie uttrykker det slik: «Det eg har i mitt hovud, er ikkje noko viktigare enn det dei har i hovudet sitt dei som kjem, og det må vi komme i ein dialog om for at det skal bli noko meiningsfullt». Ved å vere spørjande og interessert, kan terapeuten hjelpe familien til å finne fram til kunnskap og mot, og formidle tru på at familien har det som skal til for å skape endring. Ei slik spørjande tilnærming bidreg også til at terapeuten får innsikt i koreleis det er å vere denne familie. For terapeutane er det eit mål at familien skal vere i ekspertposisjon i terapeut-klient-forholdet. Terapeuten si rolle er å stimulere til refleksjonar og samtalar. Endring skal skje igjennom samarbeid mellom terapeut og familie, og det er familien som har kunnskap om kva som vil vere den beste løysinga for dei.

Å gjenopprette naturlege grensener mellom foreldre og barn

Det er dei vaksne som har mest makt til å initiere endring, og barna bør ikkje kjenne på forventningar om at dei bør forandre seg. Terapeut Inga nemner det er vesentleg å vere bevisst på at barn utviklar seg i samspel med foreldra, og at det er foreldra som skal bere utviklinga til barnet framover. Foreldra har eit spesielt ansvar og terapeuten må prøve å ‘spele’ foreldra gode: «[...] Kven det er som er viktige personar rundt dette barnet og som kan vere støttespelarar eller skal vere støttespelarar vidare, og huske å gjere dei større, sterkare, betre, [...] gjere dei gode i stadenfor at eg skal vere den gode terapeuten [...]».

Å vere oppteken av vaksne sitt ansvar vert også kopla til at foreldre må vere trygge for at barna skal vere trygge. Det er aktuelt både i terapirommet og i organiseringa av familien på heimebane. Anna skildra korleis ho førebudde foreldra på kva som skulle skje i terapitimane der barna skulle vere med: «Eg prøvar å lage ein plan slik at dei [foreldra] er litt trygge når dei skal ta med barnet sitt, for når dei er trygge i den settingen, så trygger det barnet». Ein annan terapeut snakka om at foreldra må kjenne at dei har kontroll over og er trygge i ein situasjon, sjølv om barnet protesterer og er redd. Anna framheva korleis usikre foreldre kan bidra til symptom hos barnet, og at styrking av parforholdet førte til symptomreduksjon. Ein annan terapeut er også oppteken av å styrke foreldrerolla. I mange tilfelle har terapeuten erfart korleis foreldra, i beste meining, har lagt til rette for at barnet får ‘leve ut’ angsttilstanden, og at foreldra viser forståing for barnet på ein måte som fører til destruktiv åtferd (unngåing). Det

kunne skje rolleforskyvingar i familien, der angsttilstanden fekk stor plass. Foreldra gjekk på eit vis ut av foreldrerolla, fordi barnet var sårbart, og dei ville gjere det dei kunne for at barnet skulle unngå å oppleve ubehag. Slik tilpassing kan gå for langt, og foreldra må hjelpast tilbake i foreldrerolla og tørre å sette grenser på måtar som gir tryggleik i familiesystemet. Jon viser til Minuchin, ein kjent familierapeut, og seier følgande:

Eg er litt sånn glad i Minuchin på den måten at han ser eit poeng da, og går inn og justerer eller hjelper forelda til å justere seg inn på barnet sitt, så dei blir meir tydelege [i det dei gjer], klarer å lage eit familietilvære der du gjenopprettar [...] desse naturlege grensene mellom generasjonane, noko som spreier meir tryggleik, det blir med forutsigbart for foreldra, dei tør å stå igjennom fleire ting, dei tør å sette meir grenser på en normal måte, eller kanskje på ein ny måte, i den andre enden da.

Å ta plass i førarsetet

«Viss livet ditt er ein bil da, kvar sit du i den bilen, sitter du bak rattet, ved sida av eller bak eller henger du etter eller, [...] korleis kan du komme deg meir dit [bak rattet]», brukte Live å spørje om. Dette sitatet illustrerer eit viktig funn i min studie. Somme av terapeutane var opptekne av at foreldra og barnet eller familien som heilskap skulle ha meir styring og kontroll, og ikkje vere offer for angsttilstanden. Terapeutane brukte ulike tilnærmingar for å prøve å stimulere til det. Ei tilnærming er å hjelpe foreldra i posisjon til å bestemme meir over korleis familielivet skulle vere. Ein terapeut fortalte korleis ho *eksternaliserte* samhandlingsmønsteret og snakka om det som noko som kom inn og forstyrta familien. Når familien var klar over dette mønsteret, kunne dei bestemme at dei ikkje ønska å ha det slik, og at dei ville endre samhandlingsmåten. For å få det til, var det sentralt at familien tok stilling til korleis dei oppfatta angsttilstanden. Inga meiner at før ein kan bestemme kva angsttilstanden skal og ikkje skal, er det viktig å kartlegge korleis familien kan ivareta det som angsten har bidrege med. Tilstanden kan ha hatt funksjonar som var nyttige og nødvendige: «Vente med å seie at ‘angsten er noko drit’, la dei heller kome med ein måte å beskrive det på, der den har både fordelar og ulemper, og korleis vi eventuelt kan ivareta det den har hjelpt til med».

Fleire av terapeutane framheva at det er viktig å hjelpe familien til å ta stilling til kva dei synest om at angsttilstanden påverkar kvar enkelt og familien samla. Då må det snakkast om diskursane i samfunnet om t.d. korleis familielivet, barndomen eller ungdomstida bør vere. Familien må ta stilling til korleis dei er påverka av desse diskursane. Ein av terapeutane

fortalte korleis barna i mange tilfelle kom fram til at dei ikkje hadde sansen for, eller tru på, dei ideane som diskursen representerte. Når ein kjem fram til eigne meiningar om fenomen, så kan det gi handlekraft, og medverke til ei større oppleving av å vere aktør i eige liv, og ikkje eit offer for ei bestemt meining eller angstilstanden.

Å mobilisere ressursar

For familierapeutane var det viktig at familien fekk nye erfaringar og nye forståingar av livssituasjonen sin. Å ha heile familien i rommet samtidig, gjer at familien kan lytte til og forstå kvarandre på nye måtar. Dette kan skape rom for ny handling, meiner nokre terapeutar. Når foreldra forstår barnet sine uttrykk og behov, kan dei møte barnet på nye måtar. Nye måtar å forstå barnet på, kan bidra til at angstilstanden vert redusert. For å skape ny forståing må terapien legge opp til å leite etter alternative historier til den dominerande problemhistoria og styrke den alternative historia. Språket er sentralt for å skape nye forståingar, og å snakke meir positivt kan medverke til positivt fokus. Det er vanleg at terapeutar gir familiar ‘heimeoppgåver’, der poenget er å prøve noko nytt som kan bryte det fastlåste mønsteret.

Å vere på skattejakt

Fleire av familierapeutane prøvde å legge til rette for samtalar som la vekt på kva familiane var opptekne av og kva dei meistra. Slike samtalar kan skape bevisstheit rundt evner som kan brukast til å ‘kjempe imot problemet’. Då må ein leite etter unntak til angstilstanden. Det kan gjerast ved å spørje om tilfelle der angstilstanden ikkje ‘dukka opp’, sjølv om situasjonen normalt ville utløyst angstreaksjon. Det er også eit poeng å leite etter historier som viser at det kan skje at familien samspejar på ein god måte. For å få fram slike historier, la terapeutane vekt på å bruke god tid på å snakke om kva familien gjer. Målet er å prøve å ‘utvide’ eller forsterke dei ‘tynne historiene’ (historier som ikkje har blitt tillagt verdi eller betyding). Slik kan familien sjølv verte meir bevisste på kva som faktisk er bra, og korleis det kan brukast til å styrke samspelet. Lars kom med eit eksempel:

‘Jøss, du var jo og overnatta der då, kva var omstendighetene rundt det, som gjorde at du fekk det til?’. Så er det litt frå narrativ – finns det andre historier å sjå om seg sjølv eller familien, ‘dokke er ein familie som er engstelig, de var jo i Italia, korleis fekk dokke til det viss dokke er så engstelege? For det er ikkje alle som gjer det’.

Prøve å lage andre måtar å sjå på seg sjølv.

Terapeutane er interesserte i om familiane sjølve har prøvd å finne løysingar, og om kva som er gjort for å prøve å ivareta seg sjølv eller andre i vanskelege situasjonar. Terapeuten vil setje lys på løysingar som familien har prøvd, og slik kan familien få ei sterkare kjensle av at det finns situasjonar dei meistrar. Marie sa at ho stilte mange spørsmål om kva som skjedde når familien opplevde at samspelet fungerte: «Kva gjorde dokke då? Kva gjorde mamma då? Korleis reagerte pappa då? Er det noko dokke kan fortsette med? Kan dokke gjere meir av det?». Marie framheva også korleis ho tenkte rundt det å spørje mykje og vere nysgjerrig. For å unngå at dei som er i terapi opplever spørjinga som utidig, bruker Marie å førestille seg at ho er på skattejakt: «Du er på leiting etter skatten i denne familien, saman med dei. Så er det litt annleis enn å ‘spørje og grave’, som har ein litt negativ klang. Du er på leiting etter gullet». Målet med slike samtalar er at alternative historier, unntaka frå angsttilstanden, skal bli tydelegare. Å framheve positive alternative historier er bra for konstruktiv identitetskonklusjon hos barnet eller familien som heilskap. I mange tilfelle har barnet ei oppfatning av seg sjølv som ‘den redde’. Etter samtalar, der ein får tak i positive historier, kan dei t.d. tenke på seg sjølv som ein som aldri gir opp, og makta som angsttilstanden har over barnet vert redusert. Målet er at barnet skal få eit bilete av seg sjølv som viser fleire muligheiter og håp, Live seier det slik:

Og så er tanken her at viss du kan sjå for deg ein stjernehimme, at det alltid er mykje, mykje anna som ikkje passar inn i den dominerande historia, [...] å lage samtalar eller stille spørsmål som får fram andre historier som ikkje passar inn i den dominerande. [...] Det er eigentleg for å bidra til at folk kan få eit anna bilete av seg sjølv, eit justert bilete av seg sjølv sånn at det kan bli fleire muligheiter da, meir håp å kome vidare på.

Positivt språk skaper handlingsrom

Språk har makt. Å snakke om situasjonar og erfaringar med andre ord og på andre måtar enn vanleg, kan bidra til å finne løysingar på eit problem. Det er viktig for terapeutane å formidle til dei som er i familiebehandling at det å snakke om det positive med eit positivt språk, kan opne for endring. Somme terapeutar var opptatt av å gjere det familien står for, verdiar, håp og draumar, tydelegare og meir betydingsfullt. Lars brukte *mirakelspørsmål* for å hjelpe familien til få fram desse ønska: «Av og til kan eg ta inn sånn mirakelspørsmål, men då seier eg ‘det her er eit teit terapispørsmål, men viss dokke vaknar opp i morgon [korleis merkar du at problemet er borte]/kvar er du om 10 år?’». Når familien på eige initiativ fortel om endringar, oppfattar terapeutane det som eit teikn på at familien hadde kome eit stykke på veg

i endringsprosessen. Pernille fortel korleis ho i starten av samtalane fokuserer på endring: «Korleis er det no? Korleis har det vore den siste veka?». Ho spør slik for at familien sjølv skal få setje ord på det dei har fått til, og for å setje søkelys på kva familien har fått til i og at det går framover: «Barna seier at den siste veka så har det vore liksom fem [på ein skala frå ein til ti], så då kan eg spørje ‘korleis har det seg at det ikkje er fire, men fem, [...] eller kva skal til for å komme på seks?’».

Gjereprosjekt og utforsking gir nye erfaringar

Sjølv om språket har makt og nye måtar å snakke saman og forstå kvarandre på, er viktige steg i endringsprosessen, opplever somme terapeutar at språket ikkje alltid er stilstreккеleg maktfullt. Det må gjennomførast handlingar for å få til endring. Jon sa følgande: «Nokon gongar så opplever eg også at ordet, det har ikkje stor nok makt til å endre noko som er så skrudd til, vi må ut å gjere og vise, og hauste nye erfaringar.» Det kan vere at familien får i oppgåve å prøve ut noko nytt som kan bryte mønsteret dei står fast i. Terapeutane brukte ulike omgrep om denne strategien. Eksponering, gjereprosjekt og heimeoppgåver er døme på omgrep som vart brukte. Inga omtalte det som ‘utforsking’:

Idet du går ut og utforskar ein situasjon, så er du i gang med å eksponere, [...] å eksponere – det høyrer jo ut som du blir overfalt av inntrykk, ikkje sant. Viss du utforskar så skal du berre legge merke til og du kan trekke deg akkurat når du vil, men du har likevel utforska noko, du sitt igjen med nokre erfaringar som er viktige for deg etterpå. Så å gjere det endringsarbeidet mindre farleg i dei situasjonane der det opplevast som mest fastlåst.

Barnet og familien skal prøve ut noko nytt og få erfaringar som kan vere nyttige i endringsprosessen. Dersom barnet erfarer at det er mogleg å gjere noko på andre måtar enn slik det vanlegvis vert gjort, er det viktig å prøve det barnet har overskot, for då tør det truleg å utsette seg for ubehag i større grad enn viss det kjenner seg makteslaust.

Kapittel 5: Diskusjon

I denne masteroppgåva utforskar eg problemstillinga: *Korleis forstår og utøver*

familieterapeutar familieterapi i behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar? I

dette kapitlet skal eg diskutere resultatane i lys av familieterapeutiske tilnærmingar, teoriar om tilknytning og transaksjonelle prosessar. Teoriar om utvikling av angsttilstandar, og forskning på angstbehandling vert også trekte inn i drøftinga.

Utvikling av angsttilstandar

Resultata (jf. kap. 4) viser terapeutane sine forståingar av korleis angsttilstandar utviklar seg.

Eit sentralt funn i studien er forståinga av menneske som del av system, der det føregår gjensidig sirkulær kommunikasjon, og medlemmane i systema påverkar kvarandre. Det som skjer i samspelet og relasjonane barna er del av, kan føre til utvikling av angsttilstandar.

Somme terapeutar la vekt på at det også er individuelle eigenskapar som gjer at nokre barn er meir sårbare for å utvikle angsttilstandar enn andre. Desse forståingane er i tråd med teoriar om transaksjonelle prosessar, temperament og tilknytningsteori. Teoriane legg til grunn at utvikling skjer i eit samspel mellom barna sine eigenskapar og behov, og foreldra sine eigenskapar og måtane dei møter barnets behov på (Broberg et al., 2006; Flaten, 2013). Idear frå *system-* og *kommunikasjonsteori* kom såleis klart til uttrykk i forståinga hos informantane (Dallos og Draper, 2015; Frøyland, 2017; Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019). Dei meiner at både kontekst, samspelet og kommunikasjon i og imellom system må leggjast til grunn for å forstå angsttilstandar hos barn. Det er det primære fokuset i terapien.

Eit anna sentralt funn er forståingar som kan relaterast til *systemteori*, *kommunikasjonsteori*, *strukturell* og *strategisk familieterapi*, som handlar om at organiseringa i familien kan føre til, og oppretthalde, angsttilstandar hos barn. Familien prøver å overleve og vere stabilt organisert, men i praksis då som eit dysfunksjonelt system (Michaelsen, 2019; Torsteinsson, 2019). I samsvar med teoriar om utvikling av angst, erfarer familieterapeutane, at foreldre kan beskytte barn i ein grad som fører til at barnet ikkje lærer å handtere overveldande kjensler (Flaten, 2013; Landmark og Stänicke, 2016). Angsttilstanden kan bli ein del av samhandlingsmønsteret i familien, og oppretthalde familien som system, men som eit dysfunksjonelt system (eit fastlåst og uheldig mønster som skaper problem for alle) (Torsteinsson, 2019). I studien min kjem det også fram at terapeutane arbeider utifrå idear om

at foreldra har eit spesielt ansvar som vaksne, for relasjonen mellom foreldre og barn, og for å initiere endring. Terapeutane erfarer at foreldra i mange tilfelle 'abdiserer' frå foreldrerolla, og at dei må hjelpast tilbake til å vere ansvarlege vaksne. Terapeutane meiner at foreldra er ansvarlege for å regulere barna og gi barna erfaringar med å handtere vanskelege situasjonar og meistre overveldande kjensler. For terapeutane handla det også om at foreldre må vere trygge for at barna skal vere trygge. Når foreldra er usikre og redde, eller blir overvelda og usikre på grunn av barnet sine reaksjonar, kan barna fange opp desse signala, og sjølve verte usikre og engstelege. Dermed kjem element frå teoriar om tilknytning og transaksjonelle prosessar til uttrykk i familierapeutane si forståing. Teoriane skildrar korleis foreldra sin respons på barnet sine behov eller foreldra sin eigen respons i skremmande situasjonar, verkar inn på korleis barnet lærer å handtere stressande opplevingar. Foreldre er barnets viktigaste reguleringshjelp i ei utrygg verd (Broberg et al., 2006; Flaten, 2013; Landmark og Stänicke, 2016). Dersom foreldra sjølve har mange kjensler og stressopplevingar i kroppen, så kan det forsterke uro og angst hos barnet (Landmark og Stänicke, 2016). Element frå KAT (Kendall et al., 2006), har relevans i dette funnet: angståtferd kan ha oppstått gjennom modellering, ved at barna fangar opp (og tar etter) åtferd av foreldra.

Fleire forskarar har studert slike mekanismar i familiar. Studiane viser at overdriven foreldrekontroll og foreldreåtferd, som forsterkar unngåingsåtferd hos barnet og let engstelse hos barnet styre familielivet, kan føre til utvikling av angståtstandar (Brendel og Maynard, 2013; Crawford og Manassis, 2001; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Rapee, et al., 2009). Funna i min studie er i tråd med studiar som har undersøkt korleis utvikling av angståtstandar hos barn kan vere resultat av foreldrekontroll, avvising, kritikk av barn og konflikhtar i familien elles (Brendel og Maynard, 2013; Crawford og Manassis, 2001; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Rapee, et al., 2009). Strev hos barnet vert vevd inn i familiens vanskar. Barnet kan vere den som viser symptom, medan andre i familien tilsynelatande har god funksjon. Alle i ein familie har del i vanskane som oppstår, og det må sorterast korleis ulike familiemedlemer si åtferd kan bidra til å oppretthalde, og i somme tilfelle forsterke dei vanskane barnet har (Landmark og Stänicke, 2016, s.136). I min studie kom det fram at det å bevisstgjere familiemedlemmane på korleis dei verka inn på kvarandre, var sentralt i behandlingsarbeidet der angståtstandar er del av problemet.

Nokre av familierapeutane var også opptekne av korleis forventingar, eller rådande kulturelle diskursar, i samfunnet kunne føre til utvikling av angståtstandar. Diskursane

inneheld skildringar av og forventningar til korleis barn og foreldre bør vere, og kva dei bør klare som barn, foreldre og familie. Å kjenne til forventningane, kan i seg sjølv føre til angsttilstandar. Også det å erfare å ikkje klare å leve opp til forventningane, kan føre til kjensler av å vere mislukka og avvikande. Denne forståinga har klare røter i narrativ teori og moderne makt (Jensen, 2009; White, 2006). Forståinga kan også sjåast i lys av systemteori, fordi sjølvoppfatningar og identitet er resultat av både systema og diskursane menneske er del av (Dallos og Draper, 2015; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Lundby, 2009; Torsteinsson, 2019; White, 2006). Systemet og diskursane kan tvinge menneske inn i ein tilstand som er undertrykkande og angsttilstandar kan oppstå som eit resultat av både familiesystemet, og rådande diskursar i samfunnet, slik som nokre av familieterapeutane meiner er tilfelle. Her meiner eg at det kan vere relevant å nemne at idear frå *postmodernisme* og *sosialkonstruksjonisme* kom til uttrykk i arbeidet blant terapeutane, fordi dei må ta omsyn til dei sosiale, kulturelle og historiske kontekstane familien er del av for å kunne forstå familien (Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012).

At problem – som t.d. angsttilstandar – oppstår som resultat av relasjonar mellom menneske, er av dei mest grunnleggande forståingane i familieterapien. Det er i møte med system og andre menneske at symptom kan oppstå, og bli eit problem (Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019). Funna belyser også idear om at angsttilstandar, eller symptom hos barn kan representere mulegheiter til å tenke over om symptoma har ei djupare mening. T.d. at barnet er overbelasta på grunn av forhold i familien eller har manglande kontakt med viktige sider ved seg sjølv (Landmark og Stäncike, 2016, s.141).

Skape tryggleik

Angsttilstandar inneber å vere utrygg, engsteleg og ha eit ønske om å forlate ubehagelege situasjonar (Flaten, 2013, s.39-41; Landmark og Stäncike, 2016, s.104). Å vere i terapi kan vere ein slik ubehageleg situasjon. Først og fremst fordi situasjonen er ukjent, men også fordi endringsarbeid er sentralt i terapi. Det vil seie at dei som er i terapi må utsetje seg sjølv for situasjonar som kan vere svært utfordrande. Inntrykket mitt er at familieterapeutane er bevisste på desse mekanismane. Det viser seg ved at dei legg vekt på å skape trygge rammer for terapien. Særleg er det første møtet viktig i så måte, ikkje minst når barn er involverte. Å bygge eit trygt og godt fundament er nødvendig for å kunne stille spørsmål og utfordre familien, noko som er sentralt i endringsprosessen. Terapeutane ønsker å bli godt kjende med familien, vise interesse og gi plass til alle familiemedlemmane. Familien må stole på at

terapeuten vil alle i familien vel. Slik eg ser det, er dette i tråd med *joining*, som er eit omgrep i *strukturell familieterapi*. Der er det sentralt å bruke tid på innleiande samtalar og vise interesse og respekt for kvart enkelt familiemedlem, og deira oppfartningar om verkelegheita (Michaelsen, 2019; Minuchin et al., 2007). Dette er eit funn som har fellestrekk med funn i studien til Hunger et al. (2019) som undersøkte systemisk terapi i behandling av sosial angst. Dei viste at *joining* var eit viktig element i den første fasen av terapien.

Eit funn i min studie er at terapeutane ønsker å ha foreldre og barn saman i terapien. Dette var det fleire årsaker til. Først og fremst handlar det om *joining*. Dertil formidla nokre av familieterapeutane at dei var ekstra opptekne av at møtet skulle vere spesielt godt for barna. I somme tilfelle var terapeutane meir på barna si side, enn på foreldra si side. Terapeutane hadde erfaring med at barn som kjem til terapi, kan kjenne ekstra sterkt på skuld og kjensler av at dei har sett i gang trøbbel for familien. Tidlegare i oppgåva (jf. kap.2) har eg gjort greie for tilknytningsteori, som seier at barn har behov for tryggleik og vern i situasjonar som er nye og skremmande (Broberg et al., 2006; Flaten, 2013; Landmark og Stänicke, 2016). Ein terapisetting kan vere ein skremmande situasjon, og difor kan det vere godt å inkludere foreldra som representerer ein kjent og trygg faktor. Terapeuten kan også skape tryggleik for barnet ved å gi barnet positiv merksemd, lytte til det og respektere det på måtar som foreldra kanskje ikkje har gjort eller fått til pga. situasjonen dei står i. Ei trygg ramme kan opne for at barnet tør å bidra med sine meiningar i terapien, og erfare at meiningane deira er like verdifulle som meiningane til foreldra. Jf. t.d. *språkssystemisk tilnærming* – alle meiningar er like verkelege og kjærkomne for at endring skal vere mogleg (Torsteinsson, 2019).

At barna vert tekne på alvor og vert lytta til, kan vere positivt for foreldra sin relasjon til barnet. Når meininga til barnet får kome fram, kan foreldra forstå barnet på måtar som dei ikkje har gjort før. I tillegg kan det vere trygt og godt for barn å erfare at både terapeuten og foreldra prøver å sette seg inn i barnet si oppleving. Ved å ha barn og foreldre i terapi samtidig, kan foreldra også bidra med positiv kunnskap om barnet. Dette kan gi eit tryggare fundament å stå på, når ein seinare skal utfordre angsttilstanden. Å finne fram til og snakke fram andre sider ved barnet, enn angståtferda, er viktig for å skape handlekraft for meir positiv og ønska åtferd. Eit slikt perspektiv er i tråd med element frå LØFT, som legger stor vekt på å snakke fram andre forhold enn det spesifikke problemet (Johnsen og Torsteinsson, 2012).

Utforske angsttilstanden

I studien til Hilzinger et al. (2021) om systemisk terapi i sosial angst, vart det å kjenne seg igjen i eige åtferdsmønster eller i diagnosen, vurdert som ei viktig hending i terapien. Dette er moment som samsvarar med funn i min studie, som kan knytast til *strategisk familieterapi*. Det viser seg ved at somme familieterapeutar ønsker å skildre og kartlegge angsttilstanden konkret og nøye for å kunne finne ut kva som kan vere løysinga på problemet (Bergset, 2019; Johnsen og Torsteinsson, 2012). Det må nemnast at nokre av terapeutane såg på dette som lite føremålstenleg. Desse terapeutane erfarte at mange i terapi hadde behov for å snakke om problemet, og dei lytta til det, men terapeutane meinte det var meir nyttig for endringa å snakke om unntaka til problemet, jf. *narrativ terapi* og LØFT (Johnsen og Torsteinsson, 2012; Lundby, 2009; White, 2006).

Dei terapeutane, som fortalte at dei utforska angsttilstanden og samspelet i familien, gjorde det både for å få ei større forståing, og for å hjelpe barnet og familien til å bli bevisst på kva som skjer - tankar, kjensler og handlingar - når angsttilstanden viser seg. Somme terapeutar fortalte at dei dreiv med *eksternalisering* i utforskinga. Det vil seie at dei snakka om angsttilstanden eller samspelemønsteret i familien som om det var ein imaginær venn, slik som White skriv om (ref. i Lundby, 2006). Dette viser korleis *narrativ terapi* og *den eksternaliserande samtalen* vart brukt i arbeidet til familieterapeutane. Andre måtar familieterapeutane dreiv med utforsking av samspelet på, kjenner ein tydeleg igjen frå *systemisk familieterapi*, *sirkulær spørjing* og *hypotesedanning* (Bertrando, 2019; Dallos og Draper, 2015; Frøyland, 2017; Johnsen og Torsteinsson, 2012). Terapeutane stilte relasjonelle spørsmål for å sette angsttilstanden i samanheng og forstå korleis familiemedlemmane verka inn på kvarandre. Også i KAT ønsker ein å kartlegge tankemåten og fortolkingane barna gjer av situasjonar der angsttilstanden dukkar opp, og dei ser på dette som eit dysfunksjonelt mønster som må brytast (Kendall et al, 2006). Slik sett kan utforskinga familieterapeutane gjorde, likne litt på det som blir gjort i KAT, ved at dei mellom anna utforska tankemønsteret. Skilnaden er at ein i familieterapi ser angsttilstandar i samanheng med relasjonar mellom menneske, fordi forståinga er at det ikkje berre er individets tankekraft og handlingar som fører til vanskar (Johnsen og Torsteinsson, 2012; Hilzinger et al., 2021; Lundby, 2009; Nytingnes og Svartdal, 2016; White, 2006). Ideane om individ si tankekraft er noko av kjernen i behandling der KAT vert brukt (Kendall, et al., 2006). Såleis er vektlegginga av relasjonar si betyding i utvikling av og behandlinga av angsttilstandar, noko av det som skil familieterapeutiske perspektiv frå tradisjonell KAT.

Nokre av terapeutane i min studie meiner at det i somme tilfelle er meiningsfullt å drive med psykoedukasjon, eller formidle normativ kunnskap om barn si utvikling. I familierapi er det som regel eit mål å kome bort frå statiske og normative skildringar av tilstandar, symptom eller problem (Frøyland, 2017). Teoriar om *moderne makt* viser til korleis idear om diagnosesystemet kan verke undertrykkande på menneske (Jensen, 2009). Slik sett, avvik dette funnet mitt, om at terapeutane bruker normativ kunnskap, noko frå det familierapien normalt står for. I studien min er det også døme på at familierapeutar vil bort frå diagnostiske og normative forklaringar, fordi dei meiner det er uheldig for endring. Dei ville heller fokusere på det barnet eller familien meistrar og får til. Familierapeutane som dreiv med psykoedukasjon, var imidlertid opptekne av å gjere det på ein måte der dei i lag med familien kunne undre seg over korleis kunnskapen om angsttilstanden kunne passe for familien. Slik sett er det tendensar til *systemisk familierapi*, fordi terapeuten formidlar *hypotesar* om samanhengar, og familien tek sjølv stilling til korleis *hypotesane* kan passe for dei (Bertrando, 2019; Dallos og Draper, 2015). I KAT inngår psykoedukasjon i behandlinga for å kunne forstå og bli bevisst sitt eige åtferdsmønster (Kendall et al., 2006; Lebowitz et al., 2014). Kirkegaard og Heidegger (ref. i Landmark og Stänicke, 2016) meiner at det å vere styrt av diskursar og normer for korleis ein kan vere menneske, kan vere 'godt' for menneske. Det er betre å vere styrt enn fri, fordi det å vere fri og kunne gjere som ein vil kan skape ubehag og vere årsak til at angsttilstandar oppstår. Kanskje kan dette bidra til å forklare kvifor nokre familierapeutar bruker psykoedukasjon. Paradoksalt nok kan det å kjenne seg igjen i ei normativ skildring eller diagnose bidra til at ein kjenner seg 'normal' innanfor desse rammene. Det kan redusere skam og einsemd, som elles oppstår hos menneske som kjenner seg utanfor 'normalen' i samfunnet. Elles kan psykoedukasjon bidra til at ein forstår seg sjølv og sin situasjon betre, slik som KAT, strategisk familierapi, og forskning legg vekt på er viktig (Bergset, 2019; Hilzinger et al., 2021; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Kendall et al., 2006).

Befolke terapirommet

Eit funn i studien min er at fleire av terapeutane ønska å ha foreldre og barn, og eventuelt andre viktige nærpersonar saman i terapien. Ved å ha familien i terapi samtidig, kan dei kome i lytteposisjon til kvarandre, og ein snakkar om angsttilstanden i lys av relasjonar. Å snakke om angsttilstanden på denne måten, kan redusere skam og skuldkjensle og bevisstgjere familiemedlemmane på korleis dei verkar inn på kvarandre. Det går an å seie at ein fordeler 'problemet' (Frøyland, 2017). Når heile familien er med i terapien og blir bevisste på korleis

dei verkar inn på kvarandre, kan det bidra til at familieorganiseringa vert endra, og ikkje opprettheld angstilstanden. Terapeutane i min studie hadde slike erfaringar. Det kan føre til at foreldra betre forstår barnets behov, og si eiga rolle i angstilstanden. Slik ny forståing er vesentleg for å kunne møte behov hos barnet på konstruktive måtar (Nyttingnes og Svartdal, 2016). Det er fleire studiar som etterspør forskning som kan bidra til å kartlegge korleis ein kan hjelpe familien til å reorganisere seg og til å møte barnets behov på meir konstruktive måtar (Breinholst et al., 2012; Lebowitz et al, 2014; Peris et al, 2021; Reuman et al, 2021; Thulin et al., 2020). Dei same studiane viser korleis KAT har vore mislykka fordi, familien undergrev eller ikkje støttar behandlinga, eller familien forblir organisert på ein måte som hjelper barnet til å unngå. Basert på funna i min studie, meiner eg at familieterapi kan representere eit alternativ som møter dei manglane som det ser ut til at KAT har når det gjeld behandling av angstilstandar, mellom anna ved at heile familien er delaktige i terapien og alle familiemedlemer må bidra til endring.

Symptomet har ei historie, og er del av ein kontekst og eit samspelemønster mellom generasjonar. Hunger et al. (2019) viser at desse aspekta er sentrale i første fase når systemisk terapi vert brukt i behandling av sosial angst. Eg finn noko liknande i min studie. Alle (t.d. barnet, foreldra, besteforeldre, skule, barnehage, lege, psykolog) som gir uttrykk for at angstilstanden er eit problem er, utifrå ei språkssystemisk tilnærming, ein del av det *'problemskapede systemet'*, og må vere med i endringsprosessen (Torsteinsson, 2019). Min studie viser at terapeutane er interesserte i synspunkta til alle i det *problemskapede systemet*. Ved også å involvere aktørar utanfor kjernefamilien, kan ein få rikare kunnskap om angstilstanden, og fleire kan bli bevisste på sine roller i samspelet. Det kan føre til at fleire dreg i same retning og bidreg til endring. Familieterapeutane meiner at det å kartlegge samanhengar eller mønster, som eksisterer i tilknytning til angstilstanden, kan gjere at ein finn opningar der ein kan gå inn og prøve å bryte mønsteret. Dette er sentralt i *strategisk og systemisk familieterapi* (Bergset, 2019; Frøyland, 2017; Johnsen og Torsteinsson, 2012). Forsking viser at det er fleire som ikkje responderer godt på KAT, fordi fleire framleis har symptom eller får tilbakefall etter behandlinga (Lebowitz et al, 2014; Lebowitz et al, 2020; Peris et al, 2021; Reuman et al., 2021). Dette meiner eg kan knytast til idear frå *systemteori* og *kommunikasjonsteori*, der det kjem fram at psykiske tilstandar og identiteten menneske som heilskap har, må sjåast i lys av konteksten det er del av, og at konteksten må takast i betraktning i behandlinga (Dallos og Draper, 2015). Idear frå *narrativ terapi* om *anerkjennande seremoniar* og *gjenforfattande samtalar*, kan også trekkast inn her. Der vert

det lagt vekt på at 'nye' identitetar eller forståingar av seg sjølv må bekreftast av andre for å vere gyldig (Lundby, 2009). Forståinga av oss sjølve ilag med menneske, og må difor også endrast ilag med menneske. Studien min viser at kontekst er sentralt i familierapi, både for å forstå problema og for å kunne gjere noko med dei. I så måte er det kanskje fleire terapifelt som har noko å lære av familierapien.

Angsttilstandar og kjensler av å vere avvikande og unormal, heng ofte i hop, og kan føre til einsemd og skamkjensle. Eit sentralt funn i min studie er at familierapeutar meiner at slike kjensler må reduserast. Ein måte å gjere det på, er å hjelpe barnet til å reflektere over at det finst andre som kan ha det på same måten. Både foreldre og terapeut kan bidra med å fortelje om situasjonar dei har vore redde. Slik kan angsttilstanden setjast inn i ein relasjonssamanheng, jf. systemisk familierapi (Frøyland, 2017). Det kan bidra til at angståtferd vert 'fordelt' på fleire og at den som viser angstsymptoma kjenner seg mindre åleine. Ein terapeut brukte *anerkjennande seremoni*, som er element i narrativ terapi (Lundby, 2009). Terapeuten refererer då til møte med andre i liknande situasjon, som hadde kome seg vidare. Det gav håp om at dei som var midt i terapien sjølv kunne klare å kome seg ut av ein destruktiv situasjon. Dette viser at det kan vere verksamt å snakke med andre og erfare – via andre – at det går an å verte kvitt angsten. Å vite om det, kan bidra til meir håp for å kome seg vidare, og ein kan kjenne seg mindre aleine og rar. Dette funnet har likskapstrekk med studien til Hilzinger et al. (2021), der det kom fram at det å møte andre i gruppeterapi, å kunne sjå seg sjølv i andre, kjenne at ein er fleire, og at andre sin suksess kunne føre til håp, var sentralt for positiv endring.

Studiar av foreldreinvolvering i KAT viser at inkludering av foreldre kan minimere åtferda som opprettheld angsttilstanden. Å snakke om utfordringar på familienivå, lære sunn regulering av kvarandre og at foreldre og barn får felles kunnskap som kan ligge til grunn for endring, er moment som endra åtferd i ei retning som kan redusere angst (Brendel og Maynard, 2013; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Reuman et al., 2021; Thulin, et al., 2014). Sjølv om terapeutane ideelt sett vil ha familien samla, er det ikkje alltid det let seg gjere, men også i dei tilfella er relasjonsperspektivet sentralt i familierapeutane sine samtalar med barn og foreldre. Terapeutane seier at det er ein verdi å '*befolke*' rommet (Lundby, 2009), og hjelpe med å bevisstgjere menneske på korleis ein verkar inn på kvarandre (Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019). Eg forstår terapeutane slik at dei meiner at denne bevisstgjeringa er essensielt i terapien.

Barnet og familien som aktørar i eigne liv

Ideane frå *konstruktivismen* om at menneske forstår verkelegheita på ulike måtar, og at ingen har tilgang til den 'sanne' forståinga (Jensen, 2009), kom til uttrykk på ulike måtar hos familieterapeutane i min studie. Mellom anna var terapeutane opptekne av at familiens kunnskap og forståing, var like gyldig og viktig som kunnskapen og forståinga til terapeuten. Terapeuten er ingen ekspert som veit kva som er den beste løysinga, eller som har forklaringa på kvifor situasjonen er blitt som den er blitt. Terapeuten kan seiast å vere ekspert på å skape samtalar som kan gjere at familiemedlemmane forstår kvarandre betre, og terapeuten kan forstå korleis det er å vere familien. Utifrå det kan samtalen danne eit *multi-vers* av forståingar (Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019). I samtalan prøver terapeutane å mobilisere ressursane i familien, for å skape den endringa som dei ønsker seg. Slik ser ein tydelege uttrykk for den *språkssystemiske tilnærminga* med den *ikkje-vitande posisjonen* (Torsteinsson, 2019). Terapeutane trur på at det er godt for familien å kjenne på at deira kunnskap og meiningar har verdi, og at familien sjølv har det som skal til for å skape endring. Det kan bidra til handlekraft. Hilzinger et al. (2021) viser at det å formidle tru på andre sine ressursar, er eit sentralt element for at systemisk terapi skulle føre til vellykka behandling av sosial angst. Målet for familierapien er at familien skal bli trygg i seg sjølv, og stole meir på eigen kompetanse og ressursar. Fleire studiar og teoriar stadfestar at dette er ei føremålstenleg tilnærming for å skape endring (Hilzinger et al. 2021; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019).

Dette er eit poeng som til dels går på tvers av det KAT står for, der terapeuten i større grad er i ekspertposisjon og gir familien eller barnet kunnskaps- og evidensbaserte verktøy til kva som er den beste behandlinga av angstillstandar (Breinholst et al, 2012; Kendall et al. 2006; Lebowitz et al., 2014). Fleire studiar har vist til korleis KAT i somme tilfelle var mislykka fordi familien ikkje klarte å følge behandlingsspremissa eller at behandlinga ikkje treffe dei sidene ved familien/foreldra som hadde samanheng med angstillstanden (Breinholst et al, 2012; Lebowitz et al., 2014; Lebowitz et al, 2020; Peris et al, 2021; Reuman et al, 2021; Thulin et al, 2014). Kanskje kan familierapi med den *ikkje-vitande posisjonen*, representere ei behandling som kan vere meir skreddarsydd til den enkelte familie, ved at familien sjølve set premissane for kva dei skal oppnå og korleis. Nokre av familieterapeutane formidla skepsis til KAT og idear om at 'one size fits all'. Dei meiner at slike metodar ikkje er foreinlege med behova til alle som har kjem til behandling. Fleire av terapeutane gav uttrykk for at grunnen til at dei meiner familierapi eignar seg i behandling av angst hos barn, er at

dei då er friare når det gjeld behandlingsspektiv, enn dei kan vere viss dei må bruke spesifikke andre metodar, som t.d. KAT.

Eit viktig funn i min studie, er at familierterapien skal føre til at foreldra, barnet og familien som heilskap skal få betre styring og kontroll i liva sine. For å verte aktør i eige liv, kan eit utgangspunkt vere å ta stilling til kva ein meiner angsttilstanden gjer med ein. Ved å snakke om det, kan det kome tydelegare fram kva menneske ønsker for seg sjølv og sine liv. Dette er element som kan koplant til LØFT (Johnsen og Torsteinsson, 2012), men også til *eksternaliserande samtalar* og *narrativ terapi*, som nokre av familierapeutane brukte (Lundby, 2009; White, 2006). Familien kan kome fram til at angsttilstanden/problemet ikkje skal få styre liva deira. Samtalane kan også handle om å ta stilling til dei eksisterande diskursane om korleis livet 'liksom burde' vere. Ved hjelp av *eksternaliserande samtalar* kan familien få ei felles plattform for å finne ut korleis dei kan vinne over problemet og kunne leve livet meir i tråd med eigne ønsker og behov, snarare enn å leve liva utifrå kva problemet eller diskursane indikerer er rette måten å leve på (Dallos og Draper, 2015; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Lundby, 2009; White, 2006). Heidegger og Kirkegaard (ref. i Landmark og Stänicke, 2016) skriv om korleis det å ta stilling til og fri seg frå diskursane kunne vere angstframkallande. I eit slikt perspektiv, kombinert med narrative idear, kan angsttilstandar hos barn eller ungdom gjere at ein stoppar opp og tenker over kva betydning tilstanden har for liva ein lever. Såleis kan *eksternaliserande samtalar* i møte med angsttilstandar vere eit utgangspunkt for frigjering og sjølvverkjenning (Landmark og Stänicke, 2016).

Ressursmobilisering

I studien til Hilzinger et al. (2021) er ressursorientering eit sentralt moment i terapi. Ei ressursorientert tilnærming vil seie at terapeuten ser etter ressursar hos menneske og at terapeuten gir uttrykk for å ha tru på dei som er i behandling. Dette er moment som har klare samanhengar med det som viser seg i studien min. Terapeutane ønsker å skape samtalar der det vert snakka om kva familien gjer som er bra. På den måten kan ein leite fram evner som har større verdi enn problemet – vere på skattejakt. Hertz (2011) meiner at ein bør sjå på angstsymptom som uttrykk for augeblikksbilete, og at det representerer ein sjanse til å finne ut korleis ein kan utforske og styrke andre viktige eigenskapar ved barnet. I *narrativ terapi* vert det lagt vekt på at terapeutane skal utøve '*dobbel lytting*' (Lundby, 2009), og dette er idear som samsvarar med funna i min studie. Familierapeutane lytta til problemhistoria, men dei lytta også etter unntak i det barna og familien fortalte. Dobbel lytting er også relevant for

ideane om at det alltid finst andre fortellingar enn den problemdefinerte fortellinga - *det fråverande, men implisitte* (Lundby, 2009). Poenget er at familieterapeutane ønsker å styrke unntak eller historier som kan erstatte problemhistoria, og som kan bidra til meir håp og positive identitetskonklusjonar. Dette er element som er sentrale i fleire familieterapeutiske retningar. Det kjem til uttrykk i *systemisk familieterapi*, ved at det er måtar å *reformulere* forståinga til familien på, og leite fram alternative betydingar av åtferda som blir vist (Dallos og Draper, 2015). I LØFT er det å finne alternativ til problemet ein av dei viktigaste intervensjonane (Johnsen og Torsteinsson, 2012).

Ved å snakke om det positive, det ein får til, vil ein kanskje lettare fokusere på nettopp det. Då kan handlingsrommet for endring opplevast større og meir verkeleg. Desse ideane er sentrale i terapien slik terapeutane i min studie utøver han. Det viser at element frå LØFT kjem til uttrykk (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Familieterapeutane ville gjerne snakke med familiane om kva dei ønska for seg sjølv og om viktige verdiar og draumar. Til det føremålet kan *mirakelspørsmål* brukast (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Å fokusere på endring og etterspørje nye samspelsmønster, var vanleg i terapeutane sitt arbeid. Det kunne skje igjennom *skaleringspørsmål* (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Å førestille seg livet utan problemet, kan føre til at familien og barnet begynner å legge merke til framdrift i endringsprosessen. Språket har altså betyding, og slik ser ein korleis idear frå *postmodernisme* viser seg i min studie. Ved å snakke om situasjonar/fenomen på bestemte måtar får ein ei viss forståing av eit fenomen (Frøyland, 2017; Jensen, 2009; Johnsen og Torsteinsson, 2012). Såleis er språkssystemisk tilnærming relevant i familieterapeutane sitt arbeid (Torsteinsson, 2019).

Endring kan altså skje gjennom språket, og gjennom samtalar om at endring kan skje. Nokre av familieterapeutane var likevel opptatt av at samtalar og språk ikkje er tilstrekkeleg. I somme tilfelle må aktive handlingar vere inntaket til endring. Det kunne vere ymse heimeoppgåver, gjereprosjekt eller utforskingar. Føremålet med slike tilnærmingar, via konkrete handlingar, er å få nye erfaringar med forhold eller situasjonar som kan ha vore vanskelege, og prøve om noko anna fungerer betre. Resultatet kan bli at familien – og barnet med angst – får erfare at ein situasjon eller hending, ikkje er så farleg som ein trur, og ein kan oppleve meistring og kjenne at endring er mogleg. Heimeoppgåver høyrer til i fleire av dei familieterapeutiske retningane (Frøyland, 2017; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Lorås og Ness, 2019). Hunger et al. (2019) viste at andre fase av systemisk terapi med sosial angst,

bestod av å planlegge intervensjonar i ulike settingar og gjere symptomrelevante eksperiment. I behandlinga skulle ein også evaluere symptomreduksjon og forbetring i generell og sosial funksjon, og gjenta dersom det var hjelpesamt. Eg ser liknande funn i min studie. I KAT er eksponering for situasjonar som framkallar angst viktig (Kendall et al., 2006). Eg meiner at eksponering har fellestrekk med det å gi heimeoppgåver. Det handlar om å løyse utfordringar på nye måtar, og gjere erfaringar med det. Skilnaden er at i familieterapi vert oftast heile familien 'eksponert' eller utfordra til å prøve noko nytt. Ein tenker at det er heile familien som står fast, og ikkje berre symptomberaren (Dallos og Draper, 2015; Frøyland, 2017; Johnsen og Torsteinsson, 2012; Torsteinsson, 2019).

Kapittel 6: Avslutning

I denne studien har eg utforska ni forskjellige familieterapeutar om problemstillinga: *Korleis forstår og utøver familieterapeutar familieterapi i behandling av barn og unge med ulike angsttilstandar?* Studien viser at familieterapeutane brukar forståingar og intervensjonar som er i tråd med familieterapeutisk teori og praksis, slik som eg har presentert i teoridelen av oppgåva. Familieterapeutane har ei forståing av at angsttilstandar oppstår og blir oppretthaldne i samhandling med andre. Dei forstår familien som det viktigaste systemet for barns utvikling, og at uheldig organisering eller samhandling i familiesystemet kan føre til utvikling av angsttilstandar. Utforsking av angsttilstanden, samspelet i familien, og bevisstgjerjing av korleis familiemedlemmane verkar inn på kvarandre var av dei viktigaste momenta i behandlinga. Inkludering av betydingsfulle andre for å utvide forståinga av angsttilstanden og bidra i endringsprosessen, var også eit viktig element. Elles legg familieterapeutane vekt på å skape eit trygt fundament for terapien, t.d. gjennom *joining*. Familieterapeutane framheva at dei prøver å ha ei *ikkje-vitande haldning* og stimulere familien til å vere i ekspertposisjon, ved å vise tillit til at familien kan klare å kome seg ut av situasjonen ved hjelp av eigen kunnskap og evner. Eit anna viktig moment i behandlinga var å hjelpe foreldra som eit team til å ta meir ansvar for å møte behova til barnet, og hjelpe dei, barnet og familien som heilskap til å vere meir aktør i eigne liv og leve slik som dei sjølve ønsker og meiner er bra. I behandlinga prøvde familieterapeutane å motivere familiar til nye måtar å snakke saman på og å forstå livssituasjonen på. Å forsterke positive eigenskapar, prøve alternativ samhandlingsmatar og utforske situasjonar framkallar angst, er også vesentleg i behandlinga. Utifrå desse momenta er målet for familiebehandlinga at familien som heilskap skal få erfaringar som kan bidra til eit nytt, sjølvikkert og positivt syn på seg sjølv, der angsttilstanden og det den fører med seg, tek mindre plass.

Som eg har vist i diskusjonen, meiner eg at mine funn har mange fellestrekk med kunnskap og tidlegare forskning om tema, mellom anna frå forskning på systemisk terapi i behandling av sosial angst. Studiane trekker fram *joining*, inkludering av betydingsfulle andre, heimeoppgåver, å kjenne seg sjølv i angsttilstanden, møte andre menneske i same situasjon – vite at ein er fleire, kjenne at terapeuten har tru på dine evner, påpeike positiv forandring, som sentrale element for vellykka behandling (Hilzinger et al., 2021; Hunger et al., 2019). Fleire av studiane eg har presentert poengterer at foreldreinvolvering har ein verdi i behandling av vanskar hos barn. Studiane konkluderer med at foreldreinvolvering fører til at foreldra støttar

barnet meir, får meir innsikt i situasjonen, vert meir merksame på barnet sine behov, men også på seg sjølve og foreldrerolla, og dei vert bevisste på samhandlinga i familien (Breinholst et al., 2012; Brendel og Maynard, 2013; Lebowitz, et al, 2014, Lebowitz et al., 2020; Nytingnes og Svartdal, 2016; Peris et al., 2021; Rapee et al., 2009; Reuman et al., 2021; Thulin et al., 2014; Wood et al., 2006). Familieterapeutane i min studie trekker fram tilsvarandre forhold som grunnleggande element i deira verksemd. Studiane som er omtalte, viser at foreldreinvolvering ikkje har betydingsfullt betre effekt enn individuell KAT. Dei legg til grunn at det kan vere fordi behandlinga ikkje treffer dei same foreldreeigenskapane som har samheng med angsttilstanden. Studiane viser elles at det er mange som ikkje har nytte av individuell KAT eller KAT med foreldreinvolvering, og etterlyser både behandlingalternativ og forskning på kva type foreldreinvolvering som kan vere til hjelp (Breinholst et al., 2012; Lebowitz et al., 2014; Lebowitz et al, 2020; Peris et al., 2021; Thulin et al., 2014). Eg meiner at mi forskning kan synleggjere familieterapi som eit alternativ innanfor angstbehandling for barn og unge, fordi familieterapi på fleire måtar møter ‘manglane’ som forskinga på angstbehandling har avdekt. Nettopp ved å mellom anna inkludere heile familien i behandling og bevisstgjere dei på samhandlingsmønster og organisering, og ikkje gå djupt inn i det individuelle barnet sine tankar og handlingsmønster. Ein legg heller vekt på positive eigenskapar og å styrke eigne meiningar og ønsker for eige liv. Eg meiner at mi forskning viser at familieterapi er tilpassa den enkelte familie, og baserer seg på familiens eigen kunnskap om seg sjølv og løysingar dei ønsker seg. Slik kan familieterapi bidra til eksistensiell frigjering og sjølvverkjenning, som er viktig for å unngå utvikling og oppretthalding av angsttilstandar.

Ved å vurdere familieterapeutisk forståing, sett i lys av teoriar om tilknytning, transaksjonelle prosessar og utvikling av angsttilstandar, og forskning på forskjellige former for KAT, undrar eg meg over kvifor ikkje familieterapi eller involvering av foreldre er eit like relevant tilbod som KAT i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Det er behov for å forske meir på korleis familieterapi kan vere eit alternativt tilbod for barn og unge med ulike angsttilstandar. Eg håpar at studien min kan vere eit lite bidrag til å vise korleis familieterapi kan vere eit godt alternativ til KAT. Eg håper også at studien min er eit bidrag til å vise kva type foreldre- eller familieinvolvering som kan vere nyttig i behandling av angsttilstandar hos barn og unge. Kanskje kan det vere eit steg på vegen til at det vert forska meir på om denne typen involvering av foreldre eller familie, kan treffe barn og unge med angsttilstandar betre enn det forskinga viser at KAT med foreldreinvolvering per i dag gjer.

Referanseliste

- Anderson, H. (2019). Samarbeidende-dialogisk familierterapi. I Lorås, L. & Ness, O. (red.). *Håndbok i familierterapi* (s.199-212). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bergset, K. (2019). MRI Korttidsterapi. I Lorås, L. & Ness, O. (red.). *Håndbok i familierterapi* (s.155-167). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bertrando, P. (2019). Systemisk familierterapi, Milano-skolen. I Lorås, L. & Ness, O. (red.). *Håndbok i familierterapi* (s.139-153). Bergen: Fagbokforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006 3:7, s.77-101.
- Breinholst, S., Esbjørn, B.H., Reinholdt-Dunne, M.L. & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: a review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord*, vol 26 (3), s. 416-424. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.014
- Brendel, K.E. & Maynard, B.R. (2013). Child-Parent Interventions for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, vol 24(3), 287-295. Doi: 10.1177/1049731513503713
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2006) *Klinisk barnpsykologi, utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Crawford, A.M. & Manassis, K. (2001). Familial Predictors of Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 40(10), s.1182-1189. Doi: 10.1097/00004583-20011000000012
- Dallos, R. & Draper, R. (2015). *An Introduction to Family Therapy: Systemic Theory and Practice*. Storbritannia: Open University Press.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flaten, K. (2013). *Barnehagebarn og angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Frøyland, L. (2017). *Systemisk samtale, psykososialt samarbeid med barn, ungdom og foreldre*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gilje, N. (2020). Hermeneutikk som metode – introduksjon til hermeneutisk intensjonalisme. I Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P.A. (red.). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s. 189-218). Oslo: Gyldendal.
- Haavind, H. (2019). Livsformsintervjuet: En veiviser til subjektive erfaringer. I Jansen, A. & Andenæs, A. (red.). *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s.26-56). Oslo: Universitetsforlaget.

- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri, nye perspektiver og uante muligheter*. (Glomnes, J.J. Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hilzinger, R., Duarte, J., Hench, B., Hunger, C., Schweitzer, J., Krause, M. & Fischersworing, M. (2021) Recognizing oneself in the encounter with others: Meaningful moments in systemic therapy for social anxiety disorders in the eyes of patients and their therapist after the end of therapy. *Plos One*, vol 16 (5). Doi: 10.1371/journal.pone.0250094
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, L., Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B. & Schweitzer, J. (2019). Comparing Cognitive Behavioral Therapy and Systemic Therapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Controlled Pilot Trial. *Family Processes*, vol 59 (4). 1389-1406. Doi: 10.1111/famp.12492
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jensen, P. 2009. *Ansikt til ansikt, kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A. Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, A. & Wie Torsteinsson, V. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P.C., Martinsen, K.D. & Neumer, S-P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat), Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Landmark A.F. & Stänicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet – om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Stavanger: Hertevig forlag.
- Lebowitz, E.R., Omer, H., Hermes, H. & Scahill, L. (2014). Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, vol.21 (4), s.456-469. Doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.004
- Lebowitz, E.R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y. & Silverman, W.K. (2020). Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol.59 (3), s.362-372. Doi: 10.1016/j.jaac.2019.02.014
- Lorås, L. & Ness, O. (red.) (2019). *Håndbok i familierapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lundby, G. (red.) (2009). *Terapi som samarbeid, om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag.

- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research*. Storbritannia: Cambridge University Press.
- Michaelsen, H.C. (2019). Strukturell tilnærming til familierapi. I Lorås, L. & Ness, O. (red.). *Håndbok i familierapi* (s.121-138). Bergen: Fagbokforlaget.
- Minuchin, S., Nichols, M.P. & Lee, W-I. (2007) *Assessing Families and Couples – from Symptom to System*. Boston: Pearson Education.
- Nyttingnes, B. & Svartdal, G. (2016). Stødige steg i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 53, nr 4, 2016 s. 257-281. Henta frå: <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2016/04/stodige-steg>
- Peris, T.S., Thamrin, H. & Rozenman, M. (2021). Family Intervention for Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review og Therapy Targets, Techniques, and Outcomes. *Journal of Affective Disorders*, vol 286, s. 282-295.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. & Hudson, J.L. (2009) Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, vol 5 (1), s.311-34. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Reuman, L., Thompson-Hollands, J. & Abramowitz, J.S. (2021). Better Together: A Review and Recommendations to Optimize Research on Family Involvement in CBT for Anxiety and Related Disorders. *Behavior Therapy*, vol. 52 (3), s.594-606. Doi: 10.1016/j.beth.2020.07.008
- Suren, P., Furu, K., Reneflot, A., Bang Nes, R. Og Torgersen, L. (2018) *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Henta frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#angstlidelser>
- Thomassen, M. (2020). Fenomenologiens mange ansikter. I Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P.A. (red.). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s.103-137). Oslo: Gyldendal.
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Anderson, G. & Öst, L-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, vol 43(3), s.185-200. Doi: 10.1080/16506073.2014.923928
- Torsteinsson, V.W. (2019). Familierapiens historie. I Lorås, L. & Ness, O. (red.). *Håndbok i familierapi* (s. 25-39). Bergen: Fagbokforlaget.
- White, M. (2006). *Narrativ teori*. (O.L. Henriksen, Overs.). (Opprinnelig utgitt 1995, 1992, 2000, 1997, 1997, 1997). København: Hans Reitzels Forlag.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C. & Sigman, M. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 45 (3), s.314-321. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0>

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

19.04.2022, 17:03

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

269310

Prosjekttittel

Systemisk familierapi i behandling av angstdiagnoser hos barn

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kari Sjøhelle Jevne, kari.jevne@oslomet.no, tlf: 40200215

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Signe Solbakken Bergem, s341175@oslomet.no, tlf: 94871380

Prosjektperiode

24.05.2021 - 01.06.2022

Vurdering (1)

14.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 14.6.2021. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Informantene har taushetsplikt, og kan dermed ikke dele erfaringer eller situasjonsbeskrivelser som gjør familier eller barn identifiserbare. Vi anbefaler at informantene i forkant av intervjuene minnes om taushetsplikten, og at de gjøres bevisst på viktigheten av å unngå indirekte identifiserende kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger om tredjepersoner.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.6.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som kan trekkes tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD legger til grunn at det er informasjonsskrivet er som er lastet opp under Tilleggsopplysninger som er gjeldende. Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Dette er spørsmål til deg om du vil delta i eit forskingsprosjekt, der føremålet er å samle data om terapeutars erfaring med systemisk praksis og/eller familiens involvering i behandling av angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete hos barn og unge. I dette informasjonsskrivet får du informasjon om måla for studien og kva deltaking inneber.

Føremål

Prosjektet er ei masteroppgåve i familiebehandling ved OsloMet. Masteroppgåva har som føremål å utforske systemisk praksis og/eller familiens involvering behandling av angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete hos barn og unge. Dermed ønsker eg å intervju terapeutar som har erfaring med systemisk praksis og/eller familieinvolvering behandling av barn og unge med angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete. Informasjonen frå intervjuet skal brukast i ei masteroppgåve som skal leverast våren 2022.

Systemisk familierapi og/eller familieinvolvering i behandling av angst, engstelse eller uro er viktig å skaffe meir kunnskap om slik at ein kan arbeide enda betre med familiar der eit av barna har angst eller engstelse. Dette kan vere til hjelp for både familiar og for terapeutar.

Ansvarleg for studien

Prosjektet er ei masteroppgåve i familiebehandling ved institutt for sosialfag på OsloMet. Ansvarlig for prosjektet er rettleiar på prosjektet: førsteamanuensis Kari Sjøhelle Jevne.

Kvifor blir du spurt om å delta?

Målgruppa for prosjektet er familierapeutar eller terapeutar med erfaring frå behandling av barn og unge med angst eller engstelse. Eg ynskjer å intervju både menn og kvinner. Familierapeutane/terapeutane som blir spurte om å vere med i undersøkinga er tilfeldig utvalde og blitt spurte fordi eg har blitt tilrådd å spørje dei.

Kva inneber det for deg å delta?

Deltaking i prosjektet inneber eit intervju på omlag 45-60 minutt, fortrinnsvis gjennom eit fysisk møte innanfor smittevernreglar, eventuelt gjennom eit digitalt møte på Zoom eller Teams. Eg ynskjer å gjere opptak av samtalen. Intervjuet vil hovudsakleg handle om å utforske korleis terapeutane operasjonaliserer den systemiske tankegangen og/eller korleis familien involverast i behandling av barn og unge som har angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete. Det vil seie at eg vil finne ut korleis terapeutane praktiserer den systemiske tilnærminga eller familieinvolveringa i arbeid med familiar der eit av barna har angst eller engstelse ein del av eit tilstandsbilete. Elles ynskjer eg å ha med opplysningar om namn, institusjon, stilling, erfaring, utdanning, noverande arbeidsplass. Prosjektet vert gjennomført innanfor personvernreglane. Dei som ynskjer å delta vil få meir munnleg informasjon.

Intervjuet

Eg kjem til å gjennomføre intervjuet inspirert av livsformsintervjuet, som er ei form for semistrukturert intervju som skal minne meir om ein samtale enn eit intervju. Heilt konkret vil det seie at vi for eksempel kan ta føre oss ein familie som du tenker er relevant å bruke som døme, og så snakkar vi oss igjennom «saksgangen» relatert til ein familie i ein behandlingssituasjon. Her er det viktig å presisere at eg er interessert i terapeutens refleksjonar og forståingar i forbindelse med familien ein tenker på i denne samanhengen. Eg er ikkje interessert i den konkrete saken/familien i seg sjølv, den skal berre fungere som eit

utgangspunkt for terapeutens fortelling. Eg ynskjer ikkje detaljar om familien og barnet, og ikkje om personnamn eller stadsnamn, eg trenger også berre å vite omtrentleg alder på barnet. Poenget med å strukturere intervjuet på denne måten er å gjere det enklare for informanten å gi konkrete svar, framfor generelle betraktningar. Ut i frå den konkrete saken vil eg stille spørsmål om generelle erfaringar frå andre saker, om korleis ein brukar å gjennomføre behandlinga/arbeidet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i undersøkinga. Du kan når som helst trekke deg, utan å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli anonymisert (lydopptaket sletta og informasjonen du har delt vil ikkje inngå i studien). Det vil ikkje ha negative konsekvensar om du ikkje vil vere med, eller dersom du seinare vil trekke deg.

Korleis blir opplysningar tatt vare på og brukt?

Informasjonen du gir vil berre bli brukt til det føremålet som er omtalt i dette informasjonsskrivet, det vil seie i masteroppgåva.

Opplysningane blir behandla konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er berre eg og rettleiaren min som har tilgang til opplysningane som kjem fram i intervjuet. Desse blir handsama som konfidensielle opplysningar. Eg kjem ikkje til å bruke namn i oppgåva, og eg kjem ikkje til å knyte opplysningar direkte til kven i kva institusjonar som har formidla kva. Datamaterialet blir lagra på eige lagringsområde, som berre eg og rettleiaren min har tilgang til.

På oppdrag frå OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Du har rett til:

- Innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg.
- Å få retta opp i personopplysningar om deg.
- Å få sletta personopplysningar om deg.
- Få utlevert ein kopi av personopplysningar.
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandling av personopplysningar om deg.

Samtykkeærklering

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Systemisk familieterapi og/eller familieinvolvering i behandling av barn og unge med angst, engstelse eller uro som ein del av eit tilstandsbilete*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Eg samtykker til (sett kryss):

Å delta i eit kvalitativt intervju

At transkripsjonen frå intervjuet blir lagra fram til prosjektet er avslutta

(Signatur, dato)

Har du spørsmål om undersøkinga kan du kontakte:

- Student, Signe Solbakken Bergem, s341175@oslomet.no , tlf. 94871380.
- Rettleiar, førsteamanuensis Kari Sjøhelle Jevne, kari.jevne@oslomet.no , tlf. 40200215.

Personvernombud ved OsloMet: Ingrid S.Jacobsen, personvernombud@oslomet.no, tlf. 67235534.

Dersom du har spørsmål knytt til NSD si vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post personverntjenester@nsd.no eller på tlf. 55582117.

Beste helsing,

Signe Solbakken Bergem

Student i master i familiebehandling, OsloMet

Vedlegg 3: Intervjuguide

Problemstilling

Korleis operasjoniserast den systemiske tankegangen/familieterapi i behandling av barn og unge med angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete?

Introduksjon

Takke for at vedkomande har sagt ja til å delta.

Føremålet med masteroppgåva er å utforske korleis familieterapeutar eller terapeutar tenker om og arbeider med familiar der eit av barna har angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete. Dette er eit tema eg er interessert i å finne ut meir om fordi eg har lyst til å lære om korleis (familie)terapeutar heilt konkret praktiserer sin tankegang og tilnærming omkring familieterapi i behandling av barn og unge som har angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete. Eg ynskjer difor å intervjuje terapeutar som har erfaring med behandling av angstdiagnosar eller angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete hos barn og unge.

Eg kjem til å gjennomføre intervjuet inspirert av livsformsintervjuet, som er ei form for semistrukturert intervju som skal minne meir om ein samtale enn eit intervju. Heilt konkret vil det seie at vi for eksempel kan ta føre oss ein familie som du tenker er relevant å bruke som døme, og så snakkar vi oss igjennom «saksgangen» relatert til ein familie i ein behandlingssituasjon. Her er det viktig å presisere at eg er interessert i familieterapeutens refleksjonar og forståingar i forbindelse med familien ein tenker på i denne samanhengen. Eg er ikkje interessert i den konkrete saken/familien i seg sjølv, den skal berre fungere som eit utgangspunkt for terapeutens fortelling. Eg ynskjer ikkje detaljar om familien og barnet, og ikkje om personnamn eller stadsnamn, eg trenger også berre å vite omtrentleg alder på barnet. Poenget med å strukturere intervjuet på denne måten er å gjere det enklare for informanten å gi konkrete svar, framfor generelle betraktningar. Ut i frå den konkrete saken vil eg stille spørsmål om generelle erfaringar frå andre saker, om korleis ein brukar å gjennomføre behandlinga/arbeidet.

Det er ynskjeleg at du skal tenke på ein familie der barnet har familien som ein del av sitt kvardagsliv og der foreldra utøver omsorga for barnet.

Det er i orden at du ikkje vil eller får til å svare på spørsmåla eg stiller. Det er sjølv sagt også greitt å ta pausar undervegs.

Eg ønsker å få med meg alt som blir sagt her i dag, derfor lurar eg på om det er greitt at eg tek opp samtalen? Det er berre eg og min rettleiar som skal ha tilgang til data som blir samla inn.

Bakgrunnsinformasjon

- Alder
- Arbeidserfaring
- Profesjon/utdanning
- Fortell meg om arbeidsplassen din

Opningsspørsmål

- Kva fekk deg til å svare ja på spørsmålet om å stille opp i dette intervjuet?

- Kva erfaring har du frå arbeid med familierterapi i møte med angstdiagnosar eller angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete?
- Kor 'vanleg' er det at du møter 'barn med angstproblematikk i ditt arbeid som (familie)terapeut?
- Kva er det viktigaste teoriane du trekker på når du jobbar med barn med angstlidningar?
- Kva tilnærming har du til arbeidet? Kvifor er det ei aktuell tilnærming i ditt arbeid? Kva vurdering ligg til grunn for å velje ei slik tilnærming eller tenke slik i behandlinga?
- I kva grad trekker du inn familierterapi? I kva grad trekker du inn foreldra?
- I kva aldersspenn er barna du arbeider med? Og kva betydning har alderen for arbeidet ditt og korleis du involverer foreldra?
- Er ei systemisk tilnærming aktuell i ditt arbeid? Og eventuelt på kva måte? Kvifor er det eventuelt ikkje det? (kva er ei systemisk tilnærming slik du oppfattar det?)
- *Kva er ei systemisk tilnærming, (generelt) slik du oppfattar det?*
- *Kvifor er systemisk tilnærming ei aktuell tilnærming i arbeidet ditt som familierterapeut? Kva vurderingar ligg til grunn for å velje ei systemisk tilnærming eller for å tenke systemisk i behandlinga?*

Hovuddele

Som utgangspunkt for dette intervjuet, ønsker eg at du skal ta føre deg ein familie (der eit av barna har angstdiagnose eller angst eller engstelse som ein del av eit tilstandsbilete) du har jobba med eller som du jobbar med no (anonymisert) og fortelle om den basert på spørsmåla eg stiller.

- Kan du fortelle litt om korleis du førebudde deg når du fekk vite at du skulle ta inn familien i behandling? Korleis planla du timen/behandlinga?
- Kva tenkte du om familien på førehand?
- Kva forforståelse hadde familien om behandling og om angstdiagnosen eller angsten/engstelsen? Kva trur du familien forventa då dei kom til behandling? Er dette vanleg eller uvanleg? Eventuelt spørsmål: Kva forforståelse har den gjennomsnittlege familien om behandling og om angstdiagnosen eller angst eller engstelse? Kva trur du familiane forventar når dei kjem til behandling? Kan du fortelle om vanlege førestillingar som familiar har?
- Kan du fortelle litt om korleis du strukturerte behandlingssløpet?
- Korleis var den gjennomsnittlege behandlingstimen med familien? Er dette vanleg/uvanleg? Er det ofte slik? Eventuelt spørsmål 1: Korleis er dei gjennomsnittlege behandlingstimane strukturerte? Er dette vanleg/uvanleg? Er det ofte slik? Eventuelt spørsmål 2: Korleis var den gjennomsnittlege behandlingstimen med familien strukturert? Er dette vanleg/uvanleg? Er det ofte slik?
- Korleis arbeida du med barnet?
- Korleis arbeida du med foreldra?
- Tenkte du systemsik rundt angsten eller engstelsen? Eventuelt på kva måte? Eventuelt korleis tenkte du «teoretisk» rundt det?
- Korleis utøva du den systemiske tankegangen i behandlinga med denne familien? Kva gjorde du? Eventuelt korleis utøva du din tankegang i behandlinga?
- Kva var det viktigaste du la vekt på for å få gjennomført behandlinga? Er dette alltid det viktigaste for deg eller gjaldt det spesielt for denne familien?
- Korleis reflekterer du rundt/grunngir/forstår din eigen praksis/tankegang med denne familien? Tenker du alltid slik eller er dette spesielt for denne familien?

- Korleis var det når behandlinga nærma seg slutten?
- Kva formilda familien? Er dette vanlig/uvanlig? Eventuelt spørsmål: kva brukar familiar å formidle etter behandling?
- Kva oppfatningar og vurderingar hadde du rundt situasjonen? Brukar det å vere slik?

Avslutning

- Korleis opplevde du intervjuet?
- Var det noko som var vanskelig å svare på?
- Oppsummere og sjekke ut om det stemmer med informantens sin oppfatning av det han/ho har sagt.
- Er det noko du har lyst til å forklare på nytt?
- Er det noko du har lyst til å fortelle om eller seie noko meir om?
- Opplyse om at bandopptakar blir skrudd av.
- Takke for intervjuet.
- Har du ei bok om angst eller engstelse å anbefale?