



Hvordan jobber familieterapeuter med familier som har kreftsyke barn?

En kvalitativ studie av hvordan seks familieterapeuter og psykologer bruker sin profesjonelle kunnskap og familieterapeutiske metoder i samtaler med kreftrammede barnefamilier

How do family therapists work with families who have children with cancer?

A qualitative research on how six family therapists and psychologists use their professional knowledge and family therapy methods in therapy with cancer-stricken children and their families

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo, våren 2022

Sedef-Emily Lotfollahi

Masteroppgave i familiebehandling



Sammendrag

Bakgrunn: Familieterapi er en terapiform som tar utgangspunkt i at hele familien deltar i terapisamtalene og har som mål å blant annet lette på symptomtrykket hos familien som helhet. Denne oppgaven undersøker hvordan tre familieterapeuter og tre psykologer jobber terapeutisk i samtaler med familier som har barn med kreft. Barnekreft kan ramme alle familiekonstellasjoner. Forskning viser at dette er en tøff og psykisk krevende periode for foreldre, søsken og det somatisk syke barnet. Familien er spesielt redde for barnets medisinske prognose. Forskning viser *også* at terapeutisk intervensjon har vært nyttig for mange av disse familiene. Denne oppgaven gir et forsøk på å undersøke hvordan terapeutene jobber i samtalene med familiene, nærmere bestemt hvordan terapeutene bruker sin profesjonelle kompetanse og familieterapeutiske metoder i samtaler med kreftrammede barnefamilier.

Teori: Teorien redegjør for metoder innenfor familieterapi, både klassiske og nyere postmodernistiske metoder. Teorier om hvordan profesjonelle bruker sin kompetanse i praksis blir også forsøkt forklart. Her brukes Donald Schöns teori om refleksjon i praksis og Hubert og Stuart Dreyfus' læringsteori.

Metode: Denne masteravhandlingen bruker kvalitativ metode for innsamling av data i form av dybdeintervju. Dataen er så kodet, kategorisert og analysert. Analysen er tolket ved hjelp av hermeneutisk metode for tekstfortolkning.

Funn og konklusjon: Funnene fra intervjuene viser at terapeutene jobber intuitivt i samtalene. Informantene plukker fra mange forskjellige familieterapeutiske metoder og vet hva de skal bruke til ulike problemstillinger. Det er familien som bestemmer hva samtaletemaene skal omhandle og hva de ønsker å bruke terapitimene til. Terapeutene kan forberede seg til samtaler, men det er sjeldent at de planlegger hva slags metode de skal bruke. Terapeutene justerer seg og er fleksible i samtalene og deres profesjonelle kunnskap kommer naturlig for dem.

Nøkkelord: Familieterapi, familieterapeutiske metoder, eklektisisme, intuisjon, læringsteori, profesjonell kompetanse, barnekreft, refleksjon-i-handling.

Abstract

Background: Family therapy is a form of therapy that focuses on including the whole family in the therapy sessions. Among other goals, it aims to ease the psychological pressure on each family member. This thesis examines how three family therapists and three psychologists work in therapy sessions with families who have children with cancer. Childhood cancer can affect all family constellations. Research shows that when a child is diagnosed with cancer, the whole family is affected and it can give them mental health issues. The family is especially concerned for the medical prognosis of the child. However, research also shows that therapeutic intervention has been helpful for many of these families. This thesis attempts to investigate how the therapists work in the therapy sessions with the families. More specifically, how they use their professional knowledge and family therapeutic methods during these sessions.

Theory: The theory explains classical and postmodernist methods in family therapy. Theories about how professionals use their competence in practice are attempted to be explained too. The theory chapter uses Donald Schön's theory on reflection in action and Hubert and Stuart Dreyfus' model for skill acquisition.

Research method: This master's thesis uses a qualitative method for collecting data by conducting in-depth interviews from six therapists who have experience in family therapy with these families. The data is then coded, categorized and analyzed. The analysis is interpreted by using a hermeneutic method for interpreting texts.

Findings and conclusion: The findings from the interviews show that the therapists work intuitively in the therapy sessions. They work from many different family therapy methods and know what to use for different issues. The family decides the topics in the therapy sessions. Therapists can prepare topics for the sessions, but they rarely plan ahead what kind of method to use. The therapists adjust their work and are flexible during the sessions. Their professional knowledge comes naturally to them.

Keywords: Family therapy, family therapy methods, eclecticism, intuition, learning theory, professional competence, childhood cancer, reflection-in-action.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en fantastisk fin og lærerik reise fra start til slutt.

Prosjektet har tidvis vært overveldende, og tidvis krevende. Dette har resultert i utvikling både faglig og personlig og er en erfaring jeg aldri ville vært foruten.

Jeg viser stor takknemlighet til alle som har vært med og bidratt til oppgaven. Deres kunnskap og engasjement har gitt meg daglig inspirasjon og motivasjon.

En stor, varm og spesiell takk til masterveileder, informanter, praksisveileder, familie, venner og kollegaer. Dette hadde ikke vært gjennomførbart uten dere.

Tusen, tusen takk!

Sedef-Emily Lotfollahi, Oslo den 16.05.22

Innhold

Sammendrag	I
Abstract	II
Forord.....	III
1. Kapittel 1: Innledning og redegjørelse for oppgavens tema	1
1.1 Tidligere forskning og oppgavens samfunnsrelevans	4
1.2 Oppgavens avgrensninger	5
1.3 Oppgavens oppbygning.....	6
1.4 Forskningsspørsmålet.....	6
2. Kapittel 2: Teori.....	7
2.1 Teori og relevant forskning	7
2.2 Hva er familierterapi?.....	7
2.3 Hva ønsker familierterapien å oppnå?	8
2.4 Familierterapiens historiske framvekst.....	8
2.5 Hovedretninger innen familierterapi	10
2.5.1 Strukturell familierterapi	10
2.5.2 Milanomodellen – systemisk familierterapi	12
2.5.3 Strategisk familierterapi	14
2.5.4 Løsningsfokusert familierterapi (LØFT).....	16
2.5.5 Språkssystemisk familierterapi	18
2.5.6 Narrativ familierterapi	19
2.6 Hvordan brukes profesjonell kunnskap? – en innføring i profesjonsteori	20
2.6.1 Donald Schön om refleksjon-i-handling	21
2.6.2 Dreyfus og Dreyfus’ læringsteori.....	23
3. Kapittel 3: Metodologi.....	26
3.1 Kvalitativ metode for datainnsamling	26
3.2 Vitenskapsteoretisk posisjon: hermeneutikk og fenomenologi.....	27
3.3 Koding, kategorisering og analyse	28
3.4 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	29
3.5 Utforming av intervjuguide.....	30
3.6 Utvalg og rekruttering	31
3.7 Gjennomførelse av intervjuene	32
3.8 Metodisk refleksjon.....	33
4. Kapittel 4: Analyse: Hvordan jobber terapeutene?	35

4.1	Familien står i en krevende periode	35
4.2	Alliansebygging mellom terapeut og familie	38
4.3	Fysiske verktøy terapeutene bruker.....	39
4.4	Psykoedukasjon rundt følelser, reaksjoner og tanker.....	40
4.5	Anerkjennelse – ett stort og viktig fenomen i terapeutisk arbeid.....	42
4.6	Hvordan jobber terapeutene? Intuitiv jobbing: tilstedeværelse og justeringer under samtalen.....	43
4.7	Bruk av skjønn i samtalen	46
4.8	Narrativ familieterapi, eksternalisering og LØFT ofte brukt	47
4.8.1	Fokus på styrker, ressurser og mestring	49
4.8.2	Ikke-vitende posisjon: terapeutene lar familien være eksperten.....	49
4.9	Terapeutenes mål for terapien	50
4.10	Utfordringer.....	51
4.11	Når avsluttes terapien?	52
5.	Kapittel 5: Diskusjon og oppsummerende kommentarer.....	53
	Litteraturliste:.....	56
	Vedlegg	58
	Vedlegg nr. 1: Godkjenningsskriv fra NSD	59
	Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv til informantene	63
	Vedlegg nr. 3: Intervjuguide	66

1. Kapittel 1: Innledning og redegjørelse for oppgavens tema

Denne oppgaven handler om hvordan familierapeuter jobber terapeutisk med familier som har et barn med kreft. Hensikten med oppgaven er å utforske familierapeutiske metoder og arbeidsverktøy i møte med familier som gjennomgår somatisk sykdom hos eget barn. Seks informanter som har erfaring med familierapeutisk arbeid med slike familier er blitt intervjuet. Informantene er blitt spurt om hvordan de jobber terapeutisk, hva de spør familiene om, hvordan de bruker skjønn og om de følger noen spesielle familierapeutiske metoder i samtalene. I dette innledningskapitlet blir problemstilling og dens samfunnsrelevans presentert.

Familierapi brukes mye innenfor både psykiatri og somatikk (Hansson & Hedenbro, 2001, s. 251). Dette er en form for terapi og rådgivning som involverer hele familien og andre viktige nøkkelpersoner i en persons liv (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Forskjellen mellom individuell terapi og familierapi, er at familierapi ikke kun behandler enkeltindividet som oppsøker hjelp, men systemet og konteksten rundt individet (Lorås & Ness, 2019, s. 15-16). Intervensjonen er sentrert rundt hele familien og annet viktig nettverk. Familierapeuter jobber særlig med relasjoner innad i familien og familiens omgivelser. Det hender også at familierapeuter jobber på individuell basis. Utfordringene i familien skal forstås systemisk og relasjonelt. Med begrepet systemisk menes det at alle deler påvirker hverandre. Familierapeuten fokuserer således ikke på familiemedlemmenes individuelle egenskaper, men samspillet mellom personene. Før familierapiens tid jobbet terapeutene stort sett med familiemedlemmene individuelt når en person slet psykisk.

En familie kan gjennomgå mange faser i løpet av sin eksistens og bli utsatt for mange risikofaktorer. Dødsfall, sykdom, rusavhengighet, samlivsbrudd og konflikter er noen eksempler på utfordringer som jeg har observert i min praksisperiode og i min jobb. Langvarig og alvorlig somatisk sykdom i en familie er en slik risikofaktor, og den kan ha stor innvirkning på hvordan en familie fungerer. Somatisk sykdom kan ikke minst skape dysfunksjonelle tendenser hos en familie (D. Kissane et al., 2016). Kreft for eksempel, er noe som kommer utenfra, og ikke noe som utvikler seg som følge alene av familiens indre dynamikk. Overganger kan sette en families fleksibilitet på prøve (Lorås & Ness, 2019), som ved somatisk sykdom. Familierapi kan virke

forebyggende i slike situasjoner. Denne studien ser på terapeutisk arbeid rettet mot disse familiene.

Som nevnt jobber familieterapeuter med familierelasjoner, men hvordan utfører terapeutene dette? Som nevnt handler oppgaven om utførelsen av familieterapi, men avgrenset til terapier utført med familier som har et kreftsykt barn. Oppgaven belyser altså hvordan familieterapeuter jobber terapeutisk med familier som har kreftsyke barn. Familieterapeuter har ofte andre oppgaver i arbeidet sitt utenom terapeutiske samtaler, men vi er kun opptatt av hvordan terapeutene jobber i samtaler med slike familier. Oppgaven utdyper familieterapeutiske metoder, bruk av skjønn og profesjonell kunnskap i profesjonelt arbeid med familier som har tilfeller med barnekreft. Hva slags profesjonell eller praktisk kunnskap besitter terapeutene? Jobber familieterapeutene ut i fra familieteoretiske metoder, og hvordan bruker de disse metodene eventuelt – følger de dem strengt eller opererer metodene mer som et bakgrunnsperspektiv for terapien? Med disse spørsmålene som utgangspunkt lyder problemstillingen som følger:

Hvordan jobber familieterapeuter med familier som har kreftsyke barn?

Som nevnt fokuserer vi på samtaler med familiene, ikke andre oppgaver terapeuten kan ha slik som kontorarbeid eller journalskriving. Oppgaven fokuserer på hva familieterapeutene gjør i terapirommet, og hvordan de bruker teoretisk kunnskap og metoder. De seks informantene som er blitt intervjuet for å svare på problemstillingen er psykologer og familieterapeuter. Oppgaven benytter kvalitativ forskningsmetode for innsamling, analyse og tolkning av data. Felles for informantene er at de har erfaring med terapeutisk arbeid rettet mot kreftsyke barn og deres familier. Herunder vil alle informantene bli kalt terapeuter, både psykologene og familieterapeutene. Førstehåndsmaterialet fra terapeutene danner grunnlaget for kategorisering og analyse, som igjen peker mot et svar på problemstillingen. Materialet er tolket ut i fra en hermeneutisk tilnærming.

I 2020 var det 200 nye tilfeller av barnekreft i Norge på nasjonal basis (Kreftregisteret, 2021, s. 2). Samme år var det registrert 19 dødsfall relatert til kreftsykdom hos barn mellom 0-17 år. Forekomsten av krefttilfeller hos barn ligger på omtrent samme rate fra år til år. På grunn av

betydelige medisinske framskritt, er overlevelsen av barnekreft høy (Kvalitetsregistre, 2021), men, avhengig kreftform kan behandlingen være krevende. Barnet kan gjennomgå medisinske prosedyrer som i mange tilfeller kan føre til smerter, vekttap, fatigue og andre bivirkninger (Brown, 2006, s. 36). Når et barn får en kreftdiagnose, vil barnet gå inn i et såkalt pakkeforløp i spesialhelsetjenesten. Dette pakkeforløpet sier noe om hva familien kan motta av tjenester. I dette er det også definert at familien skal gis tilbud om psykososial støtte. Det er forskjellig fra familie til familie om de ønsker å takke ja til dette tilbudet.

Kreft hos et barn i en familie påvirker hele familien og belaster både foreldre, søsken og andre omsorgspersoner med psykiske påkjenninger. Dette kan være psykiske påkjenninger i form av stress, frykt og redsel for den medisinske prognosen hos det kreftsyke barnet. Familiens stressnivå vil være på det høyeste det første året barnet får kreftdiagnosen. Det andre året vil familiens stressnivå ha stabilisert seg, samtidig som familien har lært seg å leve med stresset og tilpasset seg hverdagen med et sykt barn (Brown, 2006, s. 62).

Når en familie får et barn med kreft vil den psykososiale oppfølging av familien spille en essensiell rolle dersom familien ønsker terapeutisk oppfølging. Dette er et ressurskrevende område hvor også skole/barnehage og annet nærmiljøet kan være involvert (Zeller & Wesenberg, 2016). Det terapeutiske arbeidet kan bestå av flere elementer. Både samtalerterapi eller terapi i form av spill/tegning/fargelegging med barnet.

Den foreliggende studien av familieterapi i familier med kreftsyke barn er relevant blant annet fordi at kreftsykdom hos barn er aktuelt i Norge. Noen familier kan oppleve å bli dysfunksjonelle etter en kreftdiagnose hos barnet i familien. Hvordan familieterapeuter arbeider for å ivareta disse familiene på best mulig måte er viktig for de familiene som rammes, og deres omgivelser. Familieterapi bør kvalitetssikres, selv om det er vanskelig å måle effekt av terapi. Denne oppgaven sier ikke noe om effekter, men søker å tydeliggjøre hvordan erfarne terapeuter arbeider i disse sakene. Forhåpentligvis kan dette være et lite bidrag til kvalitativt god terapi, blant annet fordi grepene som gjøres under terapien tydeliggjøres. Etter at funnene er presentert, kan man også reflektere over hvorfor man bruker de teknikkene. Oppgavens hensikt er å understøtte

familieterapi som hjelp til denne pasientgruppen, slik at familiene føler seg ivaretatt terapeutisk og får bedre hverdag enn det de ellers ville hatt.

1.1 Tidligere forskning og oppgavens samfunnsrelevans

Av tidligere forskning som er brukt innenfor dette spesifikke området i innledningen, er Universitetsbibliotekets søketjeneste Oria og Google Scholar brukt for å finne forskningsartikler. Fra en studie utført ved The Department of Psychiatry ved Monash universitet, kommer det frem at familier som har et familiemedlem med komplisert kreft og som får terapeutisk intervensjon i startfasen og gjennom kreftforløpet, får et bedre psykisk utfall senere. Disse familiene som får familieterapeutiske samtaler unngår det studien kaller for forlenget komplisert sorg (D. W. Kissane et al., 2016). Målet med studien var å intervenere familieterapeutisk med familier som hadde kreftsykdom, fordi de hadde tendenser til dysfunksjonelle relasjoner innad i familien da de ble screenet ved innkomsten. Terapien ble utført hos familier fra forskjellige kulturelle bakgrunn, for å få variasjon blant deltakere. Resultatet var at familier med dysfunksjonelle tendenser til kommunikasjon og høyt konfliktnivå profitterte på familieterapeutisk intervensjon. En annen side ved studien, var at den viste at det kan være vanskelig å få familier til å takke ja til terapi. Kun litt over 50% av familiene valgte å fullføre alle sesjonene med samtaler, og en del ønsket ikke terapi.

Studien over viser med andre ord at en utfordring familieterapeuten kan stå overfor er å ikke komme i posisjon til å hjelpe familiene. Funnene fra intervjuene som er blitt gjort i denne oppgaven, viser også at noen familier, ifølge terapeutene, takker nei til terapi og at dette anses som en utfordring for terapeutene, da de selv har vurdert familien som hjelpetrengende for terapeutiske samtaler.

Familier er belastet emosjonelt og praktisk når et familiemedlem blir kreftsyk. Studier viser at familieterapeutiske programmer rettet mot slike familier i noen grad lykkes med å styrke samt stabilisere familieforholdene, inkludert å redusere psykisk belastning under palliativ behandling (Nichols, 2010, s. 440-441). En svakhet er, at få studier har fulgt opp hvordan det har gått med familiene som har mottatt helhetlig familieterapeutisk hjelp over lang tid for å måle hvor effektivt terapien har vært (Nichols, 2010, s. 441). Mye av terapien relatert til kreftsykdom i en

familie har gått ut på ulike måter å håndtere det å få en kreftdiagnose hos eget barn på. Ifølge Michael Nichols har effekten av terapien i mange tilfeller dabbet av over tid. Nichols beskriver også det som kalles *the therapeutic alliance*,, altså at terapeut og pasient skal ha en god relasjon og kjemi slik at pasienten ikke «avslutter» terapi-timene og slik at man oppnår gode resultater for pasienten (Nichols, 2010, s. 442). Da blir et annet spørsmål, hva som skaper god relasjon. I kapittel 4 beskriver terapeutene hvordan de skaper relasjonelle bånd med familien i terapisaamtalene.

1.2 Oppgavens avgrensninger

I denne oppgaven blir barn beregnet som personer fra alder 0 – 17 år. Diagnosen kreft vil i denne oppgaven favne mangt, og kan være all slags kreftdiagnoser, uavhengig av prognose eller alvorlighetsgrad. Kreftens alvorlighetsgrad vil blant leger forutsette hvor mye kreften har spredt seg og hvor inn gripen den medisinske behandlingen er. For en familie, kan bare det å få en kreftdiagnose være alvorlig for dem, selv om barnet er garantert til å overleve. Med dette tar ikke oppgaven hensyn til krefttype eller alvorlighetsgrad og alle kreftdiagnoser hos barn er inkludert. I oppgaven vurderes det ikke hva som er alvorlig krefttilstand og ikke. Heller ikke prognose vil bli tatt hensyn til. Terapeutene som er informanter hadde også spørsmål om prognose ble tatt hensyn til i oppgaven, da de mente de arbeidet noe annerledes med barn i palliativ behandling (døende barn), enn men barn som overleverer sin kreftdiagnose. Familien er de personene som har ansvar og omsorg for barnet, og eventuelle søsken som også inkluderer halvsøsken, ste-søsken og fostersøsken.

Problemstillingen kunne vært mer konkret og avgrenset til hvordan familieterapeuter arbeider terapeutisk med barn i palliativ behandling, altså hvor prognosen er tydelig. I og med at de fleste barn overlever sin kreftdiagnose, var det utfordrende å finne informanter som hadde jobbet med barn hvor kreftdiagnosen var årsak til dødsfall. De fleste informanter jeg var i kontakt med, hadde hovedsakelig jobbet med familier som helhet, i en periode hvor barnet aktivt mottok medisinsk behandling, som overlevde sin sykdom

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler. I innledningen ble tema og problemstillingen for oppgaven presentert. Etter dette innledningskapitlet blir teorikapitlet presentert. Når det gjelder oppgavens teorigrunnlag ser vi på seks metodiske retninger innenfor familierterapi. Når de seks metodene er presentert vil resten av teorikapitlet bestå av teorier om hvordan kunnskap brukes i praksis. Nærmere bestemt, teorier om hvordan profesjonsutøvere tar i bruk teori i praksis. De mest relevante bøkene om dette er av Donald Schön og Hubert og Stuart Dreyfus. Mer om dette kommer i teorikapitlet. I kapittel 3 gis det informasjon om valgt metode for dette masterprosjektet. Videre er selve analysen i kapittel 4, hvor funnene fra intervjuene blir presenter. Oppgaven min avrundet i kapittel 5 med siste oppsummerende kommentarer om funnene og problemstillingen.

1.4 Forskningsspørsmålet

Det er mange mennesker som opplever hendelser i livet som kan være stressende og psykisk belastende. Derfor er det mange som oppsøker profesjonell hjelp hos en terapeut. Det kan tenkes at mange oppsøker terapeutisk hjelp med en tanke om at terapien skal hjelpe dem. Derfor er jeg opptatt av terapeutisk arbeid og terapeutrollen i denne oppgaven. Jeg anser dette som en relevant forskning for andre i samme faggruppe. En kreftdiagnose hos et av barna i familien er noe av det mest stressende en familie kan utsettes for (Brown, 2006, s. 35). Selv en stor andel av alle barn med kreft overlever, vil familien likevel bli belastet emosjonelt. Foreldre, søsken og barnet vil stille seg spørsmål om barnet i det hele tatt vil overleve. Behandlingen kan vare over flere år og påvirker familienes liv betraktelig. Familiene beskriver det å få kreftdiagnose hos eget barn som en sjokkbeskjed (Brown, 2006, s. 35).

2. Kapittel 2: Teori

2.1 Teori og relevant forskning

I denne delen av oppgaven gjennomgås det teori som anses som relevant når funnene fra terapeutene skal analyseres senere. I underkapittel 2.5 blir hovedperspektivene til metoder innenfor familieterapi presentert. Johnsen og Torsteinsson (2012) beskriver seks familieterapeutiske retninger som jeg tolker som hovedretninger innen familieterapi og disse er inkludert i teorikapitlet. I boken til Johnsen og Torsteinsson er det også vist til at det finnes underretninger som er blitt videreutviklet fra hovedmetodene. Disse blir ikke presentert i denne oppgaven selv om de også kan være relevante metoder som informantene bruker i samtaler med kreframmede barn og deres familier. Grunnen til det er at det ikke blir nok plass til underretningene. I tillegg er det interessant å se om informantene har hørt om de nye retningene i det hele tatt eller ikke.

I det andre underkapitlet 2.6 vil teorier om kunnskap som er tilegnet gjennom praksis og brukt i praksis bli presentert. Her er tidligere forskning hentet fra den amerikanske filosofen og teoretikeren Donald Schön og hans teorier om profesjonell kunnskap i boken hans *The Reflective Practitioner: How professionals think in action* (1983). I tillegg blir Dreyfus & Dreyfus (1986) sin modell for læringsteori også redegjort for. Denne læringsteorien blir brukt for å senere analysere om informantene kan kjennes igjen i denne tankegangen om intuitiv tenkning når de er på ekspertnivå eller ikke.

Aller først blir det gitt en kort beskrivelse av familieterapi som terapiform, dens mål og historiske opphav.

2.2 Hva er familieterapi?

Familien – den faktiske førstelinjen

Som nevnt i innledningskapitlet er familieterapi er en form for terapi og rådgivning som involverer hele familien og andre viktige nøkkelpersoner i en persons liv (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Intervensjonen er sentrert rundt hele familien og annet viktig nettverk. Forskjellen mellom individuell terapi og familieterapi er at familieterapi ikke kun behandler

enkeltindividet som oppsøker hjelp, men forsøker å se systemet rundt personen. Michael P. Nichols (2010) hevder at ingen personer eller familier lever i et vakuum, derfor er det viktig utforske hele systemet rundt en familie. Dette gjelder blant annet økonomi, arbeid, bosted, naboer, skole, utdanningsnivå, venner og nettverk, hobbyer, somatisk- og psykisk helse hos familien og deres nettverk som kan spille en rolle i deres liv. Familieterapien fokuserer ikke på familiemedlemmenes individuelle egenskaper, men samspillet mellom dem. Adferd forstås kontekstuell (Nichols, 2010, s. 87-96).

2.3 Hva ønsker familieterapien å oppnå?

Familieterapien ønsker å bryte eller endre negative samspillsmønstre. Familieterapeuter skal unngå å rette fokus på hvem som har skyld eller er årsak til utfordringene. Terapeutens oppgave er å få familien til å reflektere over hvordan ting henger sammen i deres familie. Hvert av familiemedlemmene har felles ansvar for å løse de aktuelle utfordringer familien står ovenfor (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 17). Tidligere har kritikk av familieterapien vært å utpeke foreldre som de skyldige for at dilemmaer har oppstått. Annen kritikk har også gått ut på at de familieterapeutiske metodene ikke er egnet for barn (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

En tredje kritikk er rettet mot at terapiformen ikke er evidensbasert. Et relevant spørsmål vil være om familieterapi faktisk fungerer, men denne oppgaven ser ikke på effekten av familieterapeutiske intervensjoner.

2.4 Familieterapiens historiske framvekst

- Fra psykoanalytikere med individfokus til systemteoretikere med systemisk fokus

Ifølge familieterapeut og rådgiver Håkon Hårtveit startet familieterapien i USA allerede på 1950-tallet (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 29). Hovedsakelig endret terapiformen seg fra psykologer som var psykoanalytikere med individfokus - til systemteoretikere med systemisk fokus. Psykologen Sigmund Freud og hans psykoanalyse var den dominerende terapeutiske tilnærmingen i Norge og USA før andre verdenskrig.

Ludwig von Bertalanffy utviklet på 1940-tallet det som kalles systemteori. Denne teorien er relevant, da mange av de familieterapeutiske metodene har systemisk perspektiv som overordnet

perspektiv i metoden (Lorås & Ness, 2019, s. 21). Systemteori går ut på at enhver enhet er en del av et system (Van Assche et al., 2019). For å forstå hvordan en organisme fungerer, må man forstå de transaksjonelle prosessene mellom organismen og alle delene rundt (Dallos & Draper, 2007, s. 40). En person er en del av strukturen rundt seg, derfor er det essensielt å se ting i sammenheng. I overført betydning fokuseres det på hvordan strukturen rundt en person bidrar til, eller opprettholder individets utvikling av psykiske utfordringer. Systemteorier ble en viktig del av familierapeutiske teorier og ble videreutviklet på 1950-60-tallet. Sentrale systemteoretikere som tok i bruk denne teorien var blant annet sosialantropologen Gregory Bateson.

De første familieteoretikerne jobbet opprinnelig med forskning på schizofreni. Mange terapeuter opplevde at deres kliniske praksis med pasienter med alvorlige diagnoser ikke ga tilfredsstillende resultater for pasientene, i form av forbedring av pasientens helse (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 25). På grunn av dette utvidet forskningen seg. Det som ble satt på dagsorden nå var å finne ut om årsaker til schizofreni kunne handle om destruktive *familierelasjoner* og omgivelser, ved siden av arv (Dallos & Draper, 2007, s. 40-41).

Som sagt vokste familierapien frem fordi det oppsto et behov for å anvende nye teoretiske perspektiver i terapirommet, slik som å inkludere flere personer i terapirommet enn bare den syke. Nye måter å se helheter på ble relevant (Lorås & Ness, 2019, s. 26). Psykiateren Sigmund Freud arbeidet med en pasient på fem år som hadde hestefobi, og oppdaget at han måtte vie sin oppmerksomhet til både sosiale omstendighetene og inkludere faren for å hjelpe gutten. Freud så at gutten profitterte på å ha med faren sin inn i terapien, og sammen hjalp de ham med å overkomme hestefobien (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 24). Freud videreutviklet ikke disse familieperspektivene, men hevdet riktignok at psykiatriske utfordringer også kunne oppstå på grunn av konflikt mellom pasienten og dens omgivelser (Hårtveit & Jensen, 2004). Freuds datter, psykolog Anna Freud overtok denne tankegangen og inkluderte familieperspektiver i hennes praksis i barneterapi (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 24).

Flere forskningsgrupper bidro til utviklingen av familierapi og systemisk praksis (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 25-27). Blant disse, var forskningsgruppen som kalles Palo Alto-gruppen ved Veterans Administration Hospital i Palo Alto, California. Batesons forskningsgruppe

presenterte Double-Bind-hypotesen. Dette er en teori om kommunikasjon- og interaksjonsmønstre (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 26-27). Selv om gruppen til Bateson ikke kom videre med sin forskning, ga dette grobunn til flere familierapeuter som ble opptatt av menneskelig kommunikasjon og samhandling. Mental Research Institute (MRI) i Palo Alto fortsatte forskningen fra Bateson og hans gruppe (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 26-27). Bateson er dermed en sentral figur for familierapi-feltet på grunn av hans studier av menneskelig kommunikasjon og systemteori (Dallos & Draper, 2007, s. 41). The Mental Research Institute (MRI) var en av de viktigste og mest grunnleggende institusjonene innenfor forskning på familierapi og systemisk terapi. MRI ble grunnlagt i Palo Alto i California den 1953, av den amerikanske psykiateren Don Jackson. Jackson jobbet side om side med andre pionerer innenfor familierapi slik som Bateson og Jay Haley. Utover 1960-tallet vokste det frem flere familierapi-institutter i USA og fagfeltet vokste. Familierapiens utvikling i Norge er influert av de ulike retningene som ble utviklet i andre land.

2.5 Hovedretninger innen familierapi

2.5.1 Strukturell familierapi

Fra den klassiske teorien fra 1960-tallet finner vi strukturell familierapi. Denne terapiformen er en av de første modellene i familierapi (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Strukturell familierapi anser at problemer i familien blir opprettholdt på grunn av dysfunksjonell organisering i familien. Derfor er terapien blant annet rettet mot å endre familiens struktur, for å løse utfordringene de har. Selvet innholdet i uenighetene hos familien, er ikke så viktig, men det er måten de diskuterer på som legges merke til av terapeuten. En familie kan bestå av ulike subsystemer. Eksempler på subsystemer kan være relasjoner mellom mor-datter, mor og far, søster-bror, mormor-mor-datter, datter-far, bror-far og så videre. Terapeuten skal utforske hvordan grensene mellom familiemedlemmene er. Er det tydelige grenser med avklarte roller? Eller er det diffuse og uklare grenser i forholdet? Når grensene blir så utydelige, og det ikke lenger er tydelig hvordan rollene er fordelt kalles dette enmeshment. Da har familien blitt for sammensveiset. Her kan arbeidet til terapeuten gå ut på å tydeliggjøre roller og grenser igjen. Terapeuten skal arbeide med å skape god allianse mellom hvert av familiemedlemmene og bryte opp negative måter å samhandle på. Problemet i familien forstås kontekstuel (Johnsen &

Torsteinsson, 2012, s. 104). Strukturell familierterapi har et tradisjonelt syn på familiens hierarki og mener foreldre skal være øverst (Lorås & Ness, 2019, s. 121). Grunnleggende mener den strukturelle familierterapien at endringer i familieorganiseringen vil føre til endringer i den symptomatiske adferden (Dallos & Draper, 2007, s. 63). Dette ved å blant annet fokusere på familiens styrker og ressurser.

Argentinske Salvador Minuchin anses å være grunnleggeren av den strukturelle familierterapien. Som navnet tilsier, handler strukturell familierterapi om strukturen i en familie. Hovedprinsippet i strukturell familierterapi er at det er foreldre som skal være øverst på hierarkiet i hjemmet. Relatert til strukturell tenkning er at det skal være tydelige strukturer i en familie, med tydelige roller (Dallos & Draper, 2007, s. 61). I dag er det ikke lenger gitt at alle familier har en tradisjonell organisering i familien, med et besteforeldre-foreldre-barn-hierarki, som det ofte var i Minuchins tid. Fra Lorås og Ness (2019) står det «Hierarkiet i familien må i dag forstås som en fleksibel organisering som gir trygghet for aldersadekvat utvikling, selvstendigjøring og evne til å knytte seg til andre». Riktignok tenkte Minuchin systemisk, og hevdet at familien er et system som er en del av et større system (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 101-102). Viktig i strukturell tenkning, er at foreldre skal styrkes i sin rolle og som familiens overhode, slik at de kan ta avgjørelser for resten av familien.

Hvordan jobber en strukturell familierapeut?

Målet for den strukturelle familierapeuten er å endre strukturen i familien. Da må terapeuten jobbe med subsystemer og allianser. Terapeuten skal ha en aktiv rolle i terapirommet, men likevel beholde nøytraliteten. Terapeuten kan ha ansvar for innholdet i timene, uten å presse på sine egne ideer. Det er viktig at terapeuten og familien opplever å ha en god relasjon til hverandre basert på tillit. Har terapeuten lyktes med å gjøre det som kalles *Joining* vil dette bety at familien opplever terapeuten som en del av familiens system. Likevel som nøytral og med utenforstående blick, men at terapeuten er godt inn i hele familiens allianse (Lorås & Ness, 2019, s. 129). Et av målene er å skape allianse mellom hvert av familiemedlemmene. Terapeuten kan anvende verktøyet genogram. Her tegnes et familiegenogram, hvor terapeuten kan få innsyn i om relasjonene er konfliktfylte eller positive.

Enactment betyr iscenesettelse. Når terapeuten iscenesetter en situasjon ber terapeuten familiemedlemmene henvende seg til hverandre og snakke til hverandre slik de pleier. Her får terapeuten mulighet til å observere måten de snakker til hverandre på samt hvordan de krangler. Her kan terapeuten moderere samtalen og måten de samhandler på.

Et eksempel kan være: «Hun er så tiltaksløs!», hvorav terapeuten kan svare «Forstår jeg deg riktig i at du ønsker at hun tar mer initiativ?» *Reframing* betyr å omformulere og bidra med å skape ny mening bak familiens allerede skapte mening. Spesielt ved å tillegge ord familien allerede bruker med positive konnotasjoner slik de ikke er vant til (Lorås & Ness, 2019, s. 130).

Modellen har også blitt kritisert for det noen terapeuter mener er modellens svakheter. Kritikken går blant annet ut på at terapeuten er for autoritær og har for stor rolle og ansvar i terapirommet. Kritikere av denne metoden mener at terapeut ikke bør innta en sterk ekspertrolle. Alternativet er å legge seg på samme linje med familien. Retningen har også blitt kritisert for å ikke ta i betraktning at det er ulik makt mellom fedre og mødre knyttet til kjønnsroller.

2.5.2 Milanomodellen – systemisk familieterapi

Johnsen og Torsteinsson nevner Mara Selvini Palazzoli som opphavskvinnen innen systemisk familieterapi. Palazzoli er grunnleggeren av det som heter Milanoskolen. Milanomodellen er inspirert av Batesons systemteori som er blitt beskrevet tidligere. Mangelen på fremgang og forbedring hos pasienter med spiseforstyrrelser fikk Palazzoli til å endre praksis selv om terapeutenes innsats var stor (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 23). Hun gikk fra å være en psykoanalytiker til å bli en systemisk familieterapeut (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 121). De nye terapeutiske intervensjonene som bisto Palazzoli og hennes terapeuter var å observere det som var synlig, fremfor det de ikke kunne se. Det som var synlig var samhandling og transaksjonsmønstre mellom pasient og dens familie. Det usynlige var pasientens intrapsykiske tanker. Som psykiater, hadde hun en konstruktivistisk og systemisk tilnærming til familieterapien.

Konstruktivisme og sosialkonstruktivisme er to perspektiver som milanomodellen tar inspirasjon fra. Dette betyr at betydningen av språk og mening spiller en rolle. Familien epistemologiske ståsted blir sentral, og terapeuten skal opptre nysgjerrig for å utforske dette feltet.

Teamet i Milanoskolen erfarte at det egnet seg å jobbe systemisk; hvordan den ene har det, påvirker den andre, og slik fortsetter det videre. Målet med systemisk familieterapi i regi av Milanometoden er å gi familien en ny innsikt om seg selv gjennom redefinering av meninger og å gi positiv konnotasjon til symptomet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 135). Familiens fastlåste mønster skal oppdages, og terapeuten kan gi familien nye ritualer for at de låste mønstrene skal endres.

Hvordan jobber en familieterapeut etter Milanomodellen?

Hypotesedannelse, sirkularitet og nøytralitet er tre sentrale begreper i denne modellen og generelt for familieterapifaget (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 123). Bruk av det som heter reflekterende team er også en teknikk som er brukt. Det vil si at familien hører på teamets refleksjoner om deres sak åpent, noe terapeuten ville gjort uten at familien hørte på tidligere. Det kan være nyttig for familien å høre på et reflekterende team som snakker høyt om det de opplever fra familien.

Terapeuten bør utforske hvordan familien opplever sine egne utfordringer. Ut i fra dette kan terapeuten lage en hypotese om familien, eksempelvis om det relasjonelle innad i familien eller andre relasjoner familien har utad. Denne hypotesen skal utforskes gjennom spørsmål fra terapeuten, gjerne gjennom sirkulær utspørring. Målet er å skape en endring i denne epistemologien. Dette vil si at terapeuten har en aktiv rolle (Lorås & Ness, 2019, s. 139).

Terapeuten har en nøytral posisjon og tar aldri side med noen av familiemedlemmene selv om den har en aktiv rolle. Videre kan terapeuten bruke det som kalles sirkulære spørsmål. Sirkulære spørsmål er blant grunnteknikkene i milanomodellen og går ut på at terapeuten stiller spørsmål til hver av familiemedlemmene og ber de andre kommentere det de fikk høre. Eksempel: «Berit, hva ønsker du å se mer av fra Per?» Etter at Berit har avgitt sitt svar spør terapeuten Per: «Hvordan er det for deg å høre det Berit sier nå Per?» Per svarer på dette og terapeuten retter seg igjen mot Berit og spør: «Berit, hva synes du om det Per svarer?»

Et eksempel på en annen form for sirkulær utspørring er triadiske spørsmål, da vil terapeuten spørre en tredje person i familien om hvordan de opplever forholdet til noen andre i familien (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 129). Forskjells spørsmål er også en type spørsmål som kan brukes, eksempel: «Hva gjør mamma når mamma er stresset? Hvordan blir mamma da?» Slik som en strategisk familieterapeut, kan paradoksale intervensjoner også være en teknikk terapeuten velger å bruke.

Symptomet i familien har en betydning. Terapeuten skal forsøke å finne ut hva symptomet er et signal på, og hva er det symptombæreren prøver å uttrykke. Herfra skal terapeuten arbeide med at symptomet blir sett i et annet lys enn tidligere, fra en mer positiv oppfatning. Milanomodellen er i dag en etablert modell innen familieterapien (Lorås & Ness, 2019, s. 152).

2.5.3 Strategisk familieterapi

Strategisk familieterapi er i likhet med strukturell familieterapi også utviklet på 1960- og 70-tallet som blant de første metodene innen familieterapi. Den amerikanske psykologen og læreren Jay Haley og hans kone Cloe Madanes er sentrale figurer i utviklingen av denne metoden (Nichols, 2010, s. 142-144). Haley var opptatt av hvordan makt formidles gjennom kommunikasjon og adferd på en strategisk måte. Haley mente, i likhet med strukturell familieterapi at foreldre i en familie bør ha mest makt.

Når det gjaldt å identifisere utfordringene i en familie ble det introdusert en sirkulær måte å tenke på. Fra forståelsen om årsak-virkning som en lineær prosess ble det introdusert det som kalles *circular causality*. Circular causality kan oversettes til sirkulær årsakssammenheng og handler om hvordan alle faktorer; adferd, kommunikasjon og reaksjoner påvirker hverandre. Derfor blir det mindre viktig å finne ut hvem som starter en diskusjon først, eller hvem som har skylden for problemene i familien. Heller blir familien gjort bevisst på hvordan en eventuell krangel/diskusjon resulterer i uønsket adferd og hvordan denne uønskede adferden resulterer i enda mer uønsket adferd. En av oppgavene til terapeuten er å få familiemedlemmene til å bli bevisst på hvordan de påvirker familiedynamikken med sin adferd og sitt språkbruk. Eksempel: at et barn har problematisk adferd med vilje, fordi barnet ser at foreldrene kommer sammen og samarbeider når han/hun utløser en slik adferd.

Innen strategisk familieterapi kan det som kalles 1. ordens forandring og 2. ordens forandringer bli brukt som teoretisk bakgrunn for forandringer hos en familie. 1. ordens forandring er i en spesiell type adferd. Denne forandringen varer ikke lenge fordi reglene innad i familien fortsatt er de samme. 2. ordens forandringer derimot er mer langvarige forandrer og kan være mer effektivt fordi familiens regler også er endret (Nichols, 2010, s. 145).

Hvordan jobber en strategisk familieterapeut?

Terapiformen er kort og opptatt av intervensjoner spesifikt rettet mot selve problemet familien presenterer (Lorås & Ness, 2019, s. 29). Denne terapiformen kan sees på som et tett samarbeid mellom terapeut og familie med felles mål. Å skape umiddelbar symptomlette hos familien er målet, derfor kan terapien anses som resultatorientert. Terapeuten ønsker å bryte opp i fastlåste mønstre. Familien skal selv fortelle hva de ønsker å oppnå med terapien og hvorfor de er der. Hjemmeoppgaver gis gjerne til familien som lekse til neste time. Her blir det i noen tilfeller signert en kontrakt som sier noe om hva hvert familiemedlem skal jobbe med til neste gang. Terapeuten skal ha et løsningsorientert fokus på utfordringene familien presenterer. Terapeuten skal ikke opptre normativt, men forsøke å innta en ledende rolle og tilby intervensjoner til problemet. Paradoksale intervensjoner er et verktøy som terapeuten kan bruke, dette kan være å be familien gjøre det motsatte av det de allerede gjør. Forslag til en paradoksal intervensjon kan virke irrasjonell til å begynne med, men dersom den paradoksale intervensjonen er med på å bidra til en endring – uansett retning, har den berørt familiens fastlåste dynamikk. Et eksempel på en paradoksal intervensjon kan være, at et foreldrepar oppsøker en terapeut fordi de krangler ofte. Terapeuten svarer med å si at foreldreparet skal krangle i 60 minutter hver dag før de spiser middag. Dette kan være med på å gjøre foreldreparet bevisst på at de faktisk har muligheten til å la være å krangle 60 minutter hver dag før middag dersom de ikke føler for å krangle en dag. Paradoksale intervensjoner kan dermed i noen tilfeller bidra til en åpenbaring eller et nytt perspektiv hos den enkelte.

Når problemet er løst, kan terapien også avsluttes. I denne oppgaven er kreftsykdom hos barn beskrevet som det som er psykisk belastende for hele familien. I en slike tilfeller, kan det være vanskelig å løse problemet, dersom familien anser selve kreftsykdommen som årsak til

problemet. Metodens svakheter er blitt beskrevet som en modell som tar mange risiko, da spesielt med paradoksale intervensjoner.

2.5.4 Løsningsfokusert familieterapi (LØFT)

De tre første modellene som er presentert er fra den klassiske teorien innen familieterapi. Løsningsfokusert derimot terapi blir ansett som en postmoderne metode. Postmoderne familieterapeutiske metoder er påvirket av teorier om sosialkonstruktivisme. I likhet med strategisk familieterapi er også løsningsfokusert familieterapi i større grad handlingsorientert fremfor innsiktsorientert. Steve de Shezer Insoo Kim Berg er to sentrale navn blant andre innen denne retningen og de begge jobbet ved the Brief Family Therapy Center i Milwaukee, USA (Nichols, 2010, s. 319). Terapeuten skal i denne metoden identifisere hvorfor familiemedlemmene søker terapi, i en slik kunde/klager/gjest-kategorisk plassering av medlemmene. Ved å tenke seg hvilken av disse kategoriene familiemedlemmene er i, er det lettere å identifisere hvem som er mest motivert for en endring og hvem som deltar fordi den andre ønsker. En gjest er vanligvis der fordi noen andre i familien har ønsket det på dems vegne, men ønsker ikke terapi selv (Nichols, 2010, s. 325). En person som er med i terapitimene som en «gjest» vil vanligvis ikke se på utfordringene som noe som bør løses hos en terapeut. En gjest kan også forholde seg passiv til utfordringene. En person i kategorien «klager» kan peke på andre som hovedproblemet til utfordringene de sliter med. En som er i kunde-kategorien derimot, vil være den mest ideelle kategorien for terapeuten. En kunde vil være åpen for forslag til endringer og bidrar til den endringen om nødvendig (Nichols, 2010, s. 326). En av terapeutenes oppgave kan være å engasjere de andre i familien, som ikke blir tolket som kunder til å bli kunder. Familien ansees som ekspertene på sitt eget liv og skal dermed være med på å utforme løsninger selv. Fokuset skal være på løsninger og fremtid, og ikke på tidligere hendelser og fortid (Nichols, 2010, s. 321-322).

Hvordan jobber terapeuten løsningsorientert?

Som navnet tilsier vektlegger denne metoden løsninger til utfordringene familien presenterer. Målet er å finne løsninger til utfordringene som blir bragt opp (Nichols, 2010, s. 322). Først og fremst skal terapeuten utforske familiens mottakelighet og motivasjon til endring og ikke minst hva som er familiens bestilling. Det er viktig å utforske familiemedlemmenes motivasjon, da det

er mange som møter opp til terapi fordi noen andre i familien har ønsket det for dem, slik det er beskrevet i avsnittet over. Terapeuten skal hjelpe familien til å identifisere deres ressurser og forsterke deres styrker ved å stille spørsmål. Det finnes tre typer spørsmål terapeuten kan stille familien innen denne retningen. Spørsmål om unntakstilstander, det vil si i hvilke tilfeller familien mestrer en situasjon. Da kan terapeuten spørre om det er muligheter for å gjøre mer av dette siden det familien allerede praktiserer ser ut til å fungere. Dette handler om å fortsette med å bygge på de allerede eksisterende positive erfaringer rundt noe de mestrer. Terapeuten skal fokusere på familiens ressurser og allerede mestringsstrategier og lage oppnåelige mål sammen med dem. Spørsmålstype nummer to som kan stilles er det som kalles «mirakelspørsmål». Her vil terapeuten spørre om familien kan beskrive hvordan en helt perfekt dag, situasjon eller uke ville sett ut, sett bort i fra at deres problemer eksisterer (Nichols, 2010, s. 327). Underveis når en pasient beskriver drømmedagen sin, kan terapeuten stoppe og stille spørsmål som: «Hva er mulige årsaker som står i veien?» «Hva kan være mulige løsninger som passer inn i ditt/deres liv som kan bidra til å oppnå en mirakeldag?»

Videre kan terapeuten stille skalerings spørsmål. Det kan foregå ved at terapeuten ber familien gi en vurdering på en skala fra 1 til 10 ut i fra hvordan de føler at de står. Når et medlem har svart, for eksempel fem, kan oppfølgingsspørsmålet fra terapeuten være: Så hva skal til mener du, for å komme opp til en sekser til neste time? Dette betyr at familien selv må reflektere over hva de må gjøre for at situasjonen deres skal forbedre seg fra fem til seks på skalaen til neste time. Skalerings spørsmål er også spennende informasjon for terapeuten, da familien ofte gir forskjellige vurdering fra 1 til 10. Dette kan hjelpe terapeuten til å identifisere hvordan familiemedlemmene opplever sin egen belastning. Det er familien som eksperter på sine liv, terapeutens oppgave er å veilede og stille spørsmål. Målet med terapien er å finne løsninger på det familien anser som utfordrende for at familien skal få en lettere hverdag.

I følge Nichols (2010) er LØFT en metode familierapeuter praktiserer verden over. Nichols beskriver at terapeutene kan oppleve metoden som effektiv, uten at noen effektstudier av denne formen er gjort (Nichols, 2010, s. 342).

2.5.5 Språkssystemisk familierterapi

Denne retningen har sentrale bidrag fra den amerikanske psykologen Harlene Anderson og hennes kollega Harold Goolishian. Den norske familierterapeut Tom Andersen vil også trekkes frem for sitt bidrag til det som heter reflekterende team. Reflekterende team handler om at terapeuten gir sine egne refleksjoner til familien. Retningen har sosialkonstruksjonistisk blikk på hvordan språket vårt skaper virkeligheten vår. Hvordan familien oppfatter er konstruert gjennom språket (Nichols, 2010, s. 95).

Denne retningen legger også spesielt vekt på holdninger hos terapeuten som et av de grunnleggende prinsippene. Terapeuten skal være nysgjerrig og lyttende og på familiens side, men på ingen måte innta en ekspertrolle. Terapeuten skal møte familien med respekt og anerkjennelse og selv være åpen for ny mening selv (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 171).

Hvordan jobber en språkssystemisk terapeut?

Samtalene skal bidra til refleksjoner som gir familien ny mening og motivasjon. Det er familien selv som er eksperter på eget liv og som skal komme med bidrag og ideer selv, om hva som kan være nyttige endringer for familien. Terapeuten skal innta en ikke-vitende posisjon i timene. Gjennom familierapeutisk samtale forteller familien om hvordan de kan samarbeide for å skape endring (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 173). For å endre handling, må familiemedlemmene først endre mening. Når mening er endret, kan handlingen komme etter. Mening skapes gjennom språket og ordvalgene som gjøres. Samtalene i den språkssystemiske metoden skal være problemløsende, her er tanken at språket vi snakker skaper vår virkelighet. Et eksempel kan være, at en person i familien omtales som «sensitiv» fremfor «aggressiv» som vi har sett tidligere i de andre metodene under teknikken reframing. Terapeutens rolle er å skape et godt samarbeidsklima (Nichols, 2010, s. 95).

Kritikk av språkssystemisk terapi har gått ut på at familiemedlemmene må i utgangspunktet ha et vokabular som tillater å uttrykke avanserte forhold, og det er det ikke alle som har. Spesielt utfordrende kan det være for barn å forstå eller selv uttrykke vanskelige ord (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 165).

2.5.6 Narrativ familierterapi

De postmoderne familierapeutiske metodene er sterkt preget av sosialkonstruktivistisk perspektiv, det vil si at de tar i betraktning hvordan mennesker er formet gjennom det de har lært kulturelt (Nichols, 2010, s. 347). Den australske familierapeuten Michael White og psykologen David Epstein utviklet narrativ terapi på 1990-tallet. Teorien bak narrativ terapi hevder at mennesker skaper ulike narrativer (fortellinger) for å skape en oppfatning om jeget. Samfunnets dominerende diskurser preger ofte disse fortellingene. Mens strategiske familierapeuter gir familiemedlemmene omformuleringer og nye perspektiver, mener narrative terapeuter at disse nye tolkningene ikke holder, så lenge familiemedlemmene har lagt fortellinger om seg selv som er negative. Narrativ terapi handler om hvordan menneskers egne oppfatninger om seg selv gjennom fortellinger som de selv lager eller som har blitt fortalt av andre kan bidra til hva slags syn man har på seg selv. En fortelling kan bety noe andre forteller om deg, eller noe du forteller om deg selv. Et eksempel på en fortelling kan være når en person blir fortalt hvordan de var under oppveksten, detaljer om de likte skole eller ikke, hvor flinke de var som barn eller ikke osv. Disse fortellingene som blir fortalt eller som en person forteller om seg selv er, har hatt stor innflytelse fra sosial konstruktivisme ifølge narrative terapeuter. Dette vil si, at samfunnets dominerende diskurser kan påvirke en persons historie om seg selv, om de er lyktes eller ikke for eksempel.

Hvordan jobber en narrativ familierapeut?

Målet med denne terapien er å hjelpe familien til å se på sine utfordringer gjennom en ny narrativ. Mange personer som er i en vanskelig situasjon kan ofte tro at det er dem selv som har forårsaket problemet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 198-199). Narrative terapeuter anser «problemet» familien beskriver som et fenomen adskilt fra personen. Eksternalisering av problemet fra personen blir brukt i narrativ samtalerapi. Problemet er problemet, og ikke personen (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 205). Familiemedlemmene skal sammen alliere seg og jobbe mot problemet som har oppstått og ikke peke på hverandre som årsak til problemene. Terapeuten skal hjelpe familien til å gjenfortelle fortellingen om seg selv fra en mer mestrende og positiv oppfatning, ikke bare problemfylt (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 204-205). I disse fortellingene skal familien presentere seg selv som seirende og styrket, samt hvordan de skal sammen overvinne det de ser på som problemet. Terapeuten skal stille spørsmål og formulere

utfordringene familien presenterer som et avskilt. En kreftdiagnose hos et barn kan berøre dynamikken i en familie, ved å utfordre familien mobilitet. Når en terapeut omtaler kreftsykdommen som noe eksternalisert familien sammen prøver å bekjempe, kan familien se at det ikke er dårlige egenskaper som kanskje har kommet frem på grunn av sykdommen, som er utfordringen. Terapeuten skal kartlegge hvordan denne sykdommen påvirker hvert enkelt familiemedlem. Når er denne sykdommen mens fremtreende? I hvilke situasjoner er det lettere å håndtere denne sykdommen? Terapeuten kan etter å ha innhøstet innfallsvinkler fra alle starte med å restory. Restorying handler om å gjenfortelle historien med optimisme og med fokus på mestring. Her ønsker terapeuten at familien skal fortelle en alternativ fortelling, som ikke er som den opprinnelige fortellingen de kom med. Det er familien selv som presenterer innholdet i fortellingen, terapeutens oppgave er å stille veiledende spørsmål for at denne fortellingen som er inkludert muligheter og mestring skal konstrueres. Terapeuten kan ofte bemerke progresjon hos familien og gi tilbakemeldinger om dette. Synet på terapeuten er ikke slik som den klassiske teorien ved at terapeuten blir ansett som en ekspert.

2.6 Hvordan brukes profesjonell kunnskap? – en innføring i profesjonsteori

I denne delen blir læringsteorier redegjort for. Med læringsteori menes det teorier som forklarer hvordan vi tilegner oss kunnskap og bruker denne kunnskapen i profesjonelle sammenhenger. Den første teorien er fra filosofen Donald Schön. Schön er spesielt kjent for sine refleksjoner rundt teori og praksis i profesjonelt arbeid. Den andre teorien er Hubert og Stuart Dreyfus sin modell om hvordan man tilegner seg kunnskap som etterhvert blir en naturlig del av den profesjonelles intuisjon. Disse teoriene gir indikasjoner på hva jeg skal se etter i materialet fra intervjuene. Jobber terapeutene intuitivt eller må de reflektere mye over hver case?

De profesjonelle har en autonomi når de utøver skjønn i arbeidet ifølge Dag Jenssen. Jenssen snakker riktig nok om sosialarbeideren, hvor han beskriver at ekspertise på den ene siden og det institusjonelle rammeverket på den andre siden, munnner ut i en skjønnsvurdering (Jenssen, 2021, s. 26-27).

2.6.1 Donald Schön om refleksjon-i-handling

I boken *The Reflective Practitioner* (1983) undersøker Schön hvordan profesjonelle yrkesutøvere løser utfordringer i profesjonelt arbeid. Schöns viser at profesjonelle har kunnskap som kan være vanskelig å beskrive, da profesjonelle bruker mer improvisasjon som de har lært gjennom sin praksis, enn teoretiske oppskrifter fra skolen. Dette er en prosess som ikke er grundig nok undersøkt hevder Schön. Men han forsøker likevel å gi en innføring i hvordan profesjonelle tenker i praksis. Den profesjonelle er i dialog med hver individuell case og tilpasser seg denne casen, også med bakgrunn i teorier som den profesjonelle har lært.

Schöns hevder at det er tre typer refleksjoner i praksis:

Knowing-in-action: Dette er kunnskap fra tidligere erfaringer som er blitt tause kunnskaper (Schön, 2001, s. 51). Et eksempel på en slik kunnskap kan være ferdigheten å sykle. Dette er tillært og nå er kunnskapen noe man ikke trenger å tenke videre over når man sykler. Dette er en type kunnskap som det ikke trengs å reflekteres grundig over. Denne type kunnskaper kommer ut i selve handlingen. Dersom denne kunnskapen i noen tilfeller ikke strekker til, kan neste kunnskapsform være behjelpelig.

Reflection-in-action: En refleksjon-i-handling vil i denne sammenhengen svare til refleksjoner som blir gjort av den profesjonelle i en situasjon eller sak, i handlingsøyeblikket mens saken pågår. Den profesjonelle vil reflekterer mens den holder på i praksis (Schön, 2001, s. 51-65). Refleksjon i handling kan være en stor del av den profesjonelles arbeidshverdag. Det kan tenkes at dette kan være en relevant arbeidsmetode blant informantene til denne oppgaven, dette vil vi se nærmere på i kapitlet hvor hovedfunn fra intervjuene blir fremvist.

Reflection-on-action: Med dette menes alle refleksjoner som gjøres etter at praksisen er utført. På norsk oversettes dette til en refleksjon over handling. Her gis den profesjonelle muligheten til å reflektere over hva som var bra med egen praksis, og hva som kunne vært utført bedre - slik at dette kan implementeres i neste praksis. Her er det også muligheter for å få tilbakemeldinger fra andre, for å forbedre egen praksis.

Det Schön argumenterer for, er at profesjonelle (de beste vel å merke) vet mer enn de hva kan sette ord på. Denne kunnskapen kommer frem fra en ubevisst improvisasjon når den profesjonelle er i en handling. Kunnskapen er lært gjennom praksiserfaring (Schön, 1983). Et viktig poeng Schön fremhever, er at en organisasjon skal tilrettelegge for den reflekterende praktiker. Schön skriver også at, refleksjon-i-handling ikke er en legitim form for ekspertise som samfunnet aksepterer (Schön, 2001, s. 67).

Schöns teori om tre typer refleksjoner i praksis er relevant med den hensikt om at fremtidige profesjonelle skal ta lærdom fra dette hevder han selv. Schön hevder videre profesjonelle yrkesgrupper er helt essensielt for at samfunnet skal fungere (Schön, 2001, s. 7). Overalt finnes det profesjonelle yrkesutøvere, i lovssystemet, på sykehusene, i industrisektoren, i skole- og utdanningssektoren og så videre. Vi henvender oss til dem når vi har en utfordring vi ønsker hjelp til. Dette demonstrerer viktigheten av de profesjonelle i samfunnet vårt og det er gjennom dem vi streber etter progresjon i samfunnet (Schön, 1983, s. 4). Det har også vært hendelser hvor profesjonelle, både leger og advokater har brukt sin profesjon illegitimt. Denne læringsteorien, skal dog handle om den reflekterende profesjonsarbeideren.

Dagen vår er preget av spesielle kunnskaper vi mennesker anvender som vi utøver intuitivt (Schön, 1983, s. 49). Det samme gjelder under arbeidsdagen, den profesjonelle har «tacit knowing-in-action», dette kan oversettes til taus kunnskap. Taus kunnskap har den profesjonelle når han/hun skal handle (Schön, 1983, s. 49). Kunnskap som er vanskelig å gi en konkret beskrivelse av. Selv om den profesjonelle gjør bevisste valg ut i fra forskning og teorier, er han avhengig av tause gjenkjenninger av saken, bedømmelser i praksis og dyktige prestasjoner som den gjør (Schön, 1983, s. 50). Det er dette som kalles reflection-in-action.

Jeg ønsker å undersøke i diskusjonskapitlet: Hvordan møter terapeutene komplekse saker i sitt terapeutiske arbeid hos familier med kreftsyke barn, dersom standardiserte teorier innenfor familieterapien ikke strekker til? Det er viktig å få med at Schön mente at den vitenskapelige kunnskapen, er viktig og essensiell for å bistå den praktiske kunnskapen.

2.6.2 Dreyfus og Dreyfus' læringsteori

Forfatterparet og brødrene Hubert og Stuart Dreyfus presenterer en teori som handler om hvordan mennesker tilegner seg ferdigheter gjennom læring. I boken *Mind over Machine* (Dreyfus et al., 1988) beskriver de de ulike stadiene man gjennomgår når man lærer nye ferdigheter. Dreyfus og Dreyfus sier at det er fem stadier i en læringsprosess. De hevder at nybegynnere er regelstyrte og faktaorienterte, men ettersom man lærer gjennom praktisk arbeid og får mer erfaring blir man etterhvert ekspert. En ekspert handler ut i fra intuisjon. Definisjon av intuisjon som brukes i boken, er en kunnskap som er blitt en automatisert del i sinn og kropp, som vi bruker daglig (Dreyfus et al., 1988, s. 29). Boken er basert på empiriske studier og observasjoner av blant annet ferdighetene å sykle og sjakkspilling. Teorien har dog blitt kritisert for at den har manglende evidens.

Dreyfus og Dreyfus innleder boken med å si at mennesker er unike da vi har evnen til å gjenkjenne, å syntetisere og til å bruke intuisjon (Dreyfus et al., 1988, s. xx). Vi anvender en sterk intuitiv intelligens som gjør oss i stand til å holde samtaler, forstå andre mennesker og å håndtere miljøet vi befinner oss i på en dyktig måte. Det er denne egenskapen som bør utforskes, videreutvikles og bli bevart. Ingen datamaskiner kan overgå mennesket, da datamaskiner ikke har evnen til intuitiv tenkning, som tittelen på boken henviser til.

Når det gjelder kunnskap vises det til at noen former for kunnskap har man lært gjennom erfaring, slik som å sykle (Dreyfus et al., 1988, s. 16). Når man har oppnådd en know-howkunnskap er man på det femte stadiet i modellen til Dreyfus og Dreyfus. Slik jeg tolker det, er know-how kunnskaper det samme som intuisjon for bokens forfattere Dreyfus og Dreyfus (Dreyfus et al., 1988, s. 28). Det kan være vanskelig å beskrive hvordan man skal sykle med ord, men når man først klarer det, vet man hvordan det skal gjøres uten å tenke på det neste gang. Mennesker har mange automatiske know-how-kunnskaper. Det samme gjelder samtaler, det er ingen fast oppskrift på hvordan en samtale skal føres eller inneholde. Dreyfus og Dreyfus hevder at mennesker vet hva de skal si i ulike sosiale settinger. Ved å kontinuerlig praktisere know-hows opprettholder man denne automatiske kunnskapen. Kunnskap kan mistes gjennom inaktivitet (Dreyfus et al., 1988, s. 17). Sjåførere, snekkere og lærere er noen eksempler på yrkesgrupper Dreyfus og Dreyfus hevder har slike knowhow-kunnskaper. Når mennesker lærer noe for første

gang, opererer de regelstyrt fra sin teoretiske viten men gjennom erfaring blir denne kunnskapen intuitiv. For å oppnå denne know-how kunnskapen må kandidaten gjennom en læringsprosess som inneholder fem faser. Disse fem fasene har Dreyfus og Dreyfus studert nøye og kalt den The Five Stages of Skill Acquisition.

Nybegynner

Som en nybegynner tilegner man seg nye ferdigheter gjennom opplæring og undervisning. Nybegynnere lærer seg regler som er kontekstfrie, det vil si grunnleggende regler som kan brukes uansett kontekst. Eksempel på en kontekstfri regel kan være at en bil alltid skal starte i første gir. Bilen må starte i første gir uansett kontekst og situasjon (Dreyfus et al., 1988, s. 22). Eller hvordan en sykepleier skal tolke en blodtryksmåler. Likevel vil en nybegynner mangle en sammenhengende forståelse av oppgaven som helhet (Dreyfus & Dreyfus, 1991, s. 45). En nybegynner vil operere ut i fra de tillærte reglene den har lært og ikke erfaring.

Avansert nybegynner

Som avansert nybegynner begynner yrkesutøveren å bruke mer avanserte regler. Dette vil gi personen nye utfordringer, og med dette fortsetter personen å tilegne seg praktisk erfaring. Vedkommende vil jobbe med situasjonsbestemte oppgaver som krever mer tenking, enn de kontekstfrie reglene som ble lært som nybegynner. Etter mange nok oppgaver kan den avanserte nybegynneren begynne å gjenkjenne situasjonsbestemte trekk. Sykepleieren som ble brukt i første eksempel, vil nå gjenkjenne lyden av pusten til en pasient med lungeødem fra en pasient med lungebetennelse (Dreyfus & Dreyfus, 1991, s. 47). Den avanserte nybegynneren lærer nå, ikke primært gjennom regelstyring – men gjennom erfaring.

Kompetent

Etterhvert som personen får mer erfaring fra både kontekstfrie og situasjonelle oppgaver, blir vedkommende mer kompetent. Den kompetente personen kan nå arbeide systematisk og i noen tilfeller utøve skjønn. Personen tar mange avgjørelser i arbeidet sitt og tar ansvaret for disse avgjørelsene. Den kompetente personen tar bevisste målrettede valg ut i fra refleksjoner om hvilke alternativer som er tilgjengelige. Eksempelet om sykepleieren kan brukes her og.

Sykepleieren vil nå ikke trenge å gå til pasientene sine i kronologisk rekkefølge, men hun/han vil ha evnen til å vurdere hvilke saker som haster og hvilke som kan vente.

Kyndig utøver

Det nest siste nivået, før man oppnår ekspertise, er kyndig utøver. Nå vil personen oppleve arbeidet sitt fra ulike perspektiver. Vedkommende responderer intuitivt på oppgavene, men gjør også kalkulerende beslutninger. Vurderinger basert på skjønn gjøres. Å være kyndig i denne sammenheng betyr å handle intuitivt, men samtidig være analytisk. Nå begynner kunnskapen å gå over til know-how, en forståelse som kommer uanstrengt, basert på tidligere erfaringer (Dreyfus et al., 1988, s. 28).

Ekspert

Eksperten vet på generell basis og på bakgrunn av sin innsikt hvordan han eller hun skal operere (Dreyfus & Dreyfus, 1991, s. 57). Eksperten handler på intuisjon - kjapt, noe det kyndige utøveren ikke gjør. Kunnskapen og ferdighetene kan sies og ha blitt en del av ekspertens kropp, den utfører oppgaver uten å tenke noe nevneverdig over det. Eksperten handler på en måte som normalt ser ut til å fungere i de fleste tilfeller, dersom saken er som den pleier og ikke skiller seg ut.

Denne teorien kan være relevant i diskusjonskapitlet, kommer det frem at de jobber intuitivt, regelstyrt eller følger de noen spesielle metoder? Samt, hvordan reflekterer informantene rundt sitt eget arbeid? Schön er opptatt av betydning refleksjoner har for den profesjonelles kompetanse. Jeg ønsker å se om det Schöns teori om den profesjonelles arbeidsutførelse, og Dreyfus og Dreyfus fem stadier i en læringsprosess kan gjenkjennes i det informantene sier om sin arbeidsutførelse.

I neste kapittel blir oppgavens metode og vitenskapelige perspektiv redegjort for.

3. Kapittel 3: Metodologi

I dette kapitlet gjennomgås oppgavens valg av metode og begrunnelsen for dette valget. Det blir forklart hvordan selve metoden er utført og punkter som kan berøre kvaliteten på materialet. Kapitlet gjør også rede for hvordan gyldighet og pålitelighet av dataen er blitt sikret. Til slutt i dette kapitlet foretas det en metodisk refleksjon over de ulike aspektene ved utførelsen av metoden.

Formålet med denne masteroppgaven er å få frem hvordan seks terapeuter som jobber familieterapeutisk opplever sitt arbeid med familier som har kreftsyke barn. Intensjonen er å få frem deres subjektive mening om hva slags familieterapeutiske metoder eller andre innslag av teknikker de opplever som velfungerende for denne pasientgruppen. Samtidig gjøres det et forsøk på å undersøke hvordan de anvender sin profesjonelle kompetanse. Det jeg ikke undersøker er effekten av familieterapi som terapiform for familier med kreftsyke barn. Dersom oppgaven hadde sett på effekt hadde eksperiment vært en mer gunstig metode. Når jeg skal undersøke utførelsen av familieterapi kan man få denne informasjonen fra enten familieterapeutene eller familien. Jeg har valgt å bruke førstnevnte som kilde til hvordan arbeidet i samtalene foregår. Det ville også vært interessant å sett denne erfaringen fra familienes perspektiv, men det gjør ikke denne forskningen. Med dette utgangspunktet, var det hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode ved hjelp av dybdeintervju med et semistrukturert intervjuguide. Dybdeintervju er nyttig å bruke når man skal studere nyanser i informantens perspektiver, holdninger og erfaringer (Tjora, 2021, s. 128) Når den empiriske dataen var samlet inn, ble denne dataen igjen fortolket av meg, for å danne et bilde av den familieterapeutiske praksisen. Det vil si at dette er en fortolkende kvalitativ analyse, hvor verken objektive forhold, eller årsaksforklaringer er inkludert i studien.

3.1 Kvalitativ metode for datainnsamling

Denne masteroppgaven har fått sitt empiriske datamateriale fra kvalitative intervjuer med et semistrukturert intervjuguide av seks informanter. Tre av de seks informantene er utdannet familieterapeuter og de tre andre er utdannet psykologer. Den ene familieterapeuten er psykiater med fordypning i familieterapi. Felles for de seks informantene er at de alle har erfaring med

familieterapeutisk og systemisk arbeid med familier med kreftsykdom hos barnet. Som nevnt var formålet med de kvalitative intervjuene å samle data fra informantene om hvordan de jobber terapeutisk med familier som har kreftsyke barn. Et annet aspekt ved innsamlingen var å finne ut hvordan terapeutene reflekterer over sitt eget terapeutiske arbeid. En viktig bakgrunn for denne interessen fra min side, var om informantenes svar kunne gjenkjennes i Schön og Dreyfus & Dreyfus' teorier om hvordan anvende kunnskap i praksis.

3.2 Vitenskapsteoretisk posisjon: hermeneutikk og fenomenologi

Ifølge Järvinen og Mik-Meyer er ofte formålet med kvalitativ forskning å analysere mening og fortolkninger (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 10). Denne analysen er gjort ved å bruke hermeneutikk som metode til tekstfortolkning. Hermeneutikk handler om tolkning, og som vitenskapsteoretisk retning vektlegger metoden meningsdimensjon i det vi tolker. Kjernen i hermeneutisk metode er at man søker mening i teksten (Leseth & Tellmann, 2014, s. 178). Hermeneutikkens formål er å fortolke og forstå de meningene som ligger i den teksten som vi skal analysere. I hermeneutikken betyr tolkning å gjøre forståelig det som er uforståelig, for dersom alt hadde vært forståelig hadde det ikke vært noen behov for hermeneutikk ifølge artikkelforfatter Nils Gilje i (Jenssen et al., 2020, s. 189). Kvalitativ forskning er en utbredt faglig metode spesielt blant profesjonsfaglige studier (Leseth & Tellmann, 2014). Derfor er det en viktig kunnskap for meg å ha når materialet er innsamlet, å kunne tolke denne. Denne oppgaven prøver å forstå hvordan familieterapi utføres slik terapeutene selv oppfatter det. Samtidig må jeg være bevisst mine egne meninger, egen kontekst og forforståelse.

Gjennom dialogisk fellesskap med gjensidig respekt kan vitenskapelig kunnskapsutvikling utformes (Nygren & Øvreid, 2013, s. 7). De menneskelige erfaringene som terapeutene har gjort er fenomenologiske. Fenomenologi er de erfaringer som er gjort, som er grunnlag for kunnskap (Jenssen et al., 2020, s. 15). Fenomenologi er å undersøke den levde erfaringen, jeg undersøker erfaringen til terapeutene. En fenomenologisk undersøkelse, eller analyse, tar utgangspunkt i det mest mulig erfaringsnære – slik aktøren erfarte der og da. Nærmere bestemt er intervjuene forsøkt gjort i en fenomenologisk retning, da jeg har prøvd å høre på den konkrete erfaringen. Når aktørens intensjoner er avdekket er det lettere forstå hvorfor de handler som de gjør (Jenssen et al., 2020, s. 21). I dette tilfelle er familieterapeutenes intensjoner blant annet å hjelpe familier

med kreftsyke barn til å få en mer håndterlig hverdag til tross for de psykiske belastningene de er utsatt for på grunn av det somatisk syke barnet. Jeg måtte være bevisst på å ikke se etter meninger hos informantene som jeg tenkte ville være det «riktige svaret» til problemstillingen. Slik som at en viss familierapeutisk metode egner seg bedre i samtaler enn en annen metode. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer som siterer Ricœur (1973) kalles dette den mistankens hermeneutikk (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 133). Samtidig må jeg være ydmyk i min fortolking, da jeg er klar over at informantene er fagfolk som har mye mer erfaring innenfor familierapi enn meg.

Anthony Giddens dobbel hermeneutikk understreker hvordan samfunnsforskning handler om å fortolke individers allerede etablerte fortolkninger av virkeligheten (Jenssen et al., 2020, s. 21). Teorien handler om viktigheten av å se på både aktørs handling og strukturelle forhold for å forstå den sosiale virkeligheten (Jenssen et al., 2020, s. 211). Giddens mener at aktørene hele tiden danner tolkninger av den virkeligheten de opererer og lever i, og vi kaller disse førsteordens-tolkning. Forskere som tolker denne kunnskapen danner igjen en andreordens-tolkning (Jenssen et al., 2020, s. 212). Dobbel hermeneutikk er relevant da jeg skal fortolke informantenes fortolkninger av virkeligheten. Informantenes førsteordenstolkning blir tolket av meg i en annenordenstolkning som innbefatter det teorigrunnet jeg har brukt i analysen, for eksempel teorier om profesjonell handling. Det er viktig å poengtere at oppgaven og intervjuene fokuserer på informantenes subjektive erfaringer og ikke strukturelle forhold. Jeg gir en ny tolkning i lys av grunnleggende familierapeutiske metoder og teorier om hvordan profesjonelle jobber. Mitt rammeverk er annerledes enn terapeutene da jeg for eksempel har referansene til Schön og Dreyfus & Dreyfus. De familierapeutiske teoriene er likevel noe vi i større grad deler – terapeutene har selv et forhold til disse.

3.3 Koding, kategorisering og analyse

Etter alle gjennomførte intervju, var første steg transkriberingsarbeidet. Ett intervju ville ta om lag en hel dag å transkribere, inkludert mange pauser. Selv om selve transkriberingen var tidskrevende arbeid, var det lærerikt å legge merke til detaljer som ikke ble lagt merke til under selve intervjuet. For eksempel spørsmål jeg ville stille selv om informantene allerede hadde svart på det. Transkriberingsarbeidet gjorde det også lettere å kode svarene senere da man kunne

streke under svarene underveis. Kroppsspråk, uttrykksmåte og vektlegging av spesifikke ord er noen eksempler på kommunikasjonsstiler som kan påvirke fortolkningen av intervjuene som man bør være bevisst på. Når dataen var fremstilt ferdig skriftlig, begynte kodingen av svarene. Det første som ble gjort, var å markere alle svar som hadde verdi for forskningsspørsmålet og det teoretiske bakteppet med gul farge i Word. Deretter ble relevante svar i alle intervjuene omgjort til koder. Eksempler på koder fra analysene er blant annet «anerkjennelse», «familiens behov», «eksternalisering», «å styrke», «utforske» og «ressurser». Til slutt lagde jeg kategorier av svarene, og det er disse kategoriene som er underoverskrifter i kapittel 4, der funnene blir presentert. Koding og kategorisering av materialet var en effektiv måte å systematisere alle svarene på.

3.4 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Validitet og reliabilitet er to sentrale begreper i både kvalitativ og kvantitativ forskning for å vurdere kvaliteten på den empiriske forskningen (Leseth & Tellmann, 2014, s. 22-23).

Validiteten handler om hvordan man vurderer gyldigheten av resultatene og om undersøkelsen måler det den skal måle (Tjora, 2021, s. 259-260). I denne oppgaven er det ingenting som blir målt i den forstand, da det er en kvalitativ undersøkelse om terapeuters erfaringer. Validiteten vil da heller handle om hvorvidt mine tolkninger reflekterer måten terapeutene jobber på. Vi kan si at innholdet i informantenes svar er internt valide, for oppgaven handler om hvordan de seks terapeutene opplever og beskriver sitt eget arbeid. Det er viktig å huske på at dette gjelder synet til disse seks terapeutene og ikke familierapeuter generelt. Videoopptak av terapitimene hadde vært en fremgangsmåte for å skaffe mer nøyaktig data, men dette kan være vanskeligere å få gjennomført i praksis på grunn av hensyn til pasientene. Utover dette er det vanskelig å si om dette resultatet kan overføres til andre utvalg eller lignende situasjoner fordi dette representerer synet til seks terapeuter. En feilkilde kan være dersom en informant snakker usant eller gir forskeren det svaret den tror forskeren vil ha. I denne undersøkelsen oppleves dataen som er innsamlet fra terapeutene som troverdig.

Reliabiliteten handler om forskningens pålitelighet (Leseth & Tellmann, 2014, s. 22). Et relevant spørsmål jeg kan stille er, ville en annen forsker kommet frem til de samme funnene som meg? Ifølge Leseth og Tellmann er det ikke mulig i kvalitativ forskning å gjenta samme studie og få

nøyaktig helt *identiske* resultater, slik man ofte kan i kvantitativ forskning. De legger blant annet vekt på at forskeren skal være gjennomsliktig gjennom hele prosessen og forklare valg og fremgangsmetode for å sikre påliteligheten til forskningen. Jeg gjør et forsøk på å begrunne valg og fremgangsmåte i dette metodekapitlet. Mine resultater som nevnt, representerer synet til de seks terapeutene som er intervjuet. Disse funnene om hvordan de jobber kan dermed ikke generaliseres. Generaliserbarhet er bare når gyldigheten gjelder for andre tilfeller utover de som er forsket på (Tjora, 2021, s. 267). Jeg vil dog hevde at svarene terapeutene har avgitt gir et innblikk i hvordan terapeuter kan jobbe systemisk med familier som har barn med kreft. Samtidig må man huske på alle familier er unike, noe som vil gjøre alle caser unike.

Selv om informantene uttrykker i intervjuene hva de mener har sett ut til å fungere, betyr ikke dette at disse metodene innen familierterapi «fungerer». Ordet fungere blir ment som å lette på symptomtrykket her. Terapeutene kan ha en annen oppfatning om hva som fungerer enn familien. Det er familiens opplevelse om terapien har gjort godt eller ikke som hovedsakelig er gjeldende for om metodene oppleves som velfungerende eller ikke, og i denne oppgaven er det ikke familiens opplevelse som er blitt vurdert.

Vil denne forskningen bidra til en forbedring for denne pasientgruppen? Jeg ønsker å rette oppmerksomhet mot familienes ståsted, og hevde at det først og fremst er viktig å undersøke hvordan familien har opplevd terapien. Når en forskning bidrar til endring eller forbedring snakker vi om pragmatisk gyldighet (Tjora, 2021, s. 294).

3.5 Utforming av intervjuguide

Kvalitativ forskningsintervju har som formål å oppnå omfattende informasjon om informantens erfaringer, refleksjoner og meninger (Leseth & Tellmann, 2014, s. 87). Intervjuguiden ble utformet med hjelp og samarbeid fra masterveileder. Den ble justert og nyansert etter tilbakemeldinger fra veileder etter første utkast. Det ble tenkt gjennom hva slags spørsmål som var best egnet for å besvare forskningsspørsmålet. Noe jeg skulle ønske jeg tenkte på i forkant var hvordan spørsmålene kunne tolkes av informantene. Det var veldig interessant og lærerikt å oppleve at noen spørsmål ble tolket annerledes enn det jeg antok, og da tok jeg meg selv i dette. Et eksempel på dette er spørsmålet: «Hva bør terapeuten etter din mening merke seg i samtaler

med foreldre/søsken eller barnet?» Her kunne jeg blant annet forvente svar slik som, eksempelvis suicidale tendenser eller involvering med rus for å håndtere de vanskelige følelsene. Dette var det ingen informanter som svarte.

3.6 Utvalg og rekruttering

Rekrutteringen var strategisk utvelgelse og ikke tilfeldig. Det vil si at forespørsel ble sendt til de terapeutene jeg visste hadde erfaring med systemisk familierapeutisk arbeid hos kreftrammede barnefamilier. I alt ble åtte terapeuter funnet, hvor seks av de åtte personene ble brukt til oppgaven. Grunnen til at to av informantene ble utelatt er fordi den ene terapeuten som også var utdannet sosionom jobbet hovedsakelig med praktiske oppgaver slik som søknadsarbeid til NAV o.l., men lite samtalerapi. Den andre jobbet ikke med denne pasientgruppen likevel, men med foreldre av funksjonshemmede barn. Pasientgruppen i denne oppgaven er barn som har vært friske i utgangspunktet, men som har fått kreft. De resterende seks terapeutene jobber eller har jobbet tett med disse familiene og har erfaring med systemisk familieorientert arbeid. Grunnen til at psykologer er inkludert har med at det var vanskelig å finne seks familierapeuter som jobbet med denne pasientgruppen. Mange av disse psykologene jobbet mye likt som familierapeuter, når de jobbet med hele familien i terapi.

Informantene til denne oppgaven er:

- informant Ø som er utdannet som familierapeut
- informant B som er utdannet som familierapeut g psykiater
- informant T som er utdannet som psykologspesialist
- informant S som er utdannet som psykolog
- informant R som er utdannet som psykolog
- og informant W som er utdannet som familierapeut

Disse informantene representerer eller har representert forskjellige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) eller somatiske barneenheter over hele landet. Tre av disse informantene ble funnet gjennom en nettverkssamling som heter CL-nettverkssamling. Her møtes forskjellige BUP-enheter årlig over to dager for å høre på foredrag og få faglig påfyll. Min praksisveileder var behjelpelig med å melde meg på denne nettverkssamlingen da hun visste om denne masteroppgavens tema. Informantene fra denne nettverkssamlingen ble direkte oppsøkt av

meg, da jeg personlig gikk opp til dem og presenterte masteroppgaven. De resterende tre informantene er rekruttert gjennom praksisplass. Jeg hadde praksis over fire skolesemestre ved en BUP-enhet i spesialhelsetjenesten.

Som forsker som skal foreta kvalitativt dybdeintervju, kan man oppleve å møte på utfordringer. For denne oppgavens del, var en av utfordringene å rekruttere informanter i startfasen (våren 2021), helt til det heldigvis løsnet høsten 2021 nettopp på grunn av denne BUP-nettverkssamlingen. Våren 2021 ble det forsøkt å finne informanter gjennom internett, og dette var vanskelig da mange henvendelser ikke ble besvart. På grunn av koronapandemien var det også begrensninger i forhold til oppsøkende kontakt.

3.7 Gjennomføring av intervjuene

Etter godkjenning og klart signal fra NSD kunne intervjuene starte. Informantene som ble intervjuet ble bedt om å sette av én time til intervju. Noen intervjuer overgikk den ene timen, andre intervjuer varte under en time. Noen av informantene ønsket å se intervjuguiden på forhånd, andre trengte det ikke. På forhånd ble det gitt informasjon om at alle informantene er anonyme og at det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Informasjonsskriv var sendt elektronisk før intervjuene fant sted. Lydopptakene ble lagret på Oslomets skyplatt og slettet etter transkriberingsarbeidet var gjennomført. Intervjuene ble gjennomført med personlig oppmøte på informantenes arbeidssted foruten om ett intervju. Denne ble utført på videoplattformen Zoom og lyden ble tatt opp ved hjelp av Oslomets verktøy for digitale og konfidensielle opptak for forskningsintervjuer. Etter intervjuene var det noen informanter som følte at de ikke ga de svarene de tenkte at jeg var ute etter. For eksempel når det gjaldt spørsmål om hva slags metoder de eventuelt brukte. Da ville noen informanter ikke huske navnet på spesifikke metoder eller teoretikere, men heller gi eksempler på hvordan de stiller spørsmål. Dette er i seg selv interessant informasjon og ikke noe metodisk problem. Da ville jeg svare med at det er mitt ansvar senere å trekke paralleller til teorien eller eventuelt ikke, og at det som meddeles om hvordan de jobber er uansett bra. Når funnene presenteres i neste hovedkapittel blir informantenes svar om hvordan de jobber avdekket ytterligere.

3.8 Metodisk refleksjon

Tjora (2021) bruker ordet refleksivitet om forskere som bevisst undersøker eget forskningsarbeid for å identifisere om personlig erfaring eller andre kunnskaper har formet forskningen. Dette håper jeg at jeg har hatt da jeg har hatt et bevisst forhold til min forskerrolle.

Å ta valg for det man mener gjør oppgaven god er viktig, men å være klar over oppgavens svakheter er desto viktigere. Underveis under intervjuene og under selve arbeidet oppdaget jeg noen punkter som jeg gjerne skulle ha gjort annerledes.

Først om fremst, hadde jeg ønsket at jeg avgrenset problemstillingen til hvordan familieterapeuter jobber terapeutisk med familier som har barn i palliativ behandling, fremfor alle barn med kreft. Dette fordi en kreftdiagnose kan variere i alvorlighetsgrad, noe som kan påvirke familiens behov for familieterapi, samt familiens psykiske tilstand. Dette innså jeg etter at jeg hadde rekruttert informantene og var i gang med intervjuene. Noen informanter ville spørre: «Mener du all slags kreftdiagnoser eller? Hva slags kreftsykdommer tenker du på?» Da ville jeg presisere at det er hovedsakelig utførelsen av familieterapien jeg er ute etter. Med dette skulle jeg villet at problemstillingen var enda mer tydelig og tilspisset.

For det andre kunne noen spørsmål i intervjuguiden vært bedre formulerte i form av de var mer konkrete, mens andre spørsmål kunne vært mer åpne. Eksempel på et spørsmål som jeg mener burde vært formulert annerledes er: «Hvordan føler du at du bruker skjønn i samtalene?» Dette spørsmålet førte til at ett par informanter lurte på hvordan de skulle tolke dette spørsmålet. Ett spørsmål som vurderes som et spørsmål som fungerte bra i intervjuet var spørsmålet: «Finner du ut hvordan du skal jobbe med familien underveis eller gjør du opp noen tanker før samtalene?» Her opplevde jeg å få innholdsrike svar fra informantene.

Gjennom hele prosessen har jeg vært bevisst mitt eget ståsted og hvordan dette kan farge resultatene. Det kan alltid forekomme en viss påvirkning, men ved kritisk refleksjon har jeg prøvd å unngå dette så langt det lar seg gjøre. Blant annet ved å lese opp materialet fra informantene høyt flere ganger, og undersøke om den kan tolkes på en annen måte enn min egen.

I dette kapitlet ble de metodiske valgene forklart og begrunnet, og i neste kapittel ser vi på hva som ble funnet i analysene fra informantene.

4. Kapittel 4: Analyse: Hvordan jobber terapeutene?

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene bli presentert. Det empiriske materialet er tolket i lys av det teoretiske bakteppet som ble redegjort for i kapittel 2. Funnene som er valgt her er de kategoriene som er svarer best på problemstillingen. Samtidig er det sett på hvor hyppig noen begreper har kommet frem under kodingen. Med dette utgangspunktet er det gjort en vurdering på hva som skal tas med og ikke. Under hver underoverskrift vises det til hvor mange av informantene som nevnte innholdet i avsnittet.

Det er ulikt fra familie til familie når de ønsker å snakke med en familieterapeut eller psykolog - eller at de kanskje ikke ønsker i det hele tatt. Noen får en krisereaksjon rett etter diagnosen og ønsker samtale med en gang, mens andre snakker med en familieterapeut/psykolog litt senere ut i forløpet. Slike valg kan også avhenge av hvor tidskrevende den somatiske utredning er. Etterhvert som barnet er i behandling kommer utfordringene fram. De handler gjerne som å håndtere en helt annerledes hverdag enn det familien var vant til tidligere.

4.1 Familien står i en krevende periode

Alle informantene er enige om at familiene er i en krevende situasjon. Terapeutene ser på sine hovedoppgaver som blant annet å stabilisere familiens følelser ved å skape forutsigbarhet, oversikt og kontroll over situasjonen. Informantene uttrykker at dette er en pasientgruppe som er sterkt preget psykisk av kreftdiagnosen. De sier at somatisk sykdom hos eget barn kan ramme hvem som helst uavhengig av status. Foreldrene til det syke barnet oppfattes som stresset, redde og fortvilet. Ifølge terapeutene er det mest belastende for familien det eksistensielle, det vil si det å kunne miste barnet. Familien er spesielt redde for den medisinske prognosen. Det praktiske er også belastende. Det gjelder slike ting som logistikk, mange sykehus å forholde seg til, hvem som skal passe på de andre barna og lignende praktiske problemstillinger. Nedenfor er det to sitater fra to forskjellige informanter som beskriver denne situasjonen.

Informant R:

Fellesnevneren er jo at når vi kommer inn og møter dem [familien], ved diagnosetidspunkt, så er jo disse familiene i, som regel, sitt livs største krise. Sånn at, jeg

tenker at, det er jo det som er spesielt med den jobben [vi har], når vi møter familien for første gang så er som regel hele systemet veldig preget av kaos og usikkerhet og .. å bli kastet inn i en helt ny situasjon som både bringer opp spørsmål om liv og død, frykt for å miste barnet, frykt for å dø selv, men og, utrolig masse praktiske spørsmål. [Som] hvem skal passe lillebror...?

Informant B:

Helt i starten er det ofte denne krise og sjokkreaksjonen. Alt det som kjennetegner kriser. Fra selvbebreidelse til en akutt redsel for at barnet skal dø. Og etterhvert som de da er i behandling kommer utfordringene med å håndtere en helt *annerledes* hverdag. Ikke sant, de lever på sykehus, begge foreldrene har ofte fått pleiepenger i 100%, barnet kan ikke være på skolen. De kommer inn i en slags boble, som er ganske krevende og som forrykker den vanlige hverdagen. Vi ser på de andre barna, så blir det også tematikk; hvordan ta vare på søsken. Hvordan skal de som familie håndtere sitt sosiale nettverk osv. Så kan det være at foreldrene har forskjellig måte å mestre dette på.

Disse belastningene forrykker hverdagen og noen ganger roller i familien, så situasjonen kan være belastende på mange nivåer. En viktig grunn til at terapeutene engasjeres, er å unngå utviklingen av psykisk lidelse. Dette svarer godt til det Kissane skriver om viktigheten av terapeutisk intervensjon hos kreftrammede barnefamilier for å unngå det han kalte for forlenget komplisert sorg.

Alle informantene er enige om at *familiesamtaler* hvor hele familien er inkludert er nyttig for denne pasientgruppen. Informant Ø forteller om viktigheten av familieperspektiv og sier: «Så jeg er veldig opptatt av at både *far* og *mor* må være deltagende [i samtalene]. Spesielt i endringsarbeid, når man skal se nærmere på det. [Det er] vanskelig å endre én person i et system». Dette sitatet viser til at familierapiens grunnprinsipp, nemlig at alle delene i et system påvirker hverandre så det er hensiktsmessig å inkludere familien eller andre viktige personer i terapien.

Her er en oversikt over noen av de mest gjennomgående temaene som det snakkes om i samtalene med familien ifølge de seks informantene:

- *Alle slags spørsmål det syke barnet kan ha:* Barnet kan ha spørsmål om liv og død, om det er hans eller hennes feil at han/hun har blitt syk, om hvor sykdommen kommer fra, og om hvorfor utseende forandrer seg. Det syke barnet kan også ofte være bekymret for foreldrene fordi foreldrene er triste og redde.
- *Bruddet med det normale:* Mange familier opplever å bli tatt ut av den normale hverdagen på grunn av lange sykehusopphold og/eller foreldre som blir splittet da den ene må være på sykehus og den andre hjemme med eventuelt andre søsken. Overganger kan være triggende for barnet og søsken og det kan være sorgreaksjoner på at livet har endret seg. Det er en overgang når barnet blir syk, det er også en overgang når barnet blir friskt. Når barnet blir friskt blir familien overlatt til seg selv igjen og dette kan være en brå overgang for noen.
- *Søsken:* Søsken av det syke barnet kan uttrykke mye både gjennom språk og adferd. Noen søsken kan få mindre oppmerksomhet enn tidligere og dette kan resultere i endring av adferd slik som mer utagering. Andre søsken blir veldig bekymret ovenfor sin syke søster eller bror og blir overbeskyttende. Mangelen på faste rutiner kan også prege søsken.
- *Håndtering av sykdommen:* kreft er en sykdom som kan gå mange veier, familien er redd for prognosen. Dette bringer med seg en uforutsigbar hverdag. Spørsmål rundt hvordan familien skal håndtere eller klare seg hvis barnet dør blir ofte stilt. Hvis barnet blir frisk må noen foreldre også jobbe med å *tro på* at barnet blir frisk. Selv om legene sier at barnet kommer til å bli frisk kan familien fortsatt være engstelige.
- *Relasjoner:* På den relasjonelle planen kan dette særlig gå utover parforholdet fordi foreldre må stå i en så krevende situasjon over tid. Foreldre får ikke tid til hverandre og det kan oppstå spenninger når de ikke får tid til å snakke ut om ulike temaer. I tillegg er de slitne av situasjonen, som fører til at de har lavere toleranse til å tåle ting fra hverandre eller fra andre.

Det er viktig å påpeke at informantene sier at foreldrene, søsken og barnet kan ha forskjellig måte å mestre denne krisen på. Foreldrene er ikke alltid en enhet og de kan ha ulik bagasje og ulike reaksjoner. Hvis de i tillegg er skilt med et konfliktfylt forhold gjør dette situasjonen vanskeligere for barna da informantene hevder at foreldresamarbeid og foreldresamspill er viktig. Informant Ø sier:

Hvis det er konflikt, kan det være fint å dele familien i egne samtaler. Barnesamtaler, og så foreldresamtaler. Det å ha et rom og få lov til å snakke uten å ta hensyn til hva de andre hører. Det er viktig i visse situasjoner. Da kan for eksempel barnet klare å si noe til foreldrene etter at vi har jobbet med det *alene*, noe barnet ikke kunne sette ord på [foran foreldrene] tidligere.

Neste spørsmål det er naturlig å stille er hvordan jobber de seks terapeutene med problemstillingene som er listet over?

4.2 Alliansebygging mellom terapeut og familie

Alle informantene påpeker viktigheten av å bygge en god relasjon mellom seg selv og familien, en relasjon basert på tillit og trygghet. Dette mener informantene er helt essensielt for samarbeidet videre. Informant T sier «Jeg prøver å bli kjent og skape trygghet først, [ved å] gå inn på temaer som er mindre farlige». Slik jeg tolker det han, og de andre informantene sier om alliansebygging, er at de ofte kan snakke om hyggelige temaer først, for å bli kjent. Informant S sier: «Ofte bruker jeg å tegne opp genogram, at vi tegner familiekart sammen med barnet. Det er jeg veldig glad i. For å få litt sånn oversikt over dyr og mennesker. Jeg bruker dette ofte som en oppvarming, generelt til barn, men også særlig til søsken».

De hevder at etter å ha skapt en god relasjon blir det lettere gå inn vanskelige temaer, noe som vil gjøre terapien god hvis man kan snakke om det som er sårbart. Informant S blir videre spurt om hvordan hun kan snakke om de vanskelige temaene med familien, som for eksempel døden. Hennes svar til dette er:

Ofte må jeg ha en relasjon før jeg snakker om det temaet, det er ikke noe jeg *starter* med. Jeg må liksom kjenne dem. Før jeg går inn i det teamet. Noen foreldre tar det opp selv [tema om døden]. Noen sier eksplisitt at «det har jeg ikke lyst til å snakke om!» «Det forholder vi ikke oss til!» Eller noen starter å snakke om det selv med en gang. Men jeg prøver på et eller annet vis å bringe inn døden, slik at jeg vet hva slags forhold de har til det.

Her viser hun til, slik jeg tolker det, at det relasjonelle må være på plass før hun kan snakke om noe som føles sårt, slik som temaet døden. Flere av terapeutene mener at det å ha relasjonskompetanse er en viktig ferdighet de mener en terapeut bør ha. For å skape god relasjon svarer informantene med at med barnet eller søsken kan det være fint å spille spill de første gangene, tegne eller gjøre andre gøyale aktiviteter i terapirommet. Dette for å skape trygghet.

4.3 Fysiske verktøy terapeutene bruker

Terapeutene har en verktøykasse med forskjellige hjelpemidler de anser som nyttige å bruke. Informant nr. 5 presiserer at hver case er unik, og noen av disse teknikkene kan hjelpe terapeuten å finne ut hva behovet hos barnet er. Her av noen av disse verktøyene som ble nevnt i intervjuene:

- *Tidslinje*: Terapeuten vil sammen med barnet/søsken lage tidslinje og dette kan avdekke når, hvor og hvordan barnet eller søsken begynte å slite psykisk.
- *Genogram*: Dette er en tegning av et familietre som gir informasjon om familien, nettverk, relasjoner, brudd, eller andre hendelser. Informantene sier at ved å tegne et slikt familietre, kan man se mønstre og gjøre oppdagelser.
- *Trapp*: Dette er en tegning av en trapp som viser hvor pasienten står i trappen som sier noe om hvor langt nede eller oppe pasienten føler at han/hun er når det gjelder
- *Tegne tegninger med barnet eller søsken*: Å tegne kan være en fin aktivitet å gjøre med barn. Det går an å tematisere vanskelige temaer gjennom tegning.
- *Anatomi-dukke*: Anatomidukke er en dukke som kan brukes til å forklare hva som skjer inne i kroppen til barnet ved å peke på de ulike delene.



Illustrasjon anatomi-dukke

- *Bio-psyko-sosial kart:* Et bio-psyko-sosialt kart er en oversikt på et ark der man kan oppdage sammenhenger mellom hva kan være opprettholdende/utløsende faktorer til utfordringer, fra biologiske (gener), psykologiske og sosiale perspektiver til barnet/familien.
- *Synliggjøring av mestring og ressurser:* Terapeutene kan synliggjøre mestringsstrategier og ressurser hos barnet, søsken og foreldre på en tavle, med leker, eller andre ting.

4.4 Psykoedukasjon rundt følelser, reaksjoner og tanker

Psykoedukasjon blir nevnt av flere informanter, som handler om at terapeuten deler sin kunnskap om reaksjonsmønstre ved for eksempel angst eller andre psykiske tilstander. Jeg tolker dette som at terapeutene deler sin teoretiske kunnskap med familien. Psykologene kan riktignok mer om diagnostikk i psykiske lidelser enn familieterapeutene, men familieterapeutene sier at de har lært mye av psykologene på sin arbeidsplass. Informantene forteller familiene hvordan det er naturlig å reagere ved blant annet kriser. Informantene sier at samtalene går ut på mye generell foreldreveiledning. Informant R som er psykolog sier at det er viktig at man bør kunne litt om krisepsykologi når man jobber med denne pasientgruppen. Informant Ø som er familieterapeut sier at det er viktig å veilede foreldre i hvordan de kan møte barnets følelser. For eksempel hvis

barnet spør om han/hun kan jeg dø av denne kreften, vil mange foreldre reagere med å svare: «Nei! Nei! Nei! Nei!». Foreldrene blir veiledet i å heller utforske sitt barns følelser og svare: «Å? Er det noe du tenker mye på?» «Er det noe som bekymrer deg?» «Er du redd for smertene eller det å dø?». Selv om det kan være vondt for foreldre å svare på slike spørsmål.

Terapeutene forklarer ofte i samtaler med familien hvordan kroppen reagerer ved angst, redsel og stress. De prøver samtidig også å gi familien et felles språk for det som skjer i kroppen. Det kan for eksempel være å kalle angsten eller kreften for noe annet enn angst og kreft. Dette kan gjøre kommunikasjon innad i familien lettere, spesielt dersom barna i familien er små. Informant W sier: «Noen ganger bruker jeg faktisk ting som ikke er familierapeutisk. Noen ganger går man inn i ren psykoedukasjon om ulike ting, og kognitiv terapi kan jeg bruke en del. Sånn at, jeg plukker en del fra veldig mange forskjellige metoder. Det blir veldig eklektisk.»

Informantene sier at de opplever at familiene kommer til dem fordi familien har en forventning om at terapeuten har en kompetanse som er nyttig for dem. Da sier informant B at hun *skylder* familien å anvende denne kompetansen, slik som å ha mer kompetanse enn dem om kriser, relasjoner og mestring. Samme informant sier at disse familiene i utgangspunktet ikke er dysfunksjonelle familier. Mange av disse familiene er funksjonelle familier som har kommet inn i en dysfunksjonell sammenheng. Så målet med terapien kan være å få familien til å oppdage og sette ord på hva denne situasjonen gjør med dem. Da trenger man ikke som terapeuten å være så opptatt av endring, men *synliggjøring* og *oppdagelse* av egne reaksjoner.

Informant S sier:

«Jeg kan ha noen samtaler noen ganger der jeg føler at vi egentlig bare har snakket om [den somatiske] behandlingen. Og det kan familien like så godt snakke med legene eller sykepleierne om, så da tenker jeg at det kanskje ikke var så nyttig [å snakke med meg]. Jeg vil liksom at det skal være *en annen dimensjon* det å snakke med en *terapeut*.»

Sitatet over viser at terapeuten ønsker at familien skal oppleve at det er annerledes å snakke med en terapeut enn en vanlig person som en venninne.

Terapeut R sier at hun opplever at familien synes at det er deilig at en ekstern profesjonell person er tilstede og er ordstyrer i samtaler, slik at alle kommer til. Det er ikke sikkert det er slik hjemme. Terapeuten passer på at den som vanligvis ikke sier mye får snakket. Med dette konkluderer jeg med at det er annerledes å snakke med terapeut enn for eksempel en venninne du kjenner godt.

4.5 Anerkjennelse – ett stort og viktig fenomen i terapeutisk arbeid

Anerkjennelse er blitt et viktig begrep både i samfunnet generelt og i sosialt arbeid, her og under familiebehandling. Alle informantene forteller i intervjuene at det er viktig å anerkjenne følelser til ethvert familiemedlem, uansett hva disse følelsene er. Det kan være følelser av sinne, aggresjon, mistillitsfølelse til sykehussystemet, urettferdighetsfølelse og andre følelser. Terapeutene gjentar stadig i intervjuene: viktig å gi anerkjennelse, viktig å gi anerkjennelse. Hva mener de med det? Informant B ble spurt om hvordan man som terapeut kan gi anerkjennelse i praksis og til det svarer hun:

Det kan være anerkjennelse i å bare la tristheten og frustrasjonen bli luftet [i rommet]. Å gjøre det litt sånn allmenngyldig, det *de* opplever som ekstraordinært. [Å si til familien at] det er helt naturlig å ikke vite hva som skjer og bli redd, og kanskje begynne å krangle, kanskje få dårlig samvittighet for at man ikke kan ta vare på alle barna i familien. Alle de tingene familier med kreft har lært meg, kan jeg bringe tilbake i en slags generalisering [i samtaler].

Terapeutene sier at de anerkjenner familien i at de står støtt sammen og at de har sin motstandskraft. Foreldre kan også plutselig få en motreaksjon og uttrykke at de ikke klarer å mobilisere seg, da sier terapeutene at det er viktig å anerkjenne dette også. Det er en styrke i seg selv å åpne seg om dette hevder terapeutene – og det formidler de til foreldrene. Terapeutene jobber aktivt i samtaler med å legge merke til individenes styrker. Et eksempel som ble brukt er å si til en mor foran barnet: «Visste du mamma, at datteren din var så modig?». Da ville moren til dette barnet kommentere dette, og så ville terapeuten si til barnet: «Hva synes du om det

mamma sier nå? Om at hun er så stolt av alt du har fått til?». Ikke bare viser terapeuten at han/hun ser deres styrker, men prøver å få dem til å anerkjenne hverandres styrker.

I lys av at anerkjennelse er så viktig for informantene kunne det vært fruktbart og gått mer inn på dette i teorikapitlet, men dette er ikke gjort.

4.6 Hvordan jobber terapeutene? Intuitiv jobbing: tilstedeværelse og justeringer under samtalene

Alle informantene sier det er vanskelig å planlegge innholdet i samtalene. De tar utgangspunkt i der familien er. De justerer seg til det som blir fremlagt. Med justering menes det at de *underveis* i samtalen vurderer hva de skal spørre om eller si.. Denne vurderingen kommer naturlig for terapeutene. Blir dette da en slik know-how kunnskap, som er en taus kunnskap man jobber ut i fra uten å tenke noe videre over det? Mye kan tyde på det i det informantene formidler om sin egen praksis. Likevel er hver enkelt case unik, slik informantene ser det. Informant Ø sier: «Du må jo gå inn i hver enkelt familie eller hver enkel situasjon. Både bli kjent med barnet, med foreldrene, og kjenne litt etter hvor er det skoen trykker, hva er den største utfordringer for denne familien, for det er veldig ofte veldig ulikt».

Sitatet over ville alle mine informanter vært enige i, da alle informantene jobber med familien der familien befinner seg. De spør familien: «Hva ønsker dere å snakke om i dag?». Når familien har uttrykt hva som er viktig for dem (hvis de klarer å uttrykke dette), justerer terapeuten arbeidet sitt. Informant B sier: «Jeg tenker alltid, jeg skal ikke gå etter en oppskrift. Jeg er ikke så glad i oppskrifter. Jeg mye mer glad i, som noen sier, å danse sammen. Selv om det ikke alltid er en dans på roser. Men det er noe med å tenke hvor er familien? Og hva kan vi være sammen om?».

Sitatet over er fra informant B og er valgt fordi det representerer synet til de andre terapeutene også. Hvis familien er preget av sjokk for eksempel, starter ikke terapeuten med å stille spørsmål om en alternativ historie som i narrativ terapi. De følger ingen oppskrift, men justerer seg etter foreldrenes og barnets reaksjoner. De sier også at de kan ha tenkt ut temaer som de vil ta opp i

samtalen, men dersom familien er et annet sted må terapeuten være tilpasningsdyktig. Dette vil si at det er en blanding hvor terapeutene tenker gjennom aktuelle temaer på forhånd, *men*, er svært fleksible i selve samtalen.

Informant Ø sier: «Jeg jobber nok mer intuitivt, det gjør jeg. Ikke sant, man har jo med seg både sin sosialfaglige bakgrunn, familieterapien, også nå når jeg jobber med psykiatere og psykologer, at man får elementer fra kognitiv terapi, mer rundt dette med emosjonsfokuseret terapi.»

Informant B bekrefter at hun jobber intuitivt og sier: «Jeg tror ikke jeg har noe manuskript i hodet mitt om hvordan jeg skal ha timen og hva jeg skal gjøre akkurat når. Men litt sånn, hva slags feedback får jeg? Som påvirker hvor veien går.» Informanten påpeker også at hun tenker gjennom aktuelle temaer før samtalen og kan bringe dette opp i samtaler. Alt ettersom barnet og familien ønsker å snakke om dette eller ikke.

Informant R svarte at det er en god kombinasjon av intuisjon og metode. Jeg tolker dette som at hun mener at hun gjør opp noen tanker for hvordan hun kan jobbe og ulike temaer før samtalen, men er avhengig av hvordan familien vil respondere for å jobbe videre.

Arbeidserfaring har også noe å si, noen av informantene har jobbet med somatisk sykdom hos barnefamilier i mange år. Informant S sier som følger:

«Så jeg bruker min kliniske kompetanse på det jeg ser i timene, men også min *erfaring* etter å ha jobbet med foreldre med kreftbarn. Hva pleier å være hotte temaer hos dem? Så det er en slags praksiserfaring og. Om hvilke temaer som kan være nyttige å være innom.»

Det er enighet blant terapeutene om at ja, de kan forberede seg til samtalerne hvis de har tid, men at de tar utgangspunkt i der familien *er* under selve samtalen, da kan de spørre: «Hva ønsker dere å ha fokus på *i dag*? Hvis to viktige problemstillinger kommer opp samtidig?».

Informant T sier at han jobber mye underveis, og er veldig forsiktig med å ha med seg agendaer inn i samtalen. Jeg tolker dette utsagnet som at han gjør opp tanker underveis for hvordan han skal jobbe. Schöns teori om reflection-in-action appellerer til dette utsagnet fordi Schön hevder, hvis forstått riktig, at den profesjonelle har et teoretisk kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt, som man jobber ut i fra, men at gjør justeringer underveis for å tilpasse seg caset. Jeg mener dette fordi terapeutene sier at de stille spørsmål, og svaret de får av de kreframmede familiene *påvirker* neste spørsmål. Det handler om hva de mottar, for å kunne jobbe videre. Da må man være nysgjerrig som terapeut, stille spørsmål og utforske. Terapeutene prøver å stille mest mulig åpne spørsmål, med dette menes spørsmål uten faste svaralternativer (Tjora, 2021, s. 297). De leser ofte familien, om de åpner seg, om det blir for følelsesmessig, om de bytter tema raskt, om de lukker seg osv. Derfra følger de etter disse hintene og reaksjonene.

Informant B sa noe jeg anser som meget interessant, som forteller om hvordan hun opptrådte i en samtale da hun var nybegynner:

«[...] Det var kanskje når jeg var yngre og ny familieterapeut. Jeg husker en gang da jeg skulle øve meg, det gjør jeg ikke nå lenger, jeg skulle øve meg på sirkulær spørring. Da gjorde jeg metoden for metodens skyld. Og jeg tror, den familien, ble bare mer og mer frustrert. Hvorfor jeg aldri kunne stille et direkte spørsmål til dem. Og dette er sånn erfaring med at, man ikke skal bli så forelsket i én type metode. At det [kan] overskygge den dynamikken som ligger i en samtale som man utvikler *sammen*. Så det har jeg med meg som en sånn anekdote».

Den samme informanten sier i tillegg at hun tørr å hevde at hun har bra relasjonell kompetanse, og at hun tror det har med alder og erfaring å gjøre. Både dette, og sitatet over kobler jeg til læringsteorien til Dreyfus og Dreyfus. Det vil si at man kanskje ikke ser helheten med en gang, når man er nybegynner. Men at man lærer dette gjennom praksiserfaring.

Informant R sier at hun ikke alltid er bevisst på hvilken metode hun bruker. Hun tenker ikke over at «å nå bruker jeg narrativ, nå bruker jeg sånn» - hun bare *gjør* det sier hun. Hun hevder:

«Det er ikke én spesiell metode som ser ut til å hjelpe, men en humanistisk tilnærming der man klarer å se hvert enkelt individ i den familien, i den krisen de har havnet opp i, og klare å tilpasse behandlingen slik at det bli nyttig for dem.»

Informant T sier: «Jeg har nok brukt mange spørsmål fra familieterapien, men etterhvert har de blitt mine egne».

Jeg tolker alle disse utsagnene som know-how kunnskaper i tillegg til at terapeutene er i dialog med casen hele tiden under samtalen. Det vil si at kunnskapen er i sinnet (intuisjon) som Dreyfus og Dreyfus hevder, men at man må reflektere underveis også. Informantene bruker ikke ordene know-how og heller ikke ordet intuisjon for ofte, men de kan bruke ordet magefølelse. Informant B hevder å bruke magefølelsen i samtalen, som kan gi en indikasjon på om noe skurrer. Jeg tolker magefølelse som det samme som intuisjon. I neste underkapittel ser vi at informantene bruker magefølelsen når de gjør skjønnsbaserte vurderinger på hvordan de skal jobbe i samtalen.

4.7 Bruk av skjønn i samtalen

Informantene ble spurt om hvordan de bruker skjønn i samtalen. Ved krevende vurderinger vil de konsultere med andre kollegaer for å få innspill. Informant Ø forbinder skjønn med magefølelse. Hun svarer:

«Ja skjønn.. eller denne magefølelsen. Den ligger jo i der hele tiden. Og av og til kan man gå ut i fra en samtale og tenke: Oj, i dag kanskje jeg trådte litt feil. Det er jo krevende samtaler av og til, og krevende vurderinger. Spesielt kanskje når man merker at det er konfliktfylt».

En annen terapeut blir spurt om hvordan hun bruker skjønn, og hun svarer at hun *spør* familiene rett ut om hva familien er opptatt av. Slik vurderer hun hva hun skal snakke om videre, hun sjekker ut med dem hva timen skal brukes til. Terapeutene sier også at de har en viss tiltro til hva de tenker familien trenger å få snakket om. Informant B sier dette om skjønn:

«Skjønn som man ikke tester ut om stemmer, blir veldig sånn eneveldig. Jeg har forstått, derfor kan jeg mene, derfor kan jeg si, det er et farlig spor for meg. Jeg tenker at både skjønn og intuisjon trenger å bli sjekket ut om stemmer med de det gjelder. Eller som i familieterapien, hvis man har dannet noen hypoteser så må man sjekke dem ut, isteden for å tenke at ja NÅ har jeg forstått. Så jeg bruker nok skjønn og intuisjon. Det gjør jeg.»

Informant B sier at hun spør om *tillatelse*: «Er det okey for deg om jeg spør mer om konflikten mellom deg og din mann?» Da svarer foreldrene ja eller nei. De fleste av informantene sier de stort sett opplever at foreldrene sier ja. Men hele poenger er: *å spørre*.

Informant R som er psykolog sier at det at hennes vurderinger om hva som er krisereaksjon og hva som er psykisk lidelse, er basert på skjønnsvurderinger. Dette tolker jeg som at hun kan se symptomer på hva som er psykisk lidelse som kan ha ligget der i bunn eller oppstått som følge av situasjonen og hva som er typiske trekk for krisereaksjoner.

4.8 Narrativ familieterapi, eksternalisering og LØFT ofte brukt

Majoriteten av terapeutene sier de er opptatt av å utforske hvem barnet eller søsknene er og var før sykdomsperioden. Ved å være nysgjerrige kunne terapeutene grave fram mange fine ting om barnet og deres søsken. Informant T sier: «Jeg er eklektiker ikke sant, jeg bruker prinsipper fra kognitiv terapi, og løsningsfokusert tilnærming. Jeg vil jo si at jeg har fokus *her og nå*.»

Det kan skje at foreldre eller barnet får skyldfølelse for å ha sykdommen, da bruker mange av terapeutene eksternalisering som teknikk, det vil si legge problemet utenfor personen.

Informant R sier noe om eksternalisering som er et eksempel for hvordan den kan formuleres til familien:

Det å greie å få sagt noe til hele familien om at, grunnen til at mamma eller pappa er lei seg nå, er jo sykdommen. Sykdommen er ikke din feil. [...]. «Nå har den dumme kreftsykdommen kommet til dere og da skal vi hjelpe dere sånn at dere får det best mulig» Og liksom, eksternalisere det. Jeg jobber mye med eksternalisering som teknikk, når det er utfordringer knyttet til kreften. Om det er sinnereaksjoner eller om det er andre

ting, så er det noe med å huske på at grunnen til at dette her har kommet til familien er at kreften kom. Det er ikke ting *i* barnet eller ting *i* foreldrene som har skyld i det.

Da går det an å si at kreftsykdommen er en utenforstående ekstern faktor som har kommet for å forstyrre familien. Den har skapt utfordringer i familien, disse utfordringene er ingens skyld. Jeg tolker det som at terapeuten prøver å gi familien en felles forståelse om at det er kreften som er «fienden» og skapt forstyrrelser ikke egenskaper eller lignende hos familien selv.

Informant W sier at hun ikke bruker så mye narrativ familierapi med denne pasientgruppen: «Det med narrativ liker jeg egentlig godt, men det bruker jeg ofte med barn som sliter med enkoprese». Hun sier videre:

Noen ganger kan det være det løsningsorienterte hvor man blir liksom opptatt av hva er det som er de opprettholdende faktorene; når er minst? Når er det mest? Når er det unntak fra problemet? Hvis du skal sette på en skala fra 0 til 10 hvor vil du beskrive deg? Ikke sant. Og så tenker jeg på det med det narrative, men jeg vet ikke om jeg bruker det så veldig mye i forhold til disse familiene som har barn med kreft. Det blir litt sånn at man har lett for å bruke noen metoder til bestemte problemstillinger.

Annet enn eksternalisering, er også alternative historier en del av narrativ familierapi og som kan bidra til at familien kan oppdage sin egen kraft ved å skape en ny identitetsskapende historie.

Informant B sier:

«[...] Jeg er samtidig opptatt etter ressursfokus, når man opplever en sånn sykdom som du *MÅ* mestre så er det få tro på mestring, oppleve mestring, det er en bra narrativ som jeg ofte ønsker å trekke inn. Sånn at det ikke bare er elendighetshistorier og angstfylte historier som skal ta plass. De skal ta plass ja, men det er *alltid rom for noen alternative historier*, som gjør at de kan ta i bruk ressursene sine for å mestre det. Så det er jeg ganske opptatt av [...] Også starter jeg ofte, med å bringe frem det *friske* barnet. Hvilken skole gikk de på? Hvilke fag gikk de? Hvilke fritidsinteresser har de hatt? Og i det, ligger

det alltid en kilde til å hente fram noen egenskaper man kan framheve som noe de kan bygge på videre.»

I likhet med noen av de andre informantene jakter informant B på de alternative historiene hos familien, slik at familien får det terapeutene kaller en «tjukkere historie». En tjukkere historie forteller noe om hva som gjør foreldre, søsken og det syke barnet resilient og hvor denne familien får sin motstandskraft fra. Ved hjelp av spørsmål fra terapeutene skal familien oppdage sin egen styrke.

4.8.1 Fokus på styrker, ressurser og mestring

Alle terapeutene sier at de har ressursfokus i samtalene. Dette finner vi igjen i blant annet LØFT og også i strukturell familierapi som handler om å styrke foreldrene. Informantene er opptatt av hva familien får til, både på individnivå, men også hele familien sammen som system. De er på leting etter familiens ressurser. Ressurser kan være resiliens, nettverk, sosioøkonomisk status og alle andre faktorer som familien opplever som noe positivt i livet sitt. Terapeutene minner familien på styrkene deres. Informant T eksemplifiserer dette: «Hvordan løste dere utfordringer før? Hva er annerledes nå?». Han sier at han ønsker å flytte fokuset fra begrensninger til løsninger og muligheter.

Informant W snakker om at hun ofte bruker mirakelspørsmål for å få fram ønsker. Et mirakelspørsmål kan lyde slik: «Når alle dere i familien er friske og har det bra, hva er det dere bruker å gjøre da? Hvordan hadde en dag sett ut dersom du hadde vært frisk?» Da ønsker terapeuten å se om det er elementer fra denne mirakeldagen som likevel kan gjennomføres.

4.8.2 Ikke-vitende posisjon: terapeutene lar familien være ekspert

Flere av informantene sier i intervjuene at de er opptatt av å bli kjent med barnet, søsken og foreldrene ved å utforske, vise at de er nysgjerrige og stille spørsmål. Jeg tolker dette som at de ønsker å ha en ikke-vitende posisjon. De fremhever også flere ganger i intervjuene, at det er familiene som er eksperter på seg selv.

Så jeg vil nok si, at akkurat nå er jeg veldig inn i den retningen med klientsentrert, Rodgers, det å ta utgangspunkt i pasientens opplevelser, det å ikke være eksperten, la dem få lov til å komme med sine ting til torvs. Og det tror jeg egentlig har vært min stil hele veien, bare at jeg har blitt mer bevisst på det nå. - Informant S

Informant T er enig i dette:

Kanskje er jeg en som, ikke presser for mye på. Ikke fordi jeg ikke tenker at det kunne vært nyttig, men det at man skal respektere den andres integritet. Jeg tenker jo at de er eksperter på seg selv også. Det eneste jeg kan gjøre er løfte fram hvordan det er for partneren, ikke sant, men, jeg kan ikke forandre noen som ikke vil forandre seg.

I de postmoderne metodene innen familierapi er disse begrepene som omhandler ikke-vitende posisjon og det å ikke innta en ekspertrolle som terapeut sentrale prinsipper.

4.9 Terapeutenes mål for terapien

Målet for terapien slik de seks informantene presenterer det, er å gjøre en overveldende situasjon mer håndterbart, både emosjonelt og relasjonelt. Informantene sier at målet med terapien er å skape en forskjell til det bedre for familiemedlemmene. Dette ved at familien får ventilert seg til terapeuten og snakket ut om det som er vanskelig. Målet er å skape symptomlette, slik at søsken får det bedre og blir sett, og at foreldre ikke får så store psykiske belastninger. For å komme dit må familien bli rommet - følelsesmessig, med også få hjelp til å oppdage sin egen motstandskraft.

Terapeutene ble spurt om terapiformen kan forbedres, og da svarte de fleste at ja, den kan alltid forbedres. Det er enighet blant informantene om at selv om de opplever at terapien i det store og det hele bidrar til hjelp, kan den forbedres. Familiene har også ofte gitt tilbakemeldinger på at terapeuten har vært betydningsfull. En terapeut sier, at hun synes det bør være familiesamtaler i større grad, med hele familien inkludert, og ikke bare subsystemene i familien. Jeg antar at hun mente dette fordi det var dette hun opplevde som nyttig for hele familien.

Noen informanter nevner at noen foreldre kan være selvutslettende i en slik periode, hvor de bare tenker på å ivareta barnets behov. De ignorerer egne basale behov, som å sove, spise og få frisk luft. Da kan terapeutens mål være å hjelpe foreldrene til mentalisering – se seg selv utenifra. Ved å stille spørsmål som bidrar til refleksjon hos foreldrene samtidig som man viser stor forståelse for at de er i kriseboblen de er i. Terapeutene kan si at barnet/søsken trenger foreldre som kan stå på beina og ivareta seg selv, for da er de sterkere for barna. Informant W stiller disse spørsmålene til foreldrene i slike tilfeller: «Hva gjør du for å ivareta deg selv? Hva kan hjelpe deg til å få en pause? Hva skal til for at du får påfyll? Hva trenger du for å få avlastning?»

Når foreldrene ikke tar vare på sine egne behov går informantene frem på en skånsom og ikke-dømmende måte for å vise at de har forståelse for den «boblen» foreldrene er i. Informant R brukte denne setningen: «Finnes det en 10-15 minutter i løpet av dagen din hvor du kan sjekke inn med dine egne behov?»

4.10 utfordringer

Da informantene ble spurt om utfordringer de møter i terapirommet fikk jeg varierte svar. Disse svarene vil bli listet nedenfor, men jeg ønsker å vise til at alle informantene var innom temaet konflikt mellom foreldrene.

«Jeg tror det vanskeligste er, nå tenker jeg ikke bare på familier med kreft, men der hvor det ligger mye konflikter mellom de voksne, da er det ofte vanskelig. For da ligger det noe som hindrer i å få fram noe som er anerkjennende, for det er alltid krenkende for den andre part, når det er konflikter». – Informant B.

Andre utfordringer terapeutene beskriver er blant annet:

- Når barnet ikke vil snakke, og terapeuten ikke kommer i posisjon til å skape god relasjon blir sett på som en utfordring av to terapeuter.
- Én av informantene svarer at hun synes det er utfordrende å være vitne til at noen foreldre ikke møter barnets følelser. Ikke i noe ekstremt som fører til omsorgssvikt eller at barnevernet må inkluderes, men helt grunnleggende følelser barnet ikke blir møtt på.

- En annen terapeut sier at hun synes det kan være en utfordring å lytte til det som blir sagt, og samtidig legge merke til det *non-verbale* språket. Hun sier at det non-verbale kan også gi mange hint om hva som ligger mellom linjene.
- Konflikter mellom foreldre: fem av de seks terapeutene forteller at en utfordring er der hvor det ligger mye konflikter mellom de voksne som gjør at de ikke klarer å samarbeide.
- En annen utfordring som nevnes er at terapeutene opplever at noen i familien ønsker at en annen i familien skal ha samtale, at bestillingen ikke kommer fra den personen selv.
- At det ikke blir noe kontinuitet i terapien, fordi timeavtalene avlyses. Noen foreldre kan også vegre seg for å snakke om vanskelige temaer og utsetter derfor timen.
- Mange av terapeutene blir også selv emosjonelt berørt temaer som omhandler liv og død. Da sier de at det er viktig å være transparent om dette med familien ved å si: «Dette berører meg også», men likevel håndtere det profesjonelt.

Terapeutene snakker med teamet sitt om utfordringer i jobben, de sier at kollegialt støtte er viktig. Noen terapeuter sier også at de bør bli flinke til å sette av tid til å snakke med kollegaer om utfordringer de møter, men at på grunn av lite tid og høyt arbeidspress blir dette nedprioritert.

4.11 Når avsluttes terapien?

Terapien avsluttes når familien opplever at de kan gå videre uten terapi. Dersom en familie gir signal på at de ikke ønsker å avslutte terapien, kan terapeuten følge dem litt videre. Men, om terapeuten vurderer likevel at de er klare til å avslutte terapien, formidler terapeuten at det er hensiktsmessig å avslutte. Her bruker informantene skjønn. Ofte kan terapiforløpet henge sammen med barnets sykdomsforløp.

Alle informantene sier at opplever at familiene føler seg ivaretatt terapeutisk. Kanskje ikke alltid like nyttig for alle familiemedlemmene, men i det store og det hele føler de at terapien har vært

til hjelp. Noen av terapeutene sier at det kan jo hende noen familier ikke føler de får utbytte av samtale, men ofte kan det være i sammenheng med at den gode relasjonen med terapeuten ikke har vært der.

Informant T forteller at da han var nyutdannet og ny på en arbeidsplass brukte han tilbakemeldingsskjemaer hvor han fikk innspill fra foreldrene om hva som gikk bra/ikke bra. Dette har han gått bort i fra nå. Han sier at han likevel kan oppsummere etter timen hvor han spør familien om hva de synes var nyttig for dem. Han kan også stille spørsmålet: «Ønsker dere at jeg skal ha en annen rolle som terapeut?» Dette er en språkssystemisk måte å tenke på, som vi ser i bidragene fra Goolishian og Anderson.

5. Kapittel 5: Diskusjon og oppsummerende kommentarer

Oppgavens utgangspunkt hadde som mål å finne ut av hvordan de seks familierapeutene og psykologene jobbet med familier som har barn med kreft. Som vi ser jobber terapeutene eklektisk og er innom alle de seks metodiske retningene beskrevet i kapittel 2. Alle metodene brukes om hverandre, og hva som brukes når er situasjonsbestemt. Informantene bruker bestemte metoder til bestemte problemstillinger. De tilpasser seg familien og justerer terapien etter familiens behov, fokus og ønsker. Hyppigst kom forekomsten av narrativ terapi og LØFT fra intervjuene, men også sirkulær utspørring (Milanomodellen) og den språkssystemiske metoden ble gjenkjent i informantenes svar. Vi kan konkludere med at alle informantene møter familien der familien *er* og har ikke en fast plan om hvordan samtalen skal foregå. De kan likevel tenke gjennom ulike temaer som kan være godt for familien å få luftet, men til syvende og sist velger familien hva som er viktig å snakke om for dem. Terapeutene er i konstant dialog med casen og justerer spørsmålene sine etter feedback fra familien. Dette høres ut som refleksjon-i-handling slik Schön forklarer det. Terapeutene drøfter også vanskelige saker med det kollegiale teamet sitt, eller har med seg en co-terapeut inn i timen. Jeg oppfatter at komplekse saker som krever mer tid og andre innspill fra kollegaer er en slik reflection-on-action praksis. Her kan man også tenke over hva som var bra og hva som kan inkluderes i neste samtale.

De seks informantene beskriver familier som har barn med kreft som en periode som er psykisk belastende for hele familien. Terapeutene opplever at dersom de har klart å bygge tillit mellom seg selv og pasientene, blir terapien stort sett god. Når det relasjonelle er på plass, er det mye romslighet på hvordan og hva de kan spørre om hevder terapeutene. Terapeutene ønsker å bli oppfattet som en trygg og respektfull person som ønsker å hjelpe. De sier at de ikke ønsker å bli oppfattet belærende eller at de vet nøyaktig hvordan det er å være i foreldrenes sko, for det kan de ikke vite. Slik vi så i teorikapitlet, spesielt i de nyere postmodernistiske familierapeutiske metodene, skal ikke terapeuten innta ekspertrolle. Mine informanter var opptatt av å ikke bli oppfattet som en som inntar en ekspertrolle. Mitt inntrykk er at alle de seks informantene opererer i en ikke vitende-posisjon og er opptatt av å utforske familiemedlemmenes tanker. Likevel veileder de ofte foreldrene til å ta vare på seg selv i denne perioden slik at de kan stille bedre opp for barna sine. Mange av informantene forteller at de råder foreldre til å ta seg «fri» på kvelden for å ta vare på seg selv. Vil dette defineres som å ha en ekspertrolle som terapeut? Både ja og nei, det er ikke til å unngå at en terapeut sitter med en makt på grunn av terapeutens utdanning og rolle i terapirommet.

Jeg ønsker å fremheve en gjentagende observasjon som ble gjort under disse intervjuene. Informantene hadde alle sammen vanskeligheter med å gjengi de faglige navnene på mange av metodene. Navn på modeller slik som Milano-modellen, strategisk familierapi og språkssystemisk familierapi ble aldri nevnt av terapeutene. Det interessante er, at ferdighetene de beskrev at de brukte, går under disse metodene. Vil dette si at informantene opererer på ekspertnivå slik Dreyfus og Dreyfus beskriver når man får lang erfaring? Mine informanter hadde jobbet som terapeuter i mange år, og det er grunn til å hevde at på grunn av deres erfaring handlet de intuitivt og kunnskapen deres var blitt en know-how kunnskap. Ja, det å konkret gjengi teorien var utfordrende, men måten de sa at de jobbet på samsvarer med metodene.

Vil det si at den kunnskapen blir tausere og tausere jo mer praksiserfaring man får? Kan dette da, resultere i at kunnskapen blir tatt for gitt? Og at det kan være vanskelig å implementere nye teoretiske perspektiver? Familierapi som fagfelt er i stadig utvikling, og mange underretninger vokser. Når terapeutene jobber intuitivt, så vil det ifølge Dreyfus og Dreyfus si at den praktiske

kunnskapen er så innarbeidet at den har blitt en del av terapeutens kropp og sinn. Kan terapeutene da ha ikke-vitende posisjon og starte med blanke ark i terapitimer med nye familier?

Det må også nevnes at terapeutene nevnte hvem de var tilhengere av blant psykologiske teoretikere, da ble blant andre Robert Epstein, David Epstein, Arnold Sameroff, Carl Rodgers, Leslie Samuel Greenberg og Irvin Yalom nevnt. Med unntak av David Epstein, var dette psykologer jeg ikke har hørt om.

Mirakelspørsmål, sirkulære spørsmål, spørsmål om unntakstilstander (når ting fungerer) var gjenkjennbare teknikker terapeutene brukte. De prøver å fange opp hvordan samspillet er i familien, «watch them dance» som Minuchi først snakket om. Informantene sier at familiene forventer at terapeutene har en kompetanse som er nyttig for dem. Ja, terapeutene kan stille spørsmål som får familiemedlemmene til å reflektere, men det er familien som til syvende og sist er eksperter på dem selv.

Andre retninger og teknikker som også ble nevnt som denne oppgavens teori ikke dekker, var emosjonsfokusert terapi, kognitiv terapi, Marshak Intervention Method og Marte Meo-metoden.

Terapeutene jobber med å avdekke tanker og bekymringer i familien. De er nysgjerrige og utforsker tankene til barnet og familien. *Både* tanker om døden, men også det livet som skal leves akkurat nå. Noen av terapeutene veiledet foreldrene i å utforske sitt eget barn/søsknenes følelser – i stedet for å unngå de såre temaene. Terapeutene lar alle parter komme til ordet og jobber med å skape en felles forståelse. Dette gjør de ved å spørre hvordan de ulike partnerne opplever situasjonen, hva de trenger fra hverandre og hva som er viktig for dem. I det store og det hele hevder terapeutene at de opplever at terapien har vært til hjelp for familier som har barn med kreft ved at familiemedlemmene har fått ventilert seg til terapeutene og oppdaget sin egen styrke og motstandskraft i perioden barnet har vært syk.

Litteraturliste:

- Brown, R. T. (2006). *Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease : a biopsychosocial approach*. Oxford University Press.
- Dallos, R. & Draper, R. (2007). *Familieterapi, Systemisk teori og praksis* (1. utg.). Hans Reitzels Forlag.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. (1991). *Intuitiv ekspertise : den bristede drøm om tænkende maskiner*. Munksgaard.
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. & Athanasiou, T. (1988). *Mind over machine : the power of human intuition and expertise in the era of the computer* (Paperback ed. utg.). Free Press.
- Hansson, K. & Hedenbro, M. (2001). *Familjebehandling på gode grunder : en forskningsbasert oversikt*. Gothia.
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2004). *Familien - pluss én: innføring i familieterapi*. Universitetsforlaget. <https://books.google.no/books?id=jFa9AAAACAAJ>
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse : syv traditioner*. Hans Reitzel.
- Jenssen, D. (2021). *Vitskapsteori i sosialt arbeid : tilnærmingar og normative spørsmål*. Samlaget.
- Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P. A. (2020). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforl.
- Kissane, D., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, L., Loeb, R. & Del Gaudio, F. (2016). Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *Journal of clinical oncology*, 34(16), 1921.
- Kissane, D. W., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, L., Loeb, R. & Gaudio, F. D. (2016). Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. *Journal of clinical oncology*, 34(16), 1921-1927. <https://doi.org/10.1200/jco.2015.63.0582>
- Kreftregisteret. (2021). *Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft* (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft, Årsrapport 2020. Kreftregisteret, 2021). Institutt for populasjonsbasert kreftforskning <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Arsrapport-fra-kvalitetsregistrene/Arsrapport-for-barnekraft/arsrapport-for-barnekraft-2020/>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm akademisk.
- Lorås, L. & Ness, O. (2019). *Håndbok i familieterapi* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Nichols, M. P. (2010). *Family therapy : concepts and methods*. Allyn & Bacon.

- Nygren, P. & Øvrelid, B. (2013). *Vitenskap i teori og praksis : dialoger om kompetanse, makt og evidens i helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Basic Books.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker : hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Klim.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Van Assche, K., Valentinov, V. & Verschraegen, G. (2019). Ludwig von Bertalanffy and his enduring relevance: Celebrating 50 years General System Theory. *Systems research and behavioral science*, 36(3), 251-254. <https://doi.org/10.1002/sres.2589>
- Zeller, B. & Wesenberg, F. (2016). Barnekreft er annerledes. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(17), 1464-1466. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0336>
- Forsidebilde hentet fra: www.shutterstock.com: <https://www.shutterstock.com/image-vector/transform-logo-change-icon-evolution-business-1447217180>
- Anatomidukke-bilde hentet fra: <https://sunneleker.no/produkt/lek-laer/anatomisk-torso-halv-storrelse-2> og <https://lekeakademiet.no/laeringsdukke-erwin-03-38322.html?gclid=CjwKCAjw9qiTBhBbEiwAp-GE0WjaEoY4e-U01sYWizGfLLtHzi26cdE9DnVZ5g4j1kGi8bGR5LTsmRoCBSUQAvD BwE>

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Godkjenningsbrev fra NSD

Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg nr. 3: Intervjuguide



Navn: Sedef-Emily Lotfollahi

Meldeskjema / Familieterapi med foreldre som har kreftsyke barn /

Vurdering

Referansenummer:

113920

Prosjekttittel:

Familieterapi med foreldre som har kreftsyke barn

Behandlingsansvarlig institusjon:

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap /
Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat):

Dag Jensen, dag.jensen@oslomet.no, tlf: *****

Type prosjekt:

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student:

Sedef-Emily Lotfollahi, s346801@oslomet.no, tlf: *****

Prosjektperiode:

30.09.2020 - 30.06.2022

Vurdering (1)

02.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 2.8.2021. Behandlingen kan starte.

Vi minner om at det ikke må fremkomme taushetsbelagte opplysninger under intervjuene.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.6.2022.

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 den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig

grunnlag for behandlingen vil dermed være den 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, uttrykkelige 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 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).

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://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> 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: Lisa Lie Bjordal

Lykke til med prosjektet!

b5e9a17df



Ønsker du å delta i forskningsprosjektet: En kvalitativ studie av familieterapeuters terapeutiske tilnærming til familier med kreftsyke barn?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan familieterapeuter jobber med familier som har et barn som er diagnostisert med kreft. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å utforske hvordan familieterapeuter jobber terapeutisk med foreldre/søsken/barn som har et barn i familien med kreft. Prosjektet vil munne ut i en masteroppgave, og problemstillingen er som følger:

Hvordan arbeider familieterapeuter terapeutisk med familier som har kreftsyke barn?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masterstudent Sedef-Emily Lotfollahi og førsteamanuensis Dag Jenssen ved Oslomet - storbyuniversitet er ansvarlig for prosjektet. Det er ingen samarbeidspartnere for dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget av informanter er gjort med henblikk på utdanning og erfaringer som familieterapeut. Som masterstudent i familierapi er jeg interessert i å intervjuere terapeuter som har erfaring med arbeid rettet mot familier som har barn med somatisk sykdom, hvor også sykdommen er en kreftdiagnose.

Rekrutteringsprosess: Informantene er funnet med hjelp fra Oslomet - storbyuniversitetet, internettsøk, CL-samling og profesjonelt nettverk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du som deltaker i masterprosjektet, og dermed informant, vil være med på å gi data til masterprosjektet med dine erfaringer som familieterapeut. Du blir intervjuet i pluss/minus 1 time og dette intervjuet blir brukt som datainnsamling til svaret på forskningsspørsmålet.

Intervjuguide vil bli sendt til deg som deltaker før intervjuet tar plass.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Du vil være anonym og ditt intervju blir slettet dersom du trekker deg. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Du vil som informant være anonym. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun prosjektansvarlig vil ha tilgang til intervjuene som blir utført.

Intervjuet blir tatt opp med lydopptak fra en Macbook Pro data og slettet umiddelbart etter transkribering. Lydopptaket vil være lagret på Oslomets skyplass før den blir slettet. Deltakerne vil heller ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen av masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene fra intervjuet er anonymisert fra start til slutt til oppgaven er godkjent, noe som etter planen er tentativt 30.06.22. Lydopptak fra intervjuene blir slettet etter transkribering av intervjuene.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Masterstudent Sedef-Emily Lotfollahi på telefon ***** eller epost s346801@oslomet.no eller

Førsteamanuensis og veileder for prosjektet Dag Jenssen på epost Dag.Jenssen@oslomet.no

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

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

Med vennlig hilsen,

Dag Jenssen

Sedef-Emily Lotfollahi

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: En kvalitativ studie om familieterapeuters tilnærming til foreldre med har kreftsyke barn og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i prosjektet
- å være informant

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

Signatur prosjektdeltaker og dato

Intervjuguide

12.05.21

- Semistrukturert intervjuguide til masteroppgave innen familiebehandling

Informanter: Informantene er av ulike faggrupper bestående av familieterapeuter, psykologspesialister og psykiatere.

Problemstilling: Hvordan arbeider familieterapeuter terapeutisk med familier som har kreftsyke barn?

Forskningsspørsmål: Forskningen skal belyse hvordan familieterapeuter bruker familieterapeutiske metoder, tilnærminger og skjønn i møte med familier hvor barnet har somatisk sykdom.

Bakgrunnsinformasjon om terapeuten

1. Hva er din utdannelsesbakgrunn?
 - a. Tidligere arbeidserfaringer?
 - b. Hvor jobber du nå?
 - c. Hvilken pasientgruppe jobber du med nå?
 - d. Trives du?
2. Fortell om pasientgruppen du arbeider med som terapeut og hvordan du opplever dem.
3. Fortell hvordan en dag ser ut på jobb for deg, fra start til slutt, samt hva ditt hovedansvar som terapeut innebærer.

Hvordan jobber du som familierapeut med en familie som har et kreftsykt barn?

1. Hvordan ser et typisk behandlingsforløp ut med en familie som har et barn med kreftdiagnose etter din erfaring?
 - a. Hvordan foregår behandlingen?
2. Hva kan være aktuelle problemstillinger hos familiene du jobber med?
 - a. Når oppdaget foreldre symptomer på barnet? I første stadiet av sykdommen eller senere?

3. Hvordan jobber du som familierapeut terapeutisk med en familie som får et somatisk sykt barn?

- a. Hva slags metoder innen familierapi anvender du i samtalene? Bruker du noen bestemte metoder?
- b. Hva bør terapeuten etter din mening merke seg i samtaler med foreldrene/søsken eller barnet?
- c. Hva slags terapeutisk metode gjenkjenner du at du anvender mest?
- d. Hvordan bruker du metodene?
- e. Kan du nevne noen eksempler på spørsmål du stiller? (til foreldre, søsken, barnet)
- f. Hvordan vurderer du hva slags temaer/problemstillinger det blir viktig å følge videre opp?
- g. Hvordan føler du at du bruker skjønn i samtalene?
- h. Hva opplever du som terapeut er mest belastende for foreldrene, søsken, barnet?
- i. Finner du ut hvordan du skal jobbe med dem underveis eller gjør du opp noen tanker før samtalene?
- j. Hva er målet?
- k. Når er du klar til å gi slipp på familien?

Utfordringer

1. Er det noen spesielle utfordringer du møter?

- a. Hva er noen av de største utfordringene med samtaler/arbeidet?
Ofte kan det være utfordringer, kan du si noen om utfordringene som kan oppstå i slike samtaler og i arbeidet?
2. Kan du si noe om hvordan problemstillingene berører deg som familieterapeut?
3. Hvordan håndterer du eventuelt disse utfordringene?

Vurdering av arbeidet

1. Hva slags terapeutiske metoder oppfatter du som terapeut, at ser ut til å hjelpe familien?
 - a. Hva opplever du har fungert? Eventuelt ikke fungert?
 - b. Hva slags kunnskap synes du en terapeut bør ha, i møte med slike familier?
Kan du si noe om din egen vurdering av arbeidet?
2. Hva bør terapeuten merke seg i samtaler med foreldrene eller barnet?
 - a. Hvordan ønsker du å hjelpe familien?
 - b. Hvor mange samtaler har du med foreldrene/søsken? Hvor mange samtaler har du med barnet?
3. Kan terapiformen forbedres?
 - a. Opplever du som terapeut at familien føler seg ivaretatt?
 - b. Opplever du at familien synes dette er bra terapiform?