



OsloMet, Våren 2022

«Vær deg selv nok»

En kvalitativ studie med tenåringsjenter sin opplevelse av gruppeterapi.

«Be Your self enough»

A qualitative study with teenage girls' experience of group therapy.



Charlotte Strand
MASTER I FAMILIEBEHANDLING

Innhold

Sammendrag	3
Abstract	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av masteroppgaven	7
1.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud	7
1.3 Diagnosens betydning i BUP	8
1.4 Litt om gruppeterapi.....	9
1.5 Systemtenkning.....	11
1.6 Forskning på ungdommers psykiske helse og gruppeterapi	12
1.6.1 Kjønnforskjeller	13
1.6.2 Forskning på gruppeterapi.....	14
1.6.3 Et utvalg studier.....	15
1.6.4 Mentaliseringsbasert gruppeterapi.....	16
1.6.5 I et samfunns økonomisk perspektiv	17
1.6.6 Oppsummering av forskningen	18
1.7 Problemstilling og avgrensing	18
2.0 Presentasjon av teori.....	19
2.1 Salutogenese og resilens	19
2.2 Identitet, selvet og personlighet.....	20
2.2.1 Mentalisering.....	23
2.2.2 Utvikling av relasjonell kompetanse	24
2.3 Anerkjennelse og gjensidige relasjoner	24
2.4 Kommunikasjon	27
3.0 Metode	30
3.1. Kvalitativ metode	30
3.2 Vitenskapsteoretisk plassering	30
3.2.1 Sosial konstruksjonisme - en befriende måte å øke forståelsen på.....	31
3.2.2 Fenomenologi.....	32
3.2.3 Hermeneutikk	32
3.3 Fremgangsmåte	33
3.3.1 Rekruttering av informanter	33
3.3.2 Semistrukturert intervju.....	34
3.4 Analyse	34
3.4.1 Transkribering	34
3.4.2 Analysestruktur	35

3.4.3 Forforståelse	36
3.5 Forskningsetikk	36
3.5.1 Konfidensialitet og anonymisering.....	37
3.5.2 Informert samtykke	37
3.5.3 Etske hensyn.....	38
3.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet	38
3.6.1 Overførbarhet	39
3.7 Kritiske perspektiver	39
4.0 Presentasjon av funn	40
4.1 Gjensidig relasjon.....	40
4.2 Ferdighetstrening en øvelse i kommunikasjon	43
4.3 Få øye på seg selv i møte med andre	49
5.0 Diskusjon av funn	51
5.1 Anerkjennelse i gjensidige relasjoner	51
5.2 Kommunikasjon – en livslang ferdighetsovelse	54
5.3 Mentalisering - å se seg selv i møte med andre	59
5.4 Kjønn og psykisk helse.....	61
6.0 Konklusjon.....	62
7.0 Referanser.....	63
<i>Vedlegg 1</i>	<i>68</i>
<i>Vedlegg 2</i>	<i>69</i>
<i>Vedlegg 3</i>	<i>72</i>

Sammendrag

Oslo Metropolitan University – Storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap (SAM)

Dato: 12. Mai 2022

Master i familiebehandling (sosialfag)

Navn: Charlotte Strand

Bakgrunn og formål: Formålet med oppgaven er å få en bedre forståelse av hvordan ungdom opplever gruppeterapi og hvordan vi kan forstå gruppeterapi og dens betydning i arbeid med barn, unge og deres familier. tenåringsjentene i denne oppgaven strever/har strevd med psykisk helse og ble henvist til BUP, slik at konteksten er BUP. Bakgrunnen for at jeg valgte gruppeterapi som tema til masteroppgaven er at jeg vil ha mer kunnskap om hvordan vi kan hjelpe barn og ungdom som strever med identitet, relasjonelle og emosjonelle vansker. En familieterapeut bør ha god innsikt i hva som kan være god hjelp, da det gir større trygghet i møte med familier. Min problemstilling er som følger:

«Hvordan opplever ungdommer som er/har vært i behandling ved BUP, gruppeterapi som behandling?»

Teoretisk forankring: Teorien i denne oppgaven er forankret i sosialfaglig forståelse med vekt på forståelser av mestring, betydningen av fellesskap, gruppe, kommunikasjon og system.

Familieterapifeltet er i stor grad bygget opp av systemteori og kommunikasjonsteori, og familieterapi har mange fellestrekk med gruppeterapi. Gruppeterapi har ulike forståelser, med mye vekt på et psykodynamisk perspektiv. Betydning av utvikling i fellesskap er sentralt. Familie- og gruppeterapi har begge røtter i psykoanalysen og psykoterapien.

Metode: Oppgaven har et kvalitativ design, der ni jenter er intervjuet en gang med bruk av semistrukturert intervju. Analysen er tematisk. Funn er forankret i opplevelsen til den enkelte om hvordan de sammen skaper/konstruerer mening og forståelse om eget liv.

Funn: Gruppeterapi beskrives som et godt egnet behandlingstilbud for informantene som deltok. Tre temaer fremkom som sentrale i jentenes erfaringer, det var «Likeverdige relasjon», «Ferdighetstrening – en øvelse i kommunikasjon» og «Få øye på seg selv i møte med andre». I gruppeterapien utviklet informantene identitet. Behandlingsformen hjelper jentene med å oppleve sammenheng og skape mening i tilværelsen.

Konklusjon: Gruppeterapi kan bedre relasjonskompetansen og kan være et godt tilbud for denne målgruppen. Gruppeterapi kan gi den enkelte større livskvalitet og dette påvirker også relasjonene i familie og nettverk.

Nøkkelord: Gruppeterapi, familieterapi, ungdommer, psykisk helse, anerkjennelse, kommunikasjon, mentalisering, identitet.

Abstract

Background and intention: The intention of this thesis is to give a broader and more in – depth perspective on youth and group therapy as a form of therapy, and how we can understand group therapy and its significance in working with children, young people and their families. The teenage girls in this assignment are struggling / have struggled with mental health and were referred to BUP, so the context is BUP. I chose to write about group therapy in my thesis to explore how we can better help children and youth struggling with issues connected to their identity, relationships with others and emotional difficulties. A family therapist should have good insight into what can be good help, as it provides greater security in meetings with families. My research question is as follows:

"How do young people, who are or have been, in treatment at BUP, experience group therapy as treatment?"

Theoretical foundation: The theoretical foundation in this thesis is rooted in social science understanding with emphasis on understandings of mastery, the importance of community, group, communication and system. The family therapy field is largely built upon systems theory and communication theory, and family therapy has many common features with group therapy. Group therapy builds on research from different disciplines, with much emphasis on a psychodynamic perspective. Significance of development in community is central. Family and group therapy have both roots in psychoanalysis and psychotherapy.

Methodology: This thesis follows a qualitative design, where nine girls have been interviewed once individually, using a semi-structured interview. The analysis is thematic. Findings are rooted in the individual's experience of how they together create / construct meaning and understanding of their own lives.

The findings: Group therapy is described as a well-suited treatment option for the informants who participated. Three themes emerged as central to the girls' experiences, namely "Equal relationship", "Skills training - an exercise in communication" and "Seeing oneself in meeting others". In group therapy, the informants developed identity. The form of treatment helps the girls to experience context and create meaning in life.

Conclusion: Group therapy can improve the participants interaction with others and can be a useful form om treatment for this target group. Group therapy can give the individual a greater quality of life and this also affects the relationships in the family and network.

Key words: Group therapy, family therapy, youth, mental health, acknowledgment, communication, mentalization, identity.

Forord

I følge Goffe and Jones (2015) er det noe eget ved mennesker som opptrer autentisk og evner å tilpasse seg sine omgivelser. De justerer seg og korrigerer seg i relasjon til andre, og de erfarer og opplever mening i livet. Gjennom dette evner de å se seg selv som aktør i eget liv. Dette er gode mellom menneskelige kvaliteter, og det handler om å «Være seg selv nok».

Jeg er har nylig blitt familieterapeut, men helt fra jeg var ung voksen har jeg vært grunnleggende opptatt av relasjoner og menneskelige utviklingsprosesser i ulike kontekster. Dette ga meg ideen og inspirasjonen til tema, gruppeterapi. Å undersøke mennesker i en gruppekontekst der det utføres terapi har vært lærerikt. Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Fokuset er på ressurser og mestring. Det har vært befriende og meningsfullt perspektiv. Perspektivet er i tråd med mine holdninger og verdier som menneske og familieterapeut.

Masteroppgaven har bidratt på så mange nivåer, det har vært en dannelsesprosess. Jeg har modnet som fagperson og menneske. Læring er inspirerende og gøy, men til tider fryktelig krevende. I masteroppgaven hevder jeg at det er utenfor «comfortsonen» det skjer endring, det er også min erfaring.

Det er mange som har vært med meg på «veien til mål», og i den anledning vil jeg takke de. Tusen takk til Wenche Bekken, min veileder på OsloMet. Hun har vært veldig tålmodig, tydelig når det har vært nødvendig og faglig dyktig. Hennes kunnskap har bidratt til min modning. Informantene fortjener heder og ære, deres bidrag har vært essensiell. Det var klokt, nakent, og ærlig og jeg er så takknemlig for tiden de ga. Tusen takk til Renate Falmyr, min bestevenn, en klippe i livet som bidrar med akkurat det jeg trenger til rett tid. Tove Bremnes fortjener også en takk, veileder på praksisstedet. Hun har bidratt med rekruttering, vært heiagjeng, delt kunnskap og gitt meg inspirasjon. Tilslutt må jeg takke mannen min og barna mine som har gitt meg raushet og egentid til å være i «master bobla mi».

Trøgstad 12.05.2022

Charlotte Strand

1.0 Innledning

Etter 20 år som sosialarbeider og nå nylig utdannet familieterapeut, opplever jeg at det er noe unikt over tenåringene. Det er «trøkk», mye energi, klokskap og sårbarhet, og jeg lar meg berøre og engasjere i møte med dem og deres familier. I et familieterapeutisk perspektiv ses familien som et komplekst system, og samspillet er sirkulært i den betydningen at relasjonene påvirker hverandre. Når familiene kommer til terapi, påvirker også terapeuten(e) systemet. Det blir en gjensidighet i systemet. Dette kalles systemisk familieterapi (Frøyland, 2020). Denne oppgaven bærer preg av denne forståelsen. Det har vært lærerikt å utforske og øke forståelsen knyttet til tenåringer og hvordan de kan få god behandling utover sitt familiesystem og hvordan behandlingen som gis kan påvirke familiesystemet.

Denne oppgaven omhandler tenåringsjenters opplevelse av gruppeterapi og hva de beskriver har vært hjelpende og utfordrende. Ungdommers psykiske helse blir sentralt og vil ses i sammenheng med et individ, familie – og gruppe perspektiv.

Teorien som blir belyst er i tråd med et salutogenesisk perspektiv, resiliens, utviklingspsykologi og kommunikasjonsteori. Dette er relevant for forståelse i møte med barn, ungdom, familier og andre som samhandler med mennesker som strever med psykisk helse.

Oppgaven har et kvalitativ design, der ni jenter er intervjuet en gang med bruk av semistrukturert intervju. Forskningsmetoder er i tråd med sosial konstruksjonistisk tenkning, fenomenologi og hermeneutikk. Analysen har vært en strukturert og dynamisk prosess, med inspirasjon fra tematisk analyse. Funn er forankret i opplevelsen til den enkelte. Diskusjon av funnene har bidratt til en større forståelse og diskuteres med utgangspunkt i teori og forskning.

Formålet med oppgaven er å få et grundigere og bredere perspektiv på ungdom og gruppeterapi som behandling. Konteksten er en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Oppgaven er ment å kunne bidra til å øke forståelsen for individet i en gruppekontekst, i sammenheng med teorier som er forankret i familie- og gruppeterapi. Oppgaven vil ha et fokus på nytteverdien av at ungdom blir tatt ut av sine gitte konstruksjoner, som for eksempel familien sin og behandlet for psykisk helse. Denne kunnskapen vil derfor ha en overføringsverdi til familiebehandling, da ungdommen har vært, og vil fortsatt være en del av sine omgivelser (her familien), også etter behandling. Ved å forstå ungdommen både som individ, men også som en del av en familiekonstruksjon i gruppeterapi, vil derfor ha en betydning og relevans for familiebehandling generelt.

Innledningsvis vil jeg avklare begreper, før jeg henviser til noe forskning på feltet gruppeterapi, blant annet noe om kjønnsforskning knyttet til psykisk helse. Jeg vil også henviser til et begrenset utvalg artikler som er knyttet opp til gruppeterapi for ungdom. Problemstilling og en kort avgrensning kommer avslutningsvis i innledningen.

1.1 Bakgrunn for valg av masteroppgaven

«*Psykiske lidelser oppstår i relasjon og må heles i relasjon*». Dette utsagnet er fra Sverre Lund-Høie, kommunepsykolog i 2014, under en intern fagdag på min arbeidsplass. Dette utsagnet har fulgt meg siden og har også betydning for valg av tema for denne oppgaven.

Rundt 25 % av ungdommene som behandles i BUP har utfordringer som kan ses i sammenheng med personlighetsproblematikk. Ut fra Hans Ole Korsgaards (Wiig, 2021) sine studier er det et fåtall ungdommer som diagnostiseres med personlighetsforstyrrelse. Dette til tross for at voksne pasienter rapporterer at personlighetsproblemene oppsto i ungdomsårene. Norge er det eneste landet, sammenlignet med sine naboland, som ikke har en nasjonal faglig retningslinje for denne type utredning (Wiig, 2021) I møte med disse ungdommene og familiene, blir kunnskap og trygghet hos hjelperne, til nytte. Desto tidligere man oppdager og behandler personlighetsproblemer, desto bedre er prognosen (Wiig, 2021).

Jeg er i mitt arbeid, svært opptatt av relasjonsperspektivet og hvordan personlighetsproblematikk oppstår. Økt forståelse og kunnskap om hvordan vi kan hjelpe barn og ungdom som strever med identitet, relasjonelle og emosjonelle vansker, anser jeg som svært viktig. Hva som er gode behandlingstilbud, opplever jeg ikke er godt nok uttalt eller vurdert i mange situasjoner. I lys av et familieperspektiv og ungdommens øvrige nettverk, ønsket jeg å utforske gruppeterapi nærmere som et alternativ til individualterapi. Etter å ha jobbet med ungdom i grupper, ble jeg interessert i å utforske deres erfaringer nærmere.

1.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud

BUP er et tilbud til barn, ungdom og deres familie og nettverk. Kjerneoppgavene til en poliklinikk for barn og unge er utredning/diagnostikk og behandling, utdanning av helsepersonell, forskning, opplæring av pasienter og pårørende og veiledning ovenfor kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008). Primæroppgavene til BUP er å være i

kontakt med barn og ungdom. Barn og unge i behandling ved BUP er registeret som pasienter etter lovverk og foresatte er registret som pårørende. BUP jobber helhetlig i den betydning at de har kontakt med andre viktige instanser og personer i nettverket, hvis det er hensiktsmessig i et behandlingsforløp. BUP sitt formål med diagnostisk arbeid er å forstå utfordringene barnet har og tilrettelegge for god behandling. Dette innebærer at behandlere må ha tilstrekkelig kunnskap om blant annet barns aldersadekvate normalutvikling, psykiske og miljømessige faktorer som påvirker utvikling og funksjon. BUP må ta høyde for forskning, både på epidemiologi og behandling, for å gjøre et tilstrekkelig arbeid (Veileder i BUP 4.utgave, 2019).

BUP skal gi tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp etter lovverk i spesialisthelsetjenesteloven (lovdata.no).

1.3 Diagnosens betydning i BUP

På BUP settes det diagnoser med bakgrunn i tilknytningmønster i sammenheng med blant annet atferds observasjoner og kartlegginger. Det har blitt utført flere studier på barn og tilknytning som viser en sammenheng mellom trygg tilknytning og relasjonskompetansen og på den andre siden; utrygg tilknytning og forekomsten av psykiske lidelser (Karterud, Wilberg & Urnes, 2018). Personlighetsforstyrrelser (PF) i barne- og ungdomsalder har lenge vært et betent og vanskelig tema. Dette handler blant annet om frykten for å stigmatisere og sykeliggjøre en normal utvikling. Personligheten er i endring og utvikling hos ungdom og modning opptrer ulikt. Ut ifra dette, bør man være noe kritisk til diagnostisering. Nedfelte kriterier i DSM-5 og ICD-10 anbefaler at man skal være forsiktig med å sette PF- diagnose før 18 års alder, i ICD-11 vil de ligge andre føringer knyttet til PF- diagnose i barne- og ungdomsskole (Urnes, 2017). Diagnosen har historisk sett blitt omtalt som ikke behandlingsbar. Det viser seg å være feil (Wiig, 2021).

Diagnosesystemet, i denne oppgaven referert til som ICD-10 og DSM-5, ble først introdusert på 1990-tallet av WHO. Dette er et system som baserer seg nesten utelukkende på definerte symptomer som må beskrives og ikke årsakene som kan påvirke symptomtrykk. Den deskriptive formen for vitenskapelighet som diagnosesystemet bygger på, kan medføre at diagnoser får en innvirkning på samfunnet, sett i lys av makt. Det er fordi utredning og diagnoser utgjør en tilgang til rettigheter etter gjeldende lovverk (Hertz, 2017).

Diagnoser er utvalgte øyeblikksbilder av den individuelle klienten, gjerne da symptomene er som mest intenst, da det ofte er da klienten først søker hjelp. Dette kan skape utvalgte øyeblikksbilder som ikke alltid representerer helheten. Barn og ungdom som står i vanskelige livssituasjoner, må ikke nødvendigvis ha en nevropsykologisk forstyrrelse eller psykisk lidelse. Dette er en viktig forskjell (Hertz, 2017).

Det er derfor svært viktig å ha kunnskap nok om normalatferd og utvikling, samt være bevisst sin egen forforståelse, når det skal settes diagnoser (Hertz, 2017). I familiebehandling er forforståelse et viktig perspektiv å være bevisst, da forståelser vil forandre seg underveis. Familieterapeutiske forståelse står på flere måter i kontrast til en medisinsk forståelse, ved at den vektlegger det som skjer i omgivelsene i større grad. Familien forstås som et relasjonelt system som fungerer eller ikke fungerer. I familieterapien jobber man med utfordringene i familiesystemet, som for eksempel oppfattelser, forståelser av hverandre, kommunikasjonsutfordringer, rolleforventninger, framfor å se på utfordringer som iboende trekk ved de enkelte individene. I et systemisk perspektiv kan man, selv om man ikke fokuserer på de individuelle trekkene, anerkjenne for eksempel sykdom, men være opptatt av hvordan man som familie og nettverk løser og forholder seg til at noen har en lidelse eller er syk (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

1.4 Litt om gruppeterapi

Begrepet gruppeterapi oppsto i 1905 da indremedisineren Joseph Pratt (1872-1956) samlet fattige tuberkulosepasienter til en gruppe han kalte «class treatment». Gruppen var satt sammen av 20-30 personer. Pasientene fikk medisinsk oppfølging, parallelt med undervisning om tuberkulose og tid til å snakke sammen og utveksle erfaringer om sykdommen. Pratt oppdaget at det psykoeduktative (informasjonsformidling), parallelt med å møte andre i lignende situasjoner, hadde en terapeutisk effekt. Dette ga pasientene et betydelig symptomlette og ble derfor starten på gruppeterapiens historie. Flere leger fulgte Pratts oppdagelser i påfølgende år (Bjerke, 2018).

S.H. Foulkes (1898-1976) var en sentral person under utviklingen av gruppeanalyse og gruppeterapi. Han utdannet seg til gruppeanalytiker og engasjerte seg i Frankfurterskolen på begynnelsen av 1900-tallet. Frankfurterskolen er kjent for å ha en felles kritisk sosialfilosofisk, sosiologisk og psykoanalytisk tilnærming. Dette ble oppfattet som ganske

radikalt. I følge Foulkes fødes mennesker inn i et sosialt nettverk. Dette nettverket er den psykologiske enheten vi mennesker utvikler oss i, ved å bli forstått helhetlig av andre. Foulkes så på gruppe som den optimale konteksten for å behandle psykiske lidelser. Han hevdet at det mellommenneskelige og relasjonelle var kjernen til god behandling for psykiske lidelser (Bjerke, 2018).

Sigmund Freud (1856-1939) sine individualistiske perspektiver hadde også sterk innvirkning på forståelsen av gruppeterapi og hvordan gruppeterapien utviklet seg (Lorentzen, 2020). Psykoanalysen har vært sentral og kontroversiell innenfor psykologifeltet. Psykoanalysen er vitenskapen som har gitt kunnskap til forståelsen om meningsdannelse gjennom ubevisste mekanismer og hvordan disse påvirker personlighetsutforming. Psykoanalysen er viktig for å forstå personlighetspatologi. Ved hjelp av psykoanalysen kan menneske tolke seg selv og andre, og det er kompliserte prosesser (Karterud mfl, 2018 s. 33). På bakgrunn av psykoanalysen har det blitt utarbeidet flere behandlingstilbud, blant annet psykoterapi.

Psykoterapien er en godt utarbeidet samtalebehandling med klare forutsetninger for gjennomføring (Karterud, Wilberg & Urnes, 2018). Det samme gjelder for gruppeterapi. For eksempel er det satt av en ukentlig bestemt tid, terapeutens rolle er definert og oppstart av samtalen er ganske lik hver gang. Gjennomføringen skal være solidarisk med klientenes behov, og følelsene til klienten skal helst ikke bli overveldende under terapien. Det er terapeuten som er ansvarlig for å balansere samtalen slik at klientens følelsesmessige kaos ikke blir utholdelig (Bjerke, 2018).

Gruppeterapi er et samlebegrep. De tre vanligste formene for gruppeterapi er: gruppeanalytisk terapi, gruppepsykoterapi og psykodynamiske grupper. Gruppemetoder er utviklet på bakgrunn av en individual terapi (Lorentzen, 2020).

Gruppeanalytisk terapi er utviklet av Foulkes med kollegaer på Frankfurterskolen. Han mente at gruppeanalytisk terapi skilte seg litt fra de andre terapiformene, fordi den fremhevet «en fritt flytende diskusjon», på linje med psykoanalysens frie assosiasjon. Han mente at terapeutens tilbaketrukkne og avventende holdning førte til at gruppen selv klarte å komme frem til ledetråder som førte til de større temaene (Lorentzen, 2020). Med Foulkes metode får terapeuten en mindre «ekspertrolle» og samtalen mellom deltakerne får en mer sentral plass.

Gruppepsykoterapi baserer seg på den individuelle psykoterapeutiske tradisjonen. Psykoterapi er en behandlingsform utarbeidet for å behandle psykiske lidelser. Målet med gruppepsykoterapi er å endre smertefulle følelser, påvirke egen opplevelse av seg selv og

endre dysfunksjonell atferd. Pasientene skal oppleve å få kontroll på for eksempel misbruk, angst og selvskadning, samtidig som de utvikler en bedre selvfølelse. Dette betyr at terapeuten må ha kunnskaper om hvordan de kan bruke gruppen, være støttende og gjennom psykoedukasjon, gi kunnskap til deltakerne for å skape positiv endring (Lorentzen, 2020).

Psykodynamisk terapi er en samlebetegnelse for flere psykoterapigrupper med forankring i ulike psykoanalytiske teorier. Tilnærmingen fokuserer både på gruppen som helhet, men også på enkelt individet (Lorentzen, 2020).

Min oppgaves målgruppe har tilhørt en psykodynamisk terapigruppe. Terapeutene er opptatt av gruppen i sin helhet, samtidig som de er opptatt av hvert enkelt individs indre prosesser. Ved enkelte tilfeller mottar ungdom individual terapi i tillegg til gruppeterapi. Ungdommens familie og nettverk er en del av behandlingen. Aktuelt nettverk er med på oppstartsamtale og de inviteres til en samtale hvert halvår gjennom behandlingstiden.

Gruppeterapi låner teorier fra blant annet personlighetsteori, feltteori, sosialpsykologi, generell systemteori og individual-terapeutiske modeller (Lorentzen, 2020).

1.5 Systemtenkning

Hvilken type hjelp barn og unge får i dag, har en sammenheng med hva som er førende på flere nivåer, både politisk, statlig og kommunalt. Effektivitet og økt målstyring påvirker hjelpen, kvaliteten og innsatsen. Alvorlighetsgrad, symptomtrykk og funksjon forstås ut ifra ulike tilstandsbilder og type behandlingsform velges deretter. Det gis i dag behandling i form av individualterapi, gruppeterapi og familierapi ved BUP (BUP veileder 4.utgave, 2019).

Familierapi og gruppeterapi har en del til felles. Begge terapiformene handler om å hjelpe til med kommunikasjon, samspill og relasjonelle prosesser. Interpersonlig samhandling, relasjon, følelser og kontekst utforskes i stor grad i begge terapiformene. Det interpersonlige ses i sammenheng med det intrapsykiske. Undring, nysgjerrighet og «ikke vitende posisjon» bør prege terapeutens stil, i tillegg bør terapeuten være litt dirigerende og beherske gode rammer. Familierapien er opptatt av å forstå relasjoner og interpersonlig samhandling gjennom sirkulær forståelse og systemtenkning (Frøyland, 2020). Systemtenkningen i familierapien handler om å forstå hvordan interaksjonene har en sammenheng med omgivelsene og hvordan mennesker påvirkes av systemet og relasjonene vi omgås. Mennesker kan opptre ulikt i ulike

relasjoner og kontekster. Sirkulær forståelse handler om at man bygger hypoteser på hypoteser, uten å vise til en sannhet eller jage en gitt sannhet. Det betyr at forforståelsen og hypotesedannelse bevisstgjøres hos terapeuten og sjekkes ut gjennom kommunikasjon og ulike tilnærminger med individet, familien eller gruppen. Sirkulær forståelse er det motsatte av lineær forståelse og handler om årsak-virkning i mye større grad. Sirkulær forståelse øker kompleksiteten i terapi og fører ofte til at mange perspektiver og forståelser må hensyntas i møte med de gitte utfordringene. En god systemisk tilnærming i en gruppekontekst vil derfor bære preg av åpenhet. Anerkjennelse av den enkeltes opplevelse bør fremmes og at ingen er mer ekspert enn andre, bør være en rådende holdning (Johnsen & Torsteinsson, 2015; Frøyland, 2020).

1.6 Forskning på ungdommers psykiske helse og gruppeterapi

Det finnes få studier med fokus på barn/ungdom som har mottatt psykodynamisk gruppeterapi. Forskning jeg henviser til omhandler voksne innenfor samme tema. Forskningsartiklene jeg henviser til i denne oppgaven inneholder relevant data knyttet til tema ungdom, gruppeterapi og psykisk helse.

Jeg har jobbet aktivt med å finne litteratur og forskning knyttet til gruppeterapi. Bøkene til Bjerke (2018) og Lorentzen (2020) har vært til hjelp, og de har opplyst om studier og forskning som har ført meg til primærkilder som er undersøkt nærmere. Videre har jeg søkt i Oria og fått veiledning av biblioteket på hvordan jeg kan «lete» meg frem, det var svært nyttig. Prosessen med litteratursøk startet aktivt høsten 2019. Det blir publisert relevante rapporter og forskningsartikler jevnlig, når jeg har lest disse har det gitt meg tips til videre litteratursøk.

I rapporten «*Jeg skulle hatt BUP i en koffert*» som er skrevet av barneombudet i 2020, uttrykte barneombudet Inga Bejer Engh bekymring for behandlingstilbudet ved BUP. Bekymringen handlet i hovedsak om at behandlingstilbudet for barn og unge ikke var godt nok tilpasset og at det var for likt det som tilbys voksne. Det blir brukt ressurser på utredning av høy kvalitet, for så å gi behandlingstilbud som er mer tilfeldig. Særlig ungdommer har psykologiske vansker utover det som kan ivaretas av diagnoser. De kan ha sosiale tilpasnings- eller tilknytningsvansker og relasjonelle vansker, identitetsproblemer og andre sårbarheter (Bjerke, Botn, Hjort & Ulstein, 2021).

Tilbudet til BUP er under endring og det er stadig nye, spesialiserte og fokuserte behandlingstilbud, men det er allikevel ikke godt nok tilpasset de som strever med motivasjon. Diagnosespesifikk og avgrenset behandling blir lite engasjerende for ungdom som strever med tillit og ustabil fungering. De klarer ikke å nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet de får (Bjerke mfl., 2021).

Gruppeterapeutiske faktorer er noe klienten selv vektlegger som betydningsfullt (Bjerke mfl., 2021). Gruppeterapi legger til rette for rammer som muliggjør observasjon, imitasjon, sosial trening og modellering. Gruppeterapitilbudet for barn og unge har økt, og det er flere BUP som gir tilbud som «Cool kids», Mentaliseringsbasert gruppetilbud (MBT), Dialektisk atferdsterapi (DBT), psykoeduktative familiegrupper og 4-dagers behandling i grupper for sosial fobi, OCD og panikk lidelse. Det har vært endringer i tilbudene med bakgrunn i råd og føringer fra Helsedirektoratet. Ledere på BUP og RBUP blir utfordret til å implementere gruppeterapi og satse på utdanning og kvalitetssikring i mye større grad (Bjerke mfl., 2021).

Det hersker stor tro på at det terapeutiske potensialet i aldersgruppen 13-18 år kan utnyttes langt bedre. Forskning har vist at bistand til mennesker med sammensatte utfordringer, er langt mer krevende. Behandlingstiden kan være lang, behovene komplekse og samarbeidet mellom første- og andrelinjen er relevant, men krevende. Barnevern, kommune og Bufetat blir alene med denne oppgaven i for stor grad, slik det er i dag (Bjerke mfl., 2021).

Artikkelen «*Gruppeterapi for ungdom*» (2018) henviser til at gruppeterapi er særlig gunstig for ungdom med psykiske utfordringer. Dette står i kontrast til at det er få instanser i landet som har dette behandlingstilbudet. Gruppeterapi gir en sterk motivasjon til behandling, fordi de treffer jevnaldrende i samme situasjon. I artikkelen er det beskrevet at ungdom styrkes på arenaer som igjen får en sterk positiv innvirkning på psykiske utfordringer. Erfaringer fra langtidsgående psykodynamiske gruppebehandlinger med et relasjonelt fokus, har vist seg å gi godt utbytte. Ungdommene viser symptombedring i form av at de har blitt tryggere og mer åpne etter å ha deltatt en tid i gruppeterapi. Foresatte har formidlet at de har sett at ungdommen har blitt mer trygg og glad (Gjesvik, Stänicke, Gudmestad & Dragland, 2018).

1.6.1 Kjønnforskjeller

Forskning viser at jenter, i større grad enn gutter, er sårbare for psykisk stress i sine omgivelser og de selv rapporterer helseplager i mye større grad (Folkehelseinstituttet, 2009).

Ungdata undersøkelsen utføres regelmessig og viser at jentene strever mer enn guttene generelt. Dette har vært gjentakende over flere år. Jenter opplever større press rundt karakterer, kropp, venner og selvbilde. De blir i større grad påvirket av det psykososiale miljøet, følelsen av utilhørighet, mellommenneskelig stress og negative psykososiale forhold ved hjemmesituasjonen. Folkehelseinstituttet henviser til studier som viser at graden av helseplager øker i alderen fra 11-15 år, der særlig depressive symptomer rapporteres. Jentens opplevelse av stress og følelsesbelastninger har en direkte tilknytning til utfordringer knyttet til relasjoner, tilhørighet og psykiske lidelser (Øgård- Repål, Strand & Karlsen, 2017). Det er små kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske lidelser frem til seksårsalder. I aldersgruppen 6-12 år er gutter mer representert i Folkehelseinstituttets statistikk over psykiske utfordringer, mens i pubertetsalder er det en sterk økning av jenter. Kvinner er mer representert innenfor angst- depresjonslidelser og emosjonelle symptomer. Menn er mer representert innenfor hyperaktivitet, konsentrasjon- og atferdsforstyrrelser. Når det gjelder personlighetsforstyrrelser er det flest med engstelig, unnvikende form. Menn har oftere schizoid eller antisosial personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelse er like vanlig blant kvinner og menn. Kvinner rapporter helseplager i mye større grad enn menn. Dette må ikke bli tatt til inntekt for at menn ikke har helseplager i like stor grad som kvinner, da dette også kan indikere store mørketall knyttet til menns psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2009). Oppsummert er det ikke slik at kvinner har større utfordringer enn menn knyttet til psykisk helse. Utfordringene utarter bare ulikt.

1.6.2 Forskning på gruppeterapi

Det er flere randomiserte studier (RCT) innenfor individuell psykoterapi og gruppeterapi basert på ulike målgrupper og lidelser, som viser at gruppeterapi fungerer godt som behandlingsmetode på flere typer lidelser (Bjerke, 2018). Studiene har sett på forskjeller mellom individualterapi og gruppeterapi, nytteverdi og gunstigheten knyttet til samfunnsøkonomi på kort- og lang sikt. RCT studier har over flere år, vært toneangivende for hva som til enhver tid er relevant og det som legges til grunn for en evidensbasert klinisk praksis. Fra 2005 har kvalitativ forskning blitt mer inkludert, i tillegg til vektlegging av klinikerens ekspertise og pasientenes egenskaper og ønsker (Bjerke, 2018).

Effekten av gruppeterapi har blitt studert gjennom flere metaanalyser og det er en høy frekvens av antall deltakere i flere av analysene (Lorentzen, 2020). Innenfor gruppeterapi har

flere forskere undersøkt om psykoterapeutiske metoder er mer effektive enn andre. Resultatene viser ofte at det er liten, eller ingen forskjell på oppnådd endring mellom forskjellige terapiteknikker eller metoder, men at effekten må ses i sammenheng med gruppeterapeutiske fellesfaktorer (Bjerke, 2018). Lambert, Bergin og Garfields (2013) viser i en metaanalyse av 250 studier, at gruppeterapi gir gode resultater (Bjerke, 2018).

Forskning på effekten av gruppeterapi og individualterapi viser ingen signifikant forskjell mellom disse to behandlingsformene (Bjerke, 2018).

En mye sitert kanadisk studie (Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher & Joyce, 1984) på gruppeterapi med psykodynamisk metode, viser til at psykodynamisk gruppeterapi over lang tid ga svært god effekt og signifikant bedre enn tilsvarende gruppebehandlinger av kortere varighet. Flere nyere studier viser det samme (Tschuschke og Anbeth, 2000; Knauss, 2005; Bjerke, 2018).

Irving Yalom har vært opptatt av å identifisere gruppepsykoterapeutiske faktorer ved å gjennomføre kvalitative og kvantitative studier. Forskningen viser blant annet til studier av effektfaktorer. Forskningsfeltet på gruppeterapi generelt har fått kritikk for at gruppepsykoterapeutiske faktorer ikke blir inkludert i undersøkelsene (Bjerke, 2018).

1.6.3 Et utvalg studier

Jeg har avgrenset studier i forhold til kriterier som lå svært perifert fra min oppgave, slik at utvalget av studier som det henvises til her, er studier som har en tydeligere relevans for min oppgave og problemstilling.

Steinar Lorentzen med medarbeidere har gjennom flere år forsket på pasienter som har blitt behandlet med gruppeanalytisk psykoterapi, både på kort- og lang tid. Steinar Lorentzen sin doktoravhandling omhandler behandlingseffekt hos 69 pasienter fra 3 langvarige og åpne grupper i en privat spesialistpraksis. I denne studien var pasientene i gruppebehandling i gjennomsnitt 2,5 år. 1/3 av pasientene hadde primært ønsket gruppepsykoterapi. 54% var kvinner og pasientenes gjennomsnittsalder var 36 år. De hadde gjennomsnitt opplevd symptomer i 5 år før behandlingsstart og de fleste hadde tidligere mottatt annen psykiatrisk behandling. 15% hadde tidligere vært innlagt på døgnbehandling innenfor psykisk helsevern. Flere kvalifiserte til ulike diagnoser, men primært depresjon og angstlidelser. 68% ble diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse. Dette studiet er et eksempel på en naturalistisk

studie uten kontrollgruppe. Resultatene viser blant annet at 86% opplevde betydelig bedring eller full tilfriskning i løpet av behandlingstiden og bedringen var gjeldende også på oppfølgingsundersøkelsen (Lorentzen, 2020).

Steinar Lorentzen utførte også en randomisert klinisk studie av 167 polikliniske pasienter med blandede diagnoser; depresjon og lette til moderate personlighetsforstyrrelser, for å se på effekten av manualbaserte psykodynamiske gruppeterapiformer, en langtids- og en korttidsgruppe. Begge viste seg å være effektive. Pasientene i korttidsgruppen endret seg først noe raskere enn i langtidsgruppen, men i gjennomsnitt hadde pasientene i begge gruppene oppnådd samme effekt etter 3 år. Pasientene med personlighetsforstyrrelse gjorde det imidlertid bedre i langtidsgruppen og viste signifikant større bedring etter 3 år, enn de som var i korttidsgruppen (Lorentzen, 2020).

Elfrida Kvarstein (Bjerke, 2018) har gjennom sin naturalistiske studie, sett på langtidseffekten av poliklinisk psykodynamisk gruppeterapi for pasienter med personlighetsforstyrrelse. 103 pasienter med personlighetsforstyrrelse inngikk i studien. 60% var kvinner og gjennomsnittsalderen var 38 år. Bedringen var signifikant, målt i symptombelastning og interpersonlige utfordringer. De med blandet personlighetsforstyrrelser hadde størst effekt på alle områder, de med unnvikende personlighetsforstyrrelser oppnådde bedre arbeidsmessig funksjon. Menn over 38 år hadde dårligere effekt. For pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, var effekten dårligere og behandlingstiden kortere og frafallsraten var høyere. Studien konkluderte med at psykodynamisk gruppepsykoterapi anbefales for moderate personlighetsforstyrrelser. Resultatene imøtekommer ikke alle kliniske utfordringer ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bjerke, 2018).

1.6.4 Mentaliseringsbasert gruppeterapi

Nyere forskning tyder på at det spesialiserte mentaliseringbaserte programmer gir bedre effekt for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Bjerke, 2018).

Mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT) har vært en form for gruppeterapi siden 1970 og primært har det vært pasienter med personlighetsforstyrrelse som har fått denne formen for gruppeterapi. Mange tilbys en kombinasjon av gruppeterapi og individualterapi. I norske studier er det pasienter med moderat personlighetsproblematikk og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som får denne behandlingen og det har vist seg å ha god effekt. Det

har blitt foretatt ulike studier i Norge fra 1993 på ulike gruppetilbud, gjennom et faglig nettverk på de ulike DPS `ene i midt og sør- Norge (Karterud mfl., 2018). Anthony Bateman og Peter Fonagy (1999) gjennomførte et randomisert studie i 1999, hvor de sammenlignet effektiviteten av delvis sykehusinnlagte pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, som mottok psykoanalytisk orientert behandling (MBT), med pasienter i samme målgruppe som mottok standard psykiatrisk behandling i sykehus. Faktorene de målte var blant annet frekvensen av selvmordsforsøk, selvskading, medikasjon, depresjon og angst, personlig og sosial fungering. Studiet viste bedring på alle målområdene for de pasientene som var delvis innlagte og mottok psykoanalytisk orientert behandling både i gruppe og individuell terapi etter 18 måneder (Bateman og Fonagy, 1999). 8 år senere gjennomførte de en oppfølgingsstudie av studie i 1999. Resultatet var at etter 5 år med MBT behandling, viste gruppen fortsatt bedring på alle målområder, mens deres sosiale fungering fortsatt var hemmet eller redusert (Bateman & Fonagy, 2008).

1.6.5 I et samfunns økonomisk perspektiv

Bjerke (2018) henviser til Ullevål personlighetsprosjekt som har gjort en klinisk nytte- og helsetjeneste relatert kostnadsanalyse. Analysen sammenligner et langtidskombinert behandlingsprogram for pasienter i en dagavdeling med individualterapi. Gruppen som mottok individualterapi hadde større klinisk bedring etter 3 år, men pasientene viste seg å ha brukt betydelige tilleggstenester og kostnader var dermed høyere. 6 år senere viste det seg at pasientene med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, som hadde fått gruppebasert behandling, etterfulgt av poliklinisk gruppe og individuell terapi, hadde betydelig færre symptomplager og bedre fungering på viktige områder som identitets integrasjon og selvkontroll, sammenlignet med gruppen som kun hadde mottatt individualterapi. Det er grunn til å tro at selvkontroll gir færre tilfeller av destruktiv utagering som selvskading og selvmordsforsøk og mindre behov for ytterligere behandling og innleggelse. Bedre identitetsintegrering gir større stabilitet og tilfredshet innenfor alle livsområder. Det er behov for mer forskning for å avklare hvorvidt det vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst å gi disse pasientene en mer ressurskrevende behandling (Bjerke, 2018).

1.6.6 Oppsummering av forskningen

Oppsummert viser studiene at effekten av psykodynamiske gruppetilbud gir reduksjon av selvmord, selvskadning handlinger, innleggelses og bruk av medisiner. Gruppeterapi oppnådde betydelig bedre effekt for pasienter med personlighetsforstyrrelse. Symptomtrykk på interpersonlige utfordringer ble lavere, generell fungering bedret, arbeidsledigheten ble lavere og de brukte mindre helsetjenestene enn før gruppeterapi (Bjerke, 2018). Når det gjelder emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, er det mest effekt knyttet til spesifikke metoder og intervensjonsmåter, som MBT. Deltakere i gruppeterapi rapporterer om symptomlette og bedre funksjon på interpersonlige forhold. Gruppeterapi og individualterapi har vist seg å ha en lik effekt i et langtidsperspektiv. Det er en klar samfunnsøkonomisk fordel ved å drive gruppebehandling fremfor individuell behandling (Bjerke, 2018; Lorentzen, 2020; Bateman og Fonagy, 2008). Dette underbygger at gruppeterapi er en behandlingsform det er verdt å satse på. Forskningen knyttet til barn og unge er foreløpig mangelfull, slik at denne oppgaven forhåpentligvis vil ha en nytteverdi for feltet.

1.7 Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av kunnskapsinteresse og kunnskapsstatus har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan opplever ungdommer som er/har vært i behandling ved BUP, gruppeterapi som behandling?»

Med hensyn til oppgavens omfang og forskningsdesign, har målgruppen i denne studien vært av forholdsvis liten størrelse og geografisk begrenset, slik at den generelle overføringsverdien, må vurderes.

Kjønnsforskjeller i psykisk helse er et svært spennende og relevant tema, men også for omfattende for denne oppgaven til å gå mer inn på det enn det jeg har gjort, da utvalget av informanter besto av kun ett kjønn. I tillegg har jeg i oppgaven vist til at et av kjønnene i denne aldersgruppen er fraværende i behandlingstilbudet.

Et pårørendeperspektiv har vist seg å vekke engasjement og interesse, og ville vært et relevant perspektiv å undersøke nærmere, men tema ville fortjent en egen masteroppgave.

2.0 Presentasjon av teori

Sett i lys av min problemstilling har jeg et utvalg teorier og begreper som krever nærmere redegjørelse, herunder; salutogenese, selvet, identitet, mentalisering, anerkjennelse og kommunikasjon.

Å forstå barn og familier ut ifra salutogenesisk perspektiv gir muligheter og håp (Hertz, 2017). Mennesker trenger i bunn og grunn det samme for å kunne utvikle god relasjonell kompetanse (Schibbye, 2002; Hart & Schwartz, 2020). Teorien har en sammenheng med menneskers primære behov og grunnleggende prosesser i relasjon. Gruppeterapi som fenomen er i tråd med utvalgt teori.

2.1 Salutogenese og resiliens

Begrepet salutogenese er utviklet av Aaron Antonovsky (1923-1994) og det er nært beslektet med hans resiliens forskning. Salutogenese er læren om hva som gir god helse med utgangspunkt i empowerment (myndiggjøring). Empowerment og grunnlagsforståelsen rundt begrepet anerkjennelse har mye til felles, og det handler om å stryke menneskers ressurser og mestringsevne, gjennom å myndiggjøre handlinger (Aamodt, 2016). Menneskes livsbetingelser og egen erfaring er sentralt for «opplevelsen av sammenheng». Det handler om å begripe, håndtere og skape mening for igjen å få kunnskap om god helse og sunn utvikling. Salutogenese er det motsatte av patogenese, som er læren om sykdom (Hertz, 2017; Hansson & Cederblad, 1995). Mange barn er utsatt for store påkjenninger og mye stress knyttet til sine oppvekstvilkår, dette gir økt risiko for å utvikle ulike plager og sykdom. Antonovsky gjennomførte ulike studier som kan underbygge at mennesker er motstandsdyktige, på tross av oppvekstvilkår og risikoer. Han har sett at mennesker tåler stress ulikt og at i noen tilfeller trenger ikke stress være negativt. I et salutogenesisk perspektiv kan stress også betraktes som noe helsebringende, med visse forutsetninger. Det betyr at mange barn har muligheten til å klare seg bra i voksen alder, til tross for at de har hatt tøffe livssituasjoner. Det er flere faktorer som er av betydning for at hver og en skal utvikle resiliens, og dette er faktorer på individ- og gruppenivå. Hvordan vi forstår oss selv og andre, formes i oppveksten gjennom samspill og relasjon, og med påvirkning fra genetiske faktorer. Opplevelsen av sammenheng utvikler seg parallelt med feedback fra omgivelsene, og det sosiale samspillet får stor

betydning for hvordan man oppfatter og forstår sine omgivelser. Når dette forekommer utvikler mennesket resiliens (Hansson & Cederblad, 1995).

Det er særlig tre fenomener som må ligge til grunn for å kunne få opplevelsen av sammenheng, og jeg benevner de kort; *Begripelighet*, opplevelsen av å begripe det som skjer i omgivelsene og livet, og det er i motsetning til å erfare at noe er kaotisk, fragmentert og atskilt. *Meningsfullt*, som er opplevelsen av å forstå meningen med det som skjer, har skjedd eller vil skje, som er det motsatte av å erfare det uforståelige og meningsløse som presser seg på. *Håndterbarhet*, som er å håndtere og ta vare på prosessene og evne å se seg selv som subjekt og aktør i eget liv, og dette bevarer kontrollen. Motsatsen er å se på seg selv og føle seg som et offer for det som skjer (Hansson & Cederblad, 1995).

I salutogenese tenkingen skiller Antonovsky (1979, 1991) på individnivå og familie – og omgivelsenivå, når han redegjør for begrepet. På familie- og omgivelsenivå er han opptatt av syv punkter og jeg vil nevne fem fordi de gjenspeiler gruppeterapien; å hjelpe andre når de behøver det, ha tillitsfulle og intime relasjoner, være betydningsfull for andre, klart definerte grenser/subsystemer og klare regler (Hansson & Cederblad, 1995).

Opplevelsen av sammenheng er avgjørende for at barn og ungdom skal kunne forstå sine egne utfordringer og ha muligheten til å komme seg videre i livet. Det psykodynamiske perspektivet gir muligheter til å avdekke det komplekse og meningsbærende i menneskelige prosesser og relasjoner (Hertz, 2017; Hansson & Cederblad, 1995). Gruppeterapi er et viktig behandlingstilbud som legger til rette for å utvikle resiliens. Relasjonsperspektivet er det bærende element og deltakerne hjelper hverandre med å begripe, erfare mening og håndtere prosessene som oppstår i eget liv.

2.2 Identitet, selvet og personlighet

Personlighet, selvet og identitet dannes og formes gjennom hele livet og det er ulike psykologiske faktorer som er helt sentrale for normalutvikling.

Identitet og selvforståelse er begge fenomener som ligger nært beslektet med begrepet selvet. Selvforståelsen kan videreutvikles gjennom livet, og dette skjer i interaksjon med andre (Hart & Schwart, 2020). Tenåringene er særlig åpne for identitetsskaping, utviklingsmessig er de mer

åpne for refleksjon og å se omgivelsene i sammenheng med erfaringer og egne forståelser. Refleksjonsevnen øker, og den åpner opp for muligheten til å reflektere over seg selv i mye større grad. Gjennom dette skapes et «meg selv» ved verbal formidling og eksplisitt tenkning, som er refleksjon. Selvopplevelsen forsterkes gjennom tilhørighet til et større fellesskap og når løsrivelse fra primære omsorgspersoner skjer. Tenåringen er opptatt av sine nærmeste, tilknytning og fellesskapet i venner og familie, i tillegg blir de opptatt av relasjonen til samfunnet og hvilken rolle de skal ha og ta (Broberg mfl., 2017, s. 49; Møller, 2018).

Ungdomstiden er en tid for læring og utviklingen som beskrevet over er sentral frem til fylte 25 år. Da struktureres læring og tilpasning i hjernen i mye større grad. Ungdommer er mer emosjonelt styrt enn voksne, og tilknytningsstrategier, og identitet er fortsatt ikke fast bestemt og ferdig utviklet. Autonomi og valg er sentralt i utviklingen. Hva som utgjør hva man velger i interaksjoner, språk, væremåter og holdning kan være toneangivende for selvet. Hvordan du blir oppfattet av omgivelsene, vil igjen være med på å definere hvem du er for deg selv og hvordan andre definerer deg. Dette samspillet mellom deg og omgivelsene er nødvendig for utviklingen av selvet. Ungdom er avhengig av et fellesskap med andre for selv å bli uavhengige individer, med bakgrunn i disse interaksjonene på flere nivåer. Identitet formes i stor grad gjennom ungdomstiden (Karterud mfl.2018; Andersen & Svensson, 2010).

Opplevelsene og erfaringer omdannes til etablerte narrative, og det å oppleve noe som er felles og gjenkjennbart, blir da meningsfullt i livene våre. Det er derfor en nær sammenheng mellom det narrative, selvforståelsen og mentalisering/reflekterende funksjon (Hart & Schwart, 2020). Menneske danner et narrativ om hvem vi er gjennom våre omgivelser, gjennom hele livet. Det narrative identitetsnivået dannes og gjenspeiler den daglige funksjonen. Dette handler om personlighetstrekkene våre, atferdsmønsteret, sårbarhetene vi besitter, og dette er både eksplisitt og bevisst.

Selvet er et sammensatt fenomen/begrep, å forstå seg på, da det foreligger mange ulike definisjoner, og forståelsen er ikke enhetlig. Historisk har selvet røtter tilbake til 1800-tallet, og tenkningen rundt selvet har vært i endring. Selvet har gått fra å bli definert, som noe ganske stabilt og avgrenset til en forståelse av selvet som mer ustabil og sosialt konstruert. Fenomenet selvet har siden opplysningstiden blitt definert ulikt, og det har vært i forandring gjennom de ulike samtidsepokene. Det betyr at selvet konstrueres gjennom den kollektivistiske forståelsen som til enhver tid er gjeldende. Selvet er en samlebetegnelse på subjektive fenomener, jeget, meg, subjektet, personlighet, identitet og personene som helhet, i nåtidens forståelse. Selvet kan derfor forklares ulikt ut ifra hvem som blir spurt, og hvilken

diskurs som er rådende (Karterud mfl., 2018; Karterud, 2017). Utvikling av selvet og utvikling av relasjoner er komplementære fenomener, og utvikles parallelt gjennom livet. Å føle tilhørighet, være i kontakt med andre, og bli forstått er grunnleggende viktige elementer i menneskers psykiske helse og uhelse. Menneskemøter oppstår, og det skapes noe nytt, noe mer enn hva individene er hver for seg og samskaping fører til et gjensidig samspill, som er utviklende (Hart & Schwart, 2020). Mennesket har en medfødt evne til å inngå i samspill, være oppmerksomme på andre og regulere seg i relasjon til andre menneskers væremåter og følelser. Dette, sammen med fenomener som synkronisering, imitasjon, affektiv inntoning og felles oppmerksomhet har effekt for utvikling av selvet og følelsesregulering. Utviklingen av selvet innebærer utvikling av fem selv-områder, som Stern (2003) kaller det gryende selvet, kjerneselvet, det subjektive selvet, det verbale selvet og det narrative selvet. Karterud mfl. (2018) skriver dette om kjerneselvet og det selvreflekterende selvet; kjerneselvet er en selvfølge for det selvreflekterende selvet. Kjerneselvet bærer implisitt mentaliseringssevne og selvreflekterende selv utvikler seg i 4-5 års alder og er mentaliseringssevne eksplisitt.

Det er mange definisjoner på *personlighet* og mange vektlegger individuelle forskjeller, fordi personlighetsbegrepet ville blitt meningsløst om det ikke var forskjeller mellom mennesker. Karterud, mfl. (2018) referer til definisjonen som er gitt av Lawrence A. Pervin (1996) da de ønsker at helheten skal bli tydeligere og ikke fortape seg i individuelle forskjeller.

Personlighet er den komplekse organiseringen av tenkning, affekter og atferd som gir retning og mønster (sammenheng) til en persons liv. På samme måte som kroppen består personligheten av både strukturer og prosesser og reflekterer både natur (gener) og kultur (erfaring). I tillegg inkluderer personligheten virkninger av fortiden, inkludert minner om fortiden, så vel som oppfatninger om nåtiden og fremtiden (Karterud, m.fl, 2018 s. 25).

I tillegg til dette, påpeker de at hvis det skal kalles «personlighetsegenskaper» forutsetter det at de er grunnfestet og at det ikke er noe du velger «her og nå», de er der, tillært og lagret. Nye erfaringer, læring og utvikling kan overskride og påvirke nettopp «personlighetsegenskapene» og mennesker er i endring gjennom livet, både bevisst og ubevisst. Det er slik at skjevutvikling innenfor selvets utvikling, personlighet og identitet ofte kan kartlegges og forutses i ungdomsårene nettopp fordi ungdomsårene preges av mer autonomi, stabilisering av identitetsfølelse, og løsrivelse. Ungdommene som strever får derfor et økt symptomtrykk og intensiteten i følelseslivet avviker i større grad enn fra ungdommer

som er normalutviklet. De trenger ofte behandlingen av BUP eller andre hjelpeinstanser for barn og unge (Karterud m.fl., 2018).

2.2.1 Mentalisering

Mentalisering er å se seg selv uten ifra og forstå andres perspektiv bedre. Mentalisering er i hovedsak enn automatisert ubevisst prosess, som vi utvikler gjennom å bli speilet av våre omsorgspersoner gjennom oppveksten og i relasjon til andre gjennom livet. Normalutvikling som bidrar til å bygge den naturlige mentaliseringsevnen er barnets møte med en verden, bestående av motstand, andre mennesker, læring, erfaringer, respons og situasjoner som fordrer valg (Stern, 2004). Mentalisering skjer ved at man utforsker perspektiver og tilværelsen sammen med andre, tenker høyt om andres følelser, opplevelser, behov, ønsker og gjennom ferdighetstrening i samspill. Mentalisering læres gjennom speiling ved å verifisere følelsene i trygge relasjoner og meningsfullt samspill. Det skapes mening, omgivelsene blir begripelige og menneske evner å forstå egne følelser og får hjelp til å regulere følelsene i sammenheng med situasjonen de står i. Denne formen for samspill og utviklingsstøtte gir resiliens og motstandsdyktige barn, ungdom og senere trygge voksne. Denne evnen er særlig viktig å tilegne seg da dette merkes godt i relasjon, og blir en form for kvalitet på relasjonen, både med nære og mer perifere relasjoner (Hart & Schwartz, 2020). God mentaliseringsevne stryker god tilknytning til nære relasjoner (Hertz, 2017). Dette henger sammen med Bjerke (2018) og at det vanskeligste blir det mest betydningsfullt. Handlingene i interaksjon med andre og valgene, spesielt valg som er kritiske, med store konsekvenser som ikke nødvendigvis har et klart etisk aspekt som gjør det lett, kalles definerende øyeblikk. Det er fordi de er med på å definere deg ovenfor deg selv og omgivelsene. Dette er identitetsskapende (Badaracco, 1997).

I gruppeterapiteori er mentalisering et fenomen som beskrives og redegjøres for, og det oppstår definerende øyeblikk da deltakerne blir utfordret og kommer ut av sin «comfortsone». Mentalisering er en evne som er viktig i relasjon til andre. Denne trenes og utvikles i gruppeterapi.

2.2.2 Utvikling av relasjonell kompetanse

Relasjonell kompetanse er de evnene vi mennesker tilegner oss i samspill med andre (Schibbye, 2002). Fra vi blir født, ønsker vi nærhet, stimuli og samspill. Det er samspill mellom arv og miljø, og vi utvikler relasjonell kompetanse gjennom å være relasjon til andre. Det vil si at relasjonell kompetanse i stor grad utvikles gjennom miljøet, med hjelp av barnets medfødte evner og tillærte evner. Det psykososiale miljøet til et barn blir derfor avgjørende for om barnet tilegner seg god relasjonell kompetanse. God relasjonell kompetanse innebærer å kunne være i interaksjon til andre mennesker på en måte som gjør at mennesker opplever det som trygt, positivt og utviklende (Schibbye, 2002). God relasjonell kompetanse henger sammen med mentalisering, dvs. å sette seg inn i andres ståsted å forstå hvordan en situasjon er for et annet menneske. Relasjonskompetanse kan bidra til å regulere egne følelser. Relasjonskompetanse utvikler sosiale ferdigheter ved å kunne tilpasse seg ulike situasjoner (Schibbye, 2002).

2.3 Anerkjennelse og gjensidige relasjoner

Anerkjennelse er et komplekst begrep og vi bruker det til daglig i mange sammenhenger. Det er ikke sikkert at vi alltid har med oss forståelsen av hva det faktisk er og hva vi faktisk gjør når vi anerkjenner hverandre. Det handler primært om likeverdig relasjon, og om hvordan vi streber etter å forstå den andres perspektiv gjennom bekreftelse, holdning, åpenhet og det å gi frihet til den andre (Jensen & Ulleberg, 2019).

Laila Granli Aamodt (2016) hevder at anerkjennelse er nøkkelbegrepet i sosialt arbeid, og det handler om å styrke klientens ressurser og mestringssevne, gjennom å myndiggjøre handlinger, i sammenheng med empowerment. I møte med klienter handler det om at hjelperen tar en anerkjennende rolle, ved å være en støttespiller som behersker gjensidighet, respekt og tillit, og dette er i tråd med grunnlagsforståelsen i anerkjennelse. Hjelper- klient skal ha likeverdig relasjon, og være likeverdige subjekter i samtaler. Hjelperen er avhengig av kunnskapen til klienten for å kunne gi støtte. Begrepet empowerment kan oppfattes som at en hjelper forholder seg til en klient med et perspektiv «fra hjelper mot klienten», som at hjelper sitter på et svar og vet hva som skal til. Dette perspektivet kan tolkes som at klienten skal endres, forandres, for å bli et bedre menneske. Da blir gjensidigheten borte, og ekspertmodellen mer fremtredende enn relasjonsperspektivet. Empowerment bygger på anerkjennelse av den

andres erfaringer og å bruke disse i endringsarbeid, fremfor å fortelle hva som skal skje. Ut ifra et menneskesyn der ingen andre gis rett til å bestemme over et annet menneske, menneskets autonomi, blir begrepet anerkjennelse med på å skape en likeverdighet mellom mennesker som et overordnet perspektiv. Begreper som støtte, omsorg, forståelse og godhet kan bli overfladiske og er med å understøtte en tenkning der relasjonene mellom hjelper og klient kan bli asymmetrisk, som betyr at den ene dominerer. Hjelperen handler ut ifra hva de tror er gode intensjoner uten å ta høyde for klientens intensjoner. Hjelpen kan bære preg av og oppleves som teknisk og strategisk. Makt relasjonen blir skjev, og denne skjevheten kan opprettholdes hvis det skjer innenfor en ekspertkultur (Aamodt, 2006). Anerkjennelse som rettleidende begrep i profesjonelt arbeid, vektlegger at det gis rett til at begge kan ytre sine meninger og synspunkter og begge må bli tatt hensyn til. En kan fastholde sitt perspektiv samtidig som en forsøker å ta høyde for den andres perspektiv. Interaksjonen blir gjensidig og anerkjennende, og det er relasjonen som er i sentrum og ikke makten i å være eksperten (Aamodt, 2006).

Anerkjennelse er menneskenes avhengighet og selvstendighet, og det forutsetter et selv; et selv som er dynamisk og skapes og formes gjennom samskaping, identitet og selvbevissthet (Aamodt, 2016). Det betyr at subjektet er fullbyrdet når det kognitivt forstår at i det øyeblikket mennesket erkjenner seg selv i lys av andre og at de andre ser seg selv i lys av dem, oppstår det gjensidig bevissthet. Gjensidigheten som oppstår når hver og en har en dannelsesprosess som utvikles i større strukturer, og språket og relasjonene blir sentrale for å forstå seg selv i en større sammenheng. Dette er utvikling av relasjonell kompetanse og tilknytning i praksis. Gjensidigheten kan utvikle seg og mennesker blir glad i hverandre, og da blir det en anerkjennenderelasjon.

I kraft av relasjonen, utvikler menneskene seg. Uten bruk av makt og gjennom tid, øker forståelsen av hvem den andre er som type person. Når dette skjer ilegger man ikke den andre ferdigheter og egenskaper, som de selv ikke vil bli anerkjent som. Denne gjensidigheten skaper en dannelse om egen selvbevissthet (Honneth, 2007). I klinisk arbeid og sosialfaglig forståelse er dette en balansegang som kan være vanskelig. Anerkjennende relasjoner gir rom for å uttrykke både likhet og ulikhet, avhengighet og frihet og det må være rom for avstand og nærhet. I terapi er målet ofte å skape endring, og det å utsette klienten for utfordringer, speiling og «pushe» nye forståelser, kan skape bevegelse. Utenfor «comfortsonen» kan det skje endring. I de tilfellene dette skjer, kan det bli definerende øyeblikk som former oss og er identitetsskapende (Badaracco, 1997). I behandlingskontekst er anerkjennelse å henvende seg

til refleksjonssiden hos mennesket, med en forutsetning om at hver klient kan forholde seg til sine egne erfaringer, tanker og følelser. Når vi får til dette oppstår det refleksjon, en spørrende holdning, innlevelse, bekreftelse og aktiv lytting. Denne formen for kontakt, samspill og relasjon utvikler også menneskers identitet med selvtillit, selvrespekt og selvaktelse (Aamodt, 2016 s. 143), som er tre begreper Honneth (2007) vektlegger. Hvis disse tre fenomenene ved personligheten er utviklet, er mennesket i stand til å sanse, fortolke, virkeliggjøre egne ønsker og behov og personligheten i sin helhet kommer til syne (Aamodt, 2016 s.143).

Det er også viktig å ta stilling til at anerkjennelse ikke alltid er så lett i praksis og terapi. Georg Wilhelm Friedrich Hegel (Honneth, 2007) hevder at når den grunnleggende anerkjennelsen er ødelagt, må den bygges opp igjen ved å fokusere på potensialet for læring og gjensidig avhengighet. I gruppeterapi er det fokus på en kombinasjon av disse som ofte viser seg å være god hjelp. Klienten tilegner seg kunnskap om sin egen identitet gjennom enhver ny utfordring, og refleksjonsevnen øker. Samtidig som dette bør klienten utvikle en viten om gjensidig avhengighet, da skapes det et rom for å oppnå en større autonomi. Hver og en sine væremåter blir en del av et større felleskap (Honneth, 2007).

Interaksjoner og opplevelser som foregår i grupper bidrar til at egen adferd og forutinntatte oppfatninger blir satt på prøve. Klienten kan da lære å generalisere de normative forventningene hos stadig flere interaksjonspartnere og som kan bidra til å se eller forstå sammenhenger i det som skjer rundt dem. De tilegner seg relasjonskompetanse, forstår omverdenens normative regulerte interaksjoner, og de utvikler adekvate sosiale ferdigheter. Gruppeterapien hjelper til med å fortelle klienten hvilke forventninger det er legitimt å stille til andre, og hvilke forpliktelser som må innfris i mellommenneskelig samhandling. Det som er avgjørende for at dette skal skje, er at gruppen deler erfaringer om de enkelte for sammen å utforske helheten. Gjennom denne samhandlingen utvikler hver og en seg i samspill med andre, og de former identitet. Hvis denne identiteten er sosialt akseptert av fellesskapet, er den som oftest anerkjent av samfunnet ellers. Den nye identiteten eller en opplevelse av å se sammenhenger og føle seg verdifull, blir bærende for den enkelte i sitt liv. Dette kan også styrke opplevelsen av autonomi i fellesskapet. På den måten oppnår man en posisjon eller en verdighet, ved å være en del av et fellesskap. Denne selvbevisstheten om egenverdi er selvrespekt og den positive innstillingen man får til seg selv som menneske er selvbildet. Den sosiale kompetanse er i utvikling (Honneth, 2007).

Anerkjennelse er en form for holdning, og respekten for det andre menneskes opplevelser er grunnleggende. Uten anerkjennelse vil du som menneske gå under (Aamodt, 2016).

I gruppeterapi er anerkjennelse teorien svært sentral. Det er ingen ekspert, det er stor gjensidighet, avhengighet, selvstendighet, og relasjonene er i sentrum. Det skjer samskaping, identitetsutvikling, og man erkjenner seg selv som menneske i møte med andre.

2.4 Kommunikasjon

Det er mange teoretikere som har skrevet om kommunikasjon innenfor familieterapifeltet, og Bateson og Habermas er to av de som har bidratt til familieterapi utviklingen. Den maktfrie kommunikasjonen og den frie diskursen har som mål å lære familieterapeuten å sette seg inn i den andres ståsted, og ha en kommunikasjon som innebærer å være åpen og fri (Jensen & Ulleberg, 2017).

Gregory Bateson (1904-1980) er han som har bidratt stort innenfor familieterapien. Han er grunnleggeren av systemisk familieterapi og noen av kommunikasjonsteoriene. Hans bidrag har økt kompleksiteten, fremfor å forenkle den. Bateson var opptatt av at kommunikasjon er relasjonsorientert. Batesons grunntanker er blant annet at det er umulig å ikke kommunisere, vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold, vi kommuniserer på flere nivåer samtidig, samspillet må forstås sirkulært og relasjonene er grunnleggende. Han mente vi fikk kunnskap om verden ved å sammenligne fenomener, og det kreves minst to av noe for å skape en forskjell, og forskjellen mellom de to må oppfattes, forstås og tolkes av noen. En forskjell utgjør en forskjell. Det handler om meg, deg, om saken, om aktiviteten eller at vi alltid holder på med noe, der alle delene har en effekt på hverandre. Gregory Bateson mener vi hovedsakelig definerer forholdet mellom hverandre og indirekte forteller hverandre hvordan vi ser på forholdet og hverandre. Uansett hva samtalen går ut på og handler om, er kommunikasjonen en del av relasjonen og vi viser hverandre indirekte om vi er interesserte i relasjonen eller ikke. Vi metakommuniserer relasjonen i stor grad, i samhandling. Dette gjør vi gjennom ord, språk, gester, kroppsspråk, pust, stillhet, tempo, styrke, rytme, tonefall og på hvilken måte vi lytter. Mennesker kommuniserer på ulike nivåer parallelt, hele tiden.

Å studere mennesker løsrevet fra de relasjonene de inngår i, gir en snever forståelsesramme, fordi et individ ikke kan forstås isolert. Relasjonsperspektivet er synonymt med å ha et grunnleggende kommunikasjonsperspektiv. Gregory Bateson mente at selv om all erfaring er subjektiv, er relasjonen helt grunnleggende når det handler om å observere, tolke og forstå

virkeligheten og omgivelsene. Relasjonen mellom fenomener og relasjonen mellom mennesker er av betydning for å oppnå god kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2017).

Omgivelsene kan bære preg av usunne faktorer som ikke er representative for verden, eller naturlige faktorer i relasjoner og samspill, og individet kan forstå verden på en usunn måte, og dermed respondere deretter. Selvet eller jeget blir aktivert og valg tas med utgangspunkt i jeget uten forståelse for hvordan det påvirker omgivelsene. Da handler mennesket mer ubevisst og interaksjonen skjer på et nivå som føre til at kommunikasjonen kan utvikle seg til å bli lite håndterbar. Når dette skjer i terapi kalles det «overføring». Denne forståelsen er forankret i psykoanalysen. Vi mennesker overfører mellom oss; både holdninger, verdier, følelser og ønsker. Overføring er det ubevisste og automatiske som skjer og er grunnleggende personlighetsstrukturer i oss mennesker som kommer til syne, slik som tilknytningsstil, andre umodne/rigide forsvarsmekanismer og dette oppleves som manglende mentalisering. Det betyr at overføring ofte er preget av at personen håndterer situasjonen som litt utenfor det vanlige, og dette kan skape misforståelser, gnisninger og andre problemer. Dette er kommunikasjon som foregår i gruppeterapi. Terapeutene må være bevisst på disse menneskelige ubevisste prosessene, for å legge til rette for gode gruppetimer (Lorentzen, 2020).

Filosofen og sosiologen Jürgen Habermas (1929-) er opptatt av språk filosofi og kommunikasjonsteoretiske forståelser. Mennesker lever liv og løser konflikter gjennom språklig kommunikasjon. Kommunikativ handling er et begrep som gir forståelse til gruppeterapi som fenomen. Kommunikativ handling betyr at mennesker koordinerer interaksjoner gjennom språk og kommunikasjon. Det vil si at når mennesker omgås hverandre, har de gjennom dialog muligheten til å løse konflikter på en fredelig, fornuftig og rettferdig måte. Gjennom kommunikasjon og dialog oppnår man et grunnleggende likt utgangspunkt, som er språket, og det kan bidra til enighet og felles forståelser. Dette skjer gjennom justering, oppfatning, opplevelsen av mening og gjensidighet, som igjen fører til sammenheng og forståelse. Språklig enighet, demokrati og frigjørende kommunikasjon kan være i kontrast til makt, fordi frigjøringen bidrar til likeverdig relasjon og i demokratiske prosessene blir alle hørt. Enighet er å akseptere eksplisitt og implisitt det som ligger til grunn for det som blir kommunisert, og gjennom enighet trenger ingen å ta ledelse og bestemme og da er det fravær av makt i relasjonen. Dette er ytringsfrihet og menneske erfarer at kan være selvstendig og fri. Kommunikasjonen blir fornuftpreget, fritt og i mye større grad autonomt (Aakvaag, 2008).

Samhandling og kommunikasjon handler om å reprodusere mening (kultur), normer (institusjon), og personlige identiteter (person). Mening, normer og personlige identiteter er nødvendige ressurser i all kommunikasjon for å lykkes med forståelsen av hverandre. Det blir en forutsetning for å kunne skape konstruktiv dialog og et fundament av et fellesskap. Dette fører til at det oppstår en gjensidighet i mulighetene gjennom menneske og samfunnet, aktør og struktur blir like mye opptatt av hverandre for at det skal fungere. Når dette fungerer opplever individet å se sammenhenger og mening i sine omgivelser (Aakvaag, 2008; Hansson & Cederblad, 1995).

Jürgen Habermas mener at det er en fremtredende ekspertkultur i det moderne samfunnet. Ekspertkulturen blir for spesialiserte og profesjonaliserte og lukker seg for «vanlig folk», og det kan skape en fragmentering av bevisstheden. Enkeltmennesket mangler redskaper til å fortolke individet og samfunnet vi lever i, og vår plass i det. Dette hindrer mennesket i å forstå sammenhengene. Derfor blir demokratisk samfunn motsatsen til ekspertkulturen (Aakvaag, 2008).

Om du skal motta individualterapi, gruppeterapi eller familieterapi, er kommunikasjon kjernen til samhandling og endring uavhengig av metode. Kommunikasjonsteorier kan ses i sammenheng med salutogenese, anerkjennelse og identitet. Kommunikasjonen som foregår i gruppeterapi er ofte demokratisk, ikke maktpreget, og det er rom for ytringsfrihet og gjensidig aksept. Det er relasjonene som er styrende, og gjennom språket finnes det løsninger, muligheter og påvirkning til å finne mening. Å gi terapi kan være en krevende oppgave og i systemisk tenking blir også terapeutene en del av systemet. Gjennom et godt faglig språk og en felles holdning er det ønskelig å legge til trette for utviklingsfremmende prosesser og terapeuten kommer ikke utenom å metakommunisere, slik Bateson beskriver at mennesker gjør i relasjoner hele tiden.

3.0 Metode

3.1. Kvalitativ metode

«Metode, veien til mål» (Kvale & Brinkmann, 2018 s. 140)

Denne oppgaven har et kvalitativt forskningsdesign. Jeg har valgt denne metoden da jeg mener den er godt egnet for å kunne utforske opplevelsen ungdom har, knyttet til gruppeterapi som behandling.

Ifølge Tove Thagaard (2018) er kvalitativ metode et felt som er i utvikling og som handler om å rette oppmerksomheten mot hvordan vi lever og erfarer våre liv. Målet med kvalitative studier er å få en bredere forståelse av sosiale fenomener, ved å ha en nær kontakt med personer/informanter i feltet gjennom intervju eller observasjon. I kvalitative undersøkelser legger Thagaard (2018) vekt på to viktige forhold; systematikk og innlevelse. Innlevelse betyr at forskeren må ha evnen til å sette seg inn i situasjonen til personen som studeres. Dette bidrar til å utvikle forståelse og innsikt til sosiale fenomener. Systematikk er fremgangsmåten i forskningsprosessene om hvordan grunnlag og valg besluttes. Å ha et reflektert forhold til hvorfor vi gjør det vi gjør, som igjen er forankret i grundige vurderinger. Systematisk tilnærming fører til at avgjørelsene er gjennomtenkt samtidig som at en helhetlig forståelse av fenomenene studeres. Problemstillingen blir overordnet og sikrer et system (Thagaard, 2018).

3.2 Vitenskapsteoretisk plassering

Kan de tilnærmingene jeg har til forståelse av erfaring med gruppe terapi plassere seg innenfor sosial konstruktivisme, terapi erfaringene bli forstått med vekt på hva de opplever og hvordan de konstruerer forståelser i dette fellesskapet?

I dette ligger det også at jeg er inspirert av forståelser fra fenomenologi, og vil kort si litt om det nedenfor. Jeg har latt meg inspirere av hermeneutisk forståelse gjennom hele arbeidet med oppgaven, spesielt har det påvirket meg i rollen som forsker. Sosialfaglig ligger disse tilnærmingene meg nærmest, fordi jeg i mitt arbeid, er opptatt av å forstå mennesker i de sammenhengene de lever i.

3.2.1 Sosial konstruksjonisme - en befriende måte å øke forståelsen på

Konstruktivisme er at objekter, fakta og sannheter er konstruerte og konstruktivisme er en paraply betegnelse innenfor den vitenskapsteoretiske forståelsen. *Sosialkonstruktivisme* er hvordan mennesker konstruerer objekter, fakta og sannheter uti fra hvilken situasjon de befinner seg. Dette påvirkes av samfunnet og kontekster, og menneske endrer sitt syn og konstruksjon ut ifra rammene og strukturen de er en del av (Jenssen mfl. 2018).

Sosialkonstruksjonismen er et perspektiv som setter sykdom og avvik i en særstilling, fordi konstruksjonen subjektet er en del av betydning. Det er befriende som familieterapeut og ha med seg denne forståelsen i møte med familier og systemene. Fenomenene undersøkes i bestemte forståelsesrammer og funn belyses i tråd med diskurser. Hvem som har makten til å definere, har en sentral forståelse i dette perspektivet. I dette perspektivet står makten og ekspertkulturen i kontrast til anerkjennende holdning i praksis. Sosialkonstruksjonismen kan tilføre mennesker en bredere forståelse av verden og hvordan vi lever i den, ved å bli bevisst den sosiale forståelsen og hvilken konstruksjon som ligger til grunn (Jenssen, mfl. 2020). Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv er å være opptatt av de sosiale prosessene som ligger til grunn for å forstå fenomener på den måten vi gjør. Dette perspektivet er ikke opptatt av årsak, men hvordan forståelsesrammen blir en skapende kraft. Hvordan vi oppfatter virkeligheten og tolker den, er avhengig av hvordan hver og en utvikler sin relasjon til fenomener i verden. Konstruksjon, i denne sammenhengen, handler om å forstå hvordan noe er satt sammen og hvordan enkelt delene blir en større helhet. Noen ganger kan mennesker miste konstruksjonen av syne fordi helheten blir overveldende og det konkrete og håndfaste blir mer perifert. Konstruksjonen blir blant annet påvirket av sosiale rammer, relasjon og kontekst (Jenssen, mfl. 2020). Dette er i tråd med det familieterapeutiske perspektiv.

Innenfor samfunnsvitenskapen fremstiller konstruktivismen mennesket som et tolkende vesen, som konstruerer sin virkelighet. Dette betyr at informantene har gjort sine tolkinger og har ulike oppfatninger av fenomenet gruppeterapi, når de har formidlet sine opplevelser. De har alle sammen fått samme behandlingsform. Læringen skjer i hver og en og opplevelsen og tolkingen av gruppeterapi skapes i den enkelte. Dette blir en subjektiv oppfatning.

Informantene har lært ulike ting og satt sammen forståelsesrammen ulikt, da mennesker skaper mening og sammenheng ut ifra sin egen forståelse og utvikling (Jensen & Ulleberg, 2017). Informantene befinner seg i en kontekst, der rammene til en viss grad blir konstruert og de forstår seg på gruppeterapi ved å være en del av den sosiale konteksten. De formidler sine

opplevelser ved å være en del av en bestemt sosialkonstruert ramme. For å forstå barn/ungdom i en større sammenheng, blir det viktig å forstå empirien i lys av dette. Dette studiet tar høyde for bredere forståelsesrammer der det medisinske eller biologisk perspektiv, ikke har blitt viet mye plass. Jeg ønsker å ha et salutogenesisk perspektiv gjennom hele oppgaven, da det i tekst og språk er mye makt og jeg mener det er viktig å ikke omtale diagnoser og psykiske lidelser på en måte som fratruer klientene myndighet og selvstendighet (Jensen & Ulleberg, 2018). Å få øye på sammenhengene er strykene og anerkjennende og øker forståelsen til å begripe omgivelsene (Hansson & Cederblad, 1995).

3.2.2 Fenomenologi

Fenomenologien er «læren om det som viser seg» eller «læren om det som kommer til syne» og er en kvalitativ forskningsmetode i profesjonsfeltet. Fenomenologien vektlegger å utforske individets subjektive opplevelse. I fenomenologiens forståelsesramme er utgangspunktet å få kunnskap om verden vi lever i, ved å leve i den. Det er levd liv, erfaringer og klientens egne opplevelser over sin situasjon (Jenssen, mfl. 2020). En fenomenologisk holdning innebærer å undersøke et fenomen fordomsfritt, og utforske det med et åpent sinn. Informantene har delt kunnskap og forståelse om et bestemt fenomen; gruppeterapi, da det er de som har «kjent det på kroppen» (Jenssen, mfl.2020; Jensen & Ulleberg, 2017). I mitt masterprosjekt er det betydningen av å snakke med ungdommene om erfaringer fra gruppeterapi som vektlegges.

3.2.3 Hermeneutikk

Hermeneutikken er læren om fortolkning. Hermeneutikken er å fortolke det folk sier og gjør gjennom tekst. Det er spesielt hermeneutikkens vektleggelse av forforståelse som har inspirert og bevisstgjort meg som forsker i arbeidet med å fortolke data, produsere tekst og å forstå de erfaringene informantene har. Hermeneutikken fremhever betydningen av folks handlinger ved å sette søkelys på et dypere meningsinnhold enn det som tilsynelatende kan virke innlysende. Hermeneutikken legger vekt på at det ikke finnes en sannhet og at ulike fenomener kan forstås på ulike nivåer. Hermeneutikken handler om å forstå delene i lys av en helhet og ut ifra den sammenhengen vi studerer den i, for å kunne forstå meningen. Å tolke handlinger i tekst handler om å ilegge handlinger en spesiell mening og det kan gi kunnskap om en underliggende struktur. Det blir til en viss grad opp til forsker og se på mening i teksten

og rette oppmerksomheten mot det som er ønsket fokus. Tolkningene kan deles i «tynn» og «tykk». En tynn beskrivelse referer til observasjonene og en tykk inkluderer beskrivelser, utsagn fra informantene ved bruk av teori (Thagaard, 2018).

3.3 Fremgangsmåte

Jeg vil starte med å redegjøre for hvordan jeg rekrutterte informanter. Deretter vil jeg forklare hva slags intervjuform jeg har valgt og hvordan intervjuene ble gjennomført.

3.3.1 Rekruttering av informanter

Informantene ble rekruttert fra praksisstedet der jeg var tilknyttet i ca. 2 år (75-90 timer i halvåret). Informantene var 9 jenter i alderen 17- 22 år, når intervjuene ble gjennomført. Informantene startet opp med gruppeterapi når de var mellom 15 og 17 år og det varierte hvor lenge de gikk i gruppeterapi i regi av BUP; fra 8 måneder til 1,5 år. Behandlingsforløpet er på 1,5 år, noe som er en klar anbefaling fra BUP. Alle hadde avsluttet i gruppeterapi da intervjuene ble gjennomført. 8 av 9 informanter hadde avsluttet behandling på BUP når jeg fikk kontakt med dem. Informantene kom fra ulike familiekonstruksjoner. Tre stykker bodde sammen med begge biologiske foreldre og søsken, og seks med en biologisk forelder, søsken og i noen tilfeller med forelderens nye samboer. Syv av ni informanter bodde hjemme når intervjuet ble gjennomført. Rekrutteringen ble et samarbeid mellom praksisstedet og meg, da BUP allerede hadde gjort et forarbeid ved flere av evalueringene og innhentet samtykke til å ta kontakt i ettertid, med intensjon om å få tilbakemelding på gruppeterapibehandling. Veilederen på BUP kontaktet aktuelle informanter i forkant og spurte om de var interessert i å stille som informanter til dette studie og at de da ville bli kontaktet av meg. Alle hadde avsluttet gruppeterapien på tidspunktet intervjuet ble foretatt. Alle informantene fikk informasjonsbrev og informert samtykke tilsendt på e-post i forkant, før de bestemte seg for å delta.

3.3.2 Semistrukturert intervju

Et forskningsintervju kan utføres på ulike måter og forskerens troverdighet og intervjuets kvalitet har en sammenheng med validitet. Forskeren må være bevisst sin rolle i mye større grad i kvalitativt intervju, fordi forskeren påvirker konteksten gjennom å være til stede. Forskerens åpenhet, tillit, evnen til innlevelse og nøytralitet, kan bli avgjørende egenskaper for et godt intervju (Kvale & Brinkmann, 2018; Thagaard, 2018). Mine arbeidsoppgaver som terapeut krever disse egenskapene, slik at det var jeg allerede bevisst på.

Formålet med intervjuet er å forstå det som blir sagt ut ifra informantens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2018). Et intervju kan utføres med ytterligheter; fra tydelig struktur til åpen samtale (Thagaard, 2018). Et semistrukturert intervju er en mellomting mellom veldig strukturert intervju og åpen samtale. Min intervjuguide har tre hovedkategorier og hjelpe stikkord; kontaktetablering/bakgrunn, terapien/opplevelsen og endring. Intervjuguiden er vedlagt (vedlegg 1). Hovedspørsmålene var forhåndsbestemt, og alle informantene fikk de samme hovedspørsmålene. Intervjuet ble en samtale, og oppfølgingsspørsmålene varierte ut ifra svarene som ble gitt. Intervjuene ble gjennomført på BUP. Viktigheten av å sitte uforstyrret under intervjuet ble vektlagt for å hindre andre inntrykk underveis. Flere av intervjuene ble gjennomført digitalt, som på mange måter var bedre enn forventet. Jeg var skeptisk til om nærværet ville føles kunstig, men historien som ble delt opplevdes nært, også via digitalt bilde. Jeg erfarte samtidig at informanten kunne ha en distanse til forskeren, som kan oppleves som en form for beskyttelse når de snakket om sårbare temaer. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet februar 2021 til juni 2021.

3.4 Analyse

3.4.1 Transkribering

I forskningsarbeid er det ikke ukomplisert å transkribere og transformere muntlig til skriftlig språk. Her starter en fortolkningsprosess. Forskjellene mellom talespråk og skrevne tekster kan by på utfordringer knyttet til praktiske og prinsipielle problemer. Fra å møtes menneske til menneske gjennom samtale til å oversette konstruksjonen til et narrativ, kan føre til kunstige skiller som kan påvirke analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2018).

Etter transkribering hadde jeg empiri som utgjorde ni transkriberte intervjuer. Alle intervjuene har en varighet på 50 til 80 minutter og tekst på 90 sider. Jeg erfarte ulike måter å transkribere på. Jeg har vært opptatt av å gjengi det de sier korrekt, med deres språk, da det styrker validiteten i dataene mine (Malterud, 2017). Ved transkribering anonymiserte jeg det som var nødvendig, og informantene fikk utdelt tall fra 1 til 9.

Under transkribering erfarte jeg at fortolkningsarbeidet startet, da jeg så etter mening i tekst. Jeg merket meg gjentakende ord, fikk en oppfatning av misnøye, i tillegg til den enkeltes sykdomshistorie. Jeg stilte meg selv mange spørsmål og ble opptatt av svar. Informantene gjorde inntrykk på meg og jeg måtte være bevisst min rolle og objektivitet.

3.4.2 Analysestruktur

Tematisk analyse ble brukt for å identifisere temaer for videre diskusjon og fortolkning.

Tematisk analyse innebærer å se etter temaer i dataene med gruppering av fellestrekk som gir kategorier (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2019). I mitt analysearbeid har analysen foregått i flere faser og det er har vært en spørsmålsdrevet fremdrift. Empiren har forandret seg i takt med økt forståelse og ny kunnskap og funnene har blitt knyttet til teori underveis. Prosessen har vært dynamisk. Bruk av teorien har gitt empirien mening (Thagaard, 2018).

Jeg laget en oversikt der jeg kategoriserte bakgrunn, gruppeterapi, sentrale temaer, endringer, rammer og livet «her og nå». Ved hjelp av farger og tekstbokser ble det struktur. Likhetene viste seg raskt og det var mer krevende å finne forskjellene.

Jeg klippet ut utsagn og plasserte de inn i kategorier. Temaene som viste seg å bli sentrale var anerkjennelse, mentalisering, emosjonelt språk, nye mestringsstrategier, rammer og struktur, åpenhet og speiling. Ytterligere reduksjon av hva jeg så som sentrale temaer, formet seg i tråd med lesing av teori, og bidro til å se funnene og skape ny forståelse i lys av helheten. Dette ble en kontinuerlig prosess og hjalp meg til å se hva funnene handlet om. I arbeidet med å skrive frem funnene, ble kommunikasjon som funn fremtredende. Jeg erfarte da hvor viktig det er å være klar over denne kontinuerlige fortolkningen som skjer i arbeidet med å analysere dataene. Jeg ble mer bevisst på hva som var mine fortolkninger og informantenes utsagn. For å kunne skille på dette, sjekket jeg ut om temaene/funnene jeg fant faktisk kunne tydeliggjøres og underbygges med direkte utsagn fra intervjuene. Veiledningen ble helt sentral, og jeg fikk hjelp til korrigerings. Jeg erfarte at det er altfor lett å gå til årsaksforklaring og dermed miste

mye av meningskonstruksjonen. Analyseprosessen gjorde at jeg oppdaget nyanser, distinksjoner, uventede fenomener og sammenhenger og forståelsen økte.

Med bakgrunn i analysen kom jeg frem til følgende funn:

«Gjensidig relasjon», «Ferdighetstrening en øvelse i kommunikasjon» og «Få øye på seg selv i møte med andre».

3.4.3 Forforståelse

Hans- Georg Gadamer (1900-2002) hevder at forståelse handler om grunnleggende struktur ved å være menneske. Vi er konstant opptatt av å forstå virkeligheten vi eksisterer i.

Forforståelsen og fordommer er ikke nødvendigvis negativ betinget, fordi det kan gi mening. Forforståelsen er preget av hva mennesker har med seg innenfor ulike sosiale, kulturelle og historiske tradisjoner og kontekst. Den kan være betydningsfull i fortolkning og i analysearbeid. Det er umulig å kvitte seg med forforståelsen, og det er heller ikke ønskelig eller nødvendig. Det er allikevel viktig å være objektiv for å utvide forståelsen og det krever bevissthet til egne refleksjoner og forståelser (Jenssen m.fl, 2020).

Den hermeneutiske spiral innebærer å jobbe med forståelsen, språkliggjøre erfaringene og ser delene opp imot hverandre i en større helhet. Dette vil bidra til å øke forståelsen. Gadamer (Jenssen m.fl, 2020) påpeker at en forsker bidrar med å skape bevegelse i materiale ved å inneha en aktiv rolle i meningsdannelsen av fenomenet (Jenssen m.fl, 2020). Menneskers opplevelser er subjektive og opplevelsene kan tolkes ulikt, men også likt. Analysearbeid, kategoriseringen og utsagn kan sikre sammenheng og teorien gir relevans mellom empirien og forståelsen (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2019).

Jeg var bevisst min egen forforståelse og rolle som forsker ved at jeg møtte informantene med åpenhet og sensitivitet, i tråd med refleksiv objektivitet. Som beskrevet, forsøkte jeg å være bevisst dette også i analysearbeidet, og ikke minst gjennom skriving av oppgaven.

3.5 Forskningsetikk

I arbeidet med sensitive opplysninger, menneskers helse og personlige erfaringer er forskningsetiske hensyn viktige å ha med seg underveis i prosessen. De forskningsetiske

retningslinjene har vært med som en grunnforståelse i dette arbeidet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2022).

3.5.1 Konfidensialitet og anonymisering

Konfidensialitet er et grunnprinsipp i all forskning og forsker må behandle innsamlet informasjon om personlige forhold konfidensielt og fortrolig. Personopplysninger skal anonymiseres og oppbevares adskilt fra informert samtykke (Thagaard, 2018).

Jeg benyttet meg av appen «diktafon» som er taleopptak med en direkte forbindelse til nettskjema.no via OsloMet sin sikkerhetsside, som har innlogging via «Feide». Jeg transkriberte fortløpende, da taleopptak ikke kan lagres i mer enn 6 mnd. I transkriberingen anonymiserte jeg informantene. Utsagnene er vurdert opp imot etiske hensyn da de ikke skal være gjenkjennelig for andre. For å sikre personvern sendte jeg inn søknad til NSD (vedlegg 2) og til personvernregisteret til sykehuset informantene var tilknyttet. Dette var praksisstedet sin rutine, slik at jeg fikk e-post med godkjenning av dette.

Materialet er anonymisert ved bruk av pseudonymer. Jeg gjengir ikke eksakt alder, sted og/ eller institusjonsnavn. På denne måten vil de være vanskelig for andre som ikke har deltatt i gruppen å kjenne igjen informantene. I de tilfellene det allikevel ble gjort, ble disse fjernet allerede ved transkribering, i tillegg ga jeg informantene tall mellom 1 og 9 (Malterud, 2017). Konfidensialitet handler om hvem som skal få informasjon om hva (Kvale & Brinkmann, 2018). I den forbindelse var det viktig for meg å informere alle informantene og hvordan jeg ville behandle taleopptak og at all informasjon jeg mottok ville anonymiseres.

3.5.2 Informert samtykke

Et informert samtykke skal inneholde tilstrekkelig informasjon om forskningsfeltet, forskningens formål, hvem som står ansvarlig for prosjektet, hvem som får tilgang til informasjonen, hva resultatene kan brukes til og følgende av å delta i forskningsprosjektet. Dette et standard samtykke fra NSD (vedlegg 3). I et informert samtykke er rettsikkerhet og personvern beskrevet. Informert samtykke skal sikre at informanten skal kunne stå fritt til å bestemme om de ønsker å delta, og ivareta respekten og informantens råderett over eget liv. Hver og en må oppleve at de har kontroll på opplysninger om seg selv (Thagaard, 2018). Alle

informantene var over 16 år og kunne samtykke på selvstendig grunnlag (Helsedirektoratet, 2022).

Informert samtykke ble sendt ut til alle informanter per e-post i forkant av intervjuene. I de tilfellene intervjuene ble avholdt digitalt, ble underskrevet samtykke returnert tilbake på e-post. Ved personlig fremmøte, ble informert samtykke mottatt i papirform. Jeg gikk også igjennom samtykkeerklæringen muntlig i forkant av intervjuet og forsikret meg om at innholdet var forstått og åpnet for spørsmål. Samtykkeerklæringene er oppbevart i låsbar skap. Jeg la også til rette for at informantene kunne trekke sitt samtykke i etterkant.

3.5.3 Ethiske hensyn

Ethiske hensyn handler også om ivaretagelse av informantene med tanke på innholdet i oppgaven. Målgruppen min er jenter som på ulike måter har strevd noe gjennom sin barndom og ungdomstid og flere vil kanskje ha et ønske om å lese oppgaven. Jeg ønsker at de skal sitte igjen med en forståelse om at psykisk helse kan forstås på flere måter og ses fra ulike perspektiver. Jeg håper derfor innholdet vil gi informantene mening, håp og forståelse, fremfor ubehag og forvirring. Alle informantene som ønsker, skal få oppgaven tilsendt på e-post når sensur foreligger.

3.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Å vurdere ulike studiers kvalitet henger sammen med tre sentrale begreper; reliabilitet, validitet og overførbarhet (Thagaard, 2018). Redegjørelsen for metode er en del av oppgavens konsistens, reliabilitet og validitet.

Reliabilitet er forskningsresultatene konsistens og pålitelighet, og dette kan måles i hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere. Dette har en sammenheng med intervjuguide, fremtoning, transkribering og analyse (Kvale & Brinkmann, 2018 s. 276).

Validitet handler om hvordan resultatene blir til og hvordan vi tolker disse. I denne sammenhengen er det viktig å være kritisk til egne tolkninger og hva vi blir påvirket av (Thagaard, 2018).

Objektivitet handler om å beherske de etiske retningslinjene og være fordomsfri og dette styrker validitet i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2018 s. 273-274).

I følge Thagaard (2018), baserer validitet seg også på andre studier, der studiene kan bekrefte hverandre. Dette har også betydning for hvorvidt analysen er gyldig eller ikke. Jeg har funnet tidligere forskning og annen litteratur som er med på å underbygge funnene i dette studiet, beskrevet i del 1.6.

De forskningsetiske retningslinjene og den metodiske tilnærmingen ga meg føringer og rammer som sørget for en kvalitetssikring gjennom hele prosessen. Etter mitt skjønn bidro dette til at validitet, reliabilitet og overførbarhet ble ivaretatt. Kvalitetssikring ble også gjennomført av veileder på OsloMet. Det blir til slutt opp til leseren å validitetsbedømme resultatene av denne masteroppgaven (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 278).

3.6.1 Overførbarhet

Overførbarhet handler om forståelsen vi utvikler innenfor rammene av en studie og om det kan ha en generell relevans. En enkelt studie må ses opp mot de fenomenene vi studerer og om tolkningsarbeidet kan ha sammenheng med teorier og forståelser som ligger til grunn i feltet fra tidligere (Thagaard, 2018). Overførbarhet handler om hvorvidt teori, funn og diskusjon kan gi mening for andre (Kvale & Brinkmann, 2018). Å undersøke fenomenet gruppeterapi har gitt innsikt i opplevelser ungdom har, som kan gi nytte og økt forståelse til andre som jobber med liknende arbeid.

Det kan også legge grunnlag for videre forskning. Det mine informanter har gitt av informasjon kan være gjenbart for andre målgrupper i samme kontekst.

3.7 Kritiske perspektiver

Det er få informanter som uttaler seg om gruppeterapi som behandlingsform og alle er rekruttert fra samme BUP. Flere av informantene deltok i samme gruppe. I kvalitativ forskning er det ikke hensiktsmessig å ha for mange informanter, så metodevalg gir begrensinger.

Det er kun tenåringsjenter som har uttalt seg om hvordan det var å være i en behandlingskontekst. Det ville vært positivt å få frem tenåringsgutters erfaringer for ytterligere nyanser.

4.0 Presentasjon av funn

Nedenfor vil jeg legge frem hovedfunnene; *Gjensidig relasjon, Ferdighetstrening en øvelse i kommunikasjon, og Få øye på seg selv i møte med andre*. Jeg vil presentere funnene ved bruk av sammendrag, hvor jeg legger vekt på hva informantene har sagt og vise til utsagn. Fortolkning og diskusjon kommer i oppgavens femte del. Jeg har valgt å gjøre et skille, for at funnene skal bli godt belyst alene.

4.1 Gjensidig relasjon

Informanter har sagt at de satte pris på å møte andre i samme situasjon; om å ikke føle seg alene, at gruppa ble et fristed der de kunne dele uten at det ble feil det de sa, de har brukt ord som befriende, et fristed til å bare være oss.

«Jeg har innsett at mange andre sliter med det samme som meg, at det ikke er bare jeg som har disse sinnsyke tankene i hodet mitt, det er mange andre som har de samme tankene. Så når jeg møtte alle de andre, på samme alder, med samme liv og med de samme tankene, så var det veldig deilig».

«I gruppa fikk jeg støtte, det var så befriende».

«Å få erfare at et rom med andre ungdommer føles så trygt er fint, og det gjør at man blir tryggere i seg selv og tør å søke vennskap. Å gi hverandre støtte, og ville hverandre vel oppleves godt».

Den enkelte blir en del av en større helhet, de forteller om felleskapet, samholdet og gjennom felleskapet får de en positiv forståelse av seg selv. Alle sier det er fint å skjønne at jeg ikke var alene, ensom om å ha det vanskelig.

«Jeg så jo andre sitte på venteværelse, vi kom og gikk, men vi snakket ikke sammen. Det var så deilig å møte dem som også sleit når jeg startet på gruppa».

Informantene forteller om støtte; å relatere seg til andre, hvordan de opplever virkeligheten, hvordan de opplevde seg til nytte for andre. Anerkjennelse handler om støtten, gjensidigheten i relasjonen og hvordan de hjalp seg selv i å være noe for andre. De snakker om hvordan andre relasjoner ikke ble tilstrekkelige.

«Jeg følte ikke at vi hadde så mye råd i fokus det var mere støtte og det å kunne relatere seg til... (..)det var mest verdifullt for min del. Også var det alle spørsmålene fra de andre, det var bra. En ting er å få disse spørsmålene fra psykologen, men da kan vi fort bli inni en psykolog boble. Å kunne sitte i en gruppe og snakke med andre om de samme tingene blir mer sånn det kan foregå ute i den virkelige verden».

Og noen ganger var det vanskelig å relatere seg til, en av informantene sier dette.

«Inni mellom ble det litt mye syklubb, jentedrama og sladring, det var demotiverende.»

En av informantene setter ord på mangelfull emosjonell støtte i familien og at hun fikk det fra gruppa. Hun sier følgende.

«Det har skjedd vanskelige ting i familien vi ikke har snakket om, det har ikke vært emosjonell støtte å få. Allikevel bestemte jeg meg for å snakke om et vanskelig tema for meg i gruppen, og det viste seg at en annen hadde opplevd noe lignende, da fikk vi en skikkelig samtale rundt det tema. Det var virkelig til hjelp.»

Selvet er dynamisk og i møte med andre skjer det utvikling. Flere informanter referer til sin egen selvfølelse og selvtillit, og de som snakker om det sier at den har blitt bedre. En har skalert den fra 0 når hun startet og til en god 9'er i etterkant. Flere sier; ved å være til nytte for noen andre, at mine problemer kan være bra for andre, opplevdes fint.

«Jeg har fått en bedre selvfølelse av å hjelpe andre, mine problemer blir faktisk til nytte for noen andre.»

En nyanse til å være der for andre er:

«Inni mellom følte jeg at jeg bare var der for de andre, jeg ble overstimulert og veldig sliten.»

Å tørre og åpne seg for så erfare at det ga mening for andre beskriver en informant på denne måten. Det skapes rom for likhet.

«Jeg skulle dele noe veldig personlig, og jeg følte selv jeg strevde med å sette ord på det, men når jeg hadde fortalt var det en av de andre som sa at de har det på akkurat samme måte, har samme følelse og opplevelse, men de visste ikke hvordan de skulle sette ord på det og at jeg gjorde det ga så mening for de andre».

En av informantene forteller om hvordan hun utviklet sosial identitet, et narrativ som fungerer i samfunnet. Hun sier gruppeterapien har hjulpet henne med å «være meg».

«Jeg har alltid vært en annerledes jente fra barneskolen, likt teater og det å vise meg frem, det skapte endel problemer. I gruppa fikk jeg være meg samtidig som jeg måtte forholde meg til tilbakemeldinger. Det har gjort at i dag er veldig synlig på ... (...) og tør å eksponere meg på sosiale medier og tjener penger på det.»

Selvrespekt er å erkjenne egne sårbarheter, ha tro på egne ressurser og egenskaper og bli mer autonom i møte med andre, ha tro på egenverdi. En av informantene sier følgende om dette

«Nå står jeg mer opp for meg selv, har mindre fordommer, jeg har fått et annet inntrykk av andre mennesker og trenger ikke beskytte meg så mye lenger. Jeg har fått endret syn, for det viser seg at vi alle har vårt å streve med, også de som tilsynelatende ser bra ut. Jeg har derfor sluttet å dømme folk».

en annen sier dette om sine egne egenskaper,

«Jeg er blitt mer selvsikker, blitt stå på en bedre måte... (...) ... Før kunne jeg være mer aggressiv stå, mens nå er jeg mer positiv stå. Jeg var mer destruktiv stå, mens nå hevder jeg nok rettighetene mine mer og er mer konstruktiv stå. Det handler om å stå opp for seg selv på en god måte, jeg har lært å bruke egenskapene mine på en bedre måte».

Læring og nye mestringsstrategier henger sammen. Det er flere informanter som sier de fikk nye mestringsstrategier, de fikk råd av hverandre, ved å lære seg selv å kjenne og lærte seg å håndtere problemene på andre måter. De sier at utfordringene ikke er borte, at de har lært å håndtere de, de handler på andre måter og tenker annerledes om seg selv etter gruppeterapien. De så seg selv i de andre.

«Jeg lærte meg selv å kjenne, bli bedre på å forstå hvilke prioriteringer jeg måtte gjøre. Jeg har det fortsatt vanskelig, men har fått nye strategier på hvordan jeg håndterer det».

«Når jeg startet i gruppen var jeg deprimert og hadde mye angst, mens nå vil jeg si at jeg ikke er deprimert, og har til tider litt angst, men det er så lite og jeg vet mer om hvordan jeg skal takle det. Nå går jeg rett på hva jeg trenger og hva jeg skal gjøre, for det lærte jeg også av de andre jentene, metoder de brukte som jeg også har lært meg.»

Å lære seg å bli trygg med andre, stole på de andre er det mange av de som sier har vært hjelpsomt. At de kan ha vist seg fra forskjellige sider og allikevel blitt godtatt ved å ytre sine meninger og synspunkter og alle ble tatt hensyn til. De erfarte å ha flere perspektiver i hodet samtidig, og tok høyde for den andres perspektiv.

«Å knytte seg til de andre jentene, se forskjellige sider av dem når det oppsto problemer lærte meg å stole på folk.»

«En gang fortalte en av de andre om at hun hadde blitt utsatt for mye mobbing og hadde mye angst. De andre deltakerne ble så frustrerte, og sinte over hva hun måtte gå igjennom. Det gjorde at jeg så andre sider av de i gruppa, og det hjalp meg veldig til å kunne stole på folk.»

Å tåle hverandres meninger og ulikheter er anerkjennelse.

«Det er sted er du kan dele alt, blir som et tveget sverd, på godt og vondt. Det er fint å ha et sted der du kan dele alt og at du ikke kan si så mye feil.»

4.2 Ferdighetstrening en øvelse i kommunikasjon

I gruppeterapien er dialogen sentral for å skape dynamikk og bevegelse. Mange av informantene beskriver at det er kommunikasjon som har vært utfordrende utenfor gruppen. De referer til presentasjoner, prate med andre ungdommer i gruppe og sosial angst.

«Jeg har alltid vært sånn at jeg har slitt med å snakke med folk, stå i grupper, på presentasjoner og få oppmerksomheten rettet mot meg. Det var skummelt i gruppa og jeg delte lite, og få den oppmerksomheten rettet mot meg jeg ble eksponert for. En gang spurte jeg om gå litt tidligere for å rekke toget, og terapeuten sa nei. Terapeuten var ganske direkte. Da ble jeg så sint, aldri vært så sint der. Jeg sprakk, hyl gråt og fikk panikk anfall. Jeg var helt ute, og det var forferdelig. Jeg fikk hjelp der og da og måtte snakke meg igjennom det. Etter den timen ble alt litt lettere, for da følte jeg at alle hadde sett meg på mitt verste, så kunne jeg jo bare fortsette. Dette ble et

vendepunkt for meg og jeg klarte å åpne meg mer i etterkant og da kom tryggheten. Jeg føler det var bra det han gjorde, jeg følte han gjorde det litt med vilje for å fremprovosere reaksjonen min».

Noen sier de har snakket for mye, havnet i drama med venner, var åpen veldig fort i gruppa, og fikk tilbakemeldinger på at de tok mye plass. En informant sier;

«Jeg havnet ofte i jentedrama, involverte meg i det meste. Når jeg fikk tilbakemelding fra gruppa om at jeg tok mye plass, skjønte jeg at det ikke var vits å ta så mye plass bestandig. Nå er jeg i mindre drama.»

Informantene har med seg væremåter ubevisste og bevisste som utspiller seg i gruppa, de referer at det kom til syne i gruppa, gjennom samtaler, handlinger seg imellom, og de ble utfordret av terapeutene på å snakke om det i gruppa.

«Det var jo åpenbart at vi som gikk i gruppa hadde relasjonsproblemer, for dette kom til syne i gruppa også. Og da ble vi nødt til å håndtere det og det var ikke alltid like enkelt».

En av informantene sier at etter hendelsen der det ble usikkerhet om hvordan de skulle håndtere en situasjon, ble det snakket om i etterkant. Kommunikasjon bidro til forståelse.

«Når det skjedde ting i gruppa som f.eks et angstanfall, tok behandleren litt mer styring, og vi som ble stående på sidelinjen viste ikke helt hvordan vi skulle håndtere det. Og dette ble et stort tema i etterkant.»

Å være åpen og dele med andre, høre tilbakemeldinger, ta opp det som er vanskelig med andre, og håndtere utfordringene som kom er en del av beskrivelsene om hva som foregår i gruppeterapien. Alle informantene snakker om åpenhet og tilbakemeldinger, det er ord alle bruker. I tillegg er det mange som sier at de pushet hverandre og ble pushet til å snakke, og noen beskriver seg selv som pusher.

«De pirker og pusher, og da kommer det ut, og da kan jo de andre også hjelpe. Det var stressende, men på en måte et deilig stress. Godt å få det ut, selv om det er ubehagelig å åpne seg.»

«Jeg synes det var ubehagelig fordi man må pushe seg selv å si ting, og åpne seg til folk man egentlig ikke kjenner. Og det kan være ubehagelig å få direkte tilbakemeldinger fra de andre der og da».

De tar ulike roller i gruppa, de justerer seg i interaksjon til hverandre og korrigerer hverandre emosjonelt gjennom å dele og snakke. En av de opplevde seg selv som åpen, og hun prøvde aktivt å få andre til å åpne seg, hun sier følgende.

«Jeg var en av de som var ganske åpen, delte mye, og det ble viktig å høre hva de andre hadde å si. Derfor prøvde jeg å få de til å åpne seg mer og slippe seg mer med.»

I gruppa kan de tillate seg å pushe hverandre mer, og en av informantene sier det er en forskjell fra vennegjengen, hun sier;

«Vennene mine pusher meg ikke på samme måte, som i gruppa. Det tror jeg faktisk var veldig viktig, å bli pusha både av terapeutene og de andre jentene. Jeg prater jo fortsatt om vanskelige ting med vennene mine, men jeg går liksom ikke så dypt inn i det som vi gjorde i gruppa.»

«Jeg synes det noen ganger ble litt vanskelig å vite hvilken rolle jeg skulle ta, og når jeg skulle si noe, og noen ganger hva, hva var viktig å si og hvor ærlig skulle jeg være. Til tider kunne det bli litt vanskelig å finne den balansen.»

Å finne et passende språk, lære seg å snakke med andre enn psykologen er det en av informantene som referer til.

«Jeg følte jeg ble mye bedre å snakke ut om problemene mine til flere enn bare psykologen min. Gå dypere, ikke bare skrape på overflaten. Jeg lærte meg å snakke med andre folk om følelser.»

«Jeg strevde mye med angst. Det har vært vanskelig for meg å beskrive den følelsen, det har vært hovedproblemet mitt og jeg har dissosiert meg vekk fra angsten. Jeg har ikke klart å sette ord på den, og i gruppa fikk jeg hjelp til å beskrive og få et språk på angsten.»

Det er flere som referer til dagsaktuelle hendelser og når dette ble tema i gruppa. Det opplevde de som nyttig og meningsfullt. Følelsene ble synlige i gruppa og det ble en del av hva de snakket om.

«Det var hverdagsangsten som kom opp, vi delte historier og det hjalp. Det ble mye gråting, helt rått. Da skjedde det noe der og da, og det ble de beste gruppetimene, da ble det ordentlige samtaler.»

«Jeg snakket om ting som var bearbeidet og innøvd, men ikke om det vonde her og nå, så når jeg fikk øvd på det hjalp det ekstremt mye»

Når terapeuten stiller spørsmål, og informanten selv må finne svaret, sitter informanten igjen med følelsen av å se ting mer nyansert.

«Terapeuten hjalp meg med å se ting mer nyansert, når jeg tenker på det tror jeg ikke han svarte på et eneste spørsmål, han ga de bare tilbake til meg og jeg måtte finne svare på de selv».

En annen sier også at de fikk til å nyansere i gruppa med hverandre.

«Vi greide å få hverandre til å se nyansene i problemene. De sidene vi kanskje ikke så helt selv når vi sto midt oppi det og det kunne bli ganske svart/hvitt».

Kommunikasjon handler om å løse konflikter gjennom språket, dette sier en av informantene.

«Jeg hadde en erfaring på at jeg tok opp noe i gruppa som de andre reagerte veldig på, psykologene ble veldig opptatt av det og spurte om hva som skjedde, også måtte vi jobbe med det i gruppa, det ble masse følelser og mye greier ut av det. Vi måtte høres hverandres historier, selv om vi var uenige og det var konflikt, men det var ikke farlig, bare ubehagelig. Da fikk vi en erfaring på at vi kan fikse opp i ting.»

Stillhet og taushet er også kommunikasjon. Informantene forteller om stillhet og taushet fra de andre og de har blandende erfaring med det. En informant sier at stillhet var greit, men observerte noe annet. En informant sier hvordan hun opplevde det ukomfortabelt. Flere informanter sier de ble speilet når de var tause.

«Jeg synes det var ganske greit, men jeg tror de andre synes det var ubehagelig. Hvor lenger tid det tok, jo flauere var det å bryte inn å si noe...(..).. vi kunne bli sittende sånn i opptil 10 minutter.»

«Når vi sitter der i stillheten blir det ukomfortabelt. Vi starter med å se på tiden, jeg tenkte skal vi bare sitte her.. (..) ..det kjentes som om noe krøyp under huden. Behandleren påpekte at jeg satt og holdt meg fast i stolen.»

«De andre deltakerne kommenterte at jeg var stille, de ville jeg skulle komme mer frem jeg også, jeg fikk det til etter en stund.»

En av informantene opplevde stillheten som støtte.

«Jeg fikk et panikkangst i gruppa når jeg skulle dele noe vanskelig. Jeg husker ikke så mye fra det. Gruppa var helt stille og det var akkurat som om de brydde seg og det handlet om å bli forstått.»

Så til tross for at det kunne bli stille, gjorde terapeutene og de andre deltakerne observasjoner de kunne speile og kommunisere med språket.

I kommunikasjonsbegrepet ligger også normer, forventinger og informasjon. Gruppeterapien har en klar struktur, faste rammer, fast tid, samme rom hver gang, strukturen på timen er lik og reglene er forhåndsbestemt og skal håndheves. Dette blir endel av det som kommuniseres, og informantene har vært opptatt av hva som forventes av dem, og hvordan de opplevde dette. De snakker om informasjonen de fikk i forkant, og de fleste sier de ikke fikk så mye informasjon, de visste ikke helt hva de gikk til, det var en forventning om de skulle være der for andre, at de måtte hjelpe andre, alle sier de var utrygge og grudde seg til å starte. Noen forteller at de fikk tid til å tenke på tilbudet.

«Før jeg startet fikk jeg et møte med terapeutene, de sa at en del av opplegget var å støtte de andre. Utover det fikk jeg ikke så mye informasjon.»

Alle informantene sier at de gruet seg ekstremt mye til første treff, og nesten alle sier de ikke merket bedring før det hadde gått et halvt år ut i terapien. Flere vurderte å slutte og tenkte at dette hjelper ikke.

«Jeg kunne ønske jeg fikk gå på en sånt forkurs, lært litt om hva gruppeterapi er og hva som møter meg der.»

Flere forteller om at de i perioder var demotiverte, de følte de ikke var en del av gruppa, og de vurderte å slutte når det ble endringer og skifte av deltakere. Felleskapet og samholdet ble «rokket» ved og de var nødt til å omstille seg på nytt.

«Jeg trivdes godt i gruppa helt til skifte kom, det gjorde noe med gruppedynamikken.»

«Vi var en gjeng med engstelige tenåringsjenter, det sier seg selv at skiftene og endringen ble vanskelig.»

En av reglene er at de ikke skal kjenne hverandre fra før og alle informantene har sagt noe om denne regelen og de har samme oppfatning alle sammen, at det er bra det er sånn. En av de sier følgende.

«Vi skulle ikke kjenne hverandre før vi startet i gruppa, og ikke ha kontakt underveis. Det synes jeg var ganske fint egentlig. Det føltes ikke naturlig å ha så mye de å gjøre med tanke på hvor vi hadde hverandre fra».

En annen sier også at det var litt dumt, men skjønte det, i tillegg blir hun opptatt av relasjonene.

«Det var litt dumt at vi ikke kunne ha kontakt med de andre i gruppa, jeg ble jo så glad i dem. Men jeg skjønner det også, for hvis noen skulle blitt bestevenner, ville andre følt seg utenfor.»

I terapi er avstand og nærhet viktige faktorer for at det skal oppleves trygt å dele, en av informantene sier følgende:

«Gruppeterapi er et sted der du kan dele de nære tingene uten å måtte forholde deg til de senere, dele det som er vanskelig å jobbe deg gjennom det uten å måtte forholde deg til de på et senere tidspunkt».

De har også fortalt om terapeutene og viktigheten av at de har vært direkte, omsorgsfulle, empatiske, vært der når det gjelder, og mange har satt pris på at det har vært en kvinne og en mann. De sier de har fått større trygghet i relasjoner.

«Jeg tror det var avgjørende for behandlingen at man har den terapeuten som tør å stille alle de ubehagelige spørsmålene, det å ikke være så godt likt».

«Jeg fikk følelsen av sånn mamma og pappa rolle, det gjorde at jeg følte meg trygg. Jeg hadde problemer med menn, sånn at kombinasjonen har hjulpet med meg med mitt forhold til menn».

«Terapeutene var litt stereotypiske, mannen som var lege stilte spørsmål, var logisk og dirkete. Mens damen var litt mer følsom og koselig familieterapeut».

En av informantene har sagt at hun kjente på usikkerhet, fordi hun ikke forstod terapeutenes rolle og en annen har sagt at hun følte hun fikk kryptiske svar.

«Jeg skjønte aldri terapeutenes rolle, de var der men de tok lissom ikke regien. Jeg trengte å være trygg på at de involverte seg når det først skjedde noe.»

«Jeg ville at det skulle være et større fokus på hvorfor terapeutene gjør som de gjør, særlig når det er delt noe vanskelig, hvordan det påvirker oss andre rundt. Jeg spurte

om dette en gang, men følte jeg fikk et kryptisk svar tilbake og det gjorde meg nesten paranoid.»

4.3 Få øye på seg selv i møte med andre

Siste funn handler om hvordan de selv beskriver å ha erfart økt mentaliseringssevne, og hvordan de opplever å sette seg inn andres ståsted. Mentalisering skjer gjennom kommunikasjon og speiling. Flere av informantene forteller at de er blitt bedre på å lytte til andre, få bedre forståelse av seg selv, sette seg inn andres ståsted og at andre opplever de mer empatiske.

«Jeg kjente ikke på noen endring før det hadde gått noen måneder, men da var det en av de andre deltakerne som sa at de ikke opplevde at jeg åpnet meg og delte så mye. De sa jeg kom med gode poenger, men de følte allikevel at de ikke kjente meg. Dette ble et vendepunkt da jeg var nødt til å se meg selv uten ifra, og se når jeg lukker meg..(..).og når jeg klarte det hjalp det ekstremt mye».

«Jeg satt med min sannhet, og når de andre i gruppa ikke så den, og hadde et helt annet syn på meg, da begynte brikkene å falle på plass og puslespillet ble mer helt».

Når de oppdager at andre også kan ha det vanskelig, at det ikke bare handler om dem, og de erfarer at de må hjelpe de andre, sier de at de føler seg bedre, friskere og ser mer nyanser.

Problemene krever at de endrer fokus der og da.

«Jeg er nok blitt bedre på å sette meg inn i andres ståsted, hvis det gir i mening. Jeg forstår folk bedre, lytter mer og faktisk forstår. Når jeg var 14 år og frem til i dag så har jeg mindre problemer, og da blir det lettere å ha fokus på andre. Når jeg var 14 år så var jeg litt sånn meg og mitt og mine problemer, men nå kan jeg da være mer åpen for andre, fordi jeg selv også har det bedre. Det er gruppeterapien som gjorde meg frisk, jeg var nødt til å ta et skritt ut av egne problemer».

«Gruppa har fått meg til å se verden i farger, i flere nyanser. Relasjoner er ikke enten eller, alle strever litt med det innimellom. Jeg forstår ting på en helt annen måte nå. Hvis jeg krangler med en venninne nå, tenker jeg at det blir bedre og det finner vi ut av, mens før trodde jeg det var slutt og farvel».

Å delta i gruppeterapi kan oppleves overveldende og slitsomt da de må sette seg inn i andres ståsted og være følelsesmessig engasjerte. Overføring skjer i terapi og mellommenneskelige møter. Det er det flere som har sagt, at det har vært krevende å være der for andre, i tillegg til egne utfordringer skal du lytte ut andres og sette deg inn deres ståsted. Flere av informantene sier noe om hvordan de ble påvirket av prosessene, at det ikke var lett å ha en god dag og gå på gruppa, de referer til tunge vanskelige temaer som selvmord, rus, angst, krenkelser, overgrep, vold og omsorgssvikt, etc.

«Jeg følte nesten jeg ble terapeuten mange ganger, det var ganske krevende.»

«Det var ikke lett å ha en god dag, og gå til gruppa. Temaene der var ofte vonde og triste, og jeg viste at det ville dra meg litt ned».

«Jeg ble så overveldet og overstimulert av gruppa mange ganger, at jeg måtte gå rett hjem og hvile».

Flere av informantene referer til speiling, ved å bruke ord som sjekke ut observasjoner, stille hverandre spørsmål og få tilbakemeldinger.

«Vi snakket om hverandre og sjekket ut observasjoner vi gjorde oss, og stilte hverandre mye spørsmål»

Når mentalisering øker, skjer det endring og identitetsforandringer. Normer og forventninger endres, og den enkelte endrer sin forståelse og atferd. Evnen til å se seg selv uten ifra, få større selvinnsikt, bedre selvfølelse, bli bedre på å sette grenser for seg selv, bli bevist egne behov, regulere avstand og vurdere hva de trenger.

«Selvfølelsen min vil jeg si er veldig mye bedre, fordi jeg ser på meg selv mye mer som en støttespiller og som en hovedkarakter i eget liv. Jeg tar avstand fra mennesker eller ting som på en måte ikke gjør meg noe godt, eller som jeg ikke trenger i livet mitt, jeg er med folk som gir meg glede og gjør ting som gjør meg glad og som bygger meg opp hvis jeg har et problem. Jeg går til kjernen i det å bearbeide det som oppleves vanskelig og tenker at dette er endel av livet. Det går fint at jeg ikke har alt helt på plass».

«Før kunne jeg snappe litt, be folk om å holde kjeft, trampe i trappa, true med å selvskaade... (...). når jeg ser tilbake på det nå, var det slemt, så det gjør jeg ikke lenger.»

«Jeg endret måten jeg tenker på, selv om symptomene er der.»

Informantene opplevde at de forholdt seg til andre på nye måter etter gruppeterapien.

«Jeg har blitt bedre på å forholde meg til mennesker, varierte mennesker, jeg klarer å slappe av sammen med andre. Jeg blitt mer sosial, jeg kan snakke med mennesker jeg ikke kjenner, jeg går til folk selv om jeg ikke vet hvem alle er, jeg er mer med familien, går mer tur med hunden, er sosial bare jeg får muligheten. Sånn var det ikke før.»

Mange av informantene har sagt at fra de var barn har de vært veldig følsomme, empatiske, og at de ikke kjenner seg igjen i det at de ikke hadde evnen til å mentalisere.

«Det var ikke det at jeg ikke var empatisk, heller tvert imot, overfølsom og lett påvirkelig».

«Jeg merket det allerede når jeg var 8-9 år at det var noe, at jeg var mye mer følsom enn de andre. Jeg tok lissom til meg det alle sa, og det ble vanskeligere med venner».

«Jeg har fra jeg var liten vært en engstelig unge, ja faktisk så lenge jeg kan huske».

Dette er gruppeterapi på godt og vondt, og alle informantene har delt verdifulle opplevelser til praksis feltet og til spesialisthelsetjenesten for barn og unge.

5.0 Diskusjon av funn

I mine funn er det mange relevante beskrivelser som støtter opp under en faglig diskusjon om at gruppeterapi for ungdom er en god behandlingsform. Dette skal jeg underbygge med teori, forskning og drøfting. I en behandlingskontekst vil det alltid være gunstig å reflektere over forbedringspotensial, slik at dette inngår i diskusjonen.

5.1 Anerkjennelse i gjensidige relasjoner

Laila Granli Aamodt (2006) beskriver at anerkjennelse blant annet handler om å gi den andres historie og opplevelse verdi gjennom aktiv lytting, undring og forståelse. Anerkjennelse er ikke bare det vi sier og gjør, men det er en holdning (Honneth, 2007). Anerkjennelse handler om å henvende seg til refleksjonssiden til den andre, med en forutsetning om at hvert individ

eier sine egne erfaringer, tanker og følelser. Anerkjennelse er sterkt forankret i familierterapi (Jensen & Ulleberg, 2017).

Et fremtredende funn i min studie er informantens utsagn om hvor befriende det er å dele sine individuelle opplevelser med andre og samtidig innse at de ikke er alene om å føle det de føler, eller hvordan de har det. Interpersonlig læring skjer i hver enkelt deltaker, gjennom blant annet historiedeling. Sammen kan de forstå seg på sammenhenger og begripe det som skjer i omgivelsene. De kan hjelpe hverandre med å utvikle betydningsfulle relasjoner gjennom aktiv deltagelse. Gjennom tilbakemeldinger fra de andre vil de bygge nye meningskonstruksjoner. Selvforståelsen kan øke og det tidligere meningsløse kan bli håndterbart, ved at de deler normative betraktninger, uttrykker eget verdisyn og erfaringer og møter motstand eller kritiske spørsmål. Ved å kjenne på denne gjensidigheten i relasjoner og muligheten til å gi frihet til at andre skal få være seg, oppstår det en interaksjon som kan tillate det individuelle gruppe medlemmet den samme friheten til å vise hvem de er og det utvikler seg en aksept for likheter og ulikheter (Honneth, 2007; Hansson & Cederblad, 1995).

Gjennom gjensidig relasjon og anerkjennelse i gruppen, skjer det endringer på et identitesnivå. Selvet og selvforståelsen blir satt i bevegelse og tidligere subjektive erfaringer som opplevdes fragmentert og oppstykket, kan bli deler av en større helhet. Alle gruppe medlemmenes historier blir viktige brikker for å kunne legge det individuelle puslespillet om selvet. Dette kan sees i sammenheng med det salutogenesiske perspektivet ved at gruppeterapi, med et fokus på anerkjennende holdning, i stor grad styrker opplevelsen av myndiggjøring og bidrar til å styrke individets ressurser og mestringsevne, samt opplevelsen av sammenhenger (Aamodt, 2016; Hansson & Cederblad, 1995).

Noen informanter refererer til tidligere erfaring med individualterapi og påpeker gruppeterapiens positive opplevelse av «fellesskapsfølelse» det gir å møte andre i liknende situasjon. Mine funn viser også at det i gruppeterapi oppleves et fravær av individuell vurdering og kartlegging. I gruppeterapi blir fokuset i større grad rettet mot det som oppstår i relasjonen til de andre gruppeterapideltakere. De blir i stor grad anerkjent på bakgrunn av blant annet hva de viser av seg selv i gruppen og hvordan de responderer på andres historier. Av disse funnene kan vi forstå at anerkjennelse fra *de andre* gruppedeltakerne er et vesentlig og viktig element i gruppeterapi.

Skiller denne type anerkjennelse seg fra den type anerkjennelse som blant annet Laila Granli Aamodt skriver om? Laila Granli Aamodt (2016) skriver at uten anerkjennelse, utvikler det

seg en ekspertkultur, der hjelper sitter på «svaret», gir råd og klienten er den som mottar hjelp. I denne type ekspertkultur stilles anerkjennelse, herunder likeverdig relasjon, på prøve og i stedet kan det oppstå et asymmetrisk maktforhold der klientene opplever å miste både selvstendighet og tillit. Som i familieterapi generelt, blir det også i gruppeterapi, viktig at terapeutene inntar «ikke vitende posisjon» ved å fremstå som nøytrale og møter gruppe medlemmene med et åpent sinn. Flere av mine informanter beskriver terapeutene med adjektiver som kan legges under sekkebetegnelsen «anerkjennelse» og jeg har derfor grunn til å anta at terapeutene i min studie innehar en anerkjennende holdning.

I gruppeterapien blir det viktig at terapeutene stiller flere spørsmål enn de gir svar. Dette for å få klientene til å reflektere over eget liv og situasjon. I en gruppeanalytisk, eller psykodynamisk gruppe har terapeutene en mer tilbakelent holdning. Terapeutene viser at de har tro på klientene og at de selv evner å forholde seg til egne erfaringer, følelser og tanker. Terapeutene undrer seg over interaksjoner og legger til rette for refleksive spørsmål (Johnsen & Torsteinsson 2015). Det er vel nettopp dette Aamodt (2016) vektlegger i anerkjennelse og likeverdig relasjon og det motsatte av ekspertkultur. Om anerkjennelse fra de andre gruppe medlemmene blir mer betydningsfull enn anerkjennelse fra terapeutene, kan jeg ikke slå fast ut i fra studien jeg har gjennomført, men ut fra mine funn får anerkjennelse fra de andre gruppe medlemmene mer fokus enn anerkjennelse fra terapeutene. Det vil ikke si at en anerkjennende holdning fra terapeutene er uviktig. Det kan være at viktigheten av en anerkjennende holdning hos terapeutene hadde fått mer fokus, hvis funnene hadde vist til fravær av en slik holdning hos terapeutene. I denne studie om gruppeterapi, blir terapeuten en fasilitator, i stedet for en ekspert, som legger til rette for anerkjennende holdninger som en del av rammebetingelsene.

Målgruppen i studien er individer i en alder hvor de utviklingsmessig er i en løsrivelsesfase fra primære omsorgspersoner og rammebetingelser. I tenårene søker man i større grad tilhørighet til fellesskap utenfor familien. (Broberg, Almqvist & Tjus, 2017). At tenåringer utviklingsmessig er i en fase som gjør dem mer åpne for ytre påvirkning fra andre, gjør muligens gruppeterapi mer potent som terapiform for denne målgruppen. På bakgrunn av dette, vil anerkjennelse som holdning dermed være et viktig element i gruppeterapien.

Ut ifra et utviklingspsykologisk perspektiv med vekt på identitet og selv utvikling i relasjon til andre, trenger ungdom sosiale nettverk der de kan utforske roller, væremåter, følelser og strategier for mestring. Gruppeterapi kan tilby denne arenaen der de trygt kan utforske seg

selv i møte med andre. De andre gruppe medlemmene kan tilby denne tilhørigheten til jevnaldrende og de kan bidra til en individuell selvforståelse gjennom sosial mestring.

I gruppeterapien kan medlemmene bli korrigert av hverandre, de kan herme etter hverandre, bli kjent med andres etiske og moralske holdninger eller perspektiver og verdisyn og bli introdusert for retninger og valg som kan bidra til å definere hvem man er eller ønsker å være. Ungdommer er i en utviklingsfase som gjør dem svært tilgjengelig for endring, herunder selvforståelse og identitetsskaping. Følelsen av gruppetilhørighet som mine informanter henviser til, handler i stor grad om opplevelsen av anerkjennelse.

Flere av mine informanter har sagt at de var fordomsfulle før gruppa og de dømte andre. I egne beskrivelser sier de at de har endret både syn og holdning i møte med, og i forståelsen av andre. Dette kan tyde på at terapeutene har henvendt seg til klientene gjennom refleksive spørsmål og møtt klientenes refleksjonsevne eller side, men det kan også styrke teori om brukermedvirkning og de andre gruppe medlemmenes anerkjennende holdning og erfaringsdeling.

Gruppeterapi handler om at omgivelsene påvirker relasjonene, anerkjennende holdning bidrar til at klienten endrer seg. Subjektet erfarer at opplevelsen de besitter er av verdi og den refleksive evnen styrkes og påvirker det intrapsykiske.

«Den egenskap å kunne forholde seg til seg selv som et menneske med selvrespekt og selvaktelse kan en bare oppnå og opprettholde intersubjektivt ved at en er blitt gitt anerkjennelse av andre som en selv anerkjenner. Det vil si at å realisere seg selv- eller å være seg selv-kan bare skje gjennom gjensidig anerkjennende relasjoner» (Aamodt, 2016, s. 143).

5.2 Kommunikasjon – en livslang ferdighetsøvelse

Jürgen Habermas (Aakvaag, 2008) mener kommunikasjon løser konflikter gjennom dialogen om den er fornuftig, rettferdig og fredelig. Gjennom kommunikativ handling produserer og reproducerer mennesker, kultur og mening, normer og institusjoner, og personlig identitet.

Kommunikasjon som maktfaktor

Michel Foucault (1926-1984) har sagt at språk er makt (Aakvaag, 2008).

Min analyse viste tidlig at informantene forteller om et manglende emosjonelt språk; de visste ikke hvordan de skulle si ting. Hvis man legger til grunn at Foucault har rett, vil det informantene formidler bidra til opplevelse av maktesløshet.

Komplekse personlige vansker henger i stor grad sammen med manglende språk og redusert mentaliseringssevne. Språket er det primære mediet for interaksjon mellom mennesker og mentalisering er det aspektet som er avgjørende for sosial funksjon. Utviklingen av mentale strukturer skjer blant annet gjennom fortolkning av egne og andres handlinger og språket blir en viktig bidragsyter (Hart & Schwartz, 2020). Det blir derfor naturlig å reflektere over hvordan mennesker skal klare å fortelle om ting, hvis emosjonelt språk ikke er innlært eller praktisert gjennom øvelse. Mine funn tyder på at det blant annet er 'vanskeligheter med å sette ord på følelser' som bidrar til å skape så store utfordringer at det kreves behandling.

Med relasjonsperspektivet som et utgangspunkt, blir gruppeterapi en behandlingsform som gir ungdommer et sted der de kan utfordre sine roller, sine synspunkt i møte med andre. De speiler hverandre og de eksponerer egne følelser som de får hjelp av gruppen til å språkliggjøre det som skjer i hver og en, og i gruppen som helhet. Alle erfaringer mennesker gjør seg er subjektive frem til de blir utfordret og nyansert i møte med andre. Gjennom observasjon, tolkning og samhandling endrer hver og en sin subjektive erfaring og det oppstår nye oppfatninger (Jensen & Ulleberg, 2017). Gjennom språket utvikler de kunnskap og forståelse, og de opplever å bli mer autonome og kanskje mindre maktesløse.

Jürgen Habermas sier personlig identitet og sosialisering skapes gjennom kommunikativ handling. Den subjektive erfaringen og oppfatningen endres i møte med de andre (Aakvaag, 2008). Mine funn viser at det foregår stor grad av kommunikativ handling i gruppeterapirommet. Relasjonsperspektivet og kommunikativ handling utvikler det emosjonelle språket og felles forståelse. Hver og en sin subjektive oppfatning blir et viktig bidrag til kommunikativ handling, samtidig som det blir en terapeutisk faktor som utgjør en forskjell og skaper endring. Flere av informantene nevner elementer i nær sammenheng med kommunikativ handling, som åpenhet, støtte og det å utsette seg for ubehag, og som de mener har vært noen av suksessfaktorene for at gruppeterapien ble opplevd som nyttig.

Den krevende kommunikasjonen

Informantene har sagt de viste seg fra et «sannere jeg» i gruppeterapien og at de vanskelige erfaringene som oppsto i gruppeterapien ble et vendepunkt. Synnøve Bjerke (2018) skriver at det vanskeligste kan vise seg å bli betydningsfullt, og at det er da endring skjer. Hun skriver videre at klienter kan rase opp i sinne, de kan forlate gruppa impulsivt, de kan bli følelsesmessig berørte og de kan få angstanfall i gruppa, og henviser til at det er nettopp disse situasjonene som fører til endring. Mine funn kan tyde på det samme.

Når dette skjer forekommer det kommunikasjon på flere nivåer og gruppedeltakerne sjekker hverandre ut i et relasjonsperspektiv. Bateson (Jensen & Ulleberg, 2017) sier at mennesker definerer forholdet mellom hverandre i stor grad i kommunikasjonen. De definerende øyeblikkene og vendepunktene informantene formidler kan oppleves som at relasjonene blir satt på prøve; «Tåler de meg og den jeg faktisk er eller blir jeg utfroyst av felleskapet?» Hvis det viser seg at de blir møtt med forståelse og anerkjennelse, og noen ganger normativ atferdsregulerende tilbakemeldinger skjer det endring på et identitetsnivå (Jensen & Ulleberg, 2017; Badaracco, 1997).

Mine funn kan tyde på at gruppe medlemmene gjennom prosessene i gruppeterapien, blir bevisst egne uhensiktsmessige mønstre i personlige forhold og relasjoner. Dette kan handle om å erkjenne feil og sårbarheter, oppleve stress eller manglende impuls kontroll. Gruppeterapi konteksten sørger for læring, slik at opplevelsene kan bli en øvelse i kommunikasjon og overføring av ansvar for egne handlinger til individet. Informantene sier at de kom frem til andre tolkninger om seg selv og andre, ved å erfare sitt «sanne» jeg i gruppa.

I følge Bateson er det ikke mulig å *ikke* kommunisere, slik at man kan velge å definere motstand som en form for kommunikasjon.

Ambivalens, forstyrrelser og lite motivasjon forekommer i gruppeprosesser. Dette stemmer overens med mine funn. Flere av informantene snakker om lite motivasjon, fravær, misnøye knyttet til informasjon i forkant og utskifting av gruppe medlemmer. Dette er en del av læringen og motstand bør møtes med undring, nysgjerrighet og forståelse. Motstand må kommuniseres i gruppa for at det skal være hjelpsomt (Bjerke, 2018). Hvis motstanden blir passiv og ikke tematisert, blir den destruktiv. Dette henviser også Habermas til når han skriver om konflikthåndtering. Uenighet kan håndteres demokratisk gjennom dialog (Aakvaag, 2008). Motstand skjer i mennesket når de selv ikke evner å se løsninger, eller forstå omgivelsene i sammenheng med sin subjektive oppfatning. God informasjon og håp er gode

faktorer for å håndtere og nyansere motstand (Lorentzen, 2020). En av informantene har konkrete forslag til hva som ville vært til hjelp når motstand oppstår. De referer blant annet til et forberedende forkurs og mer ledelse fra terapeutene når andre deltakere viser motstand. Ville dette eventuelt tatt bort noe av læringspotensialet i gruppeterapien, eller ville den bidratt til bedre fokus?

Nye narrativer som bærende diskurs

Gruppemedlemmene tilegner seg felles diskurser gjennom felles forståelser, emosjonelt språk, like intensjoner, normer og forventinger. Blir disse diskursene bærende ute i samfunnet og hva er overføringsverdien? Ifølge Foucault bør gruppemedlemmene oppleve mer makt og kontroll over eget liv etter å ha utviklet et større språklig repertoar.

Informantene sier de tør å vise sine sårbarheter og styrker i møte med venner og andre, etter å ha gjennomført gruppeterapi. Informantene har gjennom gruppeterapiprosessen bidratt til tilfriskning av hverandre gjennom felles kommunikasjon og forståelse. I tillegg er ikke gruppemedlemmene tilfeldig valgt ut, men valgt ut fra kriterier som innebærer noen sammenfallende elementer. Gruppemedlemmenes eget nettverk og familie utenfor denne konteksten, har muligens ikke de samme likhetene. Vil det da si at de også kan mangle den samme forståelsen og kompetansen?

Når informantene utvikler seg og skaper seg et nytt narrativ, må det være generaliserbart til eget liv og miljø for å ha en nytteeffekt. Dette kan bli utfordrende.

I endring og utviklingsarbeid er det viktig å ha forståelsen av at et narrativ må fungere for enkelt individet ute i sitt miljø og i sitt liv (Lundby, 2009). Informantene har sagt at de får bedre selvfølelse, blitt tryggere og mer åpne, men de har også ervervet seg ny kunnskap og erfaring som kun de andre gruppemedlemmene deler. Det enkelte gruppemedlems endringsarbeid kan gjøre det utfordrende å finne tilbake til sin plass i vennegjengen eller familien, eller få aksept for sitt nyervervede narrativ. Vil det være plass til en ny rolle i etablerte nettverk? Kan gruppeterapien bli et «lukket rom» med en egen kultur som gjør det utfordrende for gruppemedlemmene å finne sin rolle eller plass i samfunnet i etterkant, grunnet egen individuelle endring? Disse problemstillingen er ikke minst viktig og relevant i sammenheng med familiearbeid.

Ved å ta ut et element av en konstruksjon (her: ungdom ut av familien), utsette det for behandling som fører til endring, for så å plassere tilbake i den gamle konstruksjonen, blir det viktig å kommunisere endringen til de som er en del av konstruksjonen. Bateson sier at familiarbeid handler om at forskjellene som utgjør en forskjell ikke må være for store, da det kan bli vanskelig for familien å ha tro på at det er hensiktsmessig. Familiene må selv erfare at forskjellene er av en art som bidrar til en bedre tilværelse, og at de selv erfarer at forskjellen var relevant og nødvendig. Hvis dette skjer i et tempo der konstruksjonen ikke er bærende for å håndtere endringene, kan det oppstå usikkerhet knyttet til om endringen eller forskjellen var til det beste (Jensen & Ulleberg, 2017). Det betyr at når ungdommen får hjelp utenfor sin gitte konstruksjon, bør familiarbeidet også være en del av prosessen slik at konstruksjonen blir meningsbærende for alle parter, ikke bare ungdommen.

Når det skapes et narrativ, må det også være bærende utenfor den konteksten det skapes i (Lundby, 2009). Systemisk tenkning underveis og avslutningsvis i terapi blir dermed en viktig faktor (Frøyland, 2020). Hvorvidt dette fokuseres på, vil ikke min studie svare på, men jeg tenker det er et svært relevant og viktig fokus. Ut ifra min erfaring avslutter behandlingsinstanser relasjonen til sine klienter så snart terapiforløpet er over etter en gitt og forhåndsfastsatt dato.

Det er få studier som sier noe om deltakernes sosiale nettverk. Studiene til Lorentzen (2020), Bateman & Fonagy (2008) har sett på langtidsvirkningen av terapi, men de har, med små unntak, målt funksjon og symptomer på individnivå. I gruppeterapi kunne det vært både interessant og relevant å finne ut av hvordan de individuelle endringene påvirker det sosiale nettverket og hvordan deres nye narrativ fungerer som en bærende diskurs. Kanskje det kan bidra til å styrke langtidsvirkningen av behandlingen den enkelte får. Jeg vil tro at familieterapi og systemisk forståelse ville gitt feltet et viktig bidrag.

Stillhet kan være gull

Taushet forekommer også i gruppeterapi. Mine informanter snakker om «stillhet». Flere av informantene har beskrevet dette som ubehagelig og noen har opplevd det som støttende. Bateson mener at også taushet er kommunikasjon, da mennesker kommuniserer både gjennom kroppsspråk og verbalt (Jensen & Ulleberg, 2017). Artikkelen til Gjesvik mfl. (2018) skriver at de har erfart at stillhet ikke er fruktbart i en ungdomsgruppe. Balansen mellom «passelig

aktivering» og «ikke for angstfylt klima», er utfordrende og ungdommen kan erfare skamfølelse i å ikke tørre å by på seg selv.

Mine funn og fag artikkelen viser at taushet kan være ambivalent i gruppeterapisammenheng. I noen tilfeller later stillhet til å være sunt, produktivt og effektivt, mens i andre tilfeller kan stillhet føre til en følelse av skam, angst, usikkerhet, frykt og stress. For enkelte mennesker, kanskje spesielt for de som står i fare for å utvikle uheldige personlighetsstrukturer, kan stillhet være god ferdighetstrening. Informantene erfarer at stillhet ikke er farlig og hvis det skulle oppleves ubehagelig, blir det rom for å kommunisere rundt dette temaet. Skam i seg selv er et viktig tema. I familieterapi er stillhet beskrevet som noe som kan utforskes, det kan bidra til å kjenne på tilstedeværelse og få kontakt med egne tanker. Kognitivt og emosjonelt blir klienter og deltakere i en gruppe utfordret gjennom å tillate stillhet, og som beskrevet tidligere i oppgaven, er det utenfor «comfortsonen» det kan skje endring. Mine funn er nyansert sett i sammenheng med stillhet.

5.3 Mentalisering - å se seg selv i møte med andre

«Mentalisering kan beskrives som å forstå andre innenfra og en selv utenfra» (Skårderud og Sommerfeldt, 2008). Mine funn kan vise til at informantens mentaliseringssevne ble styrket i løpet av gruppeterapien. Noen av informantene har fortalt at de fikk nye strategier på å håndtere det som er vanskelig i møte med andre. De endret tankemønster og mange beskriver det vi kan tolke som identitetsforandring.

Gruppeterapi medlemmene består av et utvalg som muligens ikke er fullt representativt for det øvrige samfunnet, i tillegg foregår terapien i et «lukket rom» med tilrettelegging fra terapeuter. Et betimelig spørsmål kan være om det å trene opp mentaliseringssevnen innenfor tilsynelatende så stramme og trygge rammer, har en overføringsverdi til samfunnet ellers.

Når selvet er i utvikling, skjer dette i hver og en og subjektet tilegner seg nye strategier i møte med sine omgivelser. Informantene har fortalt at dette forekommer i terapien gjennom vendepunkt, og det Badaracco (1997) kaller definerende øyeblikk. Økt mentalisering skaper identitetsforandring. I ungdomstiden er menneske i endring, og de utvikler autonomi gjennom å løsrivelse og det å se seg selv i relasjon til samfunnet for øvrig. Dette kan bety at endringene til en ungdom i utvikling vil oppleves mer naturlig for de rundt, og at forskjellene utgjør en aksept i gitte konstruksjoner i mye større grad. Personlighetsstrukturene er ikke satt,

refleksjonsevnen er påkoblet og de er tilgjengelige for å forstå seg selv i lys av andre og gjennom dette utvikles selvet, mentalisering, identitet og personlighet. Overføringsverdien til samfunnet blir kanskje lettere. Dette sier ikke mine funn noe om, men det som er tydelig i mine funn er at mentaliseringssevnen blir betydelig bedre. Gruppeterapi bidrar til ungdommers utvikling i den grad at de får tro på seg selv og dette gir de mestring og ressurser inn i voksen livet.

Når dette skjer vil de andre gruppemedlemmene og terapeutene ideelt sett bidra til at den enkelte berørte forstår egen reaksjon, atferd og handling og finne mening i det som skjer, slik at det bidrar til økt selvinnsikt, selvforståelse, økt reguleringsevne og en håndterbarhet. I et salutogenesisk perspektiv, vil da effekten bli en følelse av sammenheng og økt motstandsdyktighet (resiliens).

En annen faktor ved denne type gruppeterapi med fokus på mentalisering, er at gruppedynamikken kan bli destruktiv og ødeleggende (Bjerke, 2018). Informantene har sagt at det å delta i gruppeterapi kan oppleves overveldende og slitsomt, og de har sagt at relasjonsproblemer var merkbart.

Å skulle være der for andre med sine egne utfordringer, kan være krevende når man selv har utfordringer. Overføring skjer og det er en av de krevende faktorene ved gruppeterapi. Hvordan kan man sikre seg at overføring ikke blir en negativ effekt i gruppeterapien? Dette kunne vært relevant og utforsket i et annet studie.

Psykoterapien fokuserer på at balansen mellom stabilisering og følelseseksponering hele tiden skal være konstruktiv. Det betyr at deltakeren må utsette seg for ubehag og erfare slitenhet for selv å lære seg følelsesregulering, samt å bli bevisst sine mestringsstrategier (Schibbye, 2009).

Tenåringens hjerne blir lettere overveldet fordi den under utvikling, slik at ungdommer agerer. Det naturlig at noen av informantene kjenner på overveldende følelser i terapi. Det viktigste vil allikevel være når og hvordan en ungdom opplever å bli overveldet og at de klarer å snakke om det. Informantene har også sagt at det oppstod situasjoner i gruppa som var skremmende, særlig når noen ble veldig sinte. En av informantene har sagt at hun savnet mer styring fra terapeutene ved en slik hendelse. Det er også viktig å være bevisst at terapiformen kan oppleves i overkant utfordrende for noen.

Flere av informantene har beskrevet seg selv som engstelige, usikre, følsomme og empatiske. Noen har opplevd seg selv som lett påvirkelige, at de har tatt seg lett nær av ting. Noen sier de

i perioder har isolert seg og ikke tatt vare på egen helse. De har grublet og tenkt mye på store temaer, hva andre vil og ønsker, fremfor egne behov. Resultatet av dette kan bli en ond sirkel der ungdommen responderer avvikende på andre mennesker. Avvikende atferdsmønster som beskrevet ovenfor kan rette fokus mot psykisk helse og diagnoser fremfor forklaringer som kan ses i sammenheng med situasjonen og konstruksjonen ungdommen befinner seg i. Atferden kan betraktes av andre som brudd på normer og akseptable handlemåter og ikke som en reaksjon på omgivelsene (Jenssen m.fl, 2020 s. 253). Hvis individet delvis er et produkt av sine omgivelser og konstruksjonen gruppeterapi (omgivelsene i denne sammenheng) blir dette feil for individet. Er det ikke da en risiko for at individet blir dårligere? Noen av informantene har sagt noe om dette; at det tok tid før tryggheten kom, det var tvil om ønske om å fortsette og at de ikke fant sin plass. Dette sier noe om viktigheten av tydelige rammer og kompetansen hos terapeutene.

5.4 Kjønn og psykisk helse

Forskningen fra Folkehelseinstituttet viser at det er større forekomst av unnnvikende personlighetsforstyrrelser blant kvinner (Folkehelseinstituttet, 2009) og en av mine informanter sier hun har fått denne diagnosen. Halvparten av mine informanter sier at de har fått ADHD diagnose, eller utredes for det i ung voksen alder.

Diagnoser er som nevnt tidligere i oppgaven, en deskriptiv måte å forklare ulike fenomener på. Ungdommers psykiske helse bør kanskje forstås i et salutogenesisk perspektiv før det settes diagnoser (Hertz, 2017). Kan det være at diagnoser i for stor grad er sosial konstruert, at karaktertrekkene andre har konkludert som avvikende, ikke trenger å være fysiologisk avvik? En mulig forklaring kan også være at informantene har justert sin atferd etter de stereotype forventningene som er stilt og at det har blitt etablert et mønster.

Den kollektivistiske oppfatningen i et samfunn styrer diskursene. Individets handlinger kan ses i sammenheng med den sosiale konstruksjonen de inngår i, men det kan også sees som symptomer på blant annet psykisk sykdom (Jenssen, mfl. 2020, s. 253.).

Videre kan det være viktig å utarbeide en nasjonal retningslinje knyttet til god behandling for personlighetsproblematikk for unge. 25 % av ungdommene som henvises BUP har denne problematikken (Wiig, 2021). Ut fra mine funn kan det tyde på det samme som Wiig (2021) hevder at prognosen er god for bedring tatt ungdommer i betraktninger.

Er gruppeterapi kjønnet? I min forskning består utvalget av kun jenter, og data fra praksisstedet viser at jenter er overrepresentert i gruppeterapibehandling. Ut fra dette, kan det tyde på at gruppeterapi er noe kjønnet, men det er grunn til å tro at behovet er like stort for gutter, da de også er ungdom i utvikling.

6.0 Konklusjon

«Hvordan opplever ungdommer som er/har vært i behandling ved BUP, gruppeterapi som behandling?»

Ut fra mine funn er alle ni informantene mer fornøyd, enn misfornøyd med gruppeterapi. Oppgaven viser at gruppeterapi i psykodynamisk gruppe kan være godt egnet for ungdom som strever med sin psykiske helse. I tillegg er det god grunn til å tro at det er samfunnsbesparende å gi ungdommer et godt behandlingstilbud når de fortsatt er i utvikling og former identitet.

Ungdommer er særlig i behov av tilhørighet og felleskap, og gruppeterapi gir dem det. De erfarer å få det bedre og videreutvikler den relasjonelle kompetansen og øker sin emosjonelle forståelse. Dette er identitetsskapende. Denne oppgaven gjør godt rede for viktigheten av å skape en ramme der gjensidig relasjon, ferdighetstrening i kommunikasjon, anerkjennelse og trygghet, er de bærende elementene i terapien. Oppgaven viser at gruppeterapi har en terapeutisk effekt, med særlig vekt på verdifulle samtaler sammen med jevnaldrende.

Barn og ungdom er forskjellige, og terapeutene er forskjellige. Dette påvirker gruppeterapien. På bakgrunn av oppgaven min, har min nysgjerrighet økt betraktelig, knyttet til hvilke terapeutiske egenskaper en god gruppeterapeut bør inneha. Kan det være slik at noen utdanninger vektlegger anerkjennende holdning i større grad enn andre?

Det blir opp til de ulike virksomhetene og myndighetene å ta stilling til satsing, utdanning og økonomi i videre arbeid med implementering av gruppeterapi for ungdom.

Jeg mener oppgaven min viser at det er gode gevinster i gruppeterapi som ikke individual terapi kan erstatte. Ungdom må ha tilgang til denne behandlingsformen fordi det gir de ressurser, utvikling og vekst (Bjerke, 2018). Det kan forebygge et fravær av ensomhet.

7.0 Referanser

Aakvaag, G.C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Aamodt, L.G. (2003). *Sosialt arbeid og anerkjennelse. En problematisering av grunnlagstenkningen i sosialt arbeid*. Nordisk Sosialt Arbeid Nr.3 side 154-161.

Aamodt, L.G. (2016). *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2010). *Psykisk helsearbeid på internett: konsekvenser for normalitets- og identitetsdannelse hos ungdom*. Norsk Epidemiologi 2010:20 (1): 5-14.

Badaracco, J.L. (1997). *Defining moments. When Managers Must Choose Between Right and Right*. Boston, Massachusetts: Printed in the United States og America

Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021 Nasjonale resultater*. Oslo: Nova/ OsloMet-storbyuniversitet.

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). *Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A randomized Controlled Trail*. Am J Psychiatry 156: 10, October 1999.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). *8- Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization- Based Treatment Versus Treatment as Usual*. Am J Psychiatry 165:5, May 2008.

Bjerke, S.N. (2018). *Gruppeterapi. Grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjerke, S.N., Botn, M., Hjort, C., & Ulstein, K-A., (2021). *Gi gruppeterapi til ungdommen*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 2, 2021, side 136-137. Hentet 04. Mai 2022. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/02/gi-gruppeterapi-til-ungdommen>

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2017). *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cederblad, M. & Hansson, K. (1995). *Salutogen familierapi*. Fokus på familien 3-2012 (244-264). Universitetsforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2022). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet 01. januar 2022.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>

Frøyland, L. (2020). *Systemisk samtale. Psykososialt samarbeid med barn, ungdom og foreldre*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gjesvik, K.H., Stänicke, L.I., Gudmestad, M.O., & Dragland, L. (2018). *Gruppeterapi for ungdom*. Tidsskrift for Norsk psykologforening 01/2018. Hentet 02. juni 2020.

<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2018/01/gruppeterapi-ungdom>

Goffee, R. & Jones, G. (2015). *Why should anyone be led by yoy? What it takes to be an authentic leader*. Boston, Massachusetts: Printed in the United States og America

Hart, S. & Schwartz, R. (2020). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2022). § 4-3 *Hvem som har samtykkekompetanse*. Hentet 12.april 2022.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet 01. november 2021.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf

Hertz, S. (2017). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2017). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tuft, P.A (red.). (2020). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, L.E.F, Rafoss, T.W., & Rasmussen, E.B. (2019). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2015). *Lærebok i Familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2018). *Personlighetspsykiatri. (2.utgave)*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018) *Det kvalitative forsknings-intervju. (3.utgave)*.

Kvelling, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Lorentzen, S. (2020). *Fokusert Gruppeanalytisk psykoterapi. En integrasjon av klinisk erfaring og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lovdata (2022). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet 10. april 2022.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Spesialisthelsetjeneste%20loven>

Lundby, G. (RED.). (2009). *Terapi som samarbeid om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag AS.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. En innføring.* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.* Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.

Møller, P. (2018). *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet.* Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, A.L. (2002). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi.* Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). *Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep.* Publisert: 1. mai 2008. Utgave 9, Tidsskrift Norsk Legeforening. Hentet 08.mai 2022.

https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep?fbclid=IwARIGUpN-whoZz0O5yDeTKiM1kCsnkledSkZpsPFhQIEc_iamu4GxqHUzY24

Statens helsetilsyn (1999). *ICD- 10 Psykiske lidelser og atferds- forstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* Oslo: Universitetsforlaget.

Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden.* Oslo: Gyldendal.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder.* Bergen: Fagbokforlaget.

Urnes, Ø. (2017). *Ny doktorgrad: Kartlegging av personlighetsforstyrrelser og livskvalitet hos ungdom.* Oslo universitetssykehus. Hentet 10. mai 2022.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/ny-doktorgrad-kartlegging-av-personlighetsforstyrrelser-og-livskvalitet-hos-ungdom>

Veileder i BUP 4.utgave (2019). *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening & Den norske legeforening. Hentet 01. november 2021.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>

Wiig, F.L. (2021). *Nasjonal retningslinje vil hjelpe ungdom med personlighetsproblemer*. Oslo universitetssykehus. Hentet 04. mai 2022.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/nasjonal-retningslinje-vil-hjelpe-ungdom-med-personlighetsproblemer>

Øgård- Repål, A., Strand, S.A., & Karlsen, T-I., (2017). *Karakterpress, Kroppspress og gjengpress*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Volum 14. Nr. 2. side 109-120. Universitetsforlaget.

Intervjuguide

Masteroppgave 2022

Oppstart / kontakt med hjelpeapparatet

1. Fortell meg om hvordan du kom i kontakt med behandlingsinstitusjonen BUP og hva som var årsaken til henvisningen? (hvem, egen motivasjon, symptomtrykk)
2. På hvilket tidspunkt i behandlingen fikk du tilbud om å delta på gruppeterapi? Husker du selv hva du tenkte da og hvordan du klarte å bestemme deg for å prøve? (Spesiell informasjon som ble viktig)
3. Hva ble gjort i behandlingen i forkant av oppstart i gruppe, noe konkret du husker? (kartleggingsverktøy, ble det satt noe tentativ diagnose, familiesamtaler, ansvarsgrupper m.m)

Om terapien

4. Hvordan opplevde du gruppeterapi? Din opplevelse og beskrivelse av behandlingen? Ting du liker og ting som var vanskelig. (gjerne så konkret som mulig)
5. Kan du fortelle om en gruppetime, fra begynnelse til slutt? (rammene, folk, terapeutene, tidsepoken)
6. Kan du fortelle om hvordan din opplevelse av de andre deltakerne var? Endret det seg? (første inntrykk, rollefordelingen, egen mestring og verdi for andre)
7. Hvilke erfaringer, spesielle hendelser sitter du igjen med, som du husker eller tror har gjort en forskjell for deg? (Tidsperspektiv, store gjennombrudd, eller små ting som blir store elver)

Endringen

8. Hvis vi skal se tilbake på når du startet i gruppeterapi, hva er annerledes nå? På hvilken måte har du forandret deg? (tanker, handlinger, atferd, følelsesutbrudd, symptomtrykk)
9. Hvis jeg hadde spurt dine foresatte, nærmeste pårørende, hva ville de sagt om din progresjon og behandling underveis i gruppeterapien, og før og etter? (Familietrøbbel, arv, miljø, å sette seg inn i andres ståsted)
10. Hvordan var terapeutene, gjorde de noe med opplevelsen og effekten av behandlingen? (relasjon, utenom gruppetimene, hvor mye involvert var de, kunne de gjort noe annerledes)
11. Hvordan kan gruppeterapi hjelpe ungdommer, tror du? (effekten av behandling sett fra et annet ståsted)
12. Hvis du skal se tilbake på din behandling og noe skulle vært annerledes, hva skulle det vært?
13. Er det noe med gruppeterapi vi ikke har snakket om, som du tenker det er viktig at jeg vet?

Vil du delta i forskningsprosjektet mitt?

«Hvordan forløper gruppeterapi behandling og hvordan opplever ungdom som deltar i gruppeterapi, behandlingen?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer informasjon om hva som god hjelp for ungdommer som er i behandling hos barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). I dette informasjonsskrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Med denne oppgaven ønsker jeg å få en bedre forståelse av hva gruppeterapi er og hvordan det kan hjelpe ungdommer med relasjonelle vansker. Hva fungerer, hva er svakhetene med denne behandlingen og hvordan opplevde du å delta? Jeg kommer primært til å være opptatt av hvordan det var å delta i gruppeterapi, men jeg ønsker også å treffe deg for et personlig intervju. Å forske mer på gruppeterapi og ungdommer med relasjonelle vansker kan bidra til at hjelpen blir bedre og flere kan tilby hjelpen om det viser seg å være en god måte å hjelpe barn og ungdom på. Det kan være at prosjektet vil gi noen svar som andre i Norge bør få høre om, slik at det kan være nyttig å undervise eller fortelle om gruppeterapi som metode også til andre som jobber med ungdom nasjonalt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet, sammen med meg som masterstudent og praksisstedet BUP vil hjelpe meg med rekruttering og gjennomføring.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg er særlig interessert i hvordan det er å være ungdom som deltar i gruppeterapi eller som har deltatt i gruppeterapi, og derfor ønsker jeg å snakke med deg.

Behandlere/gruppeveilederne på BUP har derfor hjulpet meg med å komme i kontakt med deg fordi de kjenner deg fra gruppa. Jeg ønsker å snakke med ca. 10 ungdommer/unge voksne som har fått denne behandlingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg kommer til å delta som observatør i gruppene flere ganger over tid. I tillegg til det ønsker jeg å ha en samtale med deg hvor vil lage en tidslinje som kan hjelpe meg til å bli kjent med deg. Under denne samtalen håper jeg at vi kan klare å finne ut av hvilke utfordringer du har/hadde i forkant av behandlingen og hvordan du har merket en forskjell, eller ikke merket forskjell. Denne samtalen vil ta ca. 1,5 time og hvis du synes det er greit kan den bli tatt opp på bånd.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

Samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke din behandling ved BUP.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle notater jeg gjør, gjør jeg ved å gi deg et fiktivt navn slik at opplysningene ikke spores tilbake til deg. I notatene vil det kun være informasjon som er med på å hjelpe meg med å besvare det jeg lurer på. Intervjuet anonymiserer jeg og tar opp på bånd. Intervjuet transkriberes og oppbevares på et minnepennstikk adskilt fra personopplysninger, opptakene slettes med engang etter transkribering. Når prosjektoppgaven leveres, makuleres alle notater.

Alle opplysninger vil anonymiseres og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg ut ifra teksten som publiseres. Det vil kun stå kjønn og alder når det blir sitert konkrete utsagn fra informantene i oppgaven. Som forsker er jeg opptatt av din erfaring og opplevelse av behandlingen du har mottatt, slik at andre opplysninger er ikke sentralt i publiseringen. Jeg kommer til å ha egen båndopptaker

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med OsloMet ved Wenche Bekken. Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, personvernombud@oslomet.no, 67 23 55 34.

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

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

Med vennlig hilsen

Charlotte Strand og Wenche Bekken

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring til ungdommer over 16 år.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hva er gruppeterapi og hvordan opplever ungdommer med relasjonelle vansker gruppeterapi som et behandlingsforløp*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i deltagende observasjon
- å delta på intervju
- innsyn i utvalgt journal: kartlegging i forkant og evalueringsskjema i etterkant av gruppeterapi behandlingen.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeerklæring til foreldre med barn under 16 år.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hva er gruppeterapi og hvordan opplever ungdommer med relasjonelle vansker gruppeterapi som et behandlingsforløp?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i deltagende observasjon
- å delta på intervju
- innsyn i utvalgt journal: kartlegging i forkant og evalueringsskjema i etterkant av gruppeterapi behandlingen.

Jeg samtykker til at mitt barns opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av foreldre som har barn som deltar i prosjektet, dato)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema

Referansenummer

199717

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Jeg skal bruke deltagende observasjon som en metode, slik at jeg skal observere ungdommer i behandling over tid. De vil dele sensitive opplysninger om seg selv. Jeg skal også gjennomføre tidslinje intervju med hver informant og da vil de også dele sensitive opplysninger om egen oppvekst og helse. Jeg vil anonymisere data fra begynnelsen, og vil ikke oppbevare sensitive opplysninger.

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Hva er gruppeterapi og hvordan opplever ungdommer med relasjonelle vansker å delta i gruppeterapi?

Prosjektbeskrivelse

Jeg skal forske på relasjonelle vansker hos ungdommer som mottar gruppeterapi i et behandlingsforløp i barne og ungdomspsykiatrien. Formålet med forskningen er å belyse hva som kan være gode behandlingsmetoder for denne gruppen. (Se prosjektbeskrivelse for mer informasjon).

Hypoteser:

Ungdommer får bedre relasjonell kompetanse av å delta i gruppeterapi.

Ungdommer med relasjonelle vansker får hjelp med sine vansker gjennom deltagelse i gruppe.

Ungdommer opplever gruppeterapien som utrygt og vanskelig og behandlingsformen er uhensiktsmessig.

De ungdommene som opplever gruppeterapi som hjelp har relasjonelle vansker.

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Det kan være at masteroppgaven vil brukes på ledernivå i spesialisthelsetjenesten for å sikre ressurser og dokumentere resultater av behandlingen.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Jeg vil følge gruppeterapibehandling over tid, der ungdommer som har relasjonelle vansker deltar. Informantene jeg rekrutterer til prosjektet er ikke de samme ungdommene som deltar i gruppeterapien. Slik at det vil være et skille mellom informasjonen jeg får ved å delta i gruppen og hva informantene gir av data. Jeg vil ikke bruke sensitive opplysninger som fremkommer fra deltakere når jeg deltar i gruppe. Grunnen til at jeg deltar i gruppen er fordi jeg vil ha fokus på hva gruppeterapi er og gjennomføring. Jeg vil oppbevare samtykkeskjema og andre personopplysninger på praksisstedet, fordi forskningen er i samarbeid med praksisstedet.

Ekstern finansiering**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Charlotte Strand, strand140614@gmail.com, tlf: 92667747

Behandlingsansvar**Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Wenche Bekken, webc@oslomet.no, tlf: 95880128

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1**Beskriv utvalget**

10 informanter som er ungdommer som har eller har hatt relasjonelle vansker og gått i behandling hos BUP.

Rekruttering eller trekking av utvalget

De som har deltatt i gruppeterapi, og det er behandlere på praksisstedet som har oversikt over hvem som har fått denne behandlingen. De vil hjelpe meg med å ta første kontakt med flere av informantene og få muntlig samtykke til å gi kontaktinformasjonen til meg.

Alder

15 - 30

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**Personlig intervju****Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Hvem samtykker for barn under 16 år?

Foreldre/foresatte

Hvem samtykker for ungdom 16 og 17 år?

Ungdom

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag**Informasjon for utvalg 1****Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke kan trekkes når som helst ved muntlig beskjed. Da avslutter vi kontakten og all data slettes og makuleres øyeblikkelig.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Blir laget journal mapper som oppbevares på institusjonen. Transkriberte intervjuer anonymiseres og lagres på en minnepennstikk adskilt fra personopplysninger/koding. Det vil ikke gjøres notater om personopplysninger utover samtykke. Sensitive opplysninger som blir notert, kan ikke spores tilbake til navn og fødselsdato. Informantene vil få nummer eller fiktive navn underveis i prosessen, slik at det er lettere å oppbevare sensitive opplysninger på bærbar pc. Tidslinje intervjuet gjøres manuelt på ark på institusjonen, og oppbevares der.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Interne medarbeidere

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Godkjent oppbevaring i arkivskap på institusjonen.

Varighet

Prosjektperiode

01.10.2020 - 20.06.2023

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Hvor oppbevares opplysningene?

På institusjonen informanten mottar behandling.

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger
