



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**"Hvordan kan jeg som helsearbeider, med utgangspunkt i systemisk teori og narrativ tilnærming, være med på å øke mestringsfølelsen hos klienter med depresjon og rusavhengighet?"**

**Wenche Austnes Rødal**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 23**

**Molde, 12.04 2012**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Kjell Erik Tveten

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.04 2012

Antall ord: 8760

## Sammendrag

I denne oppgaven har jeg valgt å se på hva en som helsearbeider kan gjøre for å øke mestringsfølelsen til personer med diagnosene alkoholavhengighet og depresjon. Ønsket er å se om en ved bruk av systemisk teori og narrativ kan hjelpe klienten og hennes familie til å løse opp i en fastlåst situasjon og finne frem til nye eller glemte fortellinger. Min problemstilling er således:

*Hvordan kan jeg som helsearbeider, med utgangspunkt i systemisk teori og narrativ tilnærming, være med på å øke mestringsfølelsen hos klienter med depresjon og rusavhengighet?*

Etter å ha presentert aktuell teori og empiri, diskuteres problemstillingen opp mot tre forskjellige møter mellom meg som helsearbeider, klienten Anne og hennes nærmeste familie.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett at å trekke familien inn i terapirommet kan være hensiktsmessig for klienten da hun kan føle at hun ikke trenger å gå veien mot bedring alene. Det er også viktig at en samtidig er oppmerksom på de negative virkninger dette kan ha. Som helsearbeider bør en hele tiden være seg bevisst hvordan en fremtrer i relasjon med familien da dette kan være av stor betydning for samspillet med klienten og hennes familie.

Fremover blir det viktig at en som helsearbeider er faglig oppdatert på systemisk teori og reflekterende prosesser for å kunne hjelpe klienten til å lete frem nye eller glemte mestringshistorier. Når det gjelder videre forskning på klienter med to eller flere diagnoser kan det være av interesse å undersøke virkningen av integrert behandling. Det kan også være av interesse å forske på hvilken behandlingsmetode som gir mest sjanse for å lykkes og på individuelle forskjeller blant klientene. Dette beskrives nærmere i konklusjonen.

## **Innhold**

<b>Sammendrag</b> .....	<b>1</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>4</b>
<b>3.0 Rus og psykiatri</b> .....	<b>4</b>
3.0.1 Rusavhengighet .....	5
3.0.2 Depresjon .....	5
<b>3.1. Brukermedvirkning</b> .....	<b>6</b>
3.1.1 Samarbeid.....	6
3.1.2 Allianse .....	7
<b>3.2 Mestring</b> .....	<b>8</b>
3.2.1 Motivasjon .....	8
3.2.2 Endring.....	8
<b>3.3 Systemteori</b> .....	<b>9</b>
3.3.1 Andreordens kybernetikk .....	9
3.3.2 Narrativ teori .....	9
3.3.3 Systemisk intervjumetodikk.....	10
<b>4.0 Empiri</b> .....	<b>11</b>
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>12</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>19</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>20</b>

## 1.0 Innledning

Gjentatte ganger har jeg i mitt arbeid ved psykiatrisk mottaksseksjon møtt klienter med to eller flere diagnoser og sett hvilke problemer/utfordringer de står ovenfor. Jeg har også følt på en slags hjelpeløshet i møte med disse klientene, både fordi min kunnskap ikke har strukket til, men også fordi jeg opplever at der ikke finnes et optimalt behandlingstilbud for dem. Klientene har ofte flere innleggelses og til slutt mister de troen på systemet og seg selv. Jeg opplever at det flere ganger har ført til en slags ”ansvarsfraskrivelse”, der den hjelpetrengende blir sendt mellom ulike institusjoner fordi behandlerne ikke er enige om hvem som har ansvaret for behandlingen. Jeg vil ikke gå videre inn på diskusjoner rundt det organisatoriske i denne sammenheng, og heller ikke hva som kom først av klientens problemer. For meg er det viktigste hva jeg som helsearbeider kan gjøre i relasjon med disse klientene, både for å øke mestringsfølelsen, men også motivasjon til videre behandling på veien mot bedring. Jeg har sett hvor stor betydning relasjon med nære pårørende kan ha for klienten, og av den grunn er det naturlig for meg å trekke disse inn så raskt som mulig. Jeg har derfor valgt å bruke det systemiske perspektivet, og da spesielt 2. ordens kybernetikk, i min oppgave. Jeg vil se på fordeler og ulemper ved å trekke familien inn i behandlingsforløpet, og undersøke om det er mulig å skape en alternativ fortelling for klienten og hennes familie. Vekten vil således bli lagt på narrativ fortelling og systemisk intervjuetodikk.

I min fordypningsoppgave ønsker jeg altså å skrive om rusavhengighet og depresjon. Med utgangspunkt i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan jeg som helsearbeider, med utgangspunkt i systemisk teori og narrativ tilnærming, være med på å øke mestringsfølelsen hos klienter med depresjon og rusavhengighet?*

Jeg vil avgrense min oppgave til å gjelde klienter med alkoholavhengighet og mild til moderat depresjon, som er innlagt frivillig i psykiatrisk avdeling. Jeg ser at tidsperspektivet kan være en utfordring her, da klientene ofte ikke er innlagt over lengre tid. Jeg vil se på hva jeg som helsearbeider kan gjøre i denne tidlige fasen for å styrke klientens følelse av mestring, samt legge til rette for videre samarbeid med familien. Kan jeg som helsearbeider og medmenneske gjøre en forskjell? Under mestring har jeg valgt å se nærmere på faktorer som motivasjon og endring.

I litteraturen jeg har lest skilles det mellom rusavhengighet og rusmisbruk. Jeg vil forholde meg til definisjonen på rusavhengighet, som beskrevet i teorien. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og av den grunn er det naturlig å ta med dette i oppgaven. Under brukermedvirkning har jeg lagt vekt på samarbeid og allianse og vil i diskusjonen se på dette opp mot hele familien.

Jeg vil først presentere aktuell teori, hentet fra pensumlitteratur og annen litteratur for så å forsøke å diskutere problemstillingen i lys av den teorien jeg presenterer. Til slutt trekker jeg en konklusjon hvor jeg belyser det viktigste som kommer frem i diskusjonen, og i tillegg ser på hva dette kan bety for fremtidig forskning og fagutvikling på området.

## 2.0 Teoretisk referanseramme

Teorien har jeg hentet delvis fra pensumlitteraturen og delvis gjennom litteratursøk på de aktuelle felt jeg har skrevet om. Først presenterer jeg teori på rusavhengighet og depresjon. Deretter har jeg valgt å ta for meg brukermedvirkning og herunder samarbeid og allianse. Under teorien om mestring har jeg valgt å ta med motivasjon og endring, og til slutt presenteres systemisk teori og derunder andreordens kybernetikk, narrativ og systemisk intervjuetodikk.

## 3.0 Rus og psykiatri

I følge Helsedirektoratet (2011) er depresjon svært vanlig blant personer med alvorlige ruslidelser. Det er rusmisbruket som i hovedsak er det dominerende problemet, og derfor vil depresjonen som regel reduseres parallelt med reduksjon av rusmisbruket. Om der ikke skjer en vesentlig bedring av depresjonen eller angsten når klienten er rusfri, må en fortsette å behandle begge lidelser. I følge Flynn, m.fl. (2008) viser studier som er gjort i USA at av klienter med rusavhengighet har 25% personlighetsforstyrrelse, 16% depresjon og 16% angst. Slike funn er også gjort i andre land, og det indikerer at dette ikke er unikt for USA. Faren for tilbakefall for alle typer rusavhengighet er sett på som så overhengende, at sykdommen i seg selv har blitt karakterisert som kronisk, på lik linje med diabetes og hypertensjon. Mueser, m.fl.(2006) hevder at det i mange år har vært et klart skille mellom behandling av rusmisbruk og psykiatrisk behandling. Det har vært den sekvensielle og den parallelle behandlingen som har dominert. Begge disse modellene er forbundet med mange problemer både på administrativt og organisatorisk nivå. Det har vært både uenigheter og kliniske barrierer hos behandlerne i de to feltene. Videre sier forfatterne at en ved å benytte seg av integrert behandling kan en unngå disse problemene da behandlingen gis av et og sammen team, og det krever ingen koordinering mellom de ulike tjenestene. Begge lidelsene betraktes som ”primære”, og behandles samtidig. Om der ikke er oppmerksomhet rundt en av diagnosene kan dette føre til at en undergraver totalresultatet til behandlingsopplegget. Felles beslutningstaking mellom alle berørte parter står helt sentralt i den integrerte behandlingen.

### **3.0.1 Rusavhengighet**

I følge Cullberg (2003) defineres alkoholavhengighet som en psykologisk og fysiologisk forandring hos mennesker som fortærer store mengder alkohol regelmessig. Den psykologiske avhengigheten betyr at en person har fått en nedsatt toleranse for opplevelser som gir ulyst, og bruker alkoholen for å redusere denne spenningen. Den fysiologiske avhengigheten innebærer at stoffskiftet forandres. Cellene, spesielt i hjernen og lever, har vent seg til at alkoholen er en del av stoffskiftet. Denne avhengigheten kan utvikle seg i ulikt tempo hos forskjellige mennesker, og er koblet til både arvelige og miljømessige faktorer.

Ulvestad, m.fl (2007) hevder at behandling av mennesker med rusavhengighet historisk sett har fokusert lite på brukermedvirkning. Den sterke fysiske og psykologiske avhengigheten skiller rusavhengighet fra andre psykiske lidelser. Den psykologiske avhengigheten kan beskrives som klientens "russtemme", og denne stemmen har den intensjon å opprettholde og skjule rusingen. "Russtemmen" tar mer og mer plass i klientens liv og fortrenger klientens egen stemme som er knyttet opp mot selvoppfatning og identitet. "Russtemmen" kan få så mye makt at en ikke greier å skille den fra sin egen stemme.

### **3.0.2 Depresjon**

Snoek & Engedal (2001) hevder at depresjon er den hyppigste av stemningslidelsene og at den forekommer oftere hos kvinner enn hos menn. Den viser seg gjennom symptomer som nedstemthet, tap av gleder og interesser, tretthet og nedsatt aktivitet, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og følelse av verdiløshet, pessimisme, tanker om selvskading og selvmord, søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst. Cullberg (2003) sier at utløsende faktorer for depresjon spesielt ofte er knyttet til begivenheter i livet. Dette kan være forandringer i aktivitet og livsrolle, helseproblemer, tap av partner, flytting eller vansker med å realisere sine planer. Sårbarhetsfaktorer kan bl.a. være at en ikke har et nært og fortrolig forhold til sin ektefelle, arbeidsløshet eller tap av mor i tidlig alder. I ICD-10 skilles det mellom tre hovedgrupper av depressive tilstander. Disse er depressiv episode, tilbakevendende depressiv lidelse og vedvarende depressiv lidelse.



### **3.1. Brukermedvirkning**

I følge Helsedirektoratet (2011) er det overordnede målet med brukermedvirkning at klienten skal ha innflytelse på hvordan tjenestene utformes, både på individuelt og på systemisk nivå. Brukermedvirkning er viktig da klienten kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet, noe som igjen vil føre til økt myndighet. Av den grunn bør behandlingen innrettes slik at det er mulig for klienten å ta sine egne valg. For å oppnå innsikt i sin situasjon og for å få kunnskap om innholdet i tjenesten som skal ytes, har klienten dessuten rett til den informasjonen som dette krever. Videre hevder Helsedirektoratet (2011) at som sentrale omsorgspersoner kan pårørende være en viktig ressurs når det gjelder utredning og behandling. De har ofte betydelig kjennskap til og kunnskap om klienten. Involvering av pårørende kan gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos begge parter, og kan redusere faren for tilbakefall. Pårørende fanger også ofte opp endringer hos klienten som er viktig for å justere tilbudet så det kan tilpasses den enkeltes behov. Graden av kontakt med personer som kan være positive støttespillere i rehabiliteringen er erfaringsmessig svært forskjellig. Ved å tegne nettverkskart og ha nettverksmøter med nære pårørende og andre støttepersoner, kan en fremme mulighet for mestring. Det kan også hjelpe klienten å bevisstgjøre egne ressurser og også ressurser som finnes i nærmiljøet.

Ulvestad, m.fl. (2007) hevder at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som reguleres av en rekke sentrale lover. Pasientrettighetsloven skal ivareta pasientene med hensyn til tillit og respekt for liv, menneskeverd og integritet. Psykisk Helsevernloven skal sikre en forsvarlig etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. For at god behandling skal finne sted, er brukermedvirkning i rusbehandling en nødvendighet. Terapeuten må sette søkelyset på hva som er terapeutens og hva som er klientens ansvar i det terapeutiske arbeidet. Pasienten skal bidra med sin egen virkelighet, som han eller hun opplever den, mens terapeuten skal sette søkelyset på hva han eller hun kan bidra med for å hjelpe klienten med å finne sine egne begrensninger og muligheter. En bruker ofte metaforen ”pasientens russtemme og egen stemme”. Videre sier forfatterne at terapeutens og klientens ansvar i behandlingen må tydeliggjøres for å skape et godt grunnlag for endring. Hva dette ansvaret konkret innebærer kan ofte være utydelig for klienten. Gjennom sin generelle kunnskap må terapeuten tydeliggjøre hvilket ansvar klienten har. Med denne forståelsen blir behandlingen et samspill der begge parter er aktive i et samarbeid som skal hjelpe klienten videre i egen endringsprosess.

#### **3.1.1 Samarbeid**

Eide, m.fl. (2003) hevder at i møtet mellom ”jeg og du” finnes kilden til utvikling av identitet og medmenneskelighet. Det som skjer mellom ”jeg og du” er basert på gjensidighet, og en kan beskrive det som et vågestykke da en investerer seg selv i dette. En kan ikke møte den andre uten selv å være deltakende og medværende. Vi våger å møte den andre fordi vi har tillit til at vi blir tatt imot på en god måte. Når den andre viser tillit tilbake, kan relasjonen utdypes. I møtet med den andre opplever en bekreftelse av ens potensial og utviklingsmuligheter. Møtet kan gi muligheter til en skapelsesprosess eller endring, og menneskene får frem kvaliteter og muligheter hos hverandre. ”Jeg-du”-forholdet er en forutsetning for alle relasjoner. En favner om hele mennesket, og forholder seg til den andre på en måte som anerkjenner dens annerledeshet og forskjeller fra en selv.

Forfatterne sier videre at sentrale begreper i samarbeidet er ansvar, respekt, åpenhet og tillit. Ansvar og etikk brukes ofte om hverandre. Som mennesker er vi viklet inn i hverandres liv, og har derfor ansvar for hverandre. Ansvar er utgangspunkt og forutsetning for samspill. Respekt handler ikke bare om aksept, men også å kunne bekrefte menneskets unikhet. Å se og høre den andre. Graden av åpenhet er ofte indikator på en relasjons kvalitet. Å være åpen i forhold til et tema vil si å ta den andre på alvor. Å vise tillit innebærer at en gir noe av seg selv eller at en i møtet med andre investerer noe av personlig art. Å vise tillit har en viss risiko knyttet til seg, det gjør oss sårbare. En har et ansvar for å ivareta det som blir utlevert til oss i tillit. Et tillitsforhold gjør at en i større eller mindre grad slipper kontrollen og viser sin sårbarhet overfor andre. Dette kan gi en følelse av gjensidighet i forhold til utlevering og ivaretagelse.

### **3.1.2 Allianse**

Duncan, m.fl. (2004) hevder at allianse vektlegger et partnerskap mellom klienten og terapeuten for å oppnå klientens mål. Undersøkelser har gjentatte ganger vist at en positiv allianse er en av de beste forutsetninger for et godt resultat. Kvaliteten på klientens deltakelse i terapien står frem som den viktigste faktoren for resultatet. I følge Ulvestad, m.fl. (2007) kan en vellykket allianse illustreres gjennom en krakk med 3 ben, der klientens endringsteori er setet på krakken og som holder bena sammen. Det ene benet representerer metoder og tilnærminger som benyttes. Alle profesjonelle hjelpere skal ha kunnskap om metoder som kan være effektive for den enkelte klient, og hvordan metodene brukes. Behandleren skal lytte til hva klienten har tro på, for så å se på de alternativer behandleren mestrer. Videre sier de at det andre benet på krakken representerer enighet om målet og hensikten med behandlingen. En skifter her fokus fra årsak til løsning, fra vanskeligheter til muligheter. Det tredje benet på krakken er relasjon til behandler. Det dreier seg her om opplevelse av respekt, å bli hørt, forstått og bekreftet, og at en opplever en genuin interesse og engasjement fra terapeutens side. Terapeuten bør unngå å la sin forforståelse og teoretisk referanseramme styre forståelsen av klientens historie.

## **3.2 Mestring**

I følge Snoek og Engedal (2000) retter teorier om mestring seg mot helse, og er opptatt av prosesser som skaper sunnhet og hvilke faktorer som gjør at menneskene er skikket til å møte de utfordringer livet gir.

Mestringstro er i følge Martinsen (2004) troen på at en har de nødvendige ferdigheter til at en skal kunne utføre en oppgave og oppnå ønskelig utfall. Grad av egen mestringstro er avgjørende for valg av atferd, mål, utholdenhet, motivasjon, anstrengelse, forventinger til resultatet og hvordan man reagerer følelsesmessig. Det er av stor betydning for utfallet om en person har tro på egne evne til å kontrollere en belastende situasjon og evne til å regulere sin reaksjon i situasjonen.

For å oppnå bedre psykisk helse sier Ulvestad, m.fl. (2007) at forskning har vist at å gjenkjenne sykdomsfremkallende og mestringsfremmende prosesser i sitt liv, er viktige byggesteiner for klientene. I stedet for at terapeuten vektlegger det en selv mener er best for klienten, har det vist seg at fleksibilitet og sensitivitet i det terapeutiske arbeidet gir bedre resultat. Den ikke-vitende posisjonen er et sentralt element i løsningsfokusert arbeid. Det skal hjelpe terapeuten å la klienten være ekspert i eget liv, samt fremme mestringsfølelsen til klienten. Dette innebærer at terapeuten må anerkjenne klientens kunnskap. Jensen (2009) hevder at en ved å etterspørre mestringshistorier, ressurser og drømmer for fremtiden vil kunne skape nye, aktuelle historier. En bør forsøke å holde blikket på fremtiden, og de eventuelle muligheter som skjuler seg der.

### **3.2.1 Motivasjon**

Mueser, m.fl. (2006) hevder at det er viktig å fokusere på motivasjonsbasert behandling. Om klienten ennå ikke er motivert for å endre sin rusmisbruksatferd vil dette kunne gi en ineffektiv behandling. Ved manglende motivasjon til å jobbe med sitt rusproblem, kan fortsatt misbruk utgjøre en trussel mot den fysiske og psykiske helsen. Når en reduserer noen av de skadelige virkninger av et rusmisbruk, er en med på å beskytte pasienten mot konsekvensene av misbruket, i tillegg til at det etableres en god allianse som kan være med på å hjelpe klienten til å innse de negative virkningene av rusmisbruket. Dette kan være med på å utvikle motivasjon til å ta tak i problemet. For å oppnå en mest mulig effektiv behandling, må intervensjonene tilpasses klientens egen motivasjon.

### **3.2.2 Endring**

Ulvestad, m.fl. (2007) sier at det ikke alltid er lett å få øye på klientens endringsteori. Ofte så vil klienten gi terapeuten den informasjonen de tror er forventet, og som kan rettferdiggjøre at de søker hjelp. For å skape endringsfokus er det i følge Duncan, m.fl. (2004,) viktig at terapeuten lytter til klientens historie og godtar forandringer, når som helst og uansett grunnen til at de dukker opp. Det er av betydning at terapeuten har tro på at klienten vil kunne endre seg og legger til rette for at endring skal kunne finne sted. Dette kan gjøres ved å skape nye eller forskjellige perspektiv, ny oppførsel og bruke sine erfaringer til å danne nye narrative eller fortellinger. Av spesiell interesse er hva klienten har gjort eller gjør for å skape eller dra fordel av endringer, og hvilken mening klienten legger i dette.

### **3.3 Systemteori**

Jensen (2009) sier at sosialkonstruksjonismen dreier seg om at vår virkelighet er sosialt konstruert. Det finnes ingen virkelighet utenfor språket, og språket blir til i samspill mellom mennesker. I følge Haugsgjerd, m.fl. (2009) er det systemiske perspektiv sterkt inspirert av konstruktivistisk filosofi. De systemene som blir observert settes i fokus og forståelse av verden er et produkt av ens egne tankemessige konstruksjoner. Det hermeneutiske utgangspunktet ble virkelig anerkjent blant familierapeuter fra midten av 1980-tallet. Hermeneutikk betyr læren om fortolkning og vektlegger at mennesket er et språklig vesen. Menneskene har en mening og intensjon med sine handlinger og disse handlingene sees på som indrestyrt. Hermeneutikken fokuserer på sammenhengen mellom forståelse og tolkning og mellom handling og mening. En hermeneutiker inngår i et deltakende forhold til andre mennesker.

#### **3.3.1 Andreordens kybernetikk**

I følge Jensen (2009) var det innen førsteordenskybernetikk tenkt at terapeuten kunne ha en plass utenfor systemet, at det var mulig å gjøre observasjoner uavhengig. Terapeuten kunne få en forståelse og sette i verk intervensjoner som ikke involverte terapeuten. Andreordens kybernetikk fikk sitt gjennombrudd i familierapien i begynnelsen av 1980-årene. ”Det observerende system” er det sentrale begrepet her. I den systemiske forståelsen dreier det seg om sirkularitet og helhet, og hjelperen er en interagerende og levende del av helheten. Det er svært vanskelig å innta en objektiv og nøytral rolle. Videre sier forfatteren at et system defineres som et sett enheter eller komponenter som interagerer med hverandre. Denne interaksjonen finner sted innenfor visse rammer som filtrerer typen og mengden av input og output. Aktører som deltar i et samspill er gjensidig avhengig av hverandre og påvirkning på en deltaker i samspillet vil få konsekvenser for alle deltakerne.

Haugsgjerd, m.fl.(2009) hevder at de viktigste kriterier for å kunne avgrense et system er at komponentene i systemet interagerer med hverandre på en måte som er forskjellig fra interaksjon med komponenter utenfor enheten, samt at denne interaksjonen varer over tid. Det systemiske perspektivet handler om å forstå det som skjer som uttrykk for kommunikasjon mellom mennesker eller mellom et menneske og den situasjonen det befinner seg i. Sentralt i systemteorien er tilbakemeldinger, ofte kalt feedback. Dette vil si at systemet får tilbakemelding på hvordan det fungerer i forhold til omgivelsene. Disse tilbakemeldingene påvirker systemets handlinger innad og utad. Der er positiv og negativ feedback. Positiv feedback fører til at forandring i et system forsterkes, mens negativ feedback sikrer at et system ikke forandrer seg, men fortsetter som før.

#### **3.3.2 Narrativ teori**

Jensen (2009) hevder at narrativ betyr ”fortellende”, eller ”handlingsforløpet i en fortelling”. Narrativer er både personlige historier, men også en del av kulturen. Personlige historier er kulturelt konstruert og i vestlig kultur er ofte våre personlige historier forklaringsramme for livet vårt. Narrativ teori tar for seg en fortellings struktur og innhold. Den fremstår som selvfortellinger og handler om forholdet mellom bevisstheten og handlingene.

Videre sier forfatteren at Tom Andersen er en sentral person innen det narrative perspektivet. Han var opptatt av vår forforståelse, våre antakelser om hva et menneske er, og hentet inn ord som kan forbindes med dagliglivet og mellommenneskelige forhold. Han utviklet det reflekterende team, som hadde som mål å gjøre forholdet mellom profesjonelle og klienten så likeverdig som mulig. I reflekterende prosesser legges vekten på å veksle mellom å lytte og tale. I en samtale mellom to eller flere parter foregår det både en ytre og en indre samtale. I den ytre samtalen hører deltakerne hverandres stemmer og den indre samtalen har deltakerne med seg selv, som tanker og refleksjoner. Reflekterende prosesser gjør det mulig for den indre samtalen å få større plass. Spørsmålene står i fokus og han tilstreber en ”både – og”-form. Andersen snakket om det problemskapede system. Med dette mente han at når et problem oppstår, vil dette få oppmerksomhet fra mange mennesker og de vil danne seg en mening om hvordan problemet kan forstås og løses.

I følge Haugsgjerd, m.fl. (2009) får terapeuten kunnskap om individet ved at individene forteller sine historier, om sine drømmer og motiver. Dette er også en type maktutøvelse, der det blir en slags ensretting av individene. Kunnskap og makt forutsetter hverandre. White og Epston hevder i følge forfatterne at problemene befinner seg utenfor mennesket, ikke inni. Det er derfor mulig å kjempe mot problemene og lykkes. Det er aldri personen som er problemet, men derimot problemet som er problemet.

Mueser, m.fl. (2006) hevder at familien spiller en spesielt viktig rolle for klienter med to eller flere diagnoser. Støtte fra familien kan være med på å lindre noe av stresset for disse klientene. For å sikre deres engasjement og støtte, men også for å oppnå bedring av lidelsene, er det av stor betydning å jobbe med klientens familie. Mellom 25-50% av klientene bor sammen med familie, og familien hjelper klienten med å stille en rekke behov. Klienter som har et anstrengt familieforhold er mer tilbøyelig for tilbakefall eller innleggelse. Familiene til disse klientene har vist stor interesse for å få informasjon og en større forståelse for lidelsene. Økt kunnskap om ruslidelsen og den psykiske lidelsen kan hjelpe familien til å se hvordan disse to påvirker hverandre, følge med i sykdomsutviklingen og å kunne sette i verk tiltak for å kunne ta tak i problemer når de dukker opp.

### **3.3.3 Systemisk intervjumetodikk**

I følge Tomm (1987) er den terapeutiske samtalen organisert av behovet for å lette mental smerte og lidelse og å oppnå tilheling. Den oppstår mellom terapeut og klient som en gjensidig enighet om at terapeuten vil bidra til å oppnå en konstruktiv forandring i de problematiske erfaringer og atferd hos klienten. I løpet av en samtale som har som hensikt å være tilhelende, bruker terapeuten både spørsmål og konstateringer. Spørsmål kaller frem meninger, posisjoner og problem, altså ber om svar. Konstateringer bekrefter dem. Forfatteren presenterer fire hovedtyper spørsmål innen det systemiske perspektivet. Jeg vil her gi en kort beskrivelse av disse fire.

*Lineære spørsmål* er brukt for å orientere terapeuten om klientens situasjon, der terapeuten er som en detektiv som skal avdekke et komplekst mysterium. Vanlige spørsmålsformer her er hvem, hva, hvor og hvorfor. Det er ofte nødvendig å begynne intervjuet med noen slike spørsmål for å ta del i medlemmenes typiske lineære synspunkt på deres problematiske situasjon. Det gjøres en innsats for at opprinnelsen for problemet blir klargjort.

*Sirkulære spørsmål* er også spurt for å orientere terapeuten om klientens situasjon, men er basert på sirkulære antagelser om mentale fenomener. Disse spørsmålene er utforskende, og ment for å finne nye oppdagelser. Spørsmålene er formulert for å få frem mønster som knytter sammen personer, objekt, handlinger, tanker, ideer, følelser, hendelser, tro, kontekst, osv. Disse spørsmålene er mer nøytrale og aksepterende, og søker å avdekke sirkulære mønster som knytter seg til persepsjon og hendelser. De oppleves mindre dømmende og er karakterisert av en generell nyskjerrighet om den mulige sammenhengen mellom hendelser som inkluderer problemet, og ikke et behov for å vite opprinnelsen for problemet. Spørsmålene kan arte seg som forskjellsspørsmål og kontekstuelle spørsmål.

*Strategiske spørsmål* brukes for å påvirke klienten eller familien på en spesiell måte. De er basert på lineære antakelser om den terapeutiske prosess. Hensikten med disse spørsmålene er å korrigere, og terapeuten oppfører seg som en lærer, instruktør eller dommer som forteller familien hvordan de bør og ikke bør oppføre seg. Terapeuten konkluderer med at noe er galt, og forsøker å forandre familien gjennom strategiske spørsmål.

*Refleksive spørsmål* har som hensikt å påvirke klienten eller familien på en indirekte måte, og er basert på sirkulære antakelser om prosesser som finner sted i det terapeutiske system. En går ut fra at medlemmene er autonome individ, og kan ikke bli direkte instruert. Terapeuten fremtrer som en coach eller guide som oppmuntrer familiemedlemmene til å mobilisere deres egne problemløsende ressurser. Tanken er at terapeuten trigger refleksiv aktivitet i familiens allerede eksisterende tankemønster. Disse spørsmålene er mer nøytrale enn strategiske spørsmål da de er mer respektfulle overfor familiens autonomi.

## **4.0 Empiri**

Jeg har så godt som mulig forsøkt å ivareta klientens anonymitet. Dette har jeg gjort ved å endre navn og familiære forhold, samt noe av hennes bakgrunn og sykdomshistorie.

Jeg traff Anne for første gang på utredningsavdelingen ved en rusinstitusjon. Hun hadde de fem siste årene fått et stort alkoholproblem og samtidig vært plaget av moderat depresjon. Hun var arbeidsløs og hadde lite sosialt nettverk. Vi fikk god kontakt, samtidig som jeg opplevde at Anne ga lite av seg selv. Hun tok del i de oppgaver som var krevd av henne, men holdt seg ellers på rommet. Anne kom med tydelige krav om hva hun forventet av oss som behandlere, men var selv ikke særlig villig til å delta aktivt. Hun opplevdes også devaluerende overfor enkelte i personalgruppen.

Anne ble etter kort tid vurdert som for dårlig psykisk til å ha utbytte av oppholdet ved rusinstitusjonen og ble overflyttet til psykiatrisk avdeling for behandling av sin depresjon. Her treffer jeg henne igjen. Hun sliter med sin ambivalens og sitt sug etter alkohol. I det ene øyeblikket er hun motivert for behandling, for så true med å skrive seg ut for å ruse seg. Vi får igjen god kontakt og det blir bestemt at jeg skal følge henne opp mens hun er innlagt i psykiatrisk avdeling.

## 5.0 Diskusjon

I diskusjonen min har jeg valgt å presenter tre konkrete situasjoner i samtalene med Anne og hennes familie. Jeg vil så diskutere muligheter og eventuelle begrensinger. Hva kunne jeg alternativt ha spurt om? Kan vi finne frem til alternative historier?

### Første møte

*Jeg oppsøker Anne på hennes rom der hun har trukket seg tilbake. I samtale kommer det frem at hun har vansker med å se meningen med livet, og har ikke tro på at hun skal komme seg ut av "den onde sirkelen" som hun kaller det. Det oppleves at Anne bagatelliserer sitt rusproblem, og at hun vektlegger depresjonen som hovedårsaken til problemene. Det oppleves også at hun stadig leter etter konkrete/håndfaste løsninger på sine plager. Eks. medisinerer eller ECT-behandling. Jeg lurte på om det er ting i livet hennes som tidligere har betydd mye for henne, eller som hun føler hun mestrer godt. Anne forteller at hun alltid har likt å være fysisk aktiv og at hun tidligere var en habil håndballspiller. Hun forteller videre at begge barna spiller håndball og at hun selv har vært aktiv rundt lagene, men mindre og mindre de siste 2-3 årene.*

*Anne forteller at hennes forhold til ektemannen og barna har blitt stadig mer anstrengt. Ektemannen er frustrert og fortvilet over situasjonen og de krangler mye. Hun forteller at ektemannen gjentatte ganger har forsøkt å ta opp problemet med henne, men at hun bare vil være i fred, at hun trenger tid for seg selv. Anne er redd for at ekteskapet vil ryke, og dette gjør henne mer fortvilet. Hun føler at barna trekker seg unna henne og at situasjonen hjemme nå har gått utover skolearbeidet deres. "Hele familien har kjørt seg i stå," utbryter hun fortvilet. "Kan det være en ide å invitere din mann og dine barn til samtaler sammen med deg?" undrer jeg meg. Anne får et lettere drag over ansiktet og spør; "Går det an da?" Jeg forklarer Anne at familien er en del av henne og omvendt, og at de sammen kanskje kan hjelpe hverandre på veien mot bedring. Til tross for at Anne har vansker med å ta beslutninger og gjennomføre disse, blir vi enige om at hun neste morgen kontakter familien og avtaler tid for første møte. Jeg undrer meg om det er noen andre hun har nære relasjoner til som det er naturlig å invitere til møtet, men Anne ønsker ikke å involvere flere personer. Vi avslutter her samtalen.*

I følge Meuser m.fl. (2006) kan en ved å drive integrert behandling, der begge lidelser behandles samtidig, unngå at den ene diagnosen blir sett på som den "primære". Behandling av begge samtidig kan gi økt følelse av mestring og motivasjon da klienten merker bedring av sin tilstand. I dette tilfellet kan integrert behandling være vanskelig å få til. Anne er innlagt i psykiatrisk avdeling og det kan se ut til at det ikke er noe organisert samarbeid. For å opprettholde følelsen av mestring og kontinuitet er det viktig at Anne får en følelse av at begge hennes diagnoser tas på alvor og vil bli behandlet. Som teorien viser så er pasienter med depresjon og alkoholavhengighet ofte "friske" om en tar bort rusmisbruket. Det kan være en mulighet å invitere behandler fra rusinstitusjonen til avdelingen for å ivareta en kontinuitet og en forsikring til Anne om at hun vil få hjelp også for sitt rusproblem. Anne har startet opp en utredning ved en rusinstitusjon og vil bli overført tilbake dit når hennes depresjon er under kontroll. En ulempe kan være at Anne må gjenta hele sin historie på nytt til behandlerne der, samt danne nye relasjoner og allianser til personalet ved rusinstitusjonen. Dette kan gi en følelse av å stå i stampe, at en bare må gjenta seg selv og ikke kommer noen vei.

Som helsearbeider trenger en å være bevisst på at en ikke kan fjerne et problem, men en kan være med på å redusere graden av lidelse, og hjelpe klienten til bedre mestring av en vanskelig livssituasjon. Ved å forsøke å gi Anne kontroll over viktige forhold i livet sitt, vil dette kunne være med på å øke myndigheten og mestringen av situasjonen. Mueser, m.fl. (2009) sier at familien er spesielt viktig for klienter med rusavhengighet og psykiske vansker. Ved å trekke inn familien i terapirommet vil Anne kunne føle at hun ikke er alene om å ta fatt på veien mot bedring. Å ha noen å dele dette med, som kjenner henne godt, kan være med på å lette byrden og øke følelsen av mestring. Familiemedlemmer kan også være viktige i beslutningsprosessen. De fungerer ofte som omsorgspersoner for klienten, og kan være bidragsytere for å redusere negativt stress. Det kan derfor være viktig at de får delta i beslutningsprosessen. Kanskje kan familien sammen med helsearbeider vise at gevinsten for forandring er større enn gevinsten ved å fortsette som før?

### Andre møte

*Vårt andre møte fant sted på et møterom i avdelingen. Jeg var meget spent, da jeg gjennom samtaler med Anne hadde fått en forforståelse av hvem hennes familiemedlemmer var og hvordan deres relasjon til hverandre var. Det var en noe "knyttet" stemning i rommet, og av deres kroppsspråk leste jeg at de i grunn ikke ønsket å være tilstede. Anne kom raskt i en slags forsvarsposisjon, og jeg tenkte at det var hennes overlevelsesinstinkt som slo inn. Vi presenterte oss for hverandre og ble enige om regler for møtet og avtalte hvor lenge vi skulle holde på. Jeg forklarte min rolle og at jeg var en del av gruppen. Jeg kjente på følelsen av en skepsis fra familiens side overfor meg, og håpet at vi etter hvert kunne få en fin allianse som kunne være utgangspunkt for fruktbare møter. Det var noe tungt å komme i gang, men etter en stund tar eldste datter ordet og sier hun er sint og har vansker med å oppholde seg hjemme pga all kranglingen mellom foreldrene. Yngste datter nikker, og er tydelig enig. Jeg undrer meg høyt over hvorfor hun tror det er krangling hjemme, og hun svarer; "det er fordi mamma drikker!" Jeg ser at Anne sliter med å høre på dette, og hun utbryter; "Jeg drikker fordi jeg blir så nedstemt av at pappa ikke kan la meg få tid for meg selv! Det er det jeg trenger!" Far – som har sittet og lyttet til samtalen med hendene foldet over brystkassen, retter seg opp i stolen og sier; "Men Anne – vi trenger å prate sammen! Jeg føler meg så frustrert over at du bare trekker deg tilbake for seg selv, og ikke vil snakke om våre problem. Etter at du mistet jobben har vi fått en veldig anstrengt økonomi, og det hjelper ikke akkurat at du bruker så mye penger på alkohol. Det er mange ting vi trenger å snakke om!" Jeg opplever at Anne føler seg angrepet og maktesløs. Jeg spør Anne; "Hvordan ser du for deg at ting kunne ha vært? Er det noe du vil ha forandret med situasjonen slik den er i dag?" Anne; "Jeg skulle helst vært fri for både alkohol og depresjon, og jeg ønsker at jeg hadde vært flinkere til å snakke om følelsene mine, men jeg greier ikke se for meg at det kan bli slik!" Jeg undrer meg høyt; "Sett at du våknet opp i morgen – og ditt rusproblem og depresjon var borte, hvordan hadde det vært?" Jeg observerer at både Anne og resten av familien blir tankefull. Det er lenge stilt i rommet og jeg lar spørsmålet henge i luften.*

Som teorien viser er det å ha en god allianse med medlemmene i systemet av stor betydning for å oppnå klientens mål. Å jobbe med flere sammen i ei gruppe kan skape utfordringer for helsearbeideren da allianse må bygges med alle i systemet. Som helsearbeider er det viktig at en følger nøye med på den alliansen som er dannet med medlemmene, og også vurderer kvaliteten på denne med jevne mellomrom. Mangelen på allianse, at klienten ikke føler seg forstått eller respektert, kan gjøre at hun føler seg ennå mer sårbar og alene og at opplevelsen av mestring ikke er tilstede.



Som beskrevet under punkt 3.1.2. kan en vellykket allianse illustreres gjennom en krakk med tre bein. En kan her se på Annes kunnskap og endringsstrategi som setet på krakken. Å la familien delta er av betydning da de sitter inne med kunnskap om Anne, og kan være en ressurs både for henne og for helsearbeideren. Ved å trekke familien inn tidlig vil en kunne oppnå en kontinuitet og forutsigbarhet for klienten. All den informasjon som blir gitt går ut til flere, noe som kan redusere sjansen for at beskjeder og informasjon forsvinner på veien. Ved å inkludere familien vil en også kunne få en mer nyansert forståelse av situasjonen. På den annen side kan en slik familiesetting føre til at familiemedlemmene kommer med emosjonelt ladede konfrontasjoner, noe som kan ha skadelig virkning. Det vil kunne true Annes følelse av mestring og motivasjon og føre til sosial tilbaketrekning. Som helsearbeider og medlem av gruppen blir det en utfordring å være observant for en slik utvikling i samtalen, og kunne regulere eller hindre dette.

Klienten vil kunne ha behov for å lære seg å kjenne igjen symptomer på sine lidelser. Hva er normalt å kjenne på? Hva har andre i lignende situasjon erfart? Dette kan gi en beroligende effekt da klienten skjønner at hun ikke er alene om dette, at andre har vært i lignende situasjoner og kommet seg gjennom det. Dette kan gi henne en følelse av kontroll over situasjonen, og dermed mestring. Om denne informasjonen også kommer ut til familien, vil de kunne gjenkjenne symptomer og hjelpe klienten gjennom situasjonen. Men kanskje er det ikke alt pasienten ønsker å snakke om med familien tilstede, og da spesielt barna. Kan det gjøre situasjonen verre om familien får vite alt? Som teorien viser vil en ved brukermedvirkning gi klienten mulighet til å ta kontroll over situasjonen og muligheten for å ta egne valg. Økt myndighet vil kunne gi klienten økt følelse av mestring. Jeg mener at grunnlaget for å hjelpe pasienten til indre motivasjon, nettopp kommer gjennom mestringsfølelsen. Men har klienten problemer med å uttrykke sine ønsker, eller sliter med ambivalens vil hun kanskje føle seg presset til å ta beslutninger hun vil få vansker med å forholde seg til senere.

Som Ulvestad m.fl. (2007) er inne på er det ikke sikkert det alltid er lett å få øye på klientens endringsteori. Muligheten for at klienten gir helsearbeideren det hun tror terapeuten forventer er alltid til stede. Dette kan gjøre at hun fokuserer på sykdom, problemer og manglende mestring, eller at hun legger skylden på andre for sine problemer. Det blir derfor viktig for helsearbeideren å spørre frem andre historier eller annen informasjon enn det klienten i utgangspunktet presenterer.

Faren for at Anne ser på meg som en maktperson er tilstede. Jeg trenger å være tydelig på min rolle, ikke fremstå som bedrevitende ekspert, men være ydmyk, nysgjerrig og genuint interessert i klientens ve og vel. Ved å innta en slik rolle kan forholdene ligge til rette for at Anne kan føle en viss grad av mestring. Hun er ekspert i eget liv. Dersom ikke dette bestrebes, vil setet på krakken, illustrert i punkt 3.2.1, kunne slå sprekker. Som helsearbeider bør en samtidig være tydelig på sin rolle, slik at en skaper trygge og forutsigbare rammer for samarbeidet. Deltakerne i systemet kan ikke få "ture" frem, en bør være den styrende, men med varsom hånd. Dette vil kunne kreve mye av deg som helsearbeider, det kan være viktig at en våger å gi av seg selv, å være ekte. Dette kan gjøre at klienten får en følelse av å bety noe, å utgjøre en forskjell, noe som igjen vil kunne øke mestringsnivået.

Som beskrevet i teorien kan den utløsende faktor for depresjon være knyttet til begivenheter i livet. Hos Anne er det muligheter for at dette kan ha vært da hun ble arbeidsledig, og mistet sin identitet som arbeidstaker i et felleskap. Alkoholen ble hennes

nye følgesvenn, og problemene ble bare større. Ved å legge frem dette er jeg klar over at jeg skaper en hypotese, og befinner meg i førsteordens posisjon. Jeg undrer meg over om det kanskje til tider er behov for å veksle mellom første og andreordens tenkning? Kanskje trenger systemet noen som er ”ekspert” innimellom? En kan ikke dirigere systemet til å finne en vei, men en kan komme med ideer som kan hjelpe familien å skape en ny fortelling. Å finne tilbake til eller aktivisere en tidligere historie som har blitt borte for familien, kan hjelpe Anne å se at hun har klart dette tidligere og kanskje kan skape et håp om at denne historien kan gjenopprettes. På den annen side kan dette målet oppleves uoppnåelig for Anne på det nåværende tidspunkt, og kan gi en følelse av å være mislykket og udugelig.

Som helsearbeider er det viktig at en erkjenner at det bare er klienten selv som kan endre seg. En behøver å være bevisst sitt ansvar og hva som er klientens ansvar i møtet. Det blir ens oppgave å hjelpe klienten til å bli kjent med hennes muligheter og begrensinger. Som helsearbeider trenger en å være bevisst på at det kan være klientens russtemme som har overtaket, ikke se på henne som umotivert og manipulerende. Det kan være utfordrende å ta klienten på alvor når hennes russtemme dominerer. Ved å lytte til de ulike stemmene og behovet til klienten kan dette muligens bidra til at klienten finner frem til hvem hun er uten alkoholen.

Det er viktig at helsearbeider forsøker å være seg bevisst hva klienten ønsker, er undrende i samtalen og ikke presser henne. Om en får følelsen av ikke å ha noe en skulle sagt i relasjon med hjelperen vil en kunne føle seg umyndiggjort og oppleve at en ikke mestrer situasjonen.

### Tredje møte

*Samtalen er godt i gang, og jeg undrer meg hva som har vært av betydning for Anne og hennes familie, når har familien hatt det fint sammen. Hvilke interesser har Anne og hennes familie utenfor problemene. Anne forteller at hele familien er glad i å gå i fjellet. En av døtrene bryter ivrig inn i samtalen og forteller at hun synes det var veldig moro da Anne tok del i jentenes håndballtrening. I løpet av samtalen kommer det frem at Anne tidligere har vært en habil håndballspiller og at hun har prøvd seg som trener for døtrene. Jeg ser her muligheten for å skape en ny fortelling for familien, eller egentlig aktivisere en tidligere historie som ser ut til å ha blitt borte. Hvilke muligheter har de for at det skal kunne bli slik som det har vært? Ektemannen, som i dette møtet har et mer åpent kroppsspråk, sier med stolthet i stemmen; ”Anne var veldig flink med ungdommen da hun var trener. De hørte på det hun hadde og si, og respekterte henne!” Det er tydelig at Anne setter pris på det ektemannen sier.*

Som beskrevet under narrativ teori legges det vekt på å veksle mellom å lytte og tale. Ved at deltakerne i systemet skifter mellom å lytte og snakke, kan dette gjøre at en får mulighet til å uttrykke, dele og drøfte sine tenkte tanker og refleksjoner. Når en skal lytte og ikke snakke, vil dette kunne føre til at en lytter på en annen måte. De andres tanker og refleksjoner kommer i fokus. Ved at klienten føler at helsearbeider og de andre deltakerne virkelig lytter til henne, kan hun føle at det hun har å si er betydningsfullt for deltakerne, og at hun er av betydning for dem. Dette mener jeg vil kunne gi en følelse av å mestre situasjonen. Ved at en virkelig lytter til det den andre sier kan dette endre det en selv tenker om en sak. En kan få et mer nyansert syn på saken.

I følge Helsedirektoratet er det overordnede målet med brukermedvirkning at klienten skal ha innflytelse på sin behandling. Ved å bruke refleksive og sirkulære spørsmål i samtalen kan klienten få en følelse av kontroll, og at hennes meninger vektlegges. Helsearbeideren er en ikke-ekspert, og legger opp til at klienten selv og hennes familie skal komme med innspill, og finne frem til glemte historier eller nye fortellinger. ”Hva mener du har vært av betydning tidligere? Og hva mener du kan være av betydning nå?” Om familiemedlemmene er uenige om hva som er de rette valg å ta, vil dette kanskje kunne gi helsearbeideren en stor utfordring ved å legge frem spørsmål på en måte som kanskje kan stimulere til enighet. Ved å bruke lineære og strategiske spørsmål kan klienten få en følelse av at det er helsearbeideren som sitter inne med alle svarene, og at hun og familien ikke har den grad av innflytelse over situasjonen. Ved å spørre klienten om hva viktige andre personer mener om situasjonen kan en utfordre klientens syn uten at en som helsearbeider legger frem sin egen vurdering. Dette kan gjøre at en unngår at klienten ser på terapeuten som en opponent eller motstander.

Metaforen om at klienten har en ”russtemme” kan hjelpe terapeuten til å se at denne stemmen har overtaket, istedenfor at klienten oppfattes som umotivert og manipulerende. Ved at terapeuten ivaretar de ulike behovene og stemmene til klienten gir dette vedkommende større mulighet for å finne og utvikle hvem han eller hun er uten rusen. På den annen side mener jeg at Anne ikke kan finne sin egen stemme uten aktive og åpne spørsmål fra meg som helsearbeider. Når Annes egen stemme får mer plass, vil dette kunne gi mer rom for motivasjon og derigjennom endring. Dette vil kunne åpne opp for aktiv deltakelse i egen behandling.

Som det kommer frem av tredje møtet har Anne tidligere vært aktiv håndballspiller og ivrig turgåer. Gjennom å stille refleksive spørsmål vil en muligens kunne aktivisere denne gamle fortellingen. Kanskje kan fysisk aktivitet bli et slags fristed og rekreasjonskilde for henne. Under trening kan en tenke annerledes og kanskje se sin situasjon fra andre vinkler. Dette vil kanskje kunne brukes både i behandlingen og senere som forebyggende tiltak. Men under oppholdet ved psykiatrisk avdelingen kan det være en utfordring å følge opp aktivitetene til klienten fordi en er avhengig av følge av personalet eller at dagsplanen i avdelingen ikke gjør det mulig. Dette kan hindre Anne i å kunne ta spontane turer ut, når hun kanskje føler hun trenger det mest, og føre til redusert motivasjon og mestringsfølelse, da hun ikke er herre over egen tid.

Når en helsearbeider benytter seg av spørsmål i samtalen, stimuleres klienten og gruppelemmene til å tenke gjennom problemene sine på egenhånd. Ved å gi klientens stemme avgjørende vekt vil en kunne forsterke hennes autonomi, og gi en større følelse av mestring når forandring inntreffer. De gjør seg ikke bare avhengig av helsearbeiderens kunnskap. Gjennom de spørsmål som stilles kan klienten opparbeide seg en tillitt til helsearbeideren, dette gjennom at helsearbeideren anerkjenner klientens kunnskap og vektlegger dette i spørsmålene. ”Fortell om en gang da du følte at du mestret en hendelse”. ”Hva kan være forskjellen fra denne historien, og til en historie der du følte du *ikke* var herre over situasjonen?” Men ved bare å bruke spørsmål kan klienten få en følelse av at møtet er et forhør og dette kan gå utover tillit og allianse mellom partene. Det kan derfor være positivt for samarbeidet at en fra tid til annen kommer med konstateringer også. Som helsearbeider er det derfor viktig å kontinuerlig følge med på hvordan samtalen utarter seg. Ved å være sensitiv og fleksibel vil en kanskje kunne få bedre resultater enn for sterk vektlegging av hva en som helsearbeider mener er best for klienten.

I systemteorien presenterer Tomm fire forskjellige spørsmålstyper. Ved å bruke lineære spørsmål, som benyttes for å orientere helsearbeideren om klientens situasjon, vil en kunne avdekke Annes problem, men det stimuleres ikke til forandring. Spørsmål som; ”hvem er skyld i at det er mye krangling hjemme?” eller ”hva er årsaken til at du drikker?” kan oppleves som et forhør eller virke dømmende på medlemmene. Som helsearbeider kan det være nødvendig og noen ganger bruke slike spørsmål, men en bør da være meget oppmerksom på hvilken effekt de har på medlemmene.

Ved å benytte sirkulære spørsmål vil en som helsearbeider kunne være en slags detektiv på leting etter nye oppdagelser. Kontekstuelle spørsmål, som for eksempel; ”Beskriv en situasjon der du ikke følte deg deprimert”, eller ”fortell om en situasjon der du ikke følte trang til å drikke”, vil kunne stimulere Anne til å fortelle om mestringsopplevelser som viser andre sider ved henne. Dette vil kunne være med på å snu klientens negative tankesett og øyne håp om endring. Ved å lete etter unntakene kan en få klienten til å tenke nytt, og til å tenke at dette kan hun klare igjen. De sirkulære spørsmålene kan også benyttes for å kaste lys på de sirkulære mønstrene i familien. Som beskrevet i andre møtet krangler Anne og ektemannen mye, Anne fordi hun trenger mer tid for seg selv og ektemannen fordi Anne drikker og trekker seg vekk fra han. Ved å stille sirkulære spørsmål vil muligens både Anne og ektemannen kunne fjerne seg fra den lineære måten å se sin situasjon på og få en forståelse for den andres opplevelse.

Refleksive spørsmål vil kunne så tanken om forandring i Anne, uten at hun føler seg presset. Klienten og hennes familie vil selv kunne komme selv frem til det som blir diskutert. Ved å høre sin egen stemme høyt, vil det hele kunne føles mer virkelig og være en hjelp på veien mot kontroll over egen situasjon. Spørsmålene vil kunne gi Anne og hennes familie en åpning til å oppnå ny forståelse, nye perspektiv og nye muligheter. Det er viktig å holde blikket på fremtiden gjennom de spørsmål en stiller. ”Hvilke drømmer har du for fremtiden?” ”Hvilke drømmer har resten av familien?” Ved å benytte slike spørsmål vil en kanskje kunne komme forbi ”russtemmen” som i følge Ulvestad (2007) har som intensjon å skjule og opprettholde rusing. Ikke alle klienter vil føle seg komfortable med en slik måte å undre seg på. Kanskje ønsker de mer konkrete spørsmål, og konkrete svar, noen som tar mer styringen? Spørsmålene kan kanskje skape forvirring i situasjonen og det kan igjen gjøre at Anne føler manglende mestring.

De strategiske spørsmålene bruker en som helsearbeider der en vil forsøke å påvirke medlemmene til å tenke og gjøre som en som helsearbeider mener er sunnest eller riktigst for medlemmene. ”Hvorfor fortsetter du å drikke alkohol når du ser hvilken effekt det har på familien din?” Spørsmålene er konfronterende og kan på enkelte virke støtende. En fare ved å bruke strategiske spørsmål kan være at Anne føler seg skyldig eller skamfull over at hun utsetter familien sin for dette. Dette vil kunne gi henne en følelse av manglende mestring og motløshet.

Hvordan forstår familien spørsmålene som blir stilt? For helsearbeideren kan det være en utfordring om intensjonen med et spørsmål ikke stemmer med den effekten det har på klienten. Ved å gjenkjenne og akseptere gapet mellom disse vil det kunne åpne opp for helsearbeideren til å se andre alternativ og dette kan igjen komme klienten til gode. Som helsearbeider kan en bare håpe at familien tar til seg ideer, men dette kan en ikke vite på forhånd. En må våge å stille spørsmål og undre seg sammen med familien. Ved å unngå å bruke ord som ”må” eller ”skal” vil en fremtre som en ikke-ekspert og som en deltaker på lik linje med de andre i gruppen. Ved å uttale seg generelt kan en vekke tillitt og skape

gode relasjoner. Eksempel på dette kan være: ”Mange har opplevd at fysisk aktivitet hjelper, men vi må finne ut om det passer for deg.” Kanskje ønsker Anne å finne årsaken til sine problemer. En kan da understreke usikkerheten ved å si: ”det er ikke sikkert vi får vite hva problemene dine kommer av, men kanskje vi kan lete på internett eller i litteraturen?” Dette kan muligens stimulere familien til å gjøre noe sammen.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett at det systemiske perspektivet rommer veldig mye, og at det har bydd på store utfordringer å trekke ut det som er spesielt viktig for min problemstilling og oppgave. Jeg sitter igjen med en følelse at jeg bare har rørt i overflaten av perspektivet og at det også vises i oppgaven. Ved at jeg så gjerne har villet at perspektivet skal være det ideelle for Anne og hennes familie, har det vært vanskelig å skulle se begrensinger og utfordringer en kan støte på. Men jeg håper at jeg underveis i diskusjonen har kunnet vist noen kritiske synspunkter. Jeg ser nå at jeg også sikkert med fordel kunnet brukt mer dialog i diskusjonen. Videre i forløpet med Anne kan en ide være å trekke inn det reflekterende team.

Til slutt vil jeg bare nevne at jeg undrer meg over konsekvensen for Anne og familien dersom en ved rusinstitusjonen hadde lagt opp til integrert utredning og behandling, istedenfor å overflytte henne til psykisk helsevern.

## 6.0 Konklusjon

I oppgaven min har jeg gjennom bruk av systemisk teori og narrativ forsøkt å vise en mulig vei i retning bevegelse i en fastlåst situasjon. Det har vært viktig å la Anne og hennes familie kunne se muligheter, og fokus har lagt på å revitalisere alternative eller gamle positive historier eller ideer. Det viktigste her har i så måte vært å fokusere på Annes endringsteori, hennes egne ressurser og potensial. Hva er Annes egne bidrag? Som helsearbeider har hensikten vært å legge best mulig til rette for at hun igjen får anledning til å ta styring over eget liv på en positiv måte, uten rus og flukt. Mitt bidrag gjennom bruk av andreordens kybernetikk kan kanskje ha bidratt til å synliggjøre dette for Anne og hennes familie. Kanskje er de i stand til å ta til seg noen nye og noen gamle, men glemte, ideer som de kan bruke på en konstruktiv måte? Som helsearbeider er det viktig at en opptrer ydmyk, nysgjerrig og interessert i klientens situasjon. En blir en del av systemet og trenger å være seg bevisst at alle klienter er unike, med sin historie og sine problemer. Ved bruk av systemisk teori og narrativ mener jeg at en kan bidra til at klienten får arbeide seg gjennom problemene sine og løse dem sammen med sin familie. Selv om fokus har lagt på andreordens kybernetikk, har jeg i drøftingen tillatt meg å komme med hypoteser. Kan dette stimulere til at andre historier dukker opp?

Når det gjelder videre forskning på dobbeldiagnoseproblematikken kan det være av interesse å undersøke virkningen av integrert behandling og hvilke komponenter som er avgjørende der. Det kan også være av interesse å forske på hvilken behandlingsmetode som gir mest sjanse for å lykkes. Alle klienter er unike med sin historie og bakgrunn. Det kan da være av interesse å forske på individuelle forskjeller, som for eksempel kvinner versus menn, eller motiverte versus umotiverte klienter. Det hadde også vært interessant å se hva klientene selv mener er virksomme tilnæringsmåter for opplevelsen av mestring. Da både i den akutte fase, men også utover i det videre behandlingsforløpet. Bør familien være med på hele prosessen, eller bare deler av den? Hva har vært viktig for dem for å få det bedre?

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har det blitt vekket en interesse og nysgjerrighet i meg til å forske på egen arbeidsplass. Det hadde vært interessant å undersøke hvor mange av våre klienter som har to eller flere diagnoser, hvilke diagnoser dette er, og hva klientene selv mener er av betydning for deres mestringsfølelse og mulighet for bedring. Er der forskjeller på menn og kvinner, eller på hvilke diagnoser den enkelte har?

## Litteraturliste

Cullberg, J., (2003) 3.opplag. *Dynamisk psykiatri*, Tano Aschehoug.

Duncan, B., Miller, S.d., m.fl. (2004) *The Heroic Client – A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*, San Francisco: Jossey-Bass.

Eide, S.B., Grelland, H.H., m.fl. (2003) *Fordi vi er mennesker – en bok om samarbeidets etikk*, Bergen: Fagbokforlaget.

Flynn, P.M., Brown, B.S. (2008) *Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects*, Journal of Substance Abuse Treatment, USA: Elsevier.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., m.fl. (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet, IS-1948, (2011) *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser, ROP-lidelser*, Oslo.

Jensen, P. (2009) *Ansikt til ansikt – kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, E.W. (2004) *Kropp og sinn – fysisk aktivitet og psykisk helse*, Bergen: Fagbokforlaget.

Mueser, K., Noordsy, D.L., m.fl. (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*, Oslo: Universitetsforlaget.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2000) *Psykiatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*, Gjøvik: Akribe Forlag.

Tomm, K. (1987) *Interventive Interviewing – Intending to ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions*, Molde: Artikkelsamling -videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Ulvestad, A.K., Henriksen, A.K., m.fl. (2007) *Klienten – den glemte terapeut*, Oslo: Gyldendal Akademisk.