

# MELLOM ORDENE

*Betydning av emosjonell tilgjengelighet i en kunstalog holdning i  
Kunst- og uttrykksterapi*

Masteroppgave i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Høgskolen i Lillehammer

Marja Schriever

studentnr. 060208

Dato 25.04.10



*Resonansen og gjenkjennelse hva disse flyktningdommer står i, speilet seg i mine erfaringer og mitt maleri. Jeg kunne ikke komme meg frem – eller bakover, det var så vanskelig å få anerkjent min nederlandske bakgrunn i Norge. Integreringen i det norske samfunn har vært en utfordrende og en langvarig prosess.  
Marja Schriever (2010)*

# 1. Forord

Masteroppgaven har vært så vel en kreativ som en utfordrende prosess hvor jeg utforsket mulige problemstillinger i kompliserte mønstre som heter kommunikasjon. Det har vært et utfordrende prosjekt fordi jeg har strevd med å bruke et tydelig språk som knytter det kunstneriske til det psykologiske. Jeg har funnet lite litteratur og forskning som har knyttet emosjonell tilgjengeligheten til en kunstanalog holdning. Kreativ fordi jeg, etter flere dypdykk i materialet, så konturene på temaet som etter hvert kom til syne på "sine premisser".

Masterprosjektet har vært en lang reise. Jeg har sanket kunnskap og innsikt men også selve livet har innhentet meg underveis. Min livsreise har, mens jeg skrev, brakt et mangfold av erfaringer som har gitt pauser, beriket og påvirket resultatet. Disse erfaringer har påvirket mitt arbeid med masteroppgaven, det har gjort noe med min forforståelse og innsikt i temaet "emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning". Men jeg kan si at temaet er blitt en verdifull ledsager og jeg kjenner en dyp glede i å formidle noe som står hjerte mitt nært.

Det hadde ikke gått uten god støtte. Min veileder ved HIL, Inger Marie Bakke som har gitt meg god og konstruktiv tilbakemelding og hatt tillit til at dette går bra. Medstudente Ellen som har vært en støtte med entusiasme og faglig innsikt. Min mann Herbert som har vært tålmodighetens engel og støttet meg i gode og tunge dager og mine barn med sin interesse og lydhørhet. Videre har Friederike vært en viktig diskusjonspartner hvor jeg kunne lufte mange av mine tanker og diskutert temaet "det kunstanaloge". Anneke har vært der hele veien, lydhør, gjestfri og gitt meg et fellesskap som har betydd mye i prosessen. Takk!

## 2. Sammendrag

*Vi håper at det er språket som skiller oss fra nordmenn.*

All kommunikasjon baserer seg på et menneske – og verdisyn. For å kunne virkelig favne flyktingungdom i KUT betyr dette at terapeuter må være i stand til kritisk refleksjon over tradisjoner og holdninger som preger dette arbeidet. Da trenger hun å ha kunnskap – og erfaring om hva det vil si å være anerkjennende. Det krever både god oppdatering på fagområde og en god samarbeids – og relasjonskompetanse. Oppgaven er en komparativ studie hvor jeg har tematisert terapeutens relasjonskompetanse i to artikler. Tema som er drøftet heter ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning”. Fokus er anerkjennende kommunikasjon i møte med flyktingungdom i spesialist – og førstehelsetjeneste. I overbyggingen belyser jeg sentrale teoretiske forutsetninger, som anerkjennelse i artiklene bygger på.

Bekreftelse og tilhørighet er viktige forutsetninger for å kunne føle seg integrert og unngå marginalisering. Behovet for tilhørighet er grunnleggende menneskelig, som også den menneskelige skapende kraft grunnleggende for utviklingen. Dette gir et helsefremmende perspektiv hvor anerkjennelse for disse ungdommer er fremtredende. Både resiliens, salutogen tenkning og barneperspektiv bekrefter viktigheten av slik anerkjennelse. I forhold til de perspektiver har alle ungdommer mulighet til utvikling og det ser jeg som meningsfull og anvendelig i samarbeid med flyktingungdom.

Analysene i artiklene ble gjort på forskjellige arenaer i helsevesenet, i to vidt forskjellige kontekster. Begge analysene viser til en terapeutisk, kultursensitiv kompetanse som gjør det mulig å møte flyktingungdom, fra forskjellige kulturer, i sin opplevelsesverden. Disse belyser at KUT er en kontekstavhengig tilnærming som kan gjøre endring mulig, uavhengig av diagnose, helsetjenestenivå og kulturbakgrunn. Jeg kan ikke generalisere mine funn derfor er utvalget for lite men jeg vil med denne oppgaven synliggjøre mulighetene som ligger i KUT - tilnærmingen.

# Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Problemstilling .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2.1 Dialog og anerkjennelse i helse- sosialtjeneste.....	2
1.3 Formål og hensikt med oppgaven.....	4
1.4 Avgrensing av oppgaven .....	5
1.5 Oppbygning av oppgaven.....	6
2. Flyktingungdom i Norge .....	7
2.1 Psykisk helse og flyktingungdom.....	8
2.2 Helsetilbud i Norge.....	11
2.3 Marginalisering.....	12
2.4 Anerkjennende kommunikasjon som utgangspunkt for mestring.....	16
3. Forebyggingsperspektiv .....	18
3.1 Resilien og salutogenese .....	20
3.2 KUT-terapeutens i et resiliens og salutogenesetilnærming .....	22
3.3 Barneperspektiv .....	23
4. Teoretiske forankring, fortolkning og forståelse.....	25
4.1 Teoretisk forankring .....	25
4.2 Fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming .....	26
4.3 Betraktninger av den praktisk gjennomførte forskning .....	27
4.3.1 Belysning av metode .....	27
4.3.2 Perspektiver på analyseprosessen og fortolkninger i oppgaven .....	30
4.3.3 Beskrivelse erfaringer i arbeidsprosessen.....	31
5. Konklusjon .....	33
6. Litteraturliste .....	34

<b>1. Første artikkel</b> .....	39
1.1 Innledning.....	39
1.2 Innagerende atferd, resiliens, kreativitet og imaginasjon .....	4
1.2.1 Innagerende atferd .....	4
1.2.2 Resiliens.....	5
1.2.3 Kreativitet og imaginasjon.....	5
1.3 Intersubjektivitet i en kunstanalog holdning .....	5
1.4 Datamaterialet og analysemetode.....	7
1.4.1 Datamateriale.....	7
1.4.2 Analysen .....	7
1.5 Seigna .....	8
1.5.1 Første møte mellom KUT- terapeut og klient .....	9
1.5.2 Andre interaksjonssekvens, et intersubjektivt møte .....	11
1.6 Konklusjon.....	13
1.7 Litteraturliste.....	15
<b>2. Andre artikkel</b> .....	18
2.1 Abstrakt .....	18
2.2 Innledning.....	18
2.3 Enslig, mindreårig flyktninger og psykisk helse i et forebyggende perspektiv .....	3
2.3.1 KUT som forebyggende tiltak .....	4
2.4 Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning .....	5
2.4.1 Emosjonell tilgjengelighet .....	5
2.4.2 Den kunstanaloge holdningen .....	6
2.5 Datamaterialet og analysemetode.....	7
2.6 Videoobservasjoner og analyse med teoretiske betraktninger .....	9
2.6.1 Interaksjonssekvens 1. i oppvarmingsfase – (3.uke).....	9
2.6.2 Interaksjonssekvens 2. oppvarming med tema ”frøet” (5. uke) .....	11
2.7 Konklusjon .....	12
2.8 Litteraturliste.....	14

# 1. Innledning

## 1.1 Problemstilling

*Det vart så uendelig godt å være til  
Det var ikkje orda vi delte  
men det du tende i meg  
det du opna i meg  
at nokon bryr seg.*

Bente Bratlund Mæland  
fra samlinga "Å dryssa stjerner"

Oppgaven er basert på en komperativt observasjonsstudie i første – og spesialist - helsetjeneste. De to artikler har tema ”emosjonell tilgjengelighet i en kunst analog holdning”, fokus er den relasjonelle kompetanse i kunst- og uttrykksterapi (KUT). Begge artiklene har et forebyggende fokus med mål å få frem flyktningungdommenes opplevelsesverden, styrke deres ressurser og mestring, såkalt resiliensfremmende arbeid. I overbyggingen ønsker jeg å underbygge KUT - terapeutens relasjonelle kompetanse og belyser betydningen av resiliens, salutogen tilnærming og barneperspektivet i en helsefremmende tilnærming. Problemstilling i overbyggingen blir dermed: *Hvordan underbygger resiliens, salutogenese tilnærming og barneperspektiv terapeutens relasjonelle kompetanse i kunst og uttrykksterapi.*

I neste avsnitt drøfter jeg hvorfor jeg mener den er relevant for KUT - terapeutens holdning i sitt arbeid med disse ungdommene.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

*Men om jeg lærer godt norsk og allikevel ikke får venner,  
da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre.*

Setningen fra diktet forteller om en flyktningungdom som ønsker å bli sett og anerkjent som en venn. Dette er ingen lett prosess og krevende for mange flyktningungdommer. Anerkjennelsesbegrepet er belyst av mange teoretikere på tvers av fagområder som psykologi, psykoanalyse, sosialpsykologi, sosiologi, rettsvitenskap og filosofi. Pedersens Phd. Avhandling om ”kamper for anerkjennelse - unge flyktninger i møte med norske lokalsamfunn” (2008) belyser at anerkjennelse utgjør ikke bare en forutsetning for positiv identitetsdannelse hos enkeltpersoner, men også for et solidarisk

samfunn. Bauman (i Aubert et al., 2008) skriver at det allmennmenneskelige og fellesskapet danner grunnlag for intersubjektiv forståelse og samhandling. Fordi anerkjennelse har en slik avgjørende betydning krever den en aktiv holdning. Anerkjennelse er ikke noe du har, men noe som oppstår når du som terapeut har en aktiv holdning som formidler forståelse og aksept som grunnlaget for et samarbeid. Aubert (et al., 2008) formidler med Løgstrup (1991) at ”å fjerne hindringer for den andres livsutfoldelse” er en av hovedambisjonene i arbeidet med mennesker.

Tema i oppgaven er anerkjennelse av flyktingungdom i terapirommet, i første – og spesialisthelsetjeneste. Det er et relevant tema når migrasjonsforskning (se for eks. Oppdal et al., 2009; et al., Berg, 2009; Huemer, 2009) formidler en oppfatning av at disse ungdommene har vært utsatt for en rekke spesifikke belastninger og sårbarhetsforsterkende faktorer både før og under flukten. Mange av disse ungdommene har erfart tap som brudd på nære relasjoner og oppløsning av sitt sosiale nettverk. I tillegg bor de i en ny kultur hvor de utsettes for en rekke innvandrerspesifikke belastninger. Når det er mangel på anerkjennelse av slike traumer/stress er det mangel på anerkjennelse av flyktingungdommer. Spesielt språkvansker og kulturell betingede misforståelser kan forsterke marginaliseringen. Hvordan de takler sin situasjon varierer med motstandstyrken de har.

Det er derfor viktig *hva* vi tilbyr disse flyktingungdommene, og i hvilken kontekst, når vi skal bidra i helsevesenet, både i første – og i spesialisthelsetjeneste. Oppgaven ønsker å belyse en tilnærming som gjør at deres opplevelser blir erkjent og gjør at de kan komme seg videre. Fra myndighetene presiseres at en bør prioritere arbeidet med å styrke forebyggende tiltak på ulike nivåer for flyktingungdommer (Migrasjon og helse, 2009; helsedirektoratet, 2009).

### **1.2.1 Dialog og anerkjennelse i helse- sosialtjeneste**

Anerkjennende kommunikasjon har en avgjørende betydning i helse- sosialtjeneste. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge oppfordrer følgende: «*Dialog med og anerkjennelse av pasientens evne til å forstå og fortolke seg selv bør danne grunnlag for en felles forståelse som kan bidra til løsninger på pasientens vansker*» (2008:29).

Flyktningfamilier, barn og ungdommer må kunne forvente å bli hørt og involvert i behandlingen, slik at de selv opplever medvirkning og mestring (veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008).

Veilederen "Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene" (2007;12) sier: *det er viktig med et tydelig barneperspektiv for å kunne lykkes*. God psykisk helsearbeid innebærer en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommune, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene som gir et lavterskeltilbud. Dette krever at god kompetanse må finnes i kommunene. Fokus er på helsefremmede og forebyggende tiltak.

Utfordringen er at tilbudet i helse - sosialtjeneste i stor grad er basert på verbal dialog. Spesielt spesialisthelsetjeneste har en mer utvendig kompetansediagnostikk hvor det er fare for at ungdommenes svar blir plassert inn i et på forhånd standardisert fortolkningskjema (Hundeide, 2003). Det kan føre til at ungdommenes svar blir oppfattet av terapeuten som "bekymringsfull" og "unødvendig", mens de egentlig formidler noe helt annet. Slik tilnærming gjør at terapeutens evne til å ta klientens perspektiv blir sterk utfordret og lager støy og vanskeliggjør etablering av en meningsfull relasjon. Spesielt ved innagering, uro og en bakgrunn med språkvansker og annen kultur gjør at det blir ingen felles forståelse som kan bidra til endring. I tillegg kan vi ha en forforståelse av "flyktninger" som gruppe og kan bli opptatt av den "stakkars" og "eksotiske" flyktning og gjør dem til et objekt. Vår holdning gjenspeiler seg da et objektsyn og vi mister subjekt-subjektforholdet (Schibbye, 2004). Kultursensitivitet i den relasjonelle kompetansen er grunnleggende viktig. Derfor er det en forutsetning i dette arbeidet å finne et innefra-perspektiv hos flyktningungdom som gjør at en kan bringe inn hele det kompliserte mangfoldet som påvirker ungdommens handlinger og valg (Hundeide, 2003).

Ved å bruke en kultursensitiv tilnærming som KUT, inkluderer en de nonverbale uttrykk som en naturlig del i relasjonen og et "innenfra-perspektiv" (Knill et al., 2005). Det gjør at en kan en møte disse ungdommer fra sitt ståsted. Huemer (et al., 2009b) hevder det er viktig å benytte flere modeller og kultursensitive metoder med enslige flyktningungdom i forhold til å forebygge psykisk plager. Neumayer (2006) skriver at det ikke finnes noen fasitsvar for hvordan tilbud til flyktningfamilier skal være. Relasjonell kompetanse er knyttet til motivasjonsarbeid og til aktiv mobilisering av ressurser i og rundt flyktningungdommen. I dette arbeidet fremheves på begge



helsetjenestenivåer at ungdommens stemme er en viktig og avgjørende faktor uansett tilbudet som gis. Resiliens, salutogenese og barneperspektivet støtter opp under betydningen av ungdommens stemme. Disse perspektiver høster anerkjennelse innenfor det kliniske, det forebyggende og det forskningsmessige feltet i Norge. De underbygger Schibbyes (2004) anerkjennelsesbegrepet i terapi og KUT som tilnærming (Knull et al., 2005; Levine et al., 1999) og gir terapeuten et stødig fundament til å bygge videre på.

### 1.3 Formål og hensikt med oppgaven

*Å møte andre mennesker gjør noe med oss.  
Vi får et sannere bilde av virkeligheten.  
Jo flere vi møter og jo mer forskjellige de er,  
jo mer kan vi forstå.*

Det er mye som tyder på at flyktningungdommer, både de som kommer alene og de som kommer med foreldre, lever med høy hyppighet av psykiske problemer (Berg et al., 2005). Ungdommer vil, i likhet med voksne i en flyktningssituasjon, ha en helsetilstand som vil kunne være preget av post traumatisk stressreaksjoner, angst og depresjon. Forskjellen vil være reaksjonene. Enslig flyktningungdom befinner seg særlig i en risikosone. I 1997 uttalte FNs Høykommissær for flyktninger at enslige mindreårige flyktninger er den mest sårbare gruppen. De har høyest risiko blant alle innvandrere når det dreier seg om sosiokulturell mistilpasning og psykiske problemer (Oppedal et al., 2008). Også flyktningfamilier har et krevende arbeid foran seg i et liv i eksil i Norge. De må tilpasse seg en ny kultur med alle de personlige og relasjonelle utfordringer det gir. Foreldrenes psykiske fungering og tilpasningsevne betyr mye. De kan ha problemer med å gi sine barn støtte og trygghet når de selv har psykiske eller fysiske problemer, og strever med språk- og kulturforskjeller. Blir påkjenningen og stressnivået i eksiltilværelsen stort truer dette deres foreldrerolle og omsorgsevne og barnets mentale helse (Neumayer et al., 2006).

Tidligere undersøkelser har vist at mange fagpersoner opplever usikkerhet i møtet med flyktningbarn- og familier. Usikkerheten dreier seg blant annet om kulturelle faktorer i møtet med flyktningene og muligheter for god kommunikasjon (Neumayer et al., 2006). Det finnes også vanskelige avveininger mellom profesjonell nærhet og distanse som aktualiseres i samspillet med denne gruppen. Det kan skape tendenser av både under- og overinvolvering til ungdommer (Ahlberg et al., 2006). Det gjør at anerkjennelse av

deres behov og utvikling blir underkjent. I oppgavens sammenheng vil det si at den terapeutiske alliansen i terapirommet med denne gruppen blir sterkt utfordret i en krysskulturell sammenheng.

Å oppleve trygghet, tilhørighet og fellesskap har en avgjørende betydning for å utvikle god psykisk helse og mestre hverdagen (Neumayer et al., 2006). Slik er også kreativitet den innerste prosessen i det å skape viktig for psykisk helse og selve skaperprosessen er emosjonell helse i den høyeste form (May, 1994).

I regjeringens strategiplan (2003) for barn og unges helse fremheves at barn og unges kreativitet og skapertrang, evne til kritisk tenkning, verdivalg, engasjement og medvirkning må sees som ressurs for samfunnet. Videre sier den at det er betydningsfullt at alle barn skal ha likeverdige tilbud og tjenester og at en må arbeide for å motvirke marginalisering. For å oppnå dette er en av de største utfordringene i dag å få styrket en kultur i tjenesteapparatet som med respekt for flyktingungdommer tar utgangspunkt i deres liv og opplevelser.

Formål med oppgaven er å vise til en teoretisk underbygging av KUT som kan fremme flyktingungdommenes psykiske helse i en helsefremmende tilnærming med vekt på resiliens, salutogenese og barneperspektiv. Det vil si anerkjennelse for deres egen opplevelser og fremme mestring i hverdagen. Hensikten er å synliggjøre at emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning i en helsefremmende kontekst kan gi endringsmuligheter. Kultursensitivitet og kreativitet inngår som en naturlig del av slik holdning. KUT gir ungdommen tilgang til sitt nonverbale språk som er en naturlig del av samspillet i terapirommet. Det gir endringsmuligheter fordi tilnærmingen inkluderer flyktingungdommenes livsverden, bakgrunn og kultur som en naturlig tilstedeværelse. Mitt mål med masterstudiet er også å bidra til et perspektiv som kan være god praksis på BUP og i kommune, i samarbeid med fagteamet, flyktingungdommer - og familier. En handlemåte som gir mulighet til at fagpersoner kan føle seg trygge på til å få til et godt samspill i møte med disse ungdommer og -familier i en sårbar situasjon. Behovet for tverrfaglige og tverretatlige tilnærminger og samarbeid vektlegges her.

## **1.4 Avgrensing av oppgaven**

Anerkjennelse er et kjernebegrep som har betydning i forhold til marginalisering av flyktingungdommer. Det er klart at anerkjennende samspill må sees i et større

perspektiv. Det finnes en gjensidig påvirkning og tilpasning i forholdet mellom individ og system som er gjensidig (Klefbeck et al., 2003). For eksempel beskriver Christi, (2008) at selv om 1/3 av de effektfulle prospekt praktiserte i bare en setting, må en være oppmerksom på at viktige suksesskriterier handler om de andre 2/3 som var kombinasjonen av individuelle, familieorienterte og skole/nettverksintervensjoner. Dette systemperspektiv er viktig å ha med seg for å se hvordan samfunnsskapte betingelser påvirker flyktingungdommens erfaringer og opplevelser og har konsekvenser for deres situasjon. Men i overbyggingen vil jeg avgrense meg til å belyse et aktørperspektiv, KUT-terapeutens anerkjennelse som betydningsfull relasjonskompetanse. Det gjøres i et helsefremmende perspektiv i forhold til første – og spesialisthelsetjeneste. Både enslige og flyktingungdommer med familie blir i oppgaven benevnt som flyktingungdom. Jeg benevner enslig flyktingungdom spesifikt når det handler bare om dem.

## **1.5 Oppbygning av oppgaven**

Oppgaven er bygget op av fem kapitler. Første kapittel er innledningen. I dette kapitlet har jeg redegjort for bakgrunn for valg av tema, oppgavens formål og avgrensning.

Det andre kapitlet vil belyse flyktingungdommens situasjon. Først utdypes her hva det vil si å være flyktingungdom i Norge, deres psykiske helse, marginaliseringsfare og helsetilbud i Norge. Til slutt i kapitlet en drøfting av anerkjennende kommunikasjon som fremmer mestring. Tredje kapittel handler om forebygging, her drøfter jeg betydningen av helsefremmende arbeid i møte med flyktingungdom. Det gjøres ved å belyse betydningen av resiliens, salutogen tilnærming og barneperspektivet. I slutten av kapitlet relateres den til KUT-terapeutens tilnærming. Fjerde kapittel handler om forskningstilnærming av observasjonsstudiet med en fortolkning og forståelse av temaet. Her drøftes oppgaven i lys av Gadammers hermeneutikk og har jeg betraktninger om den praktisk gjennomførte forskningen. For skal mitt tema ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning” bli en verdifull kategori, må den synliggjøres og underbygges. Helt til slutt i overbyggingsoppgaven femte kapittel, som gir en oppsummering og konklusjon. Deretter foreligger artiklene og vedlegg.

## 2. Flyktningungdom i Norge

*Jeg har kommet meg til Norge  
Jeg vil leve!*

En flyktning er en person på flukt fra for eksempel krig, borgerkrig eller menneskerettighets overgrep. I juridisk forstand (definert i FNs flyktningkonvensjon), er en flyktning en person som med rette frykter forfølgelse på grunn av sin rase, religion, nasjonalitet, politiske overbevisning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe (UDI, 2010).

Enslige mindreårige er en fellesbetegnelse på asylsøkere/flyktninger som ved ankomst er under 18 år og kommer til landet uten foreldre eller andre omsorgspersoner (IMDI, 2009).

Til sammen utgjør flyktningbefolkningen i dag ca. 125.000, mens den i 1978 var på ca. 30.000. De fleste flyktninger kommer nå som individuelle asylsøkere. De representerer stor spennvidde når det gjelder både landbakgrunn, etnisitet, politisk og religiøs bakgrunn.

I følge Utlendingsdirektoratet forventes det ca. 2800 mindreårige asylsøkere til Norge hvert år i 2009 og 2010 og det var anslagsvis behov for mellom 80 og 100 kommuner som tok i mot enslige mindreårige. For flertallet av disse kommunene er det en ny oppgave.

Integrerings – og mangfoldsdirektoratet har bosettingsansvar for enslige flyktningungdom fra 15-17 år og de skal bosettes innen tre måneder etter at oppholdstillatelse er innvilget. Det skal være utarbeidet en Individuell kompetanse og tiltaksplan (IKTP). Dette er kartleggingsverktøy som skal hjelpe kommunen med å iverksette gode tiltak og tilbud ved bosetting. Etter den ensliges ankomst skal det umiddelbart oppnevnes verge/hjelpeverge som skal påse at barnets interesser blir ivaretatt. Hvordan det fungerer i praksis varierer. Dønnestads prosjekt, ”Enslige mindreårige innvandre” (2003) beskriver at få av deltakere i prosjektet hadde bevissthet rundt hva verge er eller hadde noe forhold til vergen sin. Men de ønsker seg sterkt en god voksen i Norge - å forholde seg til, rådføre seg med og være trygg på. Økningen i bosatte enslige mindreårige de siste årene har ført til at behovet for kunnskap om denne sårbare barne- og ungdomsgruppen har tiltatt. Berg (2009) påpeker

at disse ungdommer er en gruppe som har behov for et tilrettelagt omsorgstilbud – tilpasset den enkeltes individuelle behov. De er ingen homogen gruppe.

Dybdahl (et al., 2006) skriver at det er fortsatt et stort behov for solid forskning om hva som er «best practice» i arbeidet med barn og familier som er flyktninger og asylsøker i Norge. Hvordan flyktningungdom tenker, handler og lever i det norske samfunnet er fortsatt et for lite belyst tema i helsetjeneste i Norge. Mye av forskning handler om integrering av disse ungdommer og er stort sett basert på et majoritetsperspektiv. I neste avsnitt gjennomgås flyktningungdommenes psykisk helse.

## 2.1 Psykisk helse og flyktningungdom

*Jeg har mye mer sorg i hjertet enn de fleste norske ungdommer, tror jeg.*

Begrepet psykisk helse handler om hvorvidt en person klarer å bruke sine kognitive og emosjonelle ferdigheter til å fungere i samfunnet og møte hverdagslige krav. Både kulturelle forskjeller, subjektive vurderinger og konkurrerende teorier påvirker hvordan psykisk helse skal defineres. WHO definerer psykisk helse som:

*A state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.*

I forskning er de fleste enige om at psykisk helse og psykisk sykdom ikke utfyller hverandre. Med andre ord vil ikke fravær av psykisk sykdom nødvendigvis være det samme som å ha god psykisk helse. Ved å se psykisk helse i sammenheng med hvordan en person fungerer i hverdagen kan en belyse dette. Signaler om god psykisk helse vises når personen klarer å takle normal mengde med stress, kan ta vare på vennskap og kan leve et selvstendig liv og klare å komme seg ut av emosjonelle ”fallgruver” (Wikipedia.no, 2010).

Folkehelseinstituttets forskning om psykososiale forhold hos barn i innvandrerfamilier sier at den samlede forekomsten av symptomer på psykiske plager er lik for etnisk norske barn og barn i innvandrerfamilier (Oppedal et al., 2008). Derimot er de emosjonelle og sosiale problemer større enn hos sine etnisk norske jevnaldringer. For

eksempel hadde ti prosent av barna opplevd trusler og vold på grunn av sin kulturelle bakgrunn og opplever de mer mobbing på skolen enn etnisk norske barn.

Queshi (2003) fokuserer på at en har prøvd å forklare de unges problemer hovedsakelig ut fra en kulturvinkling; familiens kultur eller storsamfunnets kultur. Men disse ungdommer befinner seg i det problematiske ”mellomrom” eller ”tomrom”. Queshi sier at årsaksforklaringer som stigmatisering, ignorering, ekskludering og diskriminering er hittil kun unntaksvis berørt av forskere og politikere. Det kan for eksempel handle om å ha kunnskap ingen spør etter og å ha ferdigheter man ikke kan bruke. Eller handle om opplevelser av at man ikke kan og om å savne og lengte.

Det en må huske er at det faktisk også handler om noe så naturlig som om å være *ungdom*. De er i en periode der det skjer kroppslige, sosiale og psykologisk forandringer. De er i en periode for re – og nyorganisering (Sundet et al., 2001). Det er en periode i livet som er krevende og identitetsformende med leting og utprøving følelser - tanke - og atferdmessig.

For enslige flyktningungdommer blir den viktigste oppgaven når de flytter til en varig bosetting, er å gjenoppbygge sine sosiale nettverk. God informasjon, varme og håp, mulighet til å orientere seg i sitt nye miljø og gode boforhold, er faktorer som har betydning personlig for ungdommen men også for deres helhetlige fungering i Norge (Neumayer et al., 2006). I praksis betyr dette å gjenoppta kontakt med familie og venner i utlandet og etablere nye nettverk i Norge.

Disse ungdommene har et krevende arbeid foran seg i et liv i eksil i Norge. De må tilpasse seg en ny kultur med alle de personlige og relasjonelle utfordringer det gir.

For barna betyr foreldrenes psykiske fungering og tilpasningsevne mye. Når foreldre har psykiske eller fysiske problemer, språk- og kulturforskjeller kan de ha problemer med å dekke barnas behov for støtte og trygghet. Foreldrerolle, omsorgsevne og barnets mentale helse blir truet når påkjenningen og stressnivået i eksiltilværelsen er stort (Neumayer et al., 2006).

Et fellestrekk for alle enslige mindreårige flyktningungdommer er, at de har erfart medmenneskelige tap som brudd på kontakten med foreldrene sine, tap av annen familie og venner, og oppløsning av sosiale nettverk. For tilpasningsevne sier Neumayer (et al., 2006) betyr gode boforhold, god informasjon, mulighet til å orientere seg i sitt nye miljø, varme og håp mye. Det kan virke direkte inn på den enkeltes fysiologiske og

psykologiske fungering og på flyktingungdommenes helhetlige fungering i det nye samfunnet.

I en studie av flyktingbarn i Sverige fant man at nåværende livssituasjon i vertslandet spilte like stor rolle som eller større rolle enn eksponering for krigshandlinger (Almquist et al., 1999 i Dybdahl et al., 2006).

Forskning har vist en sammenheng mellom både belastninger alle ungdommer kan utsettes for (problemer med skolearbeid), og belastninger som er spesifikke for et flerkulturelt utviklingsforløp (diskriminering) og psykiske plager. Det har imidlertid vært lite oppmerksomhet rettet mot å identifisere omfanget av og typer belastninger disse ungdommene opplever etter bosetting. I et forskningsprosjekt kom det frem at tre av fire enslige flyktingungdommer (75 %) føler seg ofte alene (Oppedal et al., 2008). Enslige mindreårige flyktinger har stort behov for vern og omsorg. Som ungdom flest har mange enslige mindreårige behov for å vise at de mestrer og ikke trenger hjelp og utvikling av helseplager er ofte lite synlig. Derfor kan det være vanskelig å vise deres sårbarhet. Når problemene synes i det daglige vises de ved søvnevansker, konsentrasjonsproblemer, lav frustrasjonsterskel eller lavt stemningsleie. Jentene kan fort bli tause og innesluttet, guttene tar det oftere ut og blir utagerende og bråkete (Neumayer, 2006).

Flyktingungdommer tilpasser seg annerledes til den nye kulturen enn de voksne. De må finne sin vei på arenaer med forskjellige, og i noen tilfeller motstridende, normer og koder for hvordan de skal oppføre seg for å bli akseptert og inkludert. Dette mestrer de i ulik grad, sier Qusreshi (2003). Samtidig når disse ungdommene bor sammen med familien, bør familiens samlede behov være fokus for hjelperes støtte og veiledning. Ett viktig funn er at ungdom som har kontakt med familie i Norge har mindre psykiske plager enn ungdom som ikke har det, mens det ikke er forskjell i psykiske plager knyttet til kontakt med familie i utlandet. Et annet tidligere funn er at jenter som opplever at de får god støtte fra familien sin i utlandet, har mindre psykiske plager enn de som har lite støtte (Oppedal et al., 2007). Tilhørighet i og støtte fra sosiale nettverk, er en av de betydeligste kildene til mestring og psykososial tilpasning. Neste avsnitt belyser helsetilbud som er tilgjengelig for flyktingungdom i Norge.

## 2.2 Helsetilbud i Norge

Stortingsmelding 49 (2003-04) ”Mangfold gjennom inkludering og deltakelse” tematiserer at det er viktig at offentlige tjenester blir tilpasset i forhold til en flerkulturell befolkning og sier: *”Mangfoldet må anerkjennes og vises respekt, ved at ulike behov i befolkningen blir avspeilet i utformingen av offentlige tjenester og samfunnets fellesordninger.”* Stortingsmeldingen 49 legger vekt på at flyktningungdom kan ha andre behov enn flertallet, og at offentlig tjenesteyting må tilpasses med dette hensyn til dette. Det er behovene til denne gruppe og gruppebrukerne som skal styre hvilke tjenester og tilbud som skal gis (Stortingsmelding 17: Kap. 6.4.3 og 6.5.1). Den legger også vekt på tilpasning etter de individuelle forutsetninger brukerne har i offentlige instanser. Dette innebærer et krav og betyr å finne fram til *gode løsninger* som kan gå utover det som er mulig innenfor rammen av offentlig sektor, slik at et likeverdig tjenestetilbud kan bli en realitet. Her blir det understreket at kunnskap og kompetanse blant offentlig ansatte er nødvendig for å komme fram til gode løsninger: *”Generell kompetanseheving er viktig for å bevisstgjøre tjenesteytere i å møte brukere som er annerledes enn tjenesteyteren selv”*.

Norge har en modell for helsetjenester hvor det i liten grad finnes spesialtjenester for flyktninger eller mennesker med annen kulturell og språklig bakgrunn enn den norske utenom NAKMI, NKTVS og regionale psykososiale sentre. De skal bistå spesialist - og førstehelsetjeneste gjennom forskning, litteratur og veiledning. Det vanlige helsevesenet skal organiseres slik at det finnes tilstrekkelig kompetanse til at også disse gruppene får de tilbudene de trenger. Helsepersonal skal kunne tilby like god behandling til alle grupper.

Spilkers oppsummering (et al., 2009) påpeker at det fremdeles er mangel på nasjonale overordnede strategier når det gjelder å minske helseforskjeller i et flerkulturelt samfunn. Publikasjoner fra både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legeforeningen understreker behovet for mer kunnskap, bedre tiltak og mer likeverdige helsetjenester.

Dønnestad (et al., 2003) uttrykker gjennom prosjektet ”Enslige mindreårige asylsøkere” at det er vanskelig å få tilbud om psykologhjelp. Ungdommene i prosjektet opplever i liten grad å få anledning til gode samtaler med voksne. Flertallet uttrykker ikke behov



for omfattende psykologhjelp, men hjelp til å sortere inntrykk, erfaringer og fremtidsønsker. De som opplever å finne gode voksne å kommunisere med, kommer seg lettere videre.

I følgende avsnitt drøftes marginaliseringsfare som finnes for disse ungdommer.

## 2.3 Marginalisering

*Sommerfuglen  
er fanget  
Dansen blir borte*

I forrige avsnitt ble det drøftet at flyktningstatus med traumatiske opplevelser ikke trenger å være knyttet direkte til krigsopplevelser. Både opplevelser som opplevd brudd og hyppige, uforutsette flyttinger under dramatiske omstendigheter og flyttinger og nyetableringer i en ny kultur er spesielt belastende for flyktningungdommer. De må lære et nytt språk, beherske et nytt skolesystem og et nytt samfunn og etablere vennskap samtidig som at deres bakgrunn er viktig for deres identitet (Engebretsen et al., 2007). Men det handler som sagt også om å være ungdom i Norge med de utfordringer det gir. Ungdomsfasen betegnes av Erikson (1968, i Heggen 2004) tidsrommet fra puberteten nærmer seg, og gjennom tenårene hvor sentrale utviklingsoppgavene er knyttet til identitet. Ungdommene opplever både kroppslige, sosiale og psykologisk forandringer. Temaer og dilemmaer i denne alderen er ofte knyttet til forholdet mellom det kjente og det ukjente, det gamle og det nye og de har mange tema til refleksjon (Heggen, 2004). Ungdomstiden er derfor også en periode for re – og nyorganisering (Sundet m.fl., 2001). Ungdomstiden er riktignok en periode med store fysiske og psykiske forandringer, men den må også forstås som en sosial og kulturell konstruksjon (Hundeide, 2003). De fleste samfunn har begreper og symboler som omhandler ungdomstiden men hvordan de fortolkes og hvilke forventninger de stilles overfor, varierer sterkt. Det vil si at samfunnsmessige prosesser bestemmer mye hvordan vi forholder oss til løsrivelse fra nære bånd og utvikling av individualitet og identitet. At man forandrer seg på mange måter både psykisk og fysisk mellom 13 og 18 år, er et biologisk faktum, hvordan disse forandringene fortolkes og knyttes til andre sosiale fenomen, er resultat av kulturelle prosesser.

Fra et majoritetsperspektiv oppfatter en ungdomstiden knyttet til en norsk/europeisk diskurs som modernitet, uavhengighet og individualisme i Norge. Frønes (1998)

opsummerer på følgende måte: *De moderne integreringsprinsipper plasserer individet i et landskap med mange mulige forankringspunkt, men alle må oppnås. Individuelle kjennetegn og ressurser bestemmer grad av integrering, eller sett fra et annet perspektiv, grad av marginalisering, og utviklingen fører med seg et økt behov for formell sosial kontroll.*

For eksempel vil fokuset på det unike, det særpreget, individet, egne interesser, osv, vil for mange flyktningfamilier og enslige flyktningungdommer være kaotisk i forhold hvis de kommer fra en kollektiv kultur hvor alle jobber for fellesskapet. Det kan ha innflytelse på deres psykososiale helse og utvikling i Norge. Hvis en ikke kan tilpasse seg sin nye kultur og ikke kan pendle mellom sin egen og den nye kulturen kan det skape en identitetskrise: hvem er jeg og hvor hører jeg til? Disse forhold kan ha varig virkning på identitet og forståelse av seg selv (Brunvatne, 2006).

Når man skal tilpasse seg en ny kultur, kan det ta tid før man lærer hvilke regler som gjelder om atferd og samhandling. Denne mangelen på kulturkompetanse kan medføre frustrasjoner. For eksempel viser Oppedal (et al., 2008) til at 14 % av guttene og 22 % av jentene ofte sier at de har følt seg ukomfortable sammen med norske venner, fordi de ikke visste hvordan de skulle oppføre seg.

Å leve et liv i eksil og selve migrasjonen er en kompleks psykososial prosess. Oppedal (et al., 2008) påpeker at nære relasjoner og tilhørighet til ulike sosiale nettverk er selve grunnpilaren i deres nye tilværelse når det gjelder psykologisk tilpasning og psykisk helse.

Utfordringen i vårt samfunn er å kunne *samhandle* og *ta de rette valg* slik at identitetsforming blir konstruktiv. En uheldig håndtering av identitetsproblematikk, dvs. at en ikke klarer å gjøre valg som danner en sammenheng eller et hele mellom indre legninger og ytre oppgaver, kan resultere i rolleforvirring (Heggen, 2004). Dette har en avgjørende betydning for forståelse av marginalisering av flyktningungdom. I det norske samfunn setter autonomi og selvregulering høyt (Dencik et al., 1999) og kontrolltap både sosialt og personlig har en avgjørende betydning for forståelsen av marginaliserings dype konsekvenser.

Heggen (2004) beskriver marginalisering som prosesser, de bidrar til å føre ungdommer ut av de sentrale arenaene i lokalmiljøet og samfunnet, som familien, skolen og jevnaldersmiljø. Marginaliseringsprosesser er ikke statiske, ungdomsfasen er preget av

mobilitet og endring i en skiftende og akselererende verden. Han mener at ungdom befinner seg i en risikosone fordi selve marginaliseringen kan knyttes til sammenhenger i ungdommens integrasjon eller avstand til ulike viktige arenaer som familie og skole. Det er når ungdom er i ferd med å falle utenfor flere eller alle slike arenaer samtidig, at det finnes en gjensidig sammenheng mellom prosessene. Bakgrunnserfaringer og sosiale nettverk (eller mangel på den) utgjør en risiko i en videre etableringsprosess og kan skape vansker for ungdommen i sine forsøk på å etablere seg sosialt eller i arbeidslivet (Heggen, 2004). Risiko er ikke lenger knyttet til materiell og sosial nød men til risiko for å miste tilknytning, det vil si utstøting, marginalisering og svekket sosial integrasjon (Dencik et al., 1999).

Et eksempel kan være undersøkelse av flyktningbarn og unge integrering i kommuner (Bjerkan, 2009). En av tre kommuner har ikke satt i verk særskilte tiltak på grunn av manglende ressurser, enten økonomiske eller menneskelige. Like mange forklarer mangelen på slike tiltak med at de mener at generelle tiltak og tilbud til barn og unge er tilstrekkelige for å fremme integrering, også av flyktningbarn. Mange kommune føler seg også alene i dette arbeidet og etterspør flere direktiver og mer direkte involvering fra de ansvarlige styresmakter, og større fokus på flyktningbarns behov inn i kommunen.

Sosiale belastninger og tap av kontroll er en risiko for å miste tilknytning og skaper stress. Haggerty (1996) skriver at stress og mestring har et interaktivt forhold til omgivelsene og har sammenheng med individets forståelse. Det en vet som har innflytelse, er blant annet hvilke mestringserfaringer disse ungdommer har gjort seg f. eks. i hjemlandet, under selve flukten, på asylmottaket og med norske voksne og jevnaldrene. Å mestre sitt liv handler om motstandsdyktighet (resiliens). Jørgensen (1993 i Dencik et al., 1999) betegner motstandsdyktighet som personens tro på selv å ha makten over eget liv. Han sier at tillit til egen kompetanse (kognitivt og sosialt), evnen til å overskue og forutsi situasjoner og støtte i nettverket, er de tre viktigste forholdene for utsatte barns motstandsdyktighet. Samtidig vet vi lite om hvilke prosesser i individet som fremmer resiliens, men rammefaktorer som gir grobunn for resiliens er trygge stabile tilknytninger og egne erfaringer om å kunne noe (Rutter m.fl. i Haggerty m.fl. 1996). Mestring av risiko forutsetter en "basic trust", en beskyttende forsvarsmekanisme når vi står over for nye og vanskelige valg. Oppvekstvilkår i familien er meget viktig i mestringsperspektivet. Heggen (2004) sier at erfaringene fra tidlig barndom og oppvekst kommer til syne i senere marginalisering (nære personers

omsorg). Det er vanskelig for fagpersoner å kjenne til både ressurser (indre og ytre betingelser) og stressfaktorer hos enslige flyktingungdommer på dette grunnlaget. Allikevel er det viktig å se flykting ungdom i tid og rom for å forstå de prosesser og mekanismer som den lever i – og hankses med på forskjellige arenaer. Et livsrom er dynamisk som hele tiden skapes og forandres gjennom den samfunnsmessige utviklingen.

Hverdagen til ungdom og kunnskap om hva som er normal er nødvendige for å forstå risiko, utsatthet og marginalisering (Halsa, 07). Det er en kompleks helhet men viktig å forstå fordi de som opplever marginalisering i ungdomstiden kan slite med den resten av livet (Heggen, 2004). For eksempel når flyktingungdom avslutter skole for tidlig pga at den ikke ble sett i skole sammenheng. Hvis de samtidig sliter med angst som isolerer uten å få hjelp og tyr til kriminalitet/rus/vold osv, blir det en nedadgående spiral.

Forskning viser at innvandrerelever deltar i like stor grad som andre i videregående skole, men bruker lengre tid på å fullføre. Det er også mer vanlig å slutte på videregående blant innvandrere enn blant andre elever (iFAKTA, 2009).

Flere studier viser at mange flyktinger opplever sosial marginalisering og at de færreste har norske venner (Berg et al., 2007). Kontaktene kan først og fremst betegnes som svake, uniplexe bånd eller som bekjentskaper som flyktinger sjelden omgås i fritiden.

Det hevdes også at manglende tilgang til norske nettverk kan ha flere konsekvenser for flyktingers levekår. I sin undersøkelse av tamilske flyktinger i Nord-Norge viser Grønseth (2006) at sosial marginalisering og isolasjon kan fremstå som det største problemet med å leve i eksil for noen flyktinger.

Psykososialt arbeid med barn og familier som er flyktinger og asylsøkere, må inngå i en større helsemessig, sosial, kulturell, økonomisk og politisk kontekst. Endres en eller flere av variablene, endres utviklingsbetingelsene for barn og deres utvikling.

Veileder for psykososialt arbeid med flyktingbarn (2006) sier at behandlingstilbud til flyktingfamilier handler både om normalisering av stress som følge av tidligere belastninger og nåtidige tilpasningskrav. I forhold til enslige flyktingungdommer anbefaler veilederen et "Lavterskel" tilstedeværelse og tilbud i en tiltaksplan for denne gruppen. Følgende kapittel drøftes hvordan en kan møte flyktingungdom i de forskjellige tiltak.

## 2.4 Anerkjennende kommunikasjon som utgangspunkt for mestring

*Riv ned gjerdene!  
Riv ned de usynlige murene som  
eksisterer mellom «oss» og «dem»*

Vi kan ikke ha fasitsvaret på hvordan virkeligheten ”egentlig” er for disse ungdommene. Vi kan ikke spørre etter deres kognitive ferdigheter og utelukker deres forestillinger og virkelighetskonstruksjoner. Hundeide (2003) hevder at slik vi definerer barn, slik blir de i sin virkelighet. Hvis deres forestillinger og virkelighetskonstruksjoner forblir et ”ikke-tema”, blir de ikke utforsket og kommunikasjon forblir statisk og lite bevegelse er mulig. Med andre ord, når vi møter flyktningungdom med en kommunikasjon som vi ikke vet godt nok hankses med, er det lett å falle tilbake på antagelser om at det er de som er problemet. Vi ser ikke på flyktningungdommenes kommunikasjon i forhold til den totale sammenheng de inngår i og det gjøres lite for å forandre betingelsene rundt det.

For å kunne virkelig favne flyktningungdom i KUT betyr dette at terapeuter må være i stand til kritisk refleksjon over tradisjoner og holdninger som preger arbeidet. Da trenger de å ha kunnskap – og erfaring om hva det vil si å være anerkjennende. Det vil si at det ikke er nok å vite betydningen av god kvalitet i samhandlingen, men at det må komme til uttrykk i aktiv samhandling. Schibbye (2004;35) skriver at ”å *forholde seg anerkjennende innebærer å ta i bruk hele seg, både intellekt og følelser. Å være anerkjennende må sees som en væremåte som må komme til uttrykk i kommunikasjonen*”. Konkret innebærer dette at terapeuten anerkjenner flyktningungdommenes rettigheter i forhold til sin opplevelsesverden. Fokus er rettet mot opplevelse og de ”får lov” til å føle og eie opplevelsene slik at det blir bekreftet av og utforsker hvordan de for eksempel kan tåle, og leve med, savn, sorg og ensomhet (Schibbye, 2004).

Etisk er slik kompetanse forankret i et ”jeg-du” forhold (Buber 2003 i Bakke et al., 2008) og med Løgstrup (2000) som sier at det alltid ligger en uutalt fordring i hvilket som helst møte mellom mennesker. Alltid og uansett hvilke omstendigheter møtet finner sted, og hvilke karakter det har finnes det. Selv om kommunikasjonen mellom

mennesker arter seg forskjellig, dreier det seg alltid om å prøve å bli imøtekommet. Det er nerven i den etiske fordringen, det vil si det etiske livs grunnfenomen. Løgstrup skriver:

*”Vi er hverandres skjebne og hverandres verden. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig - og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning”.*

Schibbye (2004) kaller dette for et subjekt – subjektforhold. Det handler om å møte flyktningungdommer, bekrefte dets initiativ og forstå det de kommuniserer. Bakke (et al., 2008) skriver at det handler om å se igjen, gjenkjenne, befeste og styrke i ungdommen og på den måte utvide samhandling. De får en positiv opplevelse av sin egen verdi. Schibbye (2004) sier at anerkjennelse ikke er noe du har men noe du er, den er basert på likeverd og anses som en væremåte, en holdning og ikke en kommunikasjonsteknikk som kan anvendes. Den er dialektisk i sitt vesen, anerkjennelse læres ved å bli møtt med anerkjennelse.

Vår tilværelse innebærer visse fellesmenneskelige, eksistensielle vilkår som driv til selvbevarelse, sykdom, angst, tap og død (Waastad, 1982 i Schibbye 2004). Vi eksisterer innenfor grunnleggende værensbedingungen. Å være bevisst disse betingelser hjelper oss i møte med flyktningungdom. Vi kan delta på grunnlag av fellesskapet i andres indre opplevelser på grunn av en dyp forståelse av vårt eksistensielle fellesskap. Dette krever at terapeuten er autentisk og kongruent, har et samsvar mellom følelsesuttrykk, verbale uttrykk og sin indre opplevelser. Da kan en være nær seg selv og den andre – en kan dele sine eksistensielle situasjoner, kan være tydelige og samtidig avgrense seg (Schibbye, 2004).

En anerkjennende måte å jobbe på og som kan hjelpe flyktningungdommer, er å se deres muligheter og ressurser i en forebyggende kontekst. For virkelig å kunne vise anerkjennelse i praksis kreves det et ”innefra – perspektiv” som blir grunnlag for kartlegging og refleksjoner hos terapeuten. Det blir drøftet i neste kapittel.

### 3. Forebyggingsperspektiv

*Hvordan vi oppfatter virkeligheten,  
er avhengig av hvordan  
vi stiller inn våre blikk.*

Forebyggende arbeid er ikke et entydig begrep og forståelsen avhenger av hvilken tradisjon og grunntenkning som danner utgangspunkt for arbeidet. Begrepet favner både forsøk på å fjerne eller begrense uønsket utvikling og tiltak som fremmer livskvalitet og mestring (St. meld. 37; Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Mikkelsen, 1999; Iversen, 1999 i Schancke, 2003).

Oppgaven har fokus på tiltak som fremmer livskvalitet, overskudd og mestring og befinner seg i et helsefremmende (eng. health promotion) fokus. Helsefremmende arbeid er definert som "den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse" (Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Helsedirektoratet, 1987 i Schancke, 2003). Sentrale føringsdokumenter i Norge og internasjonalt betegner det som en dynamisk prosess. En prosess som krever aktiv deltakelse fra målgruppen - hvor målet er å bedre helsen (NOU, 1998:18 i Schancke, 2003). Dette handler om å øke flyktingungdommenes grep på - og mestring av forhold som virker inn på deres overskudd av livsglede og energi. Samtidig øke deres muligheter til å løse de oppgaver de stilles overfor (Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Klepp, Thuen & Wilhelmsen, 1995 i Schancke, 2003). I den helsefremmende tilnærmingen vektlegges egenmestring som bærende prinsipp og som mål. Det er i større grad basert på en relasjon mellom fagpersoner og innbyggere. (Schancke, 2003).

I et forebyggende perspektiv er et av hovedpoengene med forebyggende arbeid, å handle *nå* – bygge opp en buffer mot uønskede problemer i fremtiden og å legge til rette for en bedre morgendag. I praksis betyr det i forebyggende arbeidet at positive former for utvikling bør ha særlig oppmerksomhet rettet mot flyktingungdommer som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Da må vi ha kunnskap hvordan hverdagen kan se ut for de flyktingungdommer på bakgrunn av deres psykososiale belastninger.

Valget av forebyggingsstrategi kan også bli avgjørende ut i fra innenfor hvilke arena en arbeider i. Hva som er mest hensiktsmessig i forhold til flyktingungdommenes helse og

trivsel kan både være en etisk og hensiktsmessig debatt, hvor hensynet til ungdommenes egne stemmer bør veie tungt.

Helsefremmende arbeid med flyktningungdommer kan gjøres på forskjellige nivåer med forskjellige tiltak. Forebyggende tiltak kategoriseres som universelle, selektiv og indikativ (Haggerty et al., 1994). Tiltakene retter seg mot etter hvilken antatt risiko disse ungdommene har for å utvikle psykiske problemer eller annen problematferd. Masteroppgavens første artikkel er en indikativ, andre artikkel kan en si er et selektivt tiltak. Den første artikkelen belyste samspill med en flyktningjente i spesialist - helsetjeneste. Hennes innagerende atferd ga problemer i hverdagen hennes hjemme, på skole og med jevnaldrene. Når etablert kunnskap tilsier at hennes konkrete atferd ga en forhøyet risiko for definerte problemer ga dette grunnlag for å sette inn det som i litteraturen omtales som indikativ tiltak. Det vil si tiltak som rettes mot personer på en indikasjon om begynnende risikofylt atferd

Den andre artikkelen belyste en urolig enslig flyktningungdom i en gruppe med flyktningungdommer i kommunehelsetjeneste. Enslige ungdommer befinner seg i en risikosone og beskyttende prosessene rundt denne gruppen er svekket. En kan identifisere faktorer som representerer en risiko for at problemer kan begynne å utvikle seg, for eksempel uro og ukonsentrasjon. Dette gir grunnlag for å sette inn det som i litteraturen, omtales som selektive tiltak. Selektive tiltak forstås altså som tiltak rettet mot en definert gruppe med identifiserbar forhøyet risiko for en problemutvikling (Haggerty, 1994).

I neste avsnitt drøfter jeg hvordan en kan møte ungdommene på en helsefremmende måte. Her drøftes resiliens som dreier seg om den flyktningungdommenes motstandskraft. Deretter drøftes salutogenese som definerer en helse som et kontinuum (grader av helse) og søker etter faktorer som skaper en høyere grad av helse. Til slutt belyses barneperspektivet som bygger på det nye barndomsparadigme, hvor barn som sosial aktører og ikke som passive ofre for strukturer og prosesser. Slik kan jeg belyse mestringsbegrepet og hva som gir mestring innenfor de forskjellige tiltak.



### 3.1 Resilien og salutogenese

*Sorgen kommer brått og uventet og banker på min dør,  
hver kveld når jeg skal sove.*

Helsefremmende arbeid handler om å bygge opp livskvalitet, overskudd og mestring. For at flyktingungdommer skal kunne ta ansvar og utvikle sin personlige kompetanse må de kunne bruke sine ressurser og muligheter. I den helsefremmende tilnærmingen vektlegges egenmestring som bærende prinsipp og som mål i relasjonen mellom fagpersoner og ungdommer (Schancke, 2003). Når vi går tilbake til artiklene og tar utgangspunkt i Sterns tilknytningsteori (1985/2004) og Mays kreativitetsbegrep (1994) går den nettopp ut på at troen på at en endring er mulig stor. Stern sier at mennesker er i stadig bevegelse, også i vår selvutvikling og møte andre mennesker gjennom livet som er med på å forme de ulike selvområdene. May sier at betydningen av kreativitet som prosess er viktig for mennesker, den vitaliserer og revitaliserer styrken i våre erfaringer. Kreativitet er den innerste prosessen i det å skape, å gi eksistens til oss selv i møte med verden. For at endring er mulig må flyktingungdommer ha evne til å møte livets utfordringer med resiliens. Rutter (1985) utviklet begrepet resiliens, oversatt til motstanddyktig, for å beskrive at et individs mestring varierer. For at et forløp skal kunne karakteriseres som resilient må det være tilstedeværelse av en alvorlig risiko og et godt utfall på tross av denne risikoen. Det vil si at resiliens handler at ungdommene har evne til å klare seg på tross av at det har gjennomlevd sterke belastninger som krig, mistet nære og hyppige flyttinger. Men ingen er motstandsdyktige i alle typer situasjoner, overfor alle typer påvirkninger eller i alle tidsperioder (Rutter 2000). Neumayer (et al., 2006) ser resiliensfremmende arbeid som et viktig supplement til direkte bearbeiding av traumer. Hun skriver at det er et middel for å skape helhet og helse og kan i seg selv også være traumbearbeidende på en mer indirekte måte. Resiliensteori tilsier at motstandskraft og beskyttelse også omhandler å utvikle kommunikasjonsferdigheter (Borge, 2003). Ferdigheter som vil styrke sosial kompetanse.

Mestring er en prosess i en fortløpende kompleks interaksjon mellom flyktingungdommen og sin omgivelse og handler om dens subjektive oppfattelse,

tolkning og vurdering av bestemte belastninger den strir med. Waaktaar (2004) beskriver tre resiliensnivåer som viktige for hvordan disse ungdommene utvikler seg, resiliens hos ungdommen selv, familiefaktorer og nettverksresiliens. De kan være risikoutsatt på alle tre nivåer. Når de selv ikke har den medfødte robustheten eller en følelse av egenverd og en opplevelse av mening kan det svekke deres mestringsmuligheter. Hvis det i tillegg finnes risikofulle familiefaktorer hos flyktningforeldre eller ingen kontakt med familie hjemme for enslige flyktningungdommer, kan dette også svekke resiliens muligheter. På en annen side påpeker Rutter m.fl. at vi vet lite om *hvilke* prosesser i individet som fremmer resiliens – men rammefaktorer som gir grobunn for resiliens er trygge stabile tilknytninger og egne erfaringer om å kunne noe (Haggerty et al., 1996). De flyktning ungdommer det går det bra med, viser at de er i stand til og etter hvert dyktige til å beskrive/ snakke om dagliglivet i familien og skole. De kan etter hvert distansere seg, redusere og håndtere skyldfølelse (Oppedal, 2008).

Mestringsfokus tar utgangspunkt i flyktningungdommenes ressurser og interesser. Den styrker alle dens friskfaktorer på en måte som skaper vekst og utvikling. Det er dette Antonovsky (1979) kalte *salutogen tenkning*, en måte å fremme sunnhet på.

Anerkjenner vi flyktningungdommer, formidler vi egenverd, og de føler de hører til i en sammenheng kan de agere og være i samspill. Å høre med i en sammenheng er viktig når en har opplevd mange brudd og oppbrudd mentalt og fysisk (Nordanger, 2006). I Antonovskys Salutogene tenkning finner vi "sense of coherence" (SOC). Den kan oversettes til å leve i en opplevd sammenheng, en livsanskuelse som gir handlingsberedskap/ handlingskompetanse. Mestringsstrategier I SOC inneholder: å kunne forstå situasjonen, ha tro på å kunne finne løsninger på utfordringer omgivelsene stiller og finne det meningsfylt å gjøre et forsøk. Her fokuserer en på flyktningungdommenes historie enn på diagnosen og vektlegger mestringssevnen i historien.

Disse mestringsstrategier utvikles i barndommen, men formes også i voksen alder (Bengel m.fl.1999). Om flyktningungdommer utvikler/har utviklet disse mestringsstrategier avhenger av, som Haggerty m.fl. (1996) påpeker, av *hvordan* de opplever sin situasjon.

## 3.2 KUT-terapeutens i et resiliens og salutogenesetilnærming

Resiliens-perspektivet gjør noe med blikket til terapeuten. Det kjennes annerledes å betrakte en flyktningungdom som en som overlever heller enn en som er skadet. Terapeuten ser andre ting hos ungdommen når hun leter etter hva som kan bidra til vekst, og ikke bare leter etter hva som er savnet eller skadet. Og når terapeuten ser på disse tingene på en ny måte, kan det gi inspirasjon til nye måter å tenke og handle på. Det salutogene perspektivet gir henne da nye "briller". Det blir viktig når flyktning - ungdom trenger å utvide sitt repertoar av mestringsstrategier når de eksisterende ikke strekker til. Det vil ikke si at de må forkaste alt det gamle, men heller utvide sitt spekter av handlingsmuligheter. Det står for at ungdommen vokser på det de har erfart, dette betyr å være resilient. Det vil si at resiliens er ingen egenskap, men et kjennetegn ved visse utviklingsforløp som inkluderer ungdommen, situasjonen og tidsaspektet. Med resiliens søkes altså et kontekstuellet perspektiv på mestring. For terapeuten krever det å være lydhør for hva som i en kultur, eller en sammenheng er en beskyttelse, eller en god mestringsstrategi, kan i en annen omgivelse være en risiko eller et tegn på dårlig tilpasning (Christi, 2008).

Ut fra en helsefremmende tilnærming kan KUT terapeuten gi perspektiv til flyktning - ungdommenes erfaringer og opplevelser. Terapeuten har ved å være emosjonell tilgjengelig i en kunstanalog holdning redskaper til å gi ungdommen en "stemme". Det vil si redskaper som kan fange opp dens hverdagsliv og hverdagsforståelse. KUT har en teoretisk plattform som bygger på et eksistensialistisk fenomenologisk og humanistisk verdisyn. Her står sentralt at en har tro på den flyktningungdommenes evne til å ta ansvar for egne handlinger og eget liv. De har ressurser, muligheter, kompetanse og dyp behov for positiv selvhevdelse. I dette ligger anerkjennelse som et essensielt tema i alt terapeuten tenker og gjør. Dette verdisyn blir underbygget av psykoterapi-forskning (se f. eks. Wampold, 2001; Norcross, 2002; Svendsen, 2007) og i KUT teori (se f. eks. Knill et al., 2005; Levine, 1999; Meyer DeMott, 2007). Innefor forebygging blir barneperspektivet fremhevet som et viktig bidrag til anerkjennelse. De er sosiale aktører, som er aktive i konstruksjonen av sitt liv, de søker å påvirke egne liv i

interaksjon med andre (se for eks. James et al., 1999; Qvortrup et al., 1994; Hundeide 2003). Barneperspektivet blir belyst i neste avsnitt.

### 3.3 Barneperspektiv

*Det er bare du  
som vet hvordan  
det er å være deg*

I nyere utviklingspsykologisk forskning fokuserer på intersubjektivitet som forutsetning for barns utvikling (se f.eks. Stern, 1985/2004; Trevarthen et al., 1993). Syn på barn har gått fra stadie-tenkning til et barneperspektiv. Dette har også skjedd i et sosiologisk barneperspektiv som har et grunnleggende syn på barn som likeverdige individer. I slikt perspektiv møtes flyktningungdommen anerkjennende og terapeuten har fokus på flyktningungdommenes opplevelser og erfaringsverdener. Samtidig er det viktig å huske at relasjonen mellom terapeut og ungdommen i i sitt vesen er asymmetrisk. Det vil si at makten i situasjonen ikke er likelig fordelt mellom disse to. Disse ungdommer er likeverdige, men ikke jevnbyrdige med voksne. For eksempel er vårt fokus på alder og kultur i seg selv et konstituerende element for hvordan disse ungdommer blir oppfattet. Det bidrar til at vi lett fokuserer på det generelle, heller enn det spesielle ved den enkelte flyktningungdom.

Sommer (2009) skille mellom ”barnets perspektiv” og ”barneperspektiv” synes jeg er verdifull her i masteroppgaven. Barnets perspektiv handler om barnets livsverden, sine egne tanker, følelser, hensikter og atferd som uttrykkes både nonverbalt, gjennom ord og handling. Barns reaksjoner må forstås som meningsskapende aktiviteter sammen med voksne og andre barn. En må forholde seg med respekt til barnet som ”the Other”. Barneperspektivet handler om den voksnes forståelse/innlevelse i ungdommenes tanker, følelser, hensikter og atferd. Det er terapeutens perspektiv på ungdommen og tolkning af dens ’uttrykk’ blir her en sentral fagkompetanse ifølge Sommer (2009).

Bronfenbrenner (1979 i Sommer, 2009) sa: ”*Barneperspektivet er de voksnes (vellykkede) forsøk på at forstå og sette seg inn i de tanker og oppfattelser, som barnet har om sitt eget liv*”.

I skjæringspunktet mellom disse to perspektiver befinner seg terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning i KUT. Barnets perspektiv kommer til syne gjennom den eksistensielle fenomenologiske tilnærmingen i KUT. Terapeuten legger til rette for at flyktningungdom kan komme tilsyne i sin erfaringsverden, *slik den er for*

*dem*, innen en ramme og struktur som gir rom for spontanitet og kreativitet. Ved hjelp av å transformere uttrykket i metaforer og narrasjoner (bilde, poesi, fortelling, drama, dans og lignende) kommer ungdommen tydeligere frem for seg selv og andre. Her er det flyktningungdom selv som tolker sitt uttrykk med sin for- forståelse. Grunnlaget for refleksjon og forståelse blir ungdommens autentiske, levde erfaring i verden.

Barneperspektivet kommer frem når terapeuten med sin emosjonelle tilgjengelighet gir kreativ respons (Meyer DeMott, 2007) for å få frem ungdommenes perspektiv enda tydeligere. Den er synlig i refleksjonsrunden når terapeuten fortolker og analyserer sammen med ungdommen. Videre kan barneperspektivet for eksempel formidles i journalnotater, i nettverkarbeid og med kollegaer. ”Å kaste ut beskrivelser før en har forstått det som beskrives, er en av de største fenomenologiske fallgrubene”, skriver Spiegelberg (1982 i Thornquist, 2003). KUT har mulighet i seg til å formidle respekt for det konkrete som konkret, og legge vekt på at ungdommen jobber med fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser i form av poesi, historier og eventyr *før* en reflekterer og fortolker.

Barnets perspektiv og barneperspektivet handler om anerkjennelse i terapirommet. Det betyr at flyktningungdommen blir sett, dvs. forstått, bekreftet og akseptert som den personen den er, usikker og stille eller urolig og ukonsentrert. Terapeuten må anerkjenne og bekrefte dens følelser og opplevelser slik at flyktningungdommen *forstår* at den *gjør* det. De *opplever* seg sett.

For flyktningungdom har ”barnets perspektiv” og ”barneperspektivet” en stor betydning for at terapeuten skal kunne bistå i et resiliens-mestringsperspektiv og for å unngå marginalisering. For barneperspektivet vil si at de blir forstått, kan oppdage sammenhenger i deres liv og kan ha en gradert innflyttelse på alle forhold som påvirker dem. Dette er en viktig kompetanse som kan gi disse ungdommer mestringsopplevelser.

For at flyktningungdommer skal bli sett, anerkjent og unngå marginalisering må terapeuten ha et barneperspektiv, barnets perspektiv i en eksistensiell fenomenologisk og helsefremmende tilnærming med fokus på resiliens og salutogenese.

I neste avsnitt belyser jeg min vitenskapelige framgangsmåte og beskrive innsikten jeg har fått gjennom prosessen i prosjektet. Det gjøres ved å belyse utfordringer og fordeler ved observasjonsstudie i et hermeneutisk perspektiv og drøfte funnene i oppgaven.

## 4. Teoretiske forankring, fortolkning og forståelse

*Kom, vesle hvite snøfnugg,  
og sett deg på min panne.  
Fortell om alle stjernene  
som seiler over landet.*

### 4.1 Teoretisk forankring

Masteroppgaven går inn under den helsefremmende tradisjonen innenfor hermeneutikken som søker å forstå og fortolke handlinger og erfaringer ved å knytte dem til en mening og hensikt. Teoretisk sett er det en vesentlig forskjell mellom en fortolkende/forstående tilnærming og forklarende tilnærming. Begrepene helse, sykdom og forebygging defineres ulik i de forskjellige tilnærmingene. Hva som er ”sant” og ”virksom” defineres og forstås på forskjellig vis, også når det gjelder strategier og konkrete tiltak som en KUT – tilnærming. En ”trang” helsedefinisjon vil for eks. kunne innebære fokus på svært avgrensede tiltak med dokumenterte kvantitative effekter. En ”utvidet” helsedefinisjon, jfr. WHO's definisjon, vil i langt større grad gi plass for tiltak som ikke bare har som formål å hindre sykdom og skade, men også fremme livskvalitet og trivsel (Aarø, 2003 i Schancke, 2003).

Masteroppgaven har tema emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning. Emosjonell tilgjengelighet er en faktor som inngår i den terapeutiske alliansen mellom terapeut og klient i psykoterapi. Schibbye hevder at en god psykoterapeutisk praksis krever at teoretiske, etiske og personlig refleksjoner stikker så dypt at de er integrert i psykoterapeuten som person. Det er denne integreringen som gjør at terapeuten kan bli anerkjennende. Hun sier videre at ”*opplevelser i samtaler med klienter er så levende, varierte og upredikerbar at ord virker mer utilstrekkelige enn noensinne*” (2004;233). Setningen sier noe om at atmosfæren, stemningene og de indre opplevelser ikke får plass i beskrivelsene. Den personliggjorte læring sitter i kroppen, i et skjæringspunkt mellom teoretisk og praktisk erfaring. Slik holdning er et eksempel på personliggjort læring som sitter i kroppen, i et skjæringspunkt mellom teoretisk og praktisk erfaring. Emnet har nå fått en teoretisk forståelsesramme og i følgende avsnitt drøftes hvilken forskningsstrategi som er valgt i masteroppgaven. Jeg drøfter hvorfor jeg vurderer fremgangsmåten som velegnet for problemstillingen i masteroppgaven og vil beskrive

oppgavens forskningstilnærming og forskningsdesign. Deretter drøfter jeg fortolkningene av analysen.

## 4.2 Fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming

*Du så på meg,  
Og jeg ble synlig.  
Du hørte meg,  
Og jeg fikk en stemme.  
Du gikk fra meg,  
Og jeg fulgte med.*

Fredrik Hossmann

Oppgaven er en studie innenfor den beskrivende/ fortolkende vitenskap som bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning av mening i menneskelige uttrykk (hermeneutikk). Idealet og målet for denne retningen er ikke rene objektive observasjoner og analyser men fortolkninger av disse observasjoner.

I forskningsprosjektet velger jeg å fortolke konkrete situasjoner i et perspektiv som har bakgrunn i livsverdensfenomenologien. Den legger til grunn et ikke-reduksjonistisk og et integrerende syn på for eksempel kropp – sjel og , liv - verden. Dette innebærer at personer som inngår i et forskningsprosjekt oppfattes som subjekter, de står i et fortolkende forhold til seg selv, andre og omverden.

Kvalitativ forskning er rettet mot å undersøke meningssammenhenger som personer inngår i og skaper. Dette er utgangspunktet og grunnlaget for mitt metodologiske valg. Den hermeneutiske analyse beskriver en helhet av det som skjer når forskeren fortolker observasjonsnotatene og danner seg en mening av innholdet i den. Det vil si forskerens vurdering av terapeutens og flyktingungdommenes bakgrunn, situasjon og intensjon. Deretter forskernes vurdering av notatene og mediet den når gjennom, så videre til sin egen selvrefleksjon. Jeg velger to observasjonsstudier for å forstå en kompleks og menneskelig virkelighet i terapirommet. Både fenomenologi, hermeneutikk, enverdenslæren og eksistensialisme danner studiets plattform for analyse og tolkning. Det vil si at mitt fokus er helhetsorientert, relasjonsorientert, prosessorientert med anerkjennelse av subjektivitet og kontekst.

Som vitenskapsteori er hermeneutikken først og fremst rettet mot forståelsen. Den hermeneutiske ”delene ut fra helheten og helheten ut fra delene” kan sees som en spiral som antyder videre bevegelse; en kommer aldri tilbake til samme sted. I terapi og

forskning betyr dette at videre bevegelse bidrar til økt forståelse og fordypning. Hva den dynamiske del-helhet-bevegelsen skal omfatte diskuteres mye og behandles forskjellig innenfor de forskjellige hermeneutiske tradisjoner. Hermeneutikken er ikke en ensartet vitenskapelig fremgangsmåte, men er i utgangspunktet en tolkningsprosess – en kunst i det å fortolke fenomenen.

I boken *Tolkning og refleksjon* (Alvesson og Skjöldberg, 1994) drøftes de forskjellige tolkninger innefor hermeneutikken. Forfatterne skiller mellom den objektiviserende og aletiske hermeneutikken. Begrepet ”aletisk” kommer fra det greske ordet ”aletheia” som betyr åpenbaring av det skjulte. Den aletiske hermeneutikken skal i stedet for å skape sammenheng mellom den subjektive tanken og den objektive virkeligheten, avdekke det som skjuler seg. Intuisjonen gis betydning og det søkes etter sannhet gjennom avsløring. Innenfor den aletiske retningen plasserer forfatterne blant annet eksistensiell og den poetiske hermeneutikken. De nevner Heidegger, Gadamer og Ricoeur som representanter for slik retning. Alle tre legger vekt på tekster og språket som medium når menneskes livsverden avslører seg. Det er mennesket i den konkrete livssituasjon som er det sentrale, og for den blir det en oppgave å forstå den verden den lever i.

Utfordringen i hermeneutikken er hvordan en kan begrense klarleggingen og sikre utformingen av fruktbare og gyldige tolkninger. Dette uttrykker en viktig fortolkningsmessig grunnregel som forenklet sagt betyr at *vi forstår*. Hva disse betraktningene har betydd for gjennomførelse av studiet kommer i neste avsnitt. Først den etiske side ved forskningsprosjektet, så belysning av forskningsmetoden og den praktiske gjennomføring.

### **4.3 Betraktninger av den praktisk gjennomførte forskning**

*Gi meg et sted å stå,  
og jeg skal bevege jorden.*

#### **4.3.1 Belysning av metode**

Metoden er vitenskapelig forankret i kvalitativ forskning, med gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning og teori på området. Det finnes mye forskning på emosjonell tilgjengelighet og samspill i nyere spedbarnspsykologi (se for eksempel Stern 1985/2004; Trevarthen, 1993) og i psykoterapiforskning (se for eksempel Wampold,



2001; Norcross, 2002). Derimot forskning rundt temaet emosjonell tilgjengelighet i den kunstanaloge holdning er det særdeles lite av.

På et slikt område, der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet. For eksempel kan slik forskning bidra til å belyse et fenomen som har vært lite studert. Den kan også gi mulighet til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener. Når vi ønsker svar på spørsmål om handling – hva som skjer og hva som gjøres – i menneskers naturlige omgivelse, kan forskjellige kvalitative observasjonsdesign være formålstjenlig (Ringdal, 2001). Dette gjelder observasjonsstudiet hvor en ser på handling mellom terapeut og klient.

Metoden jeg har valgt har derfor en eksplorerende design (Ringdal, 2001).

Eksplorerende undersøkelser er spesielt anvendelig i situasjoner hvor man står overfor et tema man ønsker å vite mer om, og hvor man ikke har noen klare ideer om hvordan fenomenet eller problemet skal analyseres. Eksplorerende forskningsresultater avhenger av forskerens innsikt, erfaring, kunnskap og kreativitet. I oppgaven betyr dette at jeg tar mange av veivalgene underveis. Etter hvert som jeg beskriver om ”hva som skjer og hva som gjøres”, så nært mulig virkeligheten, får jeg ny innsikt. Min forforståelse og rolle påvirker materialet, det er et innefra-perspektiv.

En casestudie undersøker et fenomen i sine naturlige omgivelser, der flere datakilder benyttes. Det er fokuset på helheten som gjør det til en casestudie. (Yin, 2003). Mitt hovedspørsmål i studiet var ønske om å finne ut betydningen av emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning for anerkjennelse i terapirommet. *Hvordan* KUT-terapeuten nådde frem til disse flyktningungdommer og *hvorfor* terapeuten valgte de ulike responsene og strategiene i terapirommet. Yin (2003) anbefaler nettopp en fremgangsmåte med casestudie når spørsmålene er ”hvordan” eller ”hvorfor”. Å velge casestudie er også gjort fordi fremgangsmåten studerer, slik som Yin skriver (Yin 1981;59 I: Andersen 1997):

*(...)”Contemporary phenomenon in its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon’s and contexts are not clearly defined.”*

Studiet har et komperativt design siden jeg tar med to observasjonssituasjoner i samme studie, en casestudie med direkte observasjon og en casestudie med videoobservasjon. Disse to observasjonsstudiene handler om samme tema og forutsier lignende resultater. I en observasjonsstudie er man ute etter data som ikke lar seg kvantifisere men ser etter

”hva som skjer” og ”hva som gjøres”. Begge var åpne observasjoner; de observerte visste at de ble studert og visste hva formålet med observasjonen var.

Ringdal (2001) påpeker at praktisk forskning gjerne har elementer av både induksjon og deduksjon, og også denne oppgaven er preget av dette. En deduktiv forskningstilnærming tar utgangspunkt i eksisterende teori og ut fra dette formuleres hypoteser, for så å observere og dermed bekrefte/tilbakevise hypotesen og eventuelt revidere teorien. Siden jeg utledet ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning”, basert på nyere spedbarns og psykoterapiforskning, migrasjonsforskning og KUT teori, kan man si at denne oppgaven har en deduktiv tilnærming. På den andre siden starter jeg derimot til dels uten noe teoretisk utgangspunkt. Her fokuserer jeg på emosjonell tilgjengelighet *i kombinasjon* med en kunstanalog holdning og således kan tilnærmingen sies å være induktiv.

Observasjon som metode innebærer at jeg kan fange opp en væremåte som ikke er lett å oppfatte med andre metoder. Thagaard (2003) hevder at metoden egner seg spesielt godt til å studere mellommenneskelige relasjoner, fordi observatøren kan fokusere på hvordan enkeltpersoner forholder seg til hverandre i sosiale situasjoner. Hun skriver at observasjonsstudier ”*kan knyttes til et interaksjonistisk perspektiv når samhandling mellom personer studeres i forhold til det meningsinnholdet som personene tillegger hverandres handlinger*” (2003:63).

Å observere terapeuter i terapirommet og se at atferd oppstår igjen og igjen er en tidkrevende oppgave. Det har også etiske utfordringer da en ikke lett får tilgang til terapirommet og integriteten må ivaretas av terapeut og klient. Et annet viktig moment er min forforståelse som (fag) person, KUT terapeut og masterstudent: en kan anta at forskeren kan "se hva de ønsker å se". For å være bevisst min forforståelse har jeg i forbindelse med innsamling av data benyttet ulike former for observasjon, en casestudie og en videoanalyse.

Å søke etter de grunnleggende årsaker er vanskelig. I observasjonsstudiet søkes meningssammenhenger og dette er vanskelig å falsifisere. Observasjonsmetodene jeg har brukt har problemer med pålitelighet og generalisering, siden pålitelighet refererer til den utstrekning observasjoner kan gjentas (Ringdal, 2001). Generalisering, eller ekstern gyldighet, er beskrevet som i hvilken utstrekning resultatene fra studiet også vil være tilfelle for andre mennesker, andre steder, og andre ganger. I observasjons - forskning kan funn bare reflektere et unikt utvalg og kan derfor ikke generaliseres til andre. Svakheten er at kvaliteten på funnene ikke er sikret ved at observasjonsstudiene

er basert på statistiske sammenligninger av KUT tilbud – og kontrollgrupper. Dette betyr at det er empirisk påvist at en gjennomsnittelig klient som mottar KUT tilbudet kommer signifikant bedre ut enn en gjennomsnittelig klient som ikke får tilbudet.

Imidlertid er slagsiden ved denne tilnærmingen at klienten reduseres til en statistisk representant for gjennomsnittet.

I følgende avsnitt beskriver jeg hvordan jeg har gått frem og analysert og fortolket materialet.

### **4.3.2 Perspektiver på analyseprosessen og fortolkninger i oppgaven**

*Hun betraktes med papirets hvithet  
Jeg observeres med blyantens ene øye  
Vi møtes i bildet*

Fredrik Hossmann

Som forsker har jeg et ansvar for at forskningen utføres på en etisk forsvarlig måte og at jeg i casestudiet og videoanalysen forholder meg til ulike forskningsetiske problemstillinger. Både konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av terapeuten og klientenes, forskningssubjektene, integritet er av stor betydning. Dette fører til at jeg som forsker må ha en varhet og ydmykhet i alle deler av prosessen. Malterud (2003) viser til flere former for belastning informantene kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie: psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjenning. Dette er viktig å unngå i forskningsforløpet og etterpå.

Både problemstillingen og utvelgelsesstrategien må justeres etter hvert i prosessen. Det blir tydelig underveis i studien hvilke nyanser av den opprinnelige problemstillingen som i særlig grad kan gi relevant kunnskap. Jeg er da i stand til å samle en dybde på informasjon om terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning. Ved anvendelse av forskningsmetoden gis ny og uventet kunnskap, innsikt hvor nært emosjonell tilgjengelighet er forbundet med kreativitet i en skapende prosess i KUT. Møtet mellom terapeut og flyktningungdommen har sitt utgangspunkt i eksistensielle fenomenologiske betingelser og handler om ”det som kommer til syne” og handler om væren og gjøren her og nå, i lek og kunstneriske uttrykk. Fordi KUT er handlingsrettet og ikke statisk, gir det forskeren et unikt utgangspunkt for observasjon av ”hva som skjer” i terapirommet.

Å gjøre metodiske observasjoner kan verken gjøres objektiv eller ukritisk og er avhengig av observatørens evne til persepsjon og hukommelse. To observatører med

sammen utgangspunkt vil observere andre aspekter ved en situasjon eller en person. Min egen erfaring tilsier at en observasjonsbeskrivelse sjelden gir uttrykk for en komplett og ”sann” beskrivelse av situasjonen. Som forsker er det nødvendig med faglig ydmykhet i forhold til hva en kan fange opp og beskrive ved hjelp av ulike observasjonsmetoder (Thagaard, 2003).

Video som verktøy krever høy etisk, faglig og personlig integritet og er et kraftfullt medium. Materialet gir begrensninger som ligger i at forfortolkningen ikke støttes av selvforståelse, erfaringer og begrunnelser av de involverte. Videomaterialet er også krevende, en får utrolig mye material i å velge mellom. Samtidig gir videoanalysen mulighet til å studere materialet med åpen blick på samspill; opptakene tillater gjentakende observasjoner og dermed mulighet til å fange opp mange sider og detaljer av samspillet. Erickson (1982 i Heiberg et al., 2004) kaller muligheten for bevaring av informasjon på film «the capacity for completeness of analyses». Når hendelsene er bevart på film, kan de studeres gjentatte ganger. Ofte kan det identifiseres stadig nye elementer og fortolkningsmuligheter. Å observere samhandlingen gir en unik mulighet, vi kan *se* at kontakt skjer. Å *se* det enkle er en komplisert oppgave som utfordrer forskerens refleksjonsevne. Dette kan da redusere faren for å trekke for raske konklusjoner og fortolkninger. En annen fordel ved observasjonsmetoden er at mange aspekter fremstår tydelig i opptaket og uttrykkene blir ekte. Det gis ingen mulighet til å forklare seg eller bortforklare «uheldige» episoder (Heiberg, 2001 i Heiberg et al., 2004).

*De videobildene,  
Gjør meg varm om hjertet  
Den gode energien  
Glede og gjensidighet i gruppen  
Så inkluderende og gir meg lyst  
Til å være kreativ og lekende.*

Marja Schriever

I neste avsnitt drøfter jeg de opparbeidete erfaringer og funn gjennom arbeidsprosessen.

### **4.3.3 Beskrivelse erfaringer i arbeidsprosessen**

Til å begynne med var observasjonsbeskrivelsene ustrukturerte og omfattende, samtidig var de fyldige og beskrivende. Jeg beskrev så fullstendig og detaljert mulig hva jeg observerte i disse sekvensene og søkte etter mønstre og fant en meningsfull kategori ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning”. Notatene ble rammet inn av

delprosesser med interaksjonssekvenser (Schibbye, 2004) og satt i en teoretisk referanseramme.

Resultatene er valide ved at de belyste problemstillingen og ga en ny forståelse av terapeutens utfordringer med flyktningungdommer. Både casestudiet og videoanalysen viste at terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning hadde betydning for det terapeutiske samspill, individuelt og i en gruppesammenheng. Bevisst bruk av kunstanalog holdning i affektinntoning og regulering førte til et større spillerom til utforskning av affekter, motivasjon og emosjoner. Begge terapeutene stimulerte og fremmet med sin kunstanaloge holdning spontanitet, kreativitet, og mestringsevne. Da en fikk gjenklang fra omgivelsene ga det tilhørighet og bekreftet identiteten. Her støttet KUT opp under den nonverbale kompetanse og hjalp terapeuten å stå i – og møte klientens taushet og uro.

Observasjonsstudiet var strategisk ved at den viser til et stort bruksområde. Jeg har skrevet om bruk av KUT i individuell terapi, i gruppeterapi, i spesialhelsetjeneste og som en lavterskel tilbud i kommune. KUT er beskrevet som selektiv og indikativ forebygging. Denne anvendeligheten sier noe om at intersubjektivitet og det kunstneriske ikke er bundet opp i faste maler og faste teknikker. Det er heller det relasjonelle sammen med det kunstneriske som fungerer som ”olje i maskineriet”, om det så er i spesialhelsetjenesten eller førstelinjetjenesten. Derfor er det spennende å drøfte om mine funn kan overføres til andre arenaer. I Norge finnes KUT- tilnærmingen per dags dato på noen familievernkontorer, på flere DPSer, i rusomsorgen og på skoler. Slik tilnærming gir fleksibilitet og tilgjengelighet, som kan bli verdifull kompetanse, spesielt når en har fokus på ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning”. Det er fortsatt et stort behov for solid forskning om hva som er «best practice» i arbeidet med mindreårige flyktninger i Norge (Dybdahl et al., 2006). Dette gjelder både ungdommer med og uten familie. Oppgaven ønsker å formidle og bekrefte hvor viktig det er å ta ungdommens stemme på alvor, spesielt når deres kommunikasjon er utydelig, for eksempel på grunn av språk og atferd. Terapeuten har her en betydningsfull rolle som kan skape forutsetninger slik at ungdommen ”kommer til syne” på sine egne premisser. Dette er i tråd med forskning som viser det er nødvendig å ta klientens stemme på alvor i det terapeutiske arbeidet.

## 5. Konklusjon

*Et håndtrykk skjuler seg i hånden  
En verden åpner seg i et hjørne  
Livet slumrer i en drøm*

Fredrik Hossmann

I oppgaven har jeg fremmet et syn, på bakgrunn av observasjonsstudiene og den teoretiske overbyggingen, at *emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning* er en viktig faktor i den relasjonelle kompetanse hos KUT-terapeuten. Ved å være anerkjennende kan disse ungdommene synliggjøre sin opplevelser og utvikle kommunikasjons ferdigheter som vil styrke sosial kompetanse. Både de innagerende og de urolige flyktningsungdommer som synes at det er strevsomt å uttrykke seg verbalt kan formidle sine opplevelser på en mer naturlig og tydeligere måte gjennom lek og kunstneriske uttrykk. De blir synlige og gjør at terapeuten kan bli mer lydhør i samspillet og en får mulighet til å skape noe nytt sammen.

Den kompetansen er uavhengig av hvilket helsetjenestenivå en befinner seg i, uavhengig om det er selektivt eller indikativ forebygging og uavhengig av kulturell ståsted. Målet for terapeuten er da at hjelpeapparatet omkring flyktningsungdommene er i stand til å forholde seg til ungdommen og deres familie på en fleksibel og hensiktsmessig måte som passer til deres behov.

Flyktningsungdommenes stemmer må høres. Vi har et ansvar for at de, på bakgrunn av deres sårbare situasjon, blir synlig, hørt, sett og forstått i helse – og sosialtjenesten. Ved å arbeide innenfor en helsefremmende ramme med resiliens, barneperspektiv og salutogenese tilnærming har – KUT-terapeuten et solid og bekræftende grunnlag i møtet. Slik kan KUT terapeuten være en brobygger for flyktningsungdom.

Mer forskning er nødvendig, hvor en ”måler” og dokumenterer tiltak i KUT. Det er formålstjenlig å dokumentere det man gjør og iverksetter forbedringstiltak basert på best tilgjengelig kunnskap og erfaring. Å samle, systematisere og bruke erfaringer og tilgjengelig kunnskap må til for å evaluere og forbedre egen praksis. Derfor er mer forskning på nonverbal kommunikasjon viktig. Den fortjener større anerkjennelsen i helse-sosialtjenesten.

## 6. Litteraturliste

- Alversson M., Skoldberg, K. (1994); *Tolkning och reflektion – Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund.
- Andersen, S. S. (1997); *Case-studier og generalisering: Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Antonovsky, A. (1987); *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass, San Fransicisco.
- Aubert, A.M; Bakke, I.M. (2008); *Utvikling av relasjonskompetanse*. Nøkler til forståelse og rom for læring. Gyldendal Akademisk.
- Bengel, J., R. Strittermatter, R. Willmann (1999); *What keeps people healthy. The current State of Discussion and the relevance of Antonvsky`s salutogenetic model of health*. Research and practice of health promotion Volum 4. Federal Center for Health Education.
- Berg, B., Valenta, M. (2009); *Flukt, eksil og flyktningers sosiale integrasjon*. Oslo: IMER, Norges forskningsråd.
- Berg, B., Lauritsen, K., Meyer, M.A., Neumayer S. M., Tingvold, L., Sveaass, N. (2005); ”*det hainnle om å leve*”. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Bjerkan, Y.B. (2009); *Integrering av flyktningbarn. Norske kommuners bruk av særtiltak*. NOVA Notat 9/09.
- Borge, A.I.H. (2003); *Resiliens, risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bronfenbrenner, U. (1979); *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brunvatne, R. (2006); *Flyktinger og asylsøkere i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk.
- Christi, H.J. <http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf> lastet ned 160410.
- Dencik, L., Schultz Jørgensen, P. (red.) (1999); *Barn og familie i det postmoderne samfund*. 7. opplag - Hans Reitzels forlag. København.
- Sommer D. (2009) [www.psy.au.dk](http://www.psy.au.dk) [www.psykopp.no/.../Paradigmeskiftet\\_og\\_det\\_nye\\_barnesyn-Dion\\_Sommer.ppt](http://www.psykopp.no/.../Paradigmeskiftet_og_det_nye_barnesyn-Dion_Sommer.ppt) Lastet ned 250310.
- Dybdahl, R., H. J. Christie, J. Eid (2006); *Psykososialt arbeid med barn og familier som er asylsøkere og flyktinger i Norge*, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 43;12, s.1300-1308.

- Dønnestad E., Sanner, M. (2003); *Drømmene, idéene, livet : unge rapporterer til FN om Barnekonvensjonen 02/03* /. Oslo : BFD, 2003. Prosjektet "livet under 18".
- Engebrigtsen a., Fuglerud ø., (2007); *Ungdom i flyktningfamilier. Familie og vennskap - trygghet og frihet?* NOVA Rapport 3/07  
<http://www.forebygging.no> lastet ned 08.11.09.
- Frønes, I. (2000); *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning.* Gyldendal Norsk forlag A/S.
- Grønseth, Anne Sigfrid (2006); "Lost Selves and Lonely Persons. Experiences of Illness and Well-Being among Tamil Refugees in Norway." *Doctoral theses at NTNU, Norway.*
- Haggerty R., Sherrod L.R., Garmezny N & Rutter M (1996); *stress, risk and resilience in children and adolescents.* Cambridge University Press.
- Halsa, A.; Senmoderne familier og utsatthet. 310807. *Forelesning Høgskole i Lillehammer.*
- Heggen, K. (2004); *Risiko og forhandlinger: Ungdomssosiologiske emner.* Abstrakt forlag Oslo.
- Heiberg, K. E., Engelsrud, G. (2004); Fysioterapibehandlingens kompleksitet med fokus på kropp og kjønn – en videoanalyse av et eksempel fra praksis. *Fysioterapeuten nr.2.* Feb. 2004.
- Helsedirektoratet (2008); *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.* IS –1570. Helsedirektoratet, avd. psykisk helse, Oslo.
- Helsedirektoratet rapport (2009); *Migrasjon og helse.* IS nr: IS- 1663.
- Helsedirektoratet skriv (2009); *Flyktninger trenger mer psykisk helsehjelp.*  
[http://www.pandemi.no/psykisk\\_helse\\_tjenesten/fagnytt/](http://www.pandemi.no/psykisk_helse_tjenesten/fagnytt/) Lastet ned 100210.
- Huemer,J., Karnik,N.S., Voekl-Kernstock,S., Granditsch,E., Dervic,K., Friedrich,M. Steiner,H. (2009b); "Mental health issues in unaccompanied refugee minors". I: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2009, volum 3, 13.*
- Hundeide, K. (2003); *Barns livsverden.* Cappelen Akademisk Forlag.
- iFAKTA (2009); *Faktahefte om innvandrere og integrering.* Integrerings – og mangfoldsdirektoratet (IMDi)
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2009); *Barna først.*
- James, A., Jenks, C. and Prout, A. (1999); *Den teoretiske barndom.* Socialpædagogisk bibliotek.



- Johnsen A., Sundet R., Thorsteinsson V.W. (2001); *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Tano Aschehoug.
- Klefbeck, J., Ogden, T. (2003); *Nettverk og økologi*. Universitetsforlaget.
- Knill P.J., Levine E.G., Levine S.K. (2005); *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Levine K., Levine E. (1999); *Foundations of Expressive Arts Therapy. Theoretical and Clinical Perspectives*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Løgstrup, K.E. (2000); *Den etiske fordring*, J. W. Cappelens Forlag a.s., Trondheim.
- May, R. (1994); *The courage to Create*. W.W.Norton.
- Malterud K. (2002); Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift Norske Lægeforening*; 2002;122: 2468–72.
- Meyer M.A. (2007); Repatriation and Testimony. *PhD. thesis*. Unipub AS.
- Mrazek, P. J., R. J. Haggerty (Eds.) (1994); *Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington D.C. National Academy Press.
- Neumayer, S.M., Skreslett, A., Borchrevink, M.C., Gravråkmø, S. et al. (2006); *Psykososialt arbeid med flyktningbarn – Introduksjon og fagveileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS.
- Norcross J (ED.). (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press
- Nordahl T, Sørli MA, Manger T og Tveit A (2005); *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Fagbokforlaget.
- Nordanger, D (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 43; nr 12, s. 1292-1299.
- Oppedal, B. m.fl. (2008); *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier*, Folkehelseinstituttet Rapport 2008:14.
- Oppedal B.; Jensen L.; Seglem K. B. (2008) UngKul-rapport nr. 1. *Når hverdagen normaliseres: Psykisk helse og sosiale relasjoner blant unge flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine*. Oslo: Folkehelseinstitutt. Lastet ned [www.fhi.no](http://www.fhi.no) den 290809.
- Oppedal B.; *Lik psykisk helse som etnisk norsk ungdom*. 2007. Folkehelseinstitutt. [www.fhi.no](http://www.fhi.no), lastet ned 160408.

- Oppedal B. mfl. (2009). *Psykososiale tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrersfamilier*. Rapport 2008;14. folkehelseinstituttet.
- Oppedal, B. Seglem, K. B., Jensen, L. (2009); *Avhengig og Selvstendig*. Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale, Folkehelseinstituttet Rapport 2009:11.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse (2003). *Sammen om psykisk helse*. Rådet for psykisk helse.
- Ringdal, K. (2001); *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget.
- Rutter, M. (1985); "Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder". In: *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- Schancke, V. (2005); *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis*. Nordnorsk kompetansesenter. Kristoffersens Trykkeri AS, Narvik.
- Schibbye, A. L. L. (2004); *En dialektisk relasjonsforståelse*. Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007); *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unges i kommunene*. Veileder IS – 1405.
- Spilker, R. S., Indseth, T. og Aambø, A. 2009. Mighealthnet, *State of the Art Report (SOAR), Norway*, Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge, Mighealthnet, Norge
- Stern D. (1985); *The interpersonal world of the infant*. Karnacbooks.
- Stern D. (2004); *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton & Company Ltd.
- Stortingsmelding 49 (2003-2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse - Ansvar og frihet*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/2003-2004/stmeld-nr-49-2003-2004-.html?id=405180> Lastet ned 030310.
- Thagaard, T. (2003); *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2 ed.). Fagbokforlaget, Bergen.
- Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trevarthen, C. (1993). The Selv Born in Intersubjectivity: the Psychology of an Infant Communicating. I: Neisser, U. (red.). *The Perceived self*. Cambridge University Press.
- Utlendingsdirektoratet <http://www.udiregelverk.no/default.aspx?path={844F0786-BCFD-4CD2-921D-B63C2BF3F9A9}> Lastet ned 160410.
- Qureshi N.A. (2003); Unge etniske minoriteter – mestring og stolthet. *Tidsskrift for pedagogisk-psykologisk tjeneste* nr. 2/2003 s. 3.23.

- Waaktaar, T., og Christie, J., H. (2004); *Styrk sterke sider – Håndbok i resiliensgrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS. 2. oppl.
- Wampold, B. E. (2001); *The great psychotherapy debate*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- WHO <http://www.who.int/about/en/> Lastet ned 170410.
- Yin, R. K. (2003); *Case study research, design and methods*, 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications.

# 1. Første artikkel

## Å bli synlig

**Innagerende flyktningungdom og kunst- og uttrykksterapi i barne- og ungdomspsykiatrien**

**Marja Schriever**

**Feil! Hyperkoblingsreferansen er ugyldig.**

**Masterstudent avd. for Helse- og sosialfag, Høgskolen på Lillehammer**

Artikkelen er en fortolkende analyse av en klinisk deltagende observasjon; en kassstudie av kunst- og uttrykksterapi (KUT) med en innagerende, 12 år gammel flyktningjente i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Artikkelen belyser betydningen av emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning for å oppnå samspill ved tilbaketrekkende atferd.

Teoretisk er analysen basert på nyere utviklingspsykologi, migrasjons – og psykoterapiforskning. Prosessen beskrives i en KUT tilnærming hvor emosjonell tilgjengelighet vises i lek og kreativitet. Den har en humanistisk, fenomenologisk tilnærming og ser lek, kreativitet og imaginasjon som essensielt i psykoterapi. I den terapeutiske relasjon inkluderer KUT det kunstneriske som et tredje nærvær. For å gjøre den usynlige ungdommen synlig i KUT er lek og kreativitet sentralt og forutsetter en lekende og kreativ terapeutisk væremåte.

### 1.1 Innledning

Usynlige Ninnis historie er kjent for mange. Ninni ble skremt så mye at hun er blitt usynlig men får hjelp når hun bor hos Mummitroll familien. Ninni blir etter hvert synlig igjen gjennom omsorg og kjærlighet i Mummihuset. Litt etter litt kommer konturene av henne til syne. Først de små føttene, deretter kjolen og hårsløyfen. Men ansiktet synes først når hun lærer å si fra og slåss for sin rett.

Tove Janssons (1962) fortelling gir et godt bilde av hva artikkelen ønsker å belyse: *betydningen av terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i kreativ samhandling med estetiske<sup>1</sup> uttrykk i lek og kunst for innagerende flyktningungdom.*

KUT går ut fra at det i ethvert menneske finnes en skapende kraft og at en kan påvirke sin egen utvikling gjennom kunstneriske opplevelser og egen kreativitet.

Spedbarnsforskning bekrefter hvor viktig emosjonell samhandling er for barnets utvikling. Barnet er en kompetent aktør som agerer og påvirker sine omgivelser. Det er aktivt med på å skape egen og andres indre og ytre verden (Trevvarthen, 1993; Beebe et al., 2003; Stern 1985/2004;).

Også forskning om psykoterapi viser at emosjonell samhandling mellom terapeut og klient er vesentlig for terapeutiske resultater (Wampold, 2001; Norcross, 2002, Svendsen, 2007). Et systematisk samsvar mellom kvalitet på den terapeutiske allianse og behandlingsresultatet finnes i oversikten som inkluderer mer enn 100 studier (Hovarth et al., 2002; Shrik et al, 2003).

Svendsens (2008) forskning bekrefter at terapeutens evne til å gi respons i terapi med barn er viktig. Hun fremhever at terapeutens engasjement og responsevne er et nødvendig grunnlag for utvikling av en allianse.

Schibbye (2004;239) skriver at terapiforholdet allerede i første time strukturerer seg. Både tonefall, gester og kroppsspråk sier mye om terapeuten faktisk er opptatt av barnets følelser.

Den røde tråden i psykoterapi er *måten* terapeuten møter klienter på (Stern, 1985, 2004; Johnsen et al., 2001; Schibbye, 2004). Den er kroppslig forankret i en eksistensiell fenomenologisk kontekst (Schibbye, 2004; Knill et al., 2005).

I KUT skjer emosjonell samhandling i lek/uttrykk og en kreativ væremåte bestemmer grad av inntoning og kvaliteten på relasjonen (Levine, 1999). Det kan belyses med første møtet i terapirommet. Casestudiet viser at både terapeut og klienten befant seg i en fastlåst situasjon, kalt komplementær tohet av Benjamin (1995 i Moltu et al., 2008). Klienten satt på en stol og avviste all kontakt, hun forble usynlig. Derfor måtte

---

Etymologisk stammer begrepet estetikk fra gresk, der termen, aisthesis, brukes om estetikk, og betyr sansing, fornemmelse eller følelse. Innenfor denne forståelsen av begrepet estetikk, blir det estetiske ikke utelukkende knyttet til kunsten, men til alle livets arenaer der vi sanser. Det estetiske uttrykket er et "språk" som terapeuten og klienten kan kommunisere gjennom, for eksempel gir poesien mulighet til å uttrykke seg estetisk (Gurgens, 2004).

terapeuten gjøre noe uten at hun viste hva klienten ønsket og tenkte. Det fantes ikke samspill. Skulle klienten kunne bli mer synlig trengte terapeuten å oppfatte hensikten av dette usynlige og ordløse, noe som vistest gjennom kroppsspråk og følelsesformidling. Klienten har plass, ikke bare til det verbale men også rom til å kjenne de organismiske opplevelser, sansninger, stemninger og fornemmelser. Disse opplevelser er ordløse, ofte skjulte eller ubevisste og kan erfares kroppslig men vanskelig verbaliseres av klienten (Schibbye 2004). For at klienten skulle tørre å slippe frem usikkerhet må hun kunne slippe til sin *værensside* og krever at terapeuten har klientens subjektive opplevelsesverden i fokus. En væremåte som ikke har et fasitsvar. I casestudiet løste terapeuten situasjonen med å bevege seg og fortelle om tingene i rommet.

I KUT får en tilgang til de organismiske opplevelser gjennom bevisstgjøring av sansene, spontanitet, kreativitet og imaginasjon. Lukt, smak, syn, hørsel og berøring er alle viktig for å være i nuet. Ved å ha fokus på sanselig bevisstgjøring og kreativitet hos klienten gis mestringmuligheter av egen situasjon. Forskning bekrefter at individuelle resiliensfaktorer som mestring og kreativitet har betydning som beskyttende faktor for utsatte barn (Waaktaar, 2004).

Å sette i gang kreative prosesser i terapirommet innebærer innfølingsevne i lek og kunstuttrykkene og krever både estetisk ansvar og kreativ responsevne. Meyer DeMott (et al., 2008) snakker om å inneha en *kunstanalog holdning*, en terapeutisk holdning med estetisk sensitivitet. En evne som gjør at lekende øyeblikk og kunstneriske uttrykk kan oppstå - og fordypes i terapirommet. Med hjelp av "*Decentring*", "*high Sensitivity and low Skills*" (Knill et al., 2005) og "*Keep to the Surface*" (McNiff, 1992)" kommer slik holdning til syne i samspill, noe som blir utdypet senere.

For å få mer inngående forståelse utdypes først betydningen av begrepene innagerende atferd, resiliens, kreativitet og imaginasjon. Så utdypes intersubjektivitet i den kunstanaloge holdningen i KUT. Til slutt flettes teorien inn i analysen og drøfting av analysen i casen med en konklusjon.

## **1.2 Innagerende atferd, resiliens, kreativitet og imaginasjon**

### **1.2.1 Innagerende atferd**

Kunnskap om psykisk helse blant innagerende flyktningungdom ligger i et komplekst samspill mellom migrasjon, psykologisk utvikling og psykisk helse (Oppedal, 2007). Betegnelse innagerende atferd viser til et samlet begrep for et spekter av emosjonelle reaksjonsmåter i samspill og beskrivelser omfatter både de individuelle trekk og konteksten de lever i (Nordahl et al., 2005). Et kjennetegn ved innagerende atferd er at den er lite synlig. Når innagerende atferd er blitt et problem nevnes passivitet, nervøsitet, hemmet atferd og atferd som er preget av ”aggresjonshemming” i litteraturen. Disse ungdommer strever mer med over kontroll enn mangel på kontroll (Aasen 1987 i Lund, 2004).

Om disse flyktningungdommene utvikler problemer kommer an på deres sårbarhet, ressurser og mestringssevne (risiko- og beskyttende faktorer). De kan ha psykososiale belastninger med forskjellige uttrykksformer, intensitet og varighet.

Foreldrekompetansen (som trygg tilknytning) og nettverket rundt familien og venner vil også være avgjørende for utvikling av psykososiale vansker/atferdsproblemer (Nordahl et al., 2005).

Innagerende atferd kan også være et tegn på posttraumatisk stress som ikke har blitt sett og anerkjent og kan vise seg gjennom for eksempel emosjonell nummenhet, sosial tilbaketrekking, tristhet og angst ((ICD-10, 2004; NKTVS, 2007). En nederlandsk undersøkelse (Ter Bogt et al., 2003) forteller at flyktningungdom i Nederland har en overhyppighet av angst og depressive plager og at gruppen synes å være mer sosialt tilbaketrukkne enn genetisk nederlandske ungdommer. Oppedal (2009) sier at både jenter og gutter (8-13 år) med innvandrerbakgrunn har mer emosjonelle og sosiale problemer enn etnisk norske jevnaldrende.

Slik kompleks samspill krever at en som terapeut er sensitiv i forhold til kulturelle forskjeller og har en evne til refleksjon som handler om å oppdage klientens historie, behov og erfaring (Dypdahl et al., 2006). For taushet kan være en overlevelsesstrategi. Undersrud (et al., 2002) erfarte i en undersøkelse at ungdommer ofte underkommuniserte og at tausheten var fremtredende som ”*kulturell smerte*”. En smerte fordi hjelpeapparatet ikke lyttet og anerkjente deres kulturelle bakgrunn.

### **1.2.2 Resiliens**

Regjeringens strategiplan (2003) påpeker at flyktningbarn er en sårbar gruppe og fremhever likeverd, kreativitet, mestring og respekt som viktige områder for helse- og sosialtjenesten. Neumayer (et al., 2006) fremhever betydningen av resiliensbyggende arbeid med å styrke ressurser og mestring hos flyktningungdommer. For å kunne bruke mestring og kreativitet som beskyttende faktorer er opplevelser i lek et godt utgangspunkt. Winnicot (1971) ser lek som den mest grunnleggende måten et barn forholder seg på til andre. Dette har en avgjørende betydning i menneskers liv. For å bli følelsesmessig involvert i lek trenger klienten å jobbe aktivt med sansene (Knill et al., 2005). Det gjøres ved hjelp av å stimulere kreativitet og imaginasjon.

### **1.2.3 Kreativitet og imaginasjon**

May (1988) sier at kreativitet er den innerste prosessen i det å skape, å gi eksistens. Levine (1999) påpeker rollen kreativitet har i utviklingen av selvet og hvordan kreativ inspirasjon må ”tennes” for å kunne opprettholde vitaliteten, å være levende. Kreativitet er en kilde for vekst og mestring og som prosess vitaliserer og revitaliserer den styrken i erfaringene våre. Imaginasjon, er visuell mentale bilder og indre fornemmelser av lyd, berøring, smak, bevegelse og følelse, vår forestillingsevne. Den skaper bilder eller følelser som kan utforskes i lek og gjennom kunstneriske uttrykk. Det imaginære språket er tilgjengelig for alle mennesker og går på tvers av bakgrunn, utdanning, kultur og tro (Knill et al., 2005). Å mobilisere forestillingsevnen gjør at et innagerende flyktningbarn kan utforske sine fornemmelser, forestillinger og være spontan, utenfor hverdagens normer, verdier og rutiner.

En gjensidig, anerkjennende dialog i en kunstnerisk prosess er avhengig av holdende fysiske og psykiske rammer. For å oppnå trygghet i KUT, må både kontrakt, kontinuitet, ritualer og forutsigbarhet være på plass (Knill et al., 2005). Dette forutsetter et fokus er rettet mot opplevelse og at klienten ”får lov” til å føle og eie opplevelsene (Schibbye, 2004). I neste avsnitt utdypes intersubjektivitet i en kunstanalog holdning.

## **1.3 Intersubjektivitet i en kunstanalog holdning**

Intersubjektivitet handler om å se den andre som subjekt, det vil si at den andre har et indre (Johnsen et al., 2001, Schibbye, 2004, Stern, 2004). Begrepet inkluderer kropp og følelse i stor grad. Meningen med ordene er en konsekvens av det emosjonell sosialt



regulerte samspillet. Pust, blikk, bevegelser og relasjonelle væremåter er uttrykk for denne kommunikative kompetansen.

Med begrepene affektiv inntoning – og regulering, kan en beskrive intersubjektiv kompetanse hos terapeuten. Affektinntoning handler om variasjon, rytme og intensitet i samspill. Mening og sammenheng i dialogen blir skapt gjennom slik kommunikasjon hvor terapeutens og klientens erfaringer blir understreket. Affektreguleringen viser til hvordan terapeuten kan influere klientens indre opplevelser (Stern, 1985/2004; Johnsen et al., 2001;91; Schibbye, 2004). Det er den voksnes ansvar å regulere den affektive kommunikasjon. Ved å gi klienten feedback, anerkjenner terapeuten dens uttrykk slik at den kan deles. Det gir terapeuten mulighet til å sjekke ut hennes holdning og følelse i forhold til det emosjonelle innhold. Dette skjer stort sett nonverbalt (Schibbye, 2004).

I KUT skjer affektiv inntoning og regulering gjennom en kunstanalog holdning. Dialogen blir utvidet med ”det tredje” som er leken og de kunstneriske uttrykk. Holdningen krever en oppmerksom væremåte som har rom for øyeblikket og spontaniteten. Her følger terapeuten klientens rytme oppmerksomt, improviserer ved behov og gir kreativ respons på klientens uttrykk. Slik holdning forutsetter at terapeuten har et reflektert forhold til egen kreativitet, følelser, opplevelser og reaksjoner. I tillegg en evne til å være åpen i forhold til metaforer, symboler og sanselige uttrykk (Meyer DeMott et al., 2008). Den kunstanaloge holdningen gir mulighet til å regulere det affektive klima i samspill.

Denne holdningen viser seg også ved hjelp av *decentering* (Knill et al., 2005). En får et fokusskift fra innhold til form, et perspektivskifte fra følelser og tanker i sitt indre til en ytre dialog med ”noe som er og ikke er” (Winnicott, 1971). Det skjer i en imaginær rom gjennom lek, ritual eller kunst. Desentrering kan hjelpe til at klienten reagerer med spontanitet og kreativitet og kan bevege seg bokstavelig ut av det fastlåste. Det kan åpne for et potensielt rom hvor lek er mulig. Desentrering betyr også at terapeuten tør å improvisere fordi hun har tillit til at det kunstneriske hjelper til i prosessen.

Så kan også *Keep to the Surface* (McNiff, 1992) være en måte å intervensere på. Her holder terapeutens respons seg i lekeopplevelse og ikke i dybden som i for eksempel klientens taushet. Også gjennom *Low Skill, high Sensitivity* (Knill et al. 1995/2005) vises i slik holdning hvor det finnes høy sensitivitet hos terapeuten og lave krav til klientens ferdigheter når en bruker metode og material, slik at mestring kan oppleves.

Samtidig beskriver uttrykket viktighet av å stimulere sansene for å oppnå større sensitivitet til materialer, tid og rom.

## **1.4 Datamaterialet og analysemetode**

### **1.4.1 Datamateriale**

Datamateriale er en case fra egen praksis i BUP. Datainnsamling har bestått av tolv terapitimer à 1½ time med en innagerende flyktningsjente, journalnotater og tolv refleksjonslogger skrevet av terapeuten. Forskeren valgte å utdype de første terapitimene. De gir et godt bilde av hvordan disse ungdommer kan bli synlig i samspill i KUT.

Etiske prinsipper, som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektets integritet, har vært viktige å overholde.

Forskeren har valgt et perspektiv hvor hun belyser hvilken mening emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning handling kan ha for innagerende flyktningsungdom. Formålet med kassustudiet var å få en bedre forståelse hvordan en kan møte innagerende flyktningsungdom i deres opplevelsesverden. Hensikten blir derfor ikke å generalisere, men å skaffe innsikt og forståelse for hvordan en kan få kontakt med deres opplevelsesverden (Thornquist, 2003).

Ved å observere slik samspill belyses noe og andre ting kom i skyggen. Det bestemmer blikkretning og oppmerksomhetsfeltet. Det gir også en erkjennelse at det finnes andre perspektiver enn forskerens, situasjon kan beskues fra flere synsvinkler.

Den teoretiske forankring er innenfor et humanistisk, fenomenologisk, utviklingspsykologisk ståsted og forskeren har hatt en hermeneutisk tilnærming.

### **1.4.2 Analysen**

Analysen er basert på flere informasjonskilder slik at en kunne sammenholde observasjoner, refleksjons – og journalnotater. Beskrivelsen er resultat av en kvalitativ forskningsprosess og beskriver hvordan forskeren har fortolket materialet.

Forskeren hadde stor nærhet til forskningsfeltet og hennes oppfatninger og tankemodeller styrer hennes blikk. Det er hun som er instrumentet i datainnsamling, bearbeiding og analyse som igjen informerer hverandre gjensidig (Thornquist, 2003).

Det har preget fortolkningene, materialet av dette kasusstudiet inneholder data som hverken er teorinøytrale eller kontekstuavhengig.

Forskeren har strevd for å få en balanse mellom nærhet og avstand. En balanse mellom å være deltaker og tilskuer har vært viktig. Forskeren har prøvd å få erfaringsnære, fylldige beskrivelser hvor den konkrete verden er blitt representert på en respektfull måte.

Målet for analyse og tolkning av data var å finne relevante, interessante kategorier i forhold til problemstillingen. Dette arbeidet begynte allerede under datainnsamlingen. I prosessen kom frem viktigheten av såkalte delprosesser, de viser til en interaksjonssekvens som har en begynnelse og slutt (Schibbye, 2004). Samspillet dreier seg om et tema, konkrete verbale ytringer og et kroppsspråk som understreker følelsene i samspillet. Slike delprosesser omfatter relasjonelle væremåter som deltakere utvikler/har utviklet (Schibbye, 2004).

I interaksjonssekvensene ble det fokusert på terapeutens affektive inntoning i en kunstanalog holdning i en prosess som gikk fra fastlåst til intersubjektivt samspill.

Beskrivelsen tar utgangspunkt i et erfaringsnært nivå basert på hva terapeut og klient gjør og sier, på hva som konkret uttrykkes og utspilles seg i handling og samhandling. I tillegg et nivå som overskrider informantens selvforståelse, perspektiv og fortolkninger (Thornquist, 2003). Utfordringen har vært å få et innblikk i det som regulerer handlinger og vurderinger, men som den enkelte ikke alltid verbalt kan uttale selv.

## **1.5 Seigna**

Klienten, kalt Seigna, har bodd to år i Norge med mor og søsken, mistet sin far i krigen i hjemlandet Afghanistan. Hun har opplevelser fra krig, flukt og fra midlertidig opphold i flyktningleir. Bekymringen om klientens atferd ble meldt hjemmefra og fra skolen/PPT. Hennes taushet, tilbaketrekking og lite kontakt med jevnaldrende over tid ble betraktet som en bekymringsfull problematferd. Hun ble henvist til BUP, hadde til nå avvist alle invitasjoner til kontakt, både alene og sammen med moren men takket ja til et individuelt KUT- tilbud.

### **1.5.1 Første møte mellom KUT- terapeut og klient**

*Seigna satt der, usynlig, bare øyene var hos terapeuten i rommet. Hun avviste all initiativ. Terapeuten sitter og vrir seg litt på stolen, virker opprødd og stillhet rådet i rommet... Terapeuten rettet så opp kroppen, pustet og smilte. Hun spør Seigna "vanskelig å være her?" men får ikke svar og sier da "jeg forteller deg litt om rommet". Hun begynner å gå rolig rundt i terapirommet og sanseliggjør små historier om gjenstander. Fortalte om en støvet slitt hatt, en rød dansesko... Da timen var slutt nikket jenta til svar at hun kom tilbake i neste uke.*

#### ***Fra 1. terapeutlogg***

*En krevende time med uro og avvising, hun tør jo ikke bevege seg og si noe. Er jeg sensitiv nok? Hvordan kan jeg trygge henne? Fornemmet en presserende følelse, jeg var nødt å bevege meg for å beholde min energi og spontanitet.*

#### ***Forlate det fastlåste***

I starten virket situasjonen kaotisk med forvirring og uro, en fastlåst situasjon hvor det emosjonelle innholdet i møtet mellom de to var et hinder for å forstå hverandre.

Beskrevet som komplementær tohet av Benjamin (1992 i Moltu et al., 2006).

Terapeutens invitasjoner ble bortregulert gjennom klientens kroppssignaler og taushet.

Klienten tok ikke invitasjonene til verbal samtale og ville ikke inviteres inn i et

"lekerom". Hun virket ikke interessert og nedregulerte dermed det affektive klima i rommet.

Om det var lav aktivitet opplevde terapeuten en økt affektintensitet gjennom sine indre følelser av spenning, en indre uro. For å kunne gi klienten trygghet måtte det affektive klimaet primært reguleres gjennom kontroll av terapeutens eget affektnivå. Hvis ikke terapeuten oppnådde en resonans, ville klienten vært enda mer ensom og alene med sin opplevelse i rommet (Schibbye, 2004).

#### **Sanse og lytte inn – og utover**

Analysen beskriver en terapeut som stoppet opp og måtte "rydde" i kaoset og sortere fra hverandre opplevelsene som oppsto. Skille ut hva som var hennes og hva som var klientens. Klientens taushet og kroppslige væremåte ga mange tanker og følelser hos terapeuten. Hennes implisitte budskap som pust, hennes stivnete sittestilling og

stirrende blikk ga mye informasjon og terapeuten fornemmet urolige, mistenksomme og utrygge følelser. Denne tilbakemeldingen gjorde at terapeuten kunne bli mer lydhør overfor henne. Hun ga seg selv tid til å lytte innover for å observere og avgrense seg selv fra jentas utspill. Slik kunne hun skille mellom sine og jentas utspill. Denne selvrefleksjonen ga rom til å bearbeide egne følelser og fornemmelser. Det kom til uttrykk i terapiloggen på følgende måte: ”*hva har min væremåte å bety for kontakten? Hvordan kan jeg trygge henne?*”

Videre viser analysen at terapeuten prøvde å forholde seg i her og nå situasjonen, sammen med klienten. Terapeuten skjerpet sine sanser i *å se* – se hvordan klienten satt og hvilke bevegelser hun gjorde selv om hendene var foran ansiktet. Hun så *hvor* klienten så – så henne i øynene, *hvordan* hun så – med et stirrende blikk, og *hvordan* hun lyttet til terapeuten – observant og nærværende. De små skift og små nyanser i hennes væremåte var viktige. Å lytte til dem og fortolke det underliggende budskap fortalte terapeuten mye hvordan hun kunne bidra til et tryggere klima: gjennom estetisk sensitivitet (bevegelse og små fortellinger) og være lyttende, ha toleranse og gi bekreftelse av den andre (Schibbye, 2004).

### **Kreativitet, lek og imaginasjon**

Terapeuten responderte på den fastlåste situasjonen ved å invitere til lek. En presserende følelse av å bevege seg i rommet kom frem og slik kunne hun beholde sin energi. Å komme i bevegelse og ikke bli låst fast, handlet om å gi plass til kreativiteten inn i seg (Levine, 1999).

Terapeuten formidlet sin innfølingsevne ved hjelp av sin kunstanaloge holdning. Hun reagerte på klientens taushet med å bevege seg og sanseligjorte fortellingen. Hun åpnet et imaginært rom hvor klienten kunne delta der hun satt på stolen. Selv om klienten ikke kunne leke og utforske det fysiske rommet, var hun litt nysgjerrig. Hun fulgte terapeuten med øynene og lyttet. Bevegelsene og fortellingene ga en *decentering* av oppmerksomheten (Knill et al., 1995/2005). Et skift fra direkte oppmerksomhet rettet mot jenta på stolen til oppmerksomhet i rommet åpnet en dør ut av det fastlåste og ga en uventet løsning (Knill et al., 2005). Det ble et perspektivskifte fra indre følelser og tanker til en ytre dialog med ”noe som er og ikke er” (Winnicot, 1971).

Terapeuten oppfattet at klienten så og lyttet, også om hun hadde lite bevegelser. Det ga utgangspunkt til ”*low skills, high sensitivity*”, lave krav til ferdigheter og høye krav til

sensitivitet (Knill et al.1995/2005). Terapeuten brukte metoden og materialene på en måte slik at klienten kunne oppleve mestring i taushet på stolen. Samtidig ble sansene stimulert gjennom beskrivelsene (farge, lukt, konsistens) og terapeuten oppnådde større sensitivitet i møtet (Knill et al., 1995). Slik bevisste forhold til sansene kan i neste omgang stimulere klienten til å fornemme og gi uttrykke for sensasjoner og stemninger inni seg.

I analysen kom det fram at det var en krevende prosess som førte til at terapeuten kom nær sine egne følelser av ensomhet og utrygghet, det kunne for eksempel gi en ubehagelig følelse av at hun kanskje ikke var ”flink” nok og derfor ble avvist (terapeutlogg).

Skiftningen mellom en sansende og lyttende åpenhet, både innover og utover, var det som gjorde at hun så mer, hørte mer og forsto mer av det som foregikk (Schibbye, 2004). Det ga terapeuten mulighet til å føre relasjonen i riktig retning med å beholde og utvide kontakten gjennom å bevege seg og fortelle små historier. Klienten kom tilbake til neste time.

### **1.5.2 Andre interaksjonssekvens, et intersubjektivt møte**

*Igjen så terapeuten utryggheten, Seigna ødela med en gang det hun hadde formet i leire. Leireleken stoppet opp, de satt stille og terapeutens leirfigur, en jente med klinkerkuler, sto ensom på gulvet. Terapeuten så spørrende på Seigna, som så på henne med skepsis. Da fortalte terapeuten om sin leirfigur, spurte om Seigna har lekt med klinkerkuler og hun nikket ja. Terapeuten spurte så spontant hva hun lekte da hun bodde i Afghanistan.*

*Det skjedde noe i selve øyeblikket, terapeuten sanset noe viktig. Seigna reagerte med en åpenhet som ikke har vært der før. Plutselig kom ordene uten stengsler, med mer glød og intensitet i stemmen. Stemmen hørtes mer avslappet ut og øyne var mer tilstedeværende. Også kroppen var mer nærværende i pusten og bevegelser. Terapeuten spurte henne ikke om fakta men om lukter, smaker, bilder, farger i fortellingene. Timen ble avsluttet med latter og spontanitet i en Afghansk steinlek.*

#### **Terapeutlogg**

*Jeg kjente hvordan leiren klumpet seg under mine hender og hvordan energien forsvant ut av rommet helt til hun ble tilstedeværende i leken igjen, da kom energien tilbake. Jeg delte min lekeopplevelse som barn og invitasjon med ordene ”hva liker du å leke med” var noe som berørte henne – og meg. Jeg opplevde kontakt, spontanitet og gjensidighet, det var latter, nysgjerrighet og vilje til å dele.*

### ***Hvordan leken oppsto.***

Fra å være utrygg og avvisende, kunne klienten etter vært dele sine egne erfaringer oppriktig og opplevelser med glød og på egen initiativ. Endelig kunne hun tre frem og skape et bilde som hun kunne fortelle og dele med terapeuten. For å nøste i hvorfor dette ble en anerkjennende dialog går vi til begrepet ”*keep to the surface*”, kreativ respons og intersubjektiv deling.

Intensjonen var å hjelpe henne til å leke. Dermed måtte terapeuten prøve seg frem i leken og i de kunstneriske uttrykk for å se hvor hun kunne nå henne. Terapeuten trengte selv også å være tilstede og holde seg i bevegelse (Levine, 1999). Å holde seg i leken eller i de kunstneriske uttrykk beskrives som ”*Keep to the Surface*” (McNiff, 1992).

Terapeuten var tilstedeværende i leken der klienten var og tone seg inn i den. Slik søken krevde at terapeuten har et utforskende sinn, at hun er åpen og fleksibel og i stand til å gripe de muligheter som oppstår. Terapeutloggen beskriver hvordan leiren klumpet seg under hennes hender og energien forsvant. Denne erfaringen speilet terapeuten tilbake til klienten med å fortsette i leken. Hun stoppet ikke opp for å påpeke selve opplevelsen men hadde en liten fortelling om lek med klinkerkuler. I dette oppsto en åpning til jentas opplevelser med en invitasjon til å fortelle. Hun fikk kontakt med noe som rørte ved hennes egne kreative evner og ferdigheter slik at hennes forestillingsevne ble aktivert (Levine, 1999). Dette åpnet for en stigende tillit og mulighet til å overbrygge taushet og avvisning i rommet. Fortellingen om den lekende leirjente var en kreativ respons, en emosjonell deling som berørte klientens egen lekeopplevelser. Dette skapte nye opplevelsesmuligheter (Schibbye, 2004).

Analysen beskriver en terapeut som var lydhør og nysgjerrig, som ville høre og som ønsket å gi rom for klientens egne lekeopplevelse. Hun ble et vitne gjennom undrende spørsmål om lukter, smaker, bilder, farger i opplevelsene fra Afghanistan.

Ved å dele sin opplevelse med en annen, oppsto et nytt perspektiv. Benjamin (1994, 2004 i Veseth et al., 2006) kaller dette ”trejehet”, en gjensidig opplevelse av den andre som subjekt – et intersubjektivt samspill. Da ”leken i Afghanistan” kom fram oppsto en

gjensidighet fordi opplevelsen faktisk stemte for dem begge. Denne matchen ble tydelig tilbakemeldt til klienten. I møtet skjedde noe som signaliserte at ” vi har nådd frem, nå kan vi gå et annet sted” (Stern 2004;181). Terapeuten lyttet og tok inn klientens opplevelsesverden. I tilbakemeldingen ble opplevelse en ”vi-oplevelse”. Klienten fortalte og så på terapeuten med tindrende øyne og livlige bevegelser, hun snakket med en livlig stemme og terapeuten delte hennes opplevelse med samme intensitet og med tilsvarende interesse og entusiasme. De hadde fått til samspill hvor klienten ble hørt og anerkjent som ekspert på seg selv. Det ble starten på et behandlingsforløp hvor det emosjonelle samspillet ble styrket og klienten etter hvert kunne sette ord på sine opplevelser og hjelpebehov. Jentas mentale helse bedret seg langsomt i samarbeid med flere fagpersoner på BUP, PPT, skole og moren.

## **1.6 Konklusjon**

Litt etter litt kom konturene til Seigna til syne. Først de små føttene, deretter kjolen og hårsløyfen. Men ansiktet syntes først da hun kunne inviteres inn i et ”lekerom” hvor hun fikk kontakt med organismiske fornemmelser, sin kreativitet og spontanitet. Da kunne hun være i sansene, fortelle og leke. Terapeuten stimulerte og fremmet med sin kunstanaloge holdning jentas spontanitet, kreativitet og mestringsevne. Hun kreerte rom for hennes kreativitet gjennom kreative måter å formidle og respondere på og ledet slik prosessen mot dialog og intersubjektiv deling, ”tredjehet”.

Analyse og beskrivelsen av casestudien viser at bevisst bruk av en kunstanalog holdning i affektinntoning og regulering ga større spillerom til utforsking av affekter, motivasjon og intensjoner. KUT støttet opp under den nonverbale kompetanse og hjalp terapeuten å stå i – og møte klientens taushet og passivitet. Estetiske opplevelser gir grunnlag for selvforståelse og personlig utvikling i samspill (Levine et al., 1999).

### **Interaction of Expressive Arts Therapy with introverted minority youth in the child and youth psychiatry.**

Marja Schriever

The article is an interpretive analysis of clinical participating observation; a case study of expressive art therapy (EAT) with an internalized, twelve year old fugitive girl in the child and youth psychiatry. The article highlights the importance of inter-subjectivity and an art analogue approach to obtaining interaction with back-range behavior.



The analysis is theoretical founded on newer developmental psychology, migration - and psychotherapy research. The process is described from a EAT theoretical standpoint, where emotional availability appears in the creativity and play. It has a humanistic, phenomenological approach, the use of play; creativity and imagination are seen as essential in psychotherapy. In the therapeutic relationship EAT includes the arts as a third presence. To make the invisible child visible in EAT, the use of play and creativity are fundamental. A playful and creative therapeutic manner should be assumed.

## 1.7 Litteraturliste

- Beebe, B., Rustin, J., Sorter, D., Knoblauch, S. (2003). An Expanded View of Intersubjectivity in Infancy and its Application to Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, (6), 805-841.
- Bogt T., Dorsseleers, S., Vollebergh W. (2003) "Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren" *HBSC-Nederland*, Trimbos instituut Utrecht, NL.
- Dybdahl, R., Christie, H.J., Eid J. (2006). "Psykososialt arbeid med barn og familier som er asylsøkere og flyktninger i Norge" *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12, 1300-1308.
- Gürgen, R. (2004) "En usedvanlig estetikk". dr.art.avhandling, NTNU.  
[samordningsradet.no/sitefiles/4055/dokumenter/2009/AvhandlingRikke.pdf](http://samordningsradet.no/sitefiles/4055/dokumenter/2009/AvhandlingRikke.pdf)  
Lastet ned 170110.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford.
- ICD -10 (2004). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Johnsen, A., Sundet, R, Torsteinsson, V.W. (2001) *Samspill og selvopplevelse*. Universitetsforlaget.
- Jansson, T. (1962) *Det usynlige barnet*. Aschehoug.
- Knill P.J., Barba H.N., Fuchs M.N. (1995). *Minstrels of Soul, Intermodal Expressive Therapy*. Canada: Palmerston Press.
- Knill P.J., Levine E.G., Levine S.K. (2005). *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Levine E. (1999). *Tending the fire. Studies in Art, Therapy and Creativity*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Lund, I. (2004). *Hun sitter jo bare der*. Fagbokforlag
- May, R. (1994). *The courage to Create*. W.W.Norton.
- McNiff, S (1992). *Art as Medicine. Creating a Therapy of the Imagination*. Boston: Shambhala publications.

- Moltu, C., Veseth, M. (2006). Tredjehet: grunnlagsproblemer i relasjonell psykoanalyse i lys av spedbarnsforskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 925-931.
- Moltu, C., Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 932-938.
- Neumayer S., Skreslett A., Borchgrevink M.C., Gravråkmo S. et. al (2006). *Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder*. Oslo: NKTS.
- NKVTS (2007). *Posttraumatiske stressforstyrrelser, PTSD, hos barn og ungdom*. ["http://www.nkvts.no"](http://www.nkvts.no) lastet ned 29.08.09
- Nordahl T., Sørli M.A., Manger, T., Tveit A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Fagbokforlaget.
- Oppedal B. (2007). *Lik psykisk helse som etnisk norsk ungdom*. Folkehelseinstitutt.
- Oppedal, B mfl. (2009). *Psykososiale tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrersfamilier*. Rapport 2008;14. Folkehelseinstituttet.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse (2003). *Sammen om psykisk helse*. Rådet for psykisk helse.
- Schibbye, A. L. L. (2004). *En dialektisk relasjonsforståelse*. Universitetsforlaget.
- Shirk, S.R., Karver, M. (2003). Predictions of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(3) p 452-464
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Karnacbooks.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton & Company Ltd.
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I: Haavind, H. og Øvreeide, H. (red.) *Psykoterapi med barn og unge. Samspill og forståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svendsen, B. (2008). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene*. Universitetet i Oslo, RBUP Øst og Sør: Psykologisk institutt.
- Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trevarthen, C. (1993). *The Self Born in Intersubjectivity: the Psychology of an Infant Communicating*. I: Neisser, U (red.). *The Perceived self*. Cambridge University Press.

- Undersrud G. og Keyan H. (2002). *"Anerkjennelse – en forutsetning for ressursmobilisering i arbeid med innvandreforeldre"* Voksne for barn
- Veileder for poliklinikker i psyk. helsevern for barn og unge (2008). Helsedirektoratet.
- Waaktaar, T., og Christie. J., H. (2004); *Styrk sterke sider – Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS. 2. oppl.
- Wampold B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Brunner-Routledge.
- Ødegaard J. A., Meyer DeMott M.A. (2008) *estetisk veiledning. Dialog gjennom kunstuttrykk*. Universitetsforlaget.

## 2. Andre artikkel

### Å bli sett, hørt og akseptert

Kunst- og uttrykksterapi i et kommunalt tilbud for mindreårige (enslige) flyktningjenter

Marja Schriever

[marja@broadpark.no](mailto:marja@broadpark.no)

Masterstudent avd. for Helse- og sosialfag, Høgskolen på Lillehammer

### 2.1 Abstrakt

Migrasjonsforskning bekrefter at enslige mindreårige flyktningungdom ofte sliter med egen identitet og ensomhet. Samtidig er det å oppleve trygghet, tilhørighet og fellesskap avgjørende for å utvikle god psykisk helse og mestre hverdagen. Kommuner har derfor et stort ansvar for et helsefremmende tilbud til denne gruppen.

Artikkelen drøfter en videoanalyse av en kunst- og uttrykksterapeutens (KUT) væremåte i et kommunalt gruppetilbud for flyktningjenter. Tema er emosjonell tilgjengelighet i den kunstanaloge holdningen hvor terapeuten jobber med spontanitet, imaginasjon og kreativitet for å få frem klientens perspektiv og samspill.

Datamaterialet gir en hypotese om at væremåten stimulerer flyktningjentes kreativitet og hjelper å styrke deres mestring i samspill. Teoretisk er analysen basert på nyere spedbarns forskning, migrasjons - og psykoterapiforskning og KUT-teori.

### 2.2 Innledning

Vårt barndomshjem hadde sine egne lukter, lyder og farger og sin egen rytme med personene som bodde der. Vi kan fortsatt høre fars stemme eller kjenne mors varme hender. Våre små og store historier har vevd seg inn i opplevelser fra den tid, de lever i oss som en del av oss selv som sansninger, stemninger og fornemmelser. Dette benevner Schibbye (2004) som ”organismiske” opplevelser og som er kroppslig forankret. De har formet oss og er en del av vår identitet. Disse opplevelser forteller mye om vårt liv og vi holder dem levende gjennom å være forankret i - og bo i vårt eget land. Våre historier får bekreftelse og gjenklang gjennom kjente lukter, lyder, farger, og besøk hos nære personer. De bekrefter hvem vi er og gir oss tilhørighet. Kulturen vi

vokste opp i formet oss og preger vår kommunikasjon med andre. For det kulturelle er ikke bare omkring oss; det er også inni personen (Hundeide, 2003).

Enslige flyktingungdom bærer ofte med seg dette nære og fortrolige i ensomhet – uten gjenklang fra omgivelsene. Barndomshjemmet deres er uopnåelig og kanskje borte for alltid. Slike tap kommer i tillegg til sorgen over dem de har mistet for godt, eller andre traumatiske opplevelser. Tapene og smerten blir ekstra vanskelig å bære når man ikke har den hjemlige bakgrunnen å støtte seg til (Varvin, 2004).

Jenta, kalt Mehina, har opplevd akkurat dette. Hun har flyktet alene som femtenåring fra Burma og hun har ikke kontakt med sine nære. Hun har ingen hjemlig bakgrunn å støtte seg til, heller ingen bekreftelse av dette nære og fortrolige gjennom kjente farger, lyder eller lukter fra oppveksten. Samtidig bærer hun med seg sin kultur, i det hun gjør og sier.

Mehina kom som sekstenåring til Norge i 2007. Hun flyttet fra en fosterfamilie til en ny familie på grunn av mistriivsel. Her fant hun seg mer til rette og går nå på skolen.

Kommunen der Mehina bor har tatt anbefalinger om forebyggende tiltak på alvor og gitt (enslige) flyktingjenter i kommunen et lavterskeltilbud. Flyktingkonsulenten og teamet for psykisk helsetjeneste organiserte våren 2008 et gruppetilbud basert på KUT. Det ble godkjent som forskningsprosjekt av NSD, kommunen og jentene. Mehina var sammen med 5 andre flyktingjenter (16 -22 år), som kom fra Afrika, Asia og Irak, med og uten foreldre. Målet med gruppetilbudet var å styrke ressurser og gi opplevelser av mestring.

Mehinas væremåten forandrer seg underveis i prosessen, hun ble mer fokusert og økte sitt samspill i aktivitet og deltok aktivt i refleksjonsrunder. *Hva* som gav denne endringen hos jenta handlet om flere faktorer. Både klienten selv, gruppefaktorer (Yalom, 1970) og terapeutens væremåte (Schibbye, 2004, Stern, 2004, Svendsen 2008) kan ha hatt betydning for endringen. Artikkelen belyser følgende: *"Hvordan bidro terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning med til endring hos en enslig flyktingungdom i gruppe. Endring som gikk fra uro og ukonsentrasjon til ro og konsentrasjon*

For å få forståelse for terapeutens rolle i endringsprosessen belyses først enslig mindreårige flyktingungdom og psykisk helse i et forebyggende perspektiv. Deretter utdypes emosjonell tilgjengelighet med begrepene intersubjektivitet og den kunstanaloge holdningen innenfor KUT. Videre beskrives den ytre ramme som bærer

KUT prosessen for så å beskrive metode med datamaterialet og analyse. Til slutt oppsummering med konklusjon.

### **2.3 Enslig, mindreårig flyktninger og psykisk helse i et forebyggende perspektiv**

Tap av identitetsbevarende faktorer kan føre til at flyktningungdommen strever med å fornemme den røde tråden i sitt liv (Nordanger et al., 2008). Når de skal integrere seg i en ny kultur og beholde en forståelse og sammenheng med sitt liv i hjemlandet er det krevende. De trenger nye muligheter og ressurser for å lære å ta inn det nye men det forutsettes også at det de har forlatt, verdsettes og respekteres i den norske kultur (Varvin, 2004). For mange av disse ungdommer innebærer flukten et brudd, der en ny og annerledes tilværelse erstatter den tidligere. De må tilpasse seg til et annet språk, andre verdier, normer og bygge nytt nettverk uten egen familie i en ny kultur.

Enslige mindreårige flyktninger har høyest risiko for å utvikle psykiske plager i forhold til alle andre innvandrere. Forskning viser at til tross for deres tilhørighet i forskjellige sosiale nettverk, sliter flertallet med en følelse av ensomhet i Norge (Oppedal et al., 2008). Det finnes ennå lite kjennskap til hvordan det går med dem i årene som følger flyttingen (Oppedal et al., 2008). Tilhørighet og identitet hos denne gruppen er til nå lite berørt i migrasjonsforskning (Berg et al., 2008).

Nyere traumeteori forstår traumatisering i termer av opplevd diskontinuitet i identitet. I dette perspektivet har tidligere traumer og eksilsituasjonen i seg selv samme destruktive potensial, dvs. potensial til å ødelegge den røde tråden i livet. Ved et slikt fokus blir det viktig å forståeliggjøre opplevelser (Nordanger et al., 2008).

National Centre for PTSD anbefaler, i et forebyggende perspektiv, bearbeidelse av sterkt stressende opplevelser (2005a, 2005b; WHO, 2004 i Nordanger et al., 2008). I kommunen blir det dermed nødvendig med et forebyggende fokus, hvor det psykososiale arbeid med denne gruppen har fokus på forståeliggjøring og å *lage sammenheng* mellom perioder i livet.

Nære relasjoner og tilhørighet til ulike sosiale nettverk er selve grunnpilaren i deres nye tilværelse når det gjelder psykologisk tilpasning og psykisk helse (Oppedal et al., 2008). Neumayer (et al., 2006) fremhever betydningen av resiliensfremmende arbeid. Å styrke barns og ungdoms ressurser og mestring er et viktig supplement til direkte bearbeidning av traumer. I seg selv kan det også være traumbearbeidende på en mer indirekte måte. Resiliensteori tilsier at motstandskraft og beskyttelse også omhandler å utvikle

kommunikasjonsferdigheter (Borge 2003). Ferdigheter som vil styrke sosial kompetanse.

Arbeidet med å styrke forebyggende tiltak på ulike nivåer bør være et prioritert område (Migrasjon og helse, 2009; Helsedirektoratet, 2009). Trygghet, tilhørighet og fellesskap er avgjørende for å utvikle god psykisk helse. Dette innebærer at kommunen har ansvar for forebyggende arbeid med fokus på integrering/inkludering, likeverdighet og mestring, uavhengig av bosted og sosial bakgrunn (psykisk helse i kommunene, 2007). Godt psykisk helsearbeid innebærer en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunene, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene som gir et lavterskeltilbud. Dette krever at god kompetanse må finnes i kommunene.

### **2.3.1 KUT som forebyggende tiltak**

KUT bruker lek og kunstneriske uttrykk som gir rom for kulturelt anerkjente ritualer og tradisjoner. For eksempel kan være dans på kjente rytmer og poesi på sitt eget språk gjøre at klientens opplevelsesverden synliggjøres og kan anerkjennes.

Svendsens forskning (2008) viser at når terapeuten forholder seg til klientens verden, lytter etter mestringsfortellinger og anerkjenner klientens egne bidrag til endring har det en avgjørende betydning i endringsprosessen. For å få til en grobunn for disse resiliensbyggende faktorer må terapeuten kreere en holdende omgivelse og struktur som former en ramme hvor fri lek og det kunstneriske uttrykket kan oppstå.

KUT er forankret i eksistensiell fenomenologi og humanistisk psykoterapi (Levine et al., 2005). Den har som målsetting å fremme en helhetlig og ressursorientert utvikling som ivaretar hele personen. I tillegg å øke selvinnsikt og forståelse gjennom en undrende, utforskende og skapende prosess med hjelp av lek og kunstneriske uttrykk (Knill et al., 2005).

Menneskets imaginasjonsevne, evne til indre billedannelse, blir stimulert. Dette gir spontanitet og energi til å realisere kreativiteten i seg. Ifølge Meyer (2004) er imaginasjonsevnen viktig å få i gang etter traumatiske opplevelser med angst, utrygghet og en stivnet tilværelse. Imagasjon er nært forbundet med vårt sanse- og følelsesliv og har sitt eget uttrykk. Imagasjon i kunstneriske uttrykk kan oppleves gjennom sansene av både klient, terapeut og vitner samtidig. Flyktningungdom kan anvende sine indre forestillinger på ulike måter; i arbeid med egne grenser, som hjelp til å komme i kontakt



med egen pust og kropp, oppmerksomhet og tilstedeværelse. KUT styrker slik evnen til å være tilstede i nuet og gjennom bevegelse skapes energi som gir følelse av liv i kroppen (Meyer, 2007).

Kreativitet er den innerste prosessen i det å skape og gi eksistens til seg som menneske. Ifølge May (1994) er skaperprosessen emosjonell helse i den høyeste form.

Spontanitet betyr å ha en passende respons til en ny situasjon eller en ny respons til en gammel situasjon (Moreno 1989, Røine 1992, Moreno 1993 i Meyer, 2007). Med mer spontanitet og kreativitet kan man bedre mestre bedre de nye problemer livet garantert vil bringe (May, 1994). Uten spontanitet er det ikke noe liv og en føler hemming.

Spontaniteten gjør det mulig for den enkelte å ta styring over egne ressurser. For at slike kvaliteter kommer frem i KUT beskrives terapeutens relasjonelle kvaliteter, som har avgjørende betydning, nedenfor.

## **2.4 Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet i en kunstanalog holdning**

### **2.4.1 Emosjonell tilgjengelighet**

Både spedbarnsforskning (Beebe et al., 2003; Stern 1985/2004) og psykoterapiforskning (Wampold, 2001; Norcross, 2002, Svendsen, 2007) har påvist at emosjonell samhandling har avgjørende kvaliteter for resultater i relasjonen.

Intersubjektivitetsbegrepet er en forståelsesmodell som kan bidra til innsikt av hvordan terapeut og klient samkjører sin forståelse av hverandre og relasjonen dem imellom (Stern, 2004; Schibbye, 2004). Anerkjennelse ligger som en ramme rundt slikt forhold.

Det er klientens og terapeutens indre subjektiv opplevelsesverden som møtes.

Intersubjektivitet uttrykker evne til å dele intensjon, oppmerksomhet og affekter (Stern, 1985). Slik tilnærming gir mulighet til å inkludere det emosjonelle i dialogen. I terapi innebærer det emosjonell samhandling hvor den nonverbale kommunikasjon settes i forgrunnen (Schibbye, 2004).

Affektinntoning (Stern, 1985) beskriver prosesser som viser hvordan vi kommer innenfor hverandres opplevelsesverdenen. Inntoningen kan danne en bro mellom to individers indre verdener og kan føre til intersubjektivitet når den affektive opplevelsen deles. Affektreguleringen viser til hvordan terapeuten kan nedregulere og oppregulere

klientens affekter. Svarer terapeuten adekvat får klienten mulighet til ved egen hjelp å regulere egne indre tilstander (Schibbye, 2004).

Minoritetsjenter med en ulik kulturbakgrunn enn terapeutens bakgrunn utfordrer evnen til å etablere gode arbeidsrelasjoner. I en multikulturell gruppe må alle forholde seg til forskjellige former for kommunikasjon, språk og de ulike kulturer. Terapeuten har her et ansvar for å legge til rette for at intersubjektivitet kan oppstå og det krever en anerkjennende holdning hvor hun kan være nærværende. Det gir en likeverdig og anerkjennende kommunikasjon med mennesker med en annen referanseramme enn en selv (Eide et al., 2009). Det krever at terapeuten innehar en følsomhet for kulturelle preferanser – både egne og andres. Det vil si at hun er lydhør og aksepterende, har forståelse og toleranse, har åpenhet og bekræftelse og gir klienten muligheter for refleksjon og læring (Schibbye, 2004).

#### **2.4.2 Den kunstanaloge holdningen**

En kan beskrive den kunstanaloge holdningen som estetisk<sup>2</sup> sensitivitet, et kompetanseområde som berører det å være i, å møte og å veilede en skapende prosess i KUT. Hos terapeuten forutsetter det et integrert estetisk ansvar og responsevne som er kroppslig forankret (Knill et al., 1999/2005). Kompetanse må forstås som noe terapeuten har, men også noe hun er, den er ikke statisk, men vil være i konstant dialog med henne selv og den andre. For eksempel kan en dans berøre ved dyp emosjonell respons i både terapeut og klient. Terapeuten har dermed lov til å se, høre og føle klientens situasjon med stor innfølingsevne (Rogers i Levine, 1999). Begrepet kreativ respons (Meyer DeMot et al., 2008) handler om denne innfølingsevne og krever å åpne opp sansene og en oppmerksom væremåte som har rom for øyeblikket og spontaniteten. Det innebærer at terapeuten har en åpen, ikke-vurderende og ressursorientert holdning overfor det som viser seg i lek og uttrykk. Det krever også en åpenhet overfor metaforer, symboler og sanselige uttrykk (Meyer DeMott et al., 2008). Den kunstanaloge holdningen viser seg bl.a. gjennom ”*Decentring*” (Knill et al., 1995/2005) som vil si terapeutens høye sensitivitet når fokusskift er nødvendig. For eksempel kan truende lyder lage uro. Slike kaotiske følelser og tanker kan da møtes med vugging og

---

<sup>2</sup> Etymologisk stammer begrepet estetikk fra gresk, der termen, *aisthesis*, brukes om estetikk, og betyr sansing, fornemmelse eller følelse. Innenfor denne forståelsen av begrepet estetikk, blir det estetiske ikke utelukkende knyttet til kunsten, men til alle livets arenaer der vi sanser. Det estetiske uttrykket er et ”språk” som terapeuten og klienten kan kommunisere gjennom, for eksempel gir poesien mulighet til å uttrykke seg estetisk (Gurgens, 2004).

sang. Det gir skift i referanseramme og er et kreativt hjelpemiddel. Også gjennom ”*Keep to the Surface*” (McNiff, 1992) kommer slik holdning til syne i samspill. Terapeuten anerkjenner jentas uro samtidig som hun ikke går i dybden på uroen ved å holde seg i imaginasjonsleken. Slik kreativ evne til responsivitet i den kunstanaloge holdningen gir mulighet til å regulere det affektive klima i samspill.

For å få til en grobunn for disse resiliensbyggende faktorer må terapeuten kreere en holdende omgivelse og struktur som former en ramme hvor fri lek og det kunstneriske uttrykket kan oppstå. KUT- rommet er en lukket arena, hvor taushetsplikt ivaretar behovet for diskresjon som gir en trygghet. Faste, regelmessig gjentatte tider, bestemt lengde på timene og ritualer gir forutsigbarhet. Det skaper trygghet å vite hva man skal forholde seg til og hva en kan forvente seg (Knill et al., 2005).

Ødegaard (2003) bruker metaforen ”bølgen” for selve strukturen av timen. Bølgen deles inn en fase med oppvarming, arbeid og avslutning. I oppvarmingsfase er terapeutens oppmerksomhet på å skape trygghet og bevegelse i rommet slik at imaginasjonen får gode vilkår. Målet er å komme i ”her og nå” hos seg selv og hverandre med spontanitet og kreativitet. Arbeidsfasen handler om kunstnerisk arbeid med imaginasjonen og avslutningsfase dreier seg om refleksjon og lukking av tema. I analysen er det mest oppmerksomhet på oppvarmingsfasen fordi det er her klienten og terapeuten etablerer kontakt innover og utover. Fasen har en avgjørende virkning på resten av timen.

## **2.5 Datamaterialet og analysemetode**

Materialet bestod av 20 timer med videoopptak av 12 ukentlige møter mellom terapeut, Mehina og 5 andre flyktningjenter mellom 16 -22 år. Jentene kom fra Asia, Afrika og Midt- Østen, med eller uten sin familie. Kriteriene for å være med i gruppen var å være flyktningjente mellom 14 – 22 år, bosatt i kommunen og lyst til å jobbe kreativt med andre jenter i samme situasjon. Tiltaket ble gjennomført med ukentlige to timers samlinger i periode februar - juni 2008, til sammen tjuefire timer. Ethiske prinsipper i forskning har vært viktige å overholde, som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningsobjektets integritet. Videoopptakene ble godkjent av NSD og både alle informantene og kommunen samtykket at videoopptakene kunne brukes i en artikkel. Teoretisk støttet forskeren seg til hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming , nyere spedbarnsforskning, migrasjonsforskning, psykoterapiforskning og KUT- teori.

Etter grundig analyse av opptakene, kategorisering og beskrivelse i detalj hva som skjer valgte forskeren temaet ”emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning”, dvs. å se på affektinntoning - og regulering med en kunstanalog og kultursensitiv holdning for nærmere undersøkelse. Jentas uro og ukonsentrasjon ytret seg i (non)verbalt og gjennom avbrutte rytmer i samspillet. Terapeutens metabudskap, hennes stemningsleie, gester og kroppsstillinger, viste at hun ønsket å være tilstede. Metabudskap ga beskjed om hvordan det verbale budskapet skulle forstås og understreket følelsene i samspillet (Watzlawick et al., 1967 i Schibbye, 2004;106).

For å komme frem til kategorier var det viktig å analysere interaksjonssekvenser, såkalte delprosesser (Schibbye, 2004). Disse sekvensene gjorde det mulig å analysere og fortolke terapeutens væremåte innenfor en konkret ramme. Delprosesser viser til en interaksjons sekvens som har en begynnelse og slutt. De er del av et mye mer omfattende samspill, men delprosesser gjør at det er lettere å identifisere et tema. Forskeren valgte to sekvenser i oppvarmingsfaser fordi den har en avgjørende betydning for resten av timen.

Å utvikle en teoretisk forståelsesramme for å belyse og skjønne empirien har vært en fremgangsmåte gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren arbeidet innenfor en fortolkende tradisjon der et hovedfokus er å undersøke hvordan mening skapes og endres. Forskningsinteressen lå i å undersøke hva slags kunnskap som kan komme ut av videoobservasjoner som er både kontekstualisert og kontekstsensitiv (Thornquist, 2004).

Å bruke video som verktøy krever høy etisk, faglig og personlig integritet. Video er et kraftfullt medium. Materialet har gitt begrensninger fordi terapeutens og klientens selvforståelse, erfaringer og begrunnelser ikke er med. Videomaterialet var også krevende fordi en får utrolig mye material å forholde seg til. Men den ga samtidig mulighet til å ha et åpent blikk på samspill. Det ga en unik fenomennær mulighet til å få øye på noe som er vanskelig å synliggjøre.

Funnene kom fram ved å se opptakene flere ganger, forskeren kunne da fange opp flere sider ved samspillet og skrive de ned. Hun kunne dermed beskrive nyanserte handlinger i detalj og dele de i kategorier, noe som ga tykke beskrivelser av videobildene.

Det er bare forskeren som har analysert og tolket data. Tolkningen er ikke vilkårlig, men springer ut fra hennes forståelse, teori og aktuelle data i studien. Det ville imidlertid vært en styrke for studiens validitet om flere hadde analysert funnene.

## 2.6 Videoobservasjoner og analyse med teoretiske betraktninger

### 2.6.1 Interaksjonssekvens 1. i oppvarmingsfase – (3.uke)

Terapeuten fortsetter oppvarmingen med en treningsball. Hun gir tydelige instruksjoner hvordan de skal sitte på ballen: *nå lager vi mindre og mindre bevegelser, lukk øynene, hvordan det kjennes med bitte små bevegelser, bare baken ruller*

Jentene konsentrerer seg og det høres bare gnisningen av ballene som de sitter på.

*Plutselig sier Mehina: skummel lyd, soldater*

*Terapeuten: hva er det du sa, soldater?*

*Mehina: høres ut som soldater som kommer*

Hun ruller kroppen urolig på ballen og feier det hun sier bort med smil og veiving med ermene. Alle jenter sitter stille. Mehina vil ikke si mer, men terapeuten formidler med ord, kropp og mimikk at det er ok.

*Terapeuten: det er viktig at kroppen ikke går i forsvar slik at det blir vondt for dere, det er viktig at det er ok å sitte på ballen for dere, dere må si fra hvis en lyd, lukt eller et eller annet bilde kommer opp som gir ubehag*

Stillhet i rommet, alle er nærværende med litt foroverbøyd kropp og de lytter litt anspent, mimikken er innadvendt. Da skifter terapeuten til en balanse- øvelse på ballen og stemningen blir mer avslappet, latter og bevegelser får rom. Terapeuten puster dypt og er stille og hos seg selv en liten stund, sjekker ut om alle har det ok og gir instruksjon om å ligge på ballen og så favner de ballen, vugger ballen frem og tilbake.

*Terapeut: kommer det en summelyd?*

*Mehina: (nynner en vuggesang som på terapeutens oppfordring blir tydeligere)*

*Terapeuten: vugg deg litt og syng vuggesangen når uroen kommer tilbake.*

Til slutt oppsto det en felles rytme i gruppen.

#### ***Analysen interaksjonssekvens 1***

Gjennom balleken kom Mehina i kontakt med en fornemmelse, et minne og den gnissende lyden ga assosiasjoner til krig i hjemlandet. Sansene åpnet seg gjennom lek

og pust, minnet kom frem gjennom lyden og vitalitetsaffekter av noe stigende. Hun ble trigget<sup>3</sup> av dette og ga umiddelbar uttrykk til sine opplevelser, verbal og non- verbal.

Terapeuten regulerte den affektive kommunikasjonen ved ikke å la seg avfeie av Mehinas uro, bevegelser og ord. Hennes verbale inntoning besto av konkrete utsagn som ”sier du soldater?” Tonefallet og rytme i ordene var preget av undring og villighet til å forstå og hun fokuserte på jenta med kroppen og hendene sine. Etter et skift i leken vises en terapeut som hadde blikket innover og lyttet. Så å si trengte hun å puste bokstavelig i det og kjenne etter hva som skjedde. Noe som gir selvrefleksjon og ga rom til å bearbeide følelser som befant seg der. I forlengelse trengte hun å være åpen og søke jentas intensjoner og væremåte (Schibbye, 2004). Denne bevisstgjøringen gjorde at hun oppfordret jenta til å synge en vuggesang. Den deltakelse innebar at hun følelsesmessig var både hos seg selv og hos jenta, hun var emosjonell tilgjengelig.

Slik ble det en anerkjennende dialog og opplevelsen kunne uttrykkes. Videoopptak viste at det ga jenta en vitalitet – følelsesmessig engasjement med mer spontanitet. Den kunstanaloge holdningen kom til uttrykk da hun oppfordret jenta til å vugge og synge med hjelp av ”*Decentring*” (Knill et al.,1995/2005). Trussellyden ble borte og fokus ble vugging og sang på ball. Mehina kunne bokstavelig bevege seg ut av det skumle fastlåste, puste friere og ble mer synlig igjen med bevegelse og stemmen. Gjennom vugging og sang kunne hun ramme inn en skremmende fornemmelse i et trygt rom. Hun ble hørt og lyttet til av terapeut og de andre i gruppen. Hennes opplevelse ble tatt på alvor og satt i en sammenheng. Terapeutens invitasjon til ballvugging og sang ga også en ”vi-oplevelse” fordi gruppen opplevde seg sett. Observasjonen viste en rolig og avslappet felles rytme i gruppen til slutt.

Det oppsto et samspill som synliggjorde at det er mulig å favne de skremmende opplevelser hos en jente som har opplevd krigstrusler på nært hold, på en nær og respektfull måte. Mehina kjente at hun ble sett, og vuggesangen ga en ytre dialog. Gjennom dette ble hun bevisst egne traumatiske opplevelser og det ble mulig å snakke om det. Terapeuten og de andre gruppelemmer lyttet og var vitne i rommet. For Mehina blir det mulighet å takle urolige følelser neste gang med sang og vugging.

---

<sup>3</sup> En ”trigger” er en ekstern eller intern hendelse som utløser en ekstrem reaksjon slik som fight-flight-freeze og fører til gjenopplevelser (Ehlers og Clark 2000).

## 2.6.2 Interaksjonssekvens 2. oppvarming med tema ”frøet” (5. uke)

Jentene ligger på treningsmatter som små frø og sterke monotone toner fyller rommet. Mehina er ikke med, hun ser seg rundt og prøver å få kontakt med de andre jentene uten å lykkes. Til slutt står hun på hodet

*Terapeut: finn en tone i deg, din tone. Du er ei liten plante som blir større og større. Kjenn vinden, kjenn solen, de får deg til å strekke deg. Kanskje kommer det en dans og så blir bevegelser sterkere?*

(Mehina ser på terapeuten og begynner med gymnastikkøvelser på matten)

*Terapeut: er det vanskelig å være en lite plante, Mehina?*

*Mehina: kan jeg hoppe?*

*Terapeut: gjør det du har lyst til å gjøre*

(De andre jentene fortsetter og blir større og mer bevegelige planter)

*Terapeut: det er natt... og plantene sover, de blir mindre...*

Jentene blir små og krymper sammen, Mehina fortsetter og hopper tau.

*Terapeut: så blir den dag igjen, du har lyst til å strekke deg. Det mørkner, regnet drysser ned*

(Plutselig stopper Mehina hoppingen tilsynelatende står hun i regnet og la det drysse ned. Det virker som om hun ser litt forundret rundt seg)

*Terapeut: vannet er tungt, så kom sola. Dere rister av dere vannet, det blir en dans ut av det.*

(Mehina rister vannet av seg og danser..., alle danser)

### **Analyse i 2. interaksjonssekvens**

Terapeuten forble tilstedeværende og ivaretok både gruppens og Mehinas perspektiv i visualiseringen. Hun tok imot, bekreftet og ga gjensvar slik at Mehina ble sett og anerkjent i hennes uro. Hun rommet hennes opplevelse og respekterte hvordan hun opplevde stunden, urolig og ukonsentrert. Væremåten viste hennes toleranse og aksept for at Mehina ikke greide å følge ”utviklingen som frøet”. Hun lyttet, så og bekreftet Mehina at det var ok å være Mehina som sto på hodet og hoppet tau. Terapeuten kritiserte eller stoppet henne ikke. Hun kom i ”regndansen” fordi terapeuten holdt fast ved temaet, rommet hennes uro og usikkerhet og fortsatte med å bevisstgjøre hennes sanser. Terapeuten holdt fast ved en stø oppmerksom, en nærværende lytting og dialog mellom sitt indre og ytre (Schibbye, 2004). Hennes måte å visualisere på formidlet

innlevelse og inspirasjon, noe som gjorde at Mehinas spontanitet og sansninger fikk rom. Det kunstanaloge ble synlig i at terapeuten holdt fast ved visualiseringen samtidig som hun ikke avviste Mehina. En holdning som gjenspeilte *Keep to the surface* (McNiff, 1992). Jenta mestret til slutt å bevege seg ut av uroen og kom i ”nuet” og lot det imaginære lede henne. Da fikk egne følelser og tanker plass i en kreativ, undrende og reflekterende sansing. Slik skapes rom for refleksjon som kan gi grunnlag for endring (Schibbye, 2004; Levine et al., 1999/2005). Hun ble igjen del av fellesskapet. Oppvarmingssekvensen beskrev en urolig jente som til slutt får kontakt med sansene og nuet, hun ble nærværende. Det hadde betydning for resten av timen. Videoopptak viste at når jentene malte, gjorde de det i et ordløst fellesskap hvor Mehina jobber konsentrert og i samarbeid med de andre. I avslutningen var hun fortsatt nærværende og gikk langs maleriet og fortalte hva hun så. Med undrende spørsmål greide Mehina å være nærværende og hente frem informasjon som boblet opp i henne som kroppslige fornemmelser og refleksjoner. Igjen spurte terapeuten ikke om fakta men om sansninger, sensasjoner og fornemmelser som er en del av emosjonell væren (Schibbye, 2004). Mehina var konsentrert og hadde tydelige bevegelser når hun fortalte om maleriets innhold. Maleriet var et speil på hennes liv hvor det ble laget sammenheng i sekvensene hun selv har opplevd. Det gav en opplevelse av kontinuitet – at fortid, nåtid og fremtid knyttes sammen (Nordanger et al., 2008). Hun ble anerkjent, sett og hørt gjennom å kunne fortelle om både det gamle livet, overgangen og det nye livet.

## **2.7 Konklusjon**

Trygghet, tilhørighet og fellesskap er avgjørende for å utvikle god psykisk helse. Mehina hadde mye med seg i bagasjen i jentegruppen. Hun ble møtt av en terapeut som så, hørte og aksepterte henne. Hennes anerkjennende væremåte kom til uttrykk gjennom emosjonell tilgjengelighet i en kunstanalog holdning. Hun var lydhør i forhold til jentas uro og behov som hun favnet i det ordløse. Det var *måten* hun tonet seg inn på i jentas uttrykk som var avgjørende for jentas kontakt innover i seg selv. Den kunstanaloge holdningen fremmet klientens imaginasjon og kreative utfoldelse. Dette bidro til at jenta fikk kontakt med sine sanser og fikk utfolde seg med mer tilgang til sine vitalitetsaffekter. Gjennom lek og kreativitet fikk klienten opplevelse av å mestre både i samspill med terapeuten og som deltager i gruppen.



Jeg var så heldige og kunne ”ta en terapeut på fersken med å lykkes. KUT terapeuten ga et tilbud til jenta som var likeverdig og som ga mestringsopplevelser. Hun hjalp til å lage sammenhenger - uavhengig av etnisk og kulturell tilhørighet. I et bredt spekter av tiltak kan KUT være en lavterskel og forebyggende tilbud for flyktningjenter i kommune. Den kan være en buffer og støtte opp om ressurser og mestring i deres hverdag. Det er behov for mer forskning for å underbygge analysen.

**To be seen, heard and accepted. Expressive art therapy: a public health offer for fugitive juvenile girls.**

Research of Migration tells that left-alone fugitive juveniles often have problems coping with their own identity and feeling abandoned after escaping from their home country. At the same time one knows that to experience safety, belonging and fellowship is of our most importance to develop a good psychological health and to master the days. The article uses a video analysis to discuss how expressive art therapy (EAT) can help a minor fugitive girl coping with her everyday life. The video material is based on group therapy sessions, offered by the municipality. EAT has a broad interdisciplinary and artistic approach to psychotherapy and counseling, where the resources, potentials and strong sides of the client are focused on, rather than his or hers problems. The analysis focuses on how the therapist enhances the factors of construction of the clients' identity, by use of emotional availability and aesthetic responses. The data material results in a hypothesis that by use of emotional availability and aesthetic response strengthens the mastering of everyday life and stimulates the creativity and aesthetic productivity of forlorn/abandoned/lonely fugitive juvenile girls. From a theoretical perspective the analysis is based on scientific research in the fields of infants, migration, inter-subjectivity and EAT-theory.

## 2.8 Litteratur

- Beebe B., Rustin J., Sorter D., Knoblauch S. (2003). An Expanded View of Intersubjectivity in Infancy and its Application to Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, (6), 805-841.
- Berg, B., Valenta, M., *Flukt, eksil og flyktingers sosiale integrasjon*. Oslo (2008). IMER, Norges forskningsråd.
- Borge, A.I.H. (2003). *Resiliens, risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag
- Eide K. (red), Qureshi N. (red), Rugkåsa M. (red) og Vike H. (red) (2009). *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Gyldendal.
- Ehler A., Clark D.M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour Research and Therapy 38 (2000) 319-345. Elsevier Science Ltd.
- Gürgen, R. (2004) "En usedvanlig estetikk". NTNU. Lastet ned 10.02.10 [samordningsradet.no/sitefiles/4055/dokumenter/2009/AvhandlingRikke.pdf](http://samordningsradet.no/sitefiles/4055/dokumenter/2009/AvhandlingRikke.pdf)
- Helsedirektoratet rapport (2009); *Migrasjon og helse*. IS nr: IS- 1663.
- Hundeide K (2003) *Barns livsverden, sosiokulturelle rammer for barnets utvikling* Cappelen Akademisk forlag-
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2009); *Barna først*.
- Knill P.J., Barba H.N., Fuchs M.N. (1995). *Minstrels of Soul, Intermodal Expressive Therapy*. Canada: Palmerston Press.
- Knill P.J., Levine E.G., Levine S.K. (2005). *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Levine K., Levine E. (1999). *Foundations of Expressive Arts Therapy. Theoretical and Clinical Perspectives*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Levine E. (1999). *Tending the fire. Studies in Art, Therapy and Creativity*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- May, R. (1994). *The courage to Create*. W.W.Norton.
- McNiff, S (1992). *Art as Medicine. Creating a Therapy of the Imagination*. Boston: Shambhala publications.
- Meyer M.A. (2004). *Gruppetilnærminger med traumatiserte flyktinger med fokus på kunst- og uttrykksterapi*. Oslo: NKVTS. Lastet ned [www.nktvs.no](http://www.nktvs.no) 07.08.08
- Meyer M.A. (2007) *Reparatriation and Testimony*. PhD. thesis. Unipub AS

- Neumayer S.M., Skreslett A., Borchgrevink M.C., Gravråkmo S. med flere; (2006) *Psykososialt arbeid med flyktningbarn – introduksjon og fagveileder*. Oslo: NKVTS.
- Norcross J (ED.). (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. N. York: Oxford University Press.
- Nordanger, D (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, [Vol 43, nr 12](#), s. 1292-1299.
- Oppedal B.; Jensen L.; Seglem K. B. (2008) UngKul-rapport nr. 1. *Når hverdagen normaliseres: Psykisk helse og sosiale relasjoner blant unge flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine*. Oslo: Folkehelseinstitutt. Lastet ned [www.fhi.no](http://www.fhi.no) den 290809.
- Schibbye A. L. L. (2004). *En dialektisk relasjonsforståelse*. Universitetsforlaget.
- Stern D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Karnacbooks.
- Stern D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton & Company Ltd.
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I: Haavind, H. og Øvreeide, H. (red.) *Psykoterapi med barn og unge. Samspill og forståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svendsen B. (2008). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene*. Universitetet i Oslo, RBUP Øst og Sør: Psykologisk institutt.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Sosial- og helsedirektoratet, IS-1405
- Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Varvin S. (2004). *Eksilet - skjebne eller mulighet?* Aftenposten 08.01.04
- Wampold B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Yalom I.D, (1981). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ødegaard A.J.; Meyer DeMot M.A. (2008); *Estetisk veiledning, dialog gjennom kunstuttrykk*. Universitetsforlaget
- Ødegaard A.J. (2003) *Kunst og uttryksterapi*; Universitetsforlaget



## Vedlegg 1

# Meldeskjema

versjon 2007.1

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt  
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,  
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagres gate 29  
5007 BERGEN

[personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no) / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

<b>1. PROSJEKTTITTEL</b>			
Fokus på nonverbal kommunikasjon i samspill mellom voksne og ungdom			
<b>2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON<sup>i</sup></b>			
Institusjon: Høgskolen i Lillehammer			
Adresse:		Postnr.	Poststed: Lillehammer
<b>3. DAGLIG ANSVAR<sup>ii</sup></b>			
Navn (fornavn - etternavn): Lektor og veileder Inger Marie Bakke (Høgskolen i Lillehammer)			
Institusjon: Høgskole i Lillehammer			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt) Avdeling for helse- og sosialfag		Akademisk grad/utdanning Pedagogikk, cand.polit. Cand.mag. UBB	Stilling Høgskolektor
Adresse – arbeidssted: Høgskole i Lillehammer		Postnr.: Postboks 952	Poststed: 2604 Lillehammer
Telefon: 61288357	Telefaks:	Mobil:	E-postadresse: <a href="mailto:Inger.Marie.Bakke@hil.no">Inger.Marie.Bakke@hil.no</a>
<b>4. VED STUDENTPROSJEKT<sup>iii</sup></b> (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Marja Schriever			
Studiested (avdeling/seksjon/institutt): Høgskolen i Lillehammer		Akademisk grad/utdanning: Master i helse- sosialfaglig arbeid med barn og unge	

1 av 9

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 21 17

Adresse – privat: Skreddervegen 5		Postnr.: 7600	Poststed: Levanger
Telefon:	Telefaks:	Mobil: 41164858	E-postadresse: marja@ko.no
<b>5. FORMÅL MED PROSJEKTET</b>			
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	<p>Masteroppgaven består av to artikler, en teoretisk og en deskriptiv artikkel. Tema i artiklene er "mellom ordene - kunst og uttrykksterapi som handlingsmulighet for samspill med ungdom.</p> <p>Målet med oppgaven er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• å belyse og utdype hvilke sammenhenger det finnes i kunst- og uttrykksterapi, som gjør at nonverbal kommunikasjon i samspill blir synlig.</li> <li>• å belyse og beskrive på hvilke måter nonverbal kommunikasjon i kunst- og uttrykksterapi gir ungdom mulighet til å kjenne igjen og benevne egne emosjoner.</li> </ul>		
<b>6. PROSJEKTOMFANG</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie Angi øvrige institusjoner som skal delta:			
<b>7. UTVALGSBESKRIVELSE<sup>IV</sup></b>			
<u>Beskrivelse av utvalget</u> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater, personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse).	<p>Gruppe jenter med minoritetsbakgrunn (Asia og Midt-Østen), som går på videregående skole (16 – 20 år). De fleste bor med sine foresatte og snakker norsk. De er vanlige, friske ungdommer som får tilbudet gjennom samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og flyktningtjenesten i kommunen.</p> <p>Målet med kunst og uttrykksterapigruppen er å bevisstgjøre jentene i forhold til den kulturelle kompetanse de har. De har en rolle innad familien og en rolle utad, de er også ofte linken til den norske kulturen for foreldrene. Mestring, identitet og anerkjennelse er nøkkelord.</p>		
<u>Rekruttering og trekking</u> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.	Rekruttering foregår ved direkte forespørsel		
<u>Førstegangskontakt</u> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.	Lederen i gruppen, kunst – og uttrykksterapeut, ansatt i psykisk helsetjenesten i kommunen.		
Oppgi alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input checked="" type="checkbox"/> Ungdom (16-17år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (18 – 20 år)		





Antall personer som inngår i utvalget.	Ca åtte ungdommer, en kunst- og uttrykksterapeut som leder
<b>8. INFORMASJON OG SAMTYKKE<sup>v</sup></b>	
<u>Informasjon</u> Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis. <b>NB. Se veiledning for krav til informasjon.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon (Se kopi av informasjonsskriv).
	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon av lederen før start av gruppen. Beskriv hva det informeres om. Samme informasjon som skriftlig informasjon
	<input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon.
<u>Samtykke</u> Innhentes samtykke fra den registrerte? <b>NB. Se veiledning for krav til samtykke.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes (legg ved ev. kopi av samtykkeerklæring). Skriftlig informasjon med samtykkeerklæring vedlagt. Se kopi
	<input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.
<b>9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER<sup>vi</sup></b>	
Gi en kort beskrivelse av alle datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes.	Observasjon, analyser og beskrivelser av videomaterialet. Det vil si at jeg ved hjelp av videoopptakene vil utdype og beskrive hva som skjer mellom lederen og deltakerne, i timene med kunst- og uttrykksterapi. Mitt fokus ligger på å observere den (non)verbale kommunikasjonen og utdype hva som fremmer samspillet mellom voksen og ungdom.
<b>10. DATAMATERIALETS INNHOLD<sup>vii</sup></b>	
Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.	Opptak av (non)verbale kommunikasjonsmønstre og samspill mellom lederen og ungdommene i kunst- og uttrykksterapigruppen.
Behandles det sensitive personopplysninger?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning.



	<input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
Behandles det opplysninger om tredjeperson?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.
<b>11. INFORMASJONSSIKKERHET<sup>viii</sup></b>	
Merk av identifikasjonsopplysninger.	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger Oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserende opplysninger Oppgi hvilke: videoopptak
Dersom datamaterialet behandles elektronisk, oppgi hvordan direkte personidentifiserbare opplysninger (navn, 11-sifret fødselsnummer) registreres.	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke over) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.
	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet: <input type="checkbox"/> Annet Spesifiser:
Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares?  Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere: <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input checked="" type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi
Sikring av konfidensialitet.	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Videoopptak behandles kun i privat hjem og oppbevares i låst skap. Sletting av opptakene skjer etter at artiklene er ferdig skrevet (senest 30. juni 2008)
Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Nei 1 kunst- og uttrykksterapeut som leder gruppen
Innhentes personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har. <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Overføres personopplysninger over eksterne nettverk (som	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, beskriv i hvilken situasjon dette gjøres og hvilken form opplysningene har.

Internett)?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei
Vil personopplysninger bli utlevert til andre?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, til hvem? <input checked="" type="checkbox"/> Nei
<b>12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER<sup>x</sup></b>	
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt Regional komité for medisinsk forskningsetikk om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input type="checkbox"/> Nei
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Andre	<input type="checkbox"/> Ja Angi hvem. <input checked="" type="checkbox"/> Nei
<b>13. PROSJEKTPERIODE<sup>x</sup></b>	
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – <u>prosjektstutt</u> .	Prosjektstart (ddmmåååå): <u>01032008</u> Prosjektstutt (ddmmåååå): <u>30062008</u>
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt.	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. Videoopptakene slettes umiddelbart etter prosjektstutt Personene anonymiseres i artiklene. <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares? Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon.
<b>14. FINANSIERING</b>	
Egenfinansiert	
<b>15. TILLEGGSOPPLYSNINGER</b>	

16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	2

## Vedlegg 2

03.03.08

Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Vedlegg til samtykkeerklæring

Mitt navn er Marja Schriever og jeg er Masterstudent ved Høgskolen i Lillehammer. For tiden skriver jeg en masteravhandling og vil spørre om din deltakelse i en undersøkelse. Deltakelse består av at det blir tatt videoopptak av deg i kunst- og uttrykksterapitimene. Opptakene skal være utgangspunkt til beskrivelser i masteravhandlingen. Beskrivelsene blir anonymisert, det vil si at de ikke kan spores tilbake til deg. Jeg er underlagt taushetsplikt og videomaterialet behandles fortrolig og blir slettet når artikkelen er ferdig. Det er bare du, de andre i gruppen, lederen i gruppen og jeg som skal ha tilgang til å se opptakene.

Denne deltakelse er frivillig og hvis du ønsker å trekke deg tilbake fra den kan du gjøre det på et hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi grunn. Det vil heller ikke ha innvirkning på ditt forhold til lederen i gruppen.

Informasjon om masteravhandlingen

Masteroppgavens tittel: *Mellom ordene, kunst- og uttrykksterapi som handlingsmulighet for samspill.*

Tema for masteroppgaven er kommunikasjon mellom voksne og ungdom i helse - sosialtjeneste, med fokus på nonverbal kommunikasjon (kontakt uten å bruke ord). Dette er et lite påaktet tema. Det er mange som kommer i klemme, fordi de har vansker med å uttrykke seg med ord, blant annet på grunn av språkproblemer, kulturelle forskjeller eller angst/ubehag.

Nonverbal kommunikasjon har kontakt med sansninger, fornemmelser og stemninger, som gir oss en rikere tilgang til kommunikasjon. Spesielt de som synes at det er strevsomt å uttrykke seg verbalt kan formidle sine opplevelser på en mer naturlig og tydeligere måte.

Masteravhandlingen består av to artikler og undersøkelsen gjelder en av dem.

Artikkelen blir en beskrivende artikkel, ved hjelp av videoopptakene vil jeg utdype og beskrive hva som skjer mellom lederen og deltakerne, i timene med kunst- og

uttrykksterapi. Mitt fokus ligger på å observere kommunikasjonen i opptakene og utdype hva som fremmer samspillet mellom voksen og ungdom. Opptakene i form av videobånd vil bli slettet juni 2008.

Masteroppgaven er meldt til personvernforbundet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, UiB.

Marja Schriever, masterstudent i sosialfaglig arbeid ved Høgskole i Lillehammer.

Veiledere for masteroppgaven:

Inger Marie Bakken, Høgskolen i Lillehammer

Melinda Meyer, Norsk Institutt for Kunst- og uttrykksterapi

Vennlig hilsen

Marja Schriever  
Skreddervegen 5  
7600 Levanger  
Mobil: 41164858

### **Vedlegg 3**

Vedr. videoopptak i kunst- og uttrykksterapi gruppe

Herved søker jeg om å få lov til å bruke videomaterial som NN skal ta opp i hennes kunst- og uttrykksterapeutiske gruppe. Jeg ønsker å bruke videomaterialet som forskningsgrunnlag for min masteroppgave ved høgskole i lillehammer, Master i helse-sosialfaglig arbeid med barn og unge. Forskningsprosjektet melder jeg til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i Bergen.

Vedlagt følger informasjon som jeg sender til NSD. I tillegg følger to brev som deltakerne får i kunst- og uttrykksterapitilbudet. De inneholder en samtykke erklæring og informasjon til samtykke erklæringen. Informasjonen forklarer hvorfor jeg ønsker å videomaterialet til min masteroppgave.

Vennlig hilsen

Marja Schriever  
Skreddervegen 5  
7600 Levanger  
[marja@ko.no](mailto:marja@ko.no)  
Mobil: 41164858

## Vedlegg 4

### **Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt - samtykkeerklæring**

Jeg gir herved tillatelse til at Marja Schriever, masterstudent i helse- sosialfaglig arbeid ved Høgskolen i Lillehammer, benytter videoopptak som er tatt opp av lederen Frederike Kohler i kunst- og uttrykksterapigruppen.

Jeg gir tillatelse til at Masterstudent Marja Schriever, i samråd med meg, beskriver samspill og det som fremmer samspill mellom meg og gruppelederen. Herved gir jeg tillatelse til at beskrivelsene kan benyttes i artikkelen.

Jeg er blitt informert om at samspillsituasjonene som er blir tatt opp på video anonymiseres, det vil si at alt videomaterialet ikke kan spores tilbake til meg, ingen navn blir brukt, ingen bakgrunnsopplysninger kan identifiseres underveis og i den endelige artikkelen. Eventuelle opplysninger som kommer fram gjennom selve videoopptakene vil heller ikke kunne spores tilbake til person, bakgrunn og sted. Selve videoopptakene vil ikke bli sett på av andre enn Marja Schriever. Opptakene i form av videobånd vil bli slettet og øvrige opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt i juni 2008.

Signatur (bokstav):

Dato: \_\_\_\_/\_\_\_\_

## TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID

### Retningslinjer for forfattere til Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

#### Levering av manus

Manuskripter sendes til redaksjonssekretær som vedlegg til e-post

Redaksjonssekretær:

Nina Falsen Krohn

E-post: [nina@linguafil.no](mailto:nina@linguafil.no)

Oppgi alltid hvilket tekstbehandlingsprogram du har benyttet. Tidsskriftet har rutiner for fagfellevurdering av artikler. Veileder fås ved henvendelse til ansvarlig redaktør.

#### Manuskriptstandard

Artikler bør ikke overskride 30 000 tegn inkludert mellomrom. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen. Essay/Fortellinger blikk bør ikke overskride 20 000 tegn inkludert mellomrom og Skeivt blikk/Gode eksempler/Bokanmeldelser bør ikke overskride 10 000 tegn inkludert mellomrom.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter. Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Marker tittelgraden i parentes.

Manuskriptet skal også inneholde

- Forfatternavn, biografiske opplysninger, adresse, e-postadresse og artikkeltittel
- Kort sammendrag som ingress
- Nummererte sluttnoter
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet.
- Engelsk sammendrag med engelsk tittel

#### Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter. Send også en papirutskrift av alle tabeller og illustrasjoner til redaksjonssekretær

#### Noter

Bruk et notesystem som plasserer notene fortløpende i teksten. Notene skal listes opp etter hovedteksten og foran litteraturlisten.

#### Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987). Hvis det er mer enn to forfattere oppgis bare navnet på den første samt "et al.", eksempel: (Goolishian et al., 1989). Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet. Eks. (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på følgende måte: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000).



### **Litteraturliste**

Litteraturlisten skrives til slutt etter hovedteksten og notene. Tidsskriftet bruker 5. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Følgende nettsted gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet:

<http://library.uww.edu/guides/apacite.doc>

Eksempel på referanser til bøker:

Waaktar, T. og Christie, H.J. (2000). *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

Eksempler på referanser til artikler:

Nyttingnes, O. & Skjerve, A.G. (2005). "Brist i alle ledd" – eller er leddene selve bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 175-184.

### **Korrektur**

Forfatter får tilsendt ett eksemplar av 1. korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres til redaksjonssekretær innen fem dager etter mottatt korrektur. Det skal ikke foretas endringer i teksten mot manus (omredigering, ny tekst etc). Forfatter blir eventuelt belastet for slike endringer.

### **Særtrykk og webpublisering**

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den elektroniske tidsskriftdatabasen [www.idunn.no](http://www.idunn.no).

### **Behandling av manuskripter og ferdige artikler**

Mottatte manuskripter vurderes av redaksjonen for antagelse.

Artikler gjengitt i tidsskriftet reguleres av bestemmelser gjengitt i avtale om normalkontrakt for utgivelse av litterære verk i tidsskrift av 13. mars 2006 mellom Den norske

Forleggerforening, Norsk faglitterær forfatter og oversetterforening og

Forvaltningsorganisasjonen LINO. Avtalen kan leses på hjemmesiden til Norsk faglitterær

forfatter- og oversetterforening: <http://www.nffo.no/avtaler6.htm>