



Birgit Svendsen
Trondheim

Allianse i psykoterapi med barn

I denne artikkelen undersøkes det hvordan allianse kan "se ut" i barneterapi. En dyadisk allianse mellom barn og terapeut ansees ikke som tilstrekkelig for vellykket utfall av barneterapi. Det vil likevel understrekes hvor betydningsfullt det er at barnet får sitt eget rom, samtidig som allianse mellom foreldre og terapeut vektlegges som helt sentralt for vellykket utfall.

Allianseutvikling krever at barneterapeuten må ha god kunnskap om utviklingspsykologi, om familiedynamikk og omsorgspersoners sårbarhet. Den responsive, engasjerte og lekne terapeuten er av vesentlig betydning for utvikling av allianse. Terapifokus formulert i "barnets språk", slik det gjøres i tidsavgrenset terapi, gir et godt grunnlag for utvikling av allianse.

Problemstillingen som undersøkes i denne artikkelen er hvorvidt Bordins alliansedefinisjon kan være nyttig i barneterapi. For å undersøke dette, vil jeg vise til forskning om allianse og til hvordan tidsavgrenset terapi for barn vektlegger forhold av betydning for utvikling av allianse.

Sentrale psykoterapiforskere er enige om at allianse er en "her og nå"-relasjon, utviklet gjennom terapeutens og klientens interaksjon og aktive deltagelse i de terapeutiske oppgaver og enighet om terapeutiske mål og utvikling av et emosjonelt

bånd (Bordin, 1979; Horvath & Bedi, 2002; Norcross, 2002). Dette bygger på Bordins definisjon (1979) som er den mest anvendte definisjonen og mye brukt i forskning.

Ifølge Bordin består allianse av:

1. enighet om terapiens mål
2. enighet om og deltagelse i de terapeutiske oppgaver
3. utvikling av et emosjonelt bånd.

Det er funnet en sterk sammenheng mellom al-

lianse og terapiutfall når det gjelder voksne klienter (Norcross, 2002; Wampold, 2001). Studier med barneklienter viser samme sammenheng (Shirk & Karver, 2003). Det er store forskjeller mellom voksenklienten og barneklienten, og disse er av vesentlig betydning for utvikling av allianse. Først og fremst handler det om at allianse med barn ikke kun er dyadisk; terapeuten må også skape en allianse med barnets omsorgspersoner for at terapieresultatet skal bli bra. Dette betyr at terapeuten må bidra til utvikling av to allianser, en dyadisk og en systemisk. En systemisk allianse er en allianse mellom barnets omsorgspersoner og terapeuten. Disse to alliansene predikerer utfallet av terapien, men på forskjellig vis. Undersøkelser viser at foreldrenes allianse med terapeuten predikerer ”drop-out”, premature avslutninger og avlysninger. For å opprettholde kontinuitet i behandlingen er det derfor avgjørende å ha en sterk allianse med foreldrene. Den individuelle alliansen med barn ser ut til å avgjøre emosjonelle og atferdsmessige endringer hos barnet (Creed & Kendall, 2005).

Noe antas å være til hinder for allianseutvikling. Det gjelder dersom terapeuten presser barnet til å snakke, dersom terapeuten ikke er leken eller dersom terapeuten ikke bidrar med håp og oppmuntning. Videre virker det negativt inn på allianseutviklingen dersom terapeuten ikke kan snakke om generelle tema med barnet; for eksempel snakke om siste fotballkamp eller bursdagsinvitasjon (op. cit.).

Terapeuten som en hjelper

Et utgangspunkt for utvikling av allianse er at klienten opplever terapeuten som en hjelper og kan la seg motivere og engasjere til deltagelse i den terapeutiske prosess (Bordin, 1979). Anna Freud mente at den terapeutiske relasjon måtte innebære noe mer enn et emosjonelt bånd og understreket at barnet måtte oppleve terapeuten som en hjelper (1946). Hun mente derfor at terapeuten måtte benytte innledningsfasen som en forberedelse til terapi. En forventning og etter hvert erfaring om at terapeuten vil og kan hjelpe klienten, vil fremme samarbeidet om de terapeutiske oppgaver og mål, samt bidra til utvikling av utvikling av emosjonelt bånd (Bordin, 1979). Barn søker sjelden terapi selv, og de færreste har en formening om hvordan en

terapeut kan være til hjelp. Dette gir utfordringer når det gjelder utvikling av allianse. Hva gjør terapeuter for å tilrettelegge for at barn skal oppleve terapeuten som en hjelper?

Dette spørsmålet ble undersøkt i en studie om innledningsfaser i terapi med barn (Svendsen, 2007a). I denne studien ble de første fem timene i ni terapiforløp studert ved hjelp av videoopptak og analysert utfra spørsmålet: Hva gjør terapeuten for å fremstå som en hjelper? Et hovedfunn fra studien understreker betydningen av terapeutens responsivitet; responsivitet virker motiverende på barnet og danner et nødvendig grunnlag for utvikling av allianse.

Analyseresultatene fra denne studien viser at terapeuten fremstår som hjelper på flere måter, og dette er beskrevet som terapeutens implisitte og manifeste hjelpemanøvrer. Gjennom de implisitte hjelpemanøvrerne fremstår terapeuten som en psykologisk ledsager for barnet, og barnet kan erfare terapi som en intersubjektiv relasjonell erfaring. De implisitte hjelpemanøvrerne innebærer å være responsiv, bekrefte barnets atferd, tanker og følelser, delta i lek med barnet, utforske barnets intensjoner/tanker og attribuere mening til barnets tanker, atferd og følelser.

Gjennom de manifeste hjelpemanøvrerne får barnet mer konkret erfaring med hvordan terapi kan være til hjelp. Terapeuten fremstår som en hjelper på en eksplisitt og konkret måte. Det vises gjennom at terapeuten bringer inn tema om hvorfor barnet kommer i terapi, terapeuten forsøker å bringe barnets vanskelige erfaringer inn i dialogen, terapeuten kommuniserer om hjelp gjennom lek, terapeuten viser omsorg overfor barnet og terapeuten hjelper barnet konkret med de oppgaver det holder på med i terapitimen.

Den nonverbale kommunikasjonen og de implisitte erfaringene i den terapeutiske relasjonen er beskrevet som sentrale for utvikling av god allianse (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000; Wampold, 2001). Hjelpemanøvrerne er både nonverbale og implisitte og bidrar til utvikling av allianse på flere måter. Først og fremst bidrar de til utvikling av et emosjonelt bånd, som en sentral del av en allianse. Noen av hjelpemanøvrerne inngår også som en del av de terapeutiske oppgavene (Svendsen & Hansen, 2008).

Enighet om terapiens mål og oppgaver er mulig også i terapi med barn

De ulike komponentene i Bordins alliansedefinisjon kan ikke sees uavhengig av hverandre når det gjelder barn. De terapeutiske oppgavene henger nært sammen med formulering av mål for terapien. Eksempelvis var målet for en terapi å hjelpe en gutt til "å bli kaptein over sine følelser" (Svendsen, 2007b). Det medførte at de terapeutiske oppgavene handlet om å utforske hvordan gutten kunne nå dette målet, noe som innebar at han skulle få hjelp til å regulere følelsene sine bedre i de situasjoner hvor han ble sint. Først og fremst måtte terapeuten utforske hvorvidt og eventuelt hvordan han opplevde de kroppslige reaksjonene som en emosjonell aktivering innebærer. Hva kjente han i kroppen? Hva var hans forståelse av dette? Og hvordan uttrykte han det? Gjennom å samarbeide om disse terapeutiske oppgavene kan målet for terapien oppfylles; gutten blir "kaptein over sine følelser". I dette tilfellet innebar dette at barnet fikk bedre emosjonsregulering.

Terapeutiske mål og oppgaver henger også sammen med utvikling av et emosjonelt bånd. Barns aktive deltagelse i de terapeutiske oppgaver styrker utvikling av et emosjonelt bånd (Jensen et al., 2005; Shirk & Saiz, 1992).

Hvordan oppnå enighet om terapeutiske mål og oppgaver?

Hvordan er det å være Erik på åtte år, henvist for engstelse og tilbaketrekning? Gjennom møter med ham blir det tydelig for terapeuten at hans subjektive opplevelse handler om redsel når foreldrene krangler og han ikke vet hva han skal gjøre for å få sove. Dette tør han ikke fortelle foreldrene sine. Erik har vansker med emosjonsregulering, han blir overveldet av engstelse og får ikke hjelp av foreldrene til å rette oppmerksomheten mot det og regulere dette. Hans måte å takle disse følelsene på er ikke adekvat; han reagerer med å trekke seg tilbake og vise minst mulig følelser.

Eller hvordan er det å være Beate på seks år, henvist for vondt i magen uten somatiske funn? Det hun viser terapeuten i lek er alle de motstridende følelsene dukken i leken får når hun gang på gang opplever at hun blir sveket av far når han

ikke kommer for samvær slik avtalen er. Beate sier at dukken ikke vil tenke på pappaen og heller ikke vise mammaen at hun blir skuffet og lei seg. Dukken prøver å være glad slik at moren skal ha det bra.

Både Erik og Beate trenger hjelp til å finne frem til bedre måter å takle vanskelige følelser på, og til dette arbeidet trenger de regulerende utviklingshjelp fra både terapeut og foresatte.

Barns kognitive og emosjonelle utvikling er forhold som påvirker hvordan de oppfatter og erfarer terapisisituasjonen. Gjennom de innledende møtene mellom barn og terapeut får barnet mulighet til å leke eller uttrykke seg gjennom tegning, spill eller historier. Man kan si at barns språk først og fremst er lek (Russ, 2004; Singer, 1973; Winnicot, 1971). Gjennom å leke sammen skapes nettopp felles oppmerksomhet og intersubjektive utvekslinger. Barns egne uttrykk er ofte fruktbare som utgangspunkt for formulering av terapeutiske mål. Et eksempel er Maja, som tok i bruk hele dyreverden og plasserte tigre, løver, elefanter, kuer og hunder hver for seg og med gjerder rundt. Det var både tigerunger og hundevalper med i denne verdenen, men som Maja sa: Det er ingen som passer på barna! Hun formidlet videre at alle dyrene måtte være innenfor sitt gjerde og ikke besøke hverandre. Det så ensomt ut innenfor gjerdene, siden ingen av dyrene så ut til å ha kontakt med hverandre. Maja var henvist for endret atferd som ble satt i forbindelse med bestemorens død for en tid tilbake. Det skulle vise seg at det som var Majas opplevelse var savn etter moren, ensomhet og engstelse. Maja var forstrukket idet hun opplevde at hun måtte passe på faren, som var alvorlig syk, når moren var ute på jobbreise. Mens bestemoren levde, hadde Maja ofte vært hos henne når moren var på jobbreise. Men nå måtte hun være hjemme, og da følte hun ansvar for faren sin. Maja var en veslevoksen jente på ti år, men foreldrene tenkte ikke på at hun følte dette ansvaret for faren, og heller ikke at hun savnet moren sin så mye når hun var borte. Det terapeutiske målet for Maja ble formulert som "vi to skal hjelpe de barna som ikke blir passet på". Og for å nå dette målet måtte terapeuten ha hjelp av Maja: Hva trodde hun barna trengte aller mest? Hva skulle de voksne gjøre for at barna skulle få det bedre? De terapeutiske målene kan ha ulike uttrykk for henholdsvis barn og foreldre, men psykologisk handler de om det samme fenomenet. Overfor Majas foreldrene

ble målet formulert som at Maja trengte hjelp til å uttrykke følelsene av savn, ensomhet og engstelse, fremfor å fremstå som flink og ansvarsfull. For å få til dette måtte også foreldrene bidra, med å sørge for at andre enn Maja tok ansvar for faren når moren var på reise.

Terapifokus

Enighet om terapeutiske mål og oppgaver kan sammenlignes med terapifokus som vektlegges innenfor tidsavgrenset terapi med barn (Fossen & Diseth, 1991; Gydal, 1998; Haugvik & Johns, 2006; Knutson & Gydal, 2002; Proskauer, 1969, 1971). Innenfor denne tradisjonen fremheves terapifokus som et forhold av avgjørende betydning for den terapeutiske prosess, i tillegg til tidsavgrensningen (op.cit.). Terapifokus antas å være viktig for å engasjere og motivere barn til å delta i en terapiprosess. Proskauer, som er en av pionerne innen tidsbegrenset terapi, vektlegger den terapeutiske alliansen og fremhever at fokus er med på å etablere den terapeutiske allianse (Proskauer, 1969). I tidsavgrenset terapi brukes de innledende samtaler til å utdype henvisningsgrunn, og så settes vanskene inn i en utviklingspsykologisk ramme (Johns & Svendsen, 2012). Et terapifokus bør formuleres innenfor rammen av barnets egen opplevelse av sin livssituasjon, hvor oppmerksomheten rettes mot håp om bedring (Fossen & Diseth, 1991). Gydal (2001) og Gydal og Knutson (2002) peker på viktige krav til innholdet i et fokus når hensikten er å få barnet interessert i terapiprosessen.

- Fokuset skal gi en spesiell mening til det problemet barnet har.
- Fokuset skal skape motivasjon og nysgjerrighet.
- Fokuset skal engasjere til positiv, meningssskappende virksomhet.

Et terapifokus inneholder både terapeutiske oppgaver og terapeutiske mål, formulert på en lekende og metaforisk måte. Det kan oppleves som utfordrende og til dels vanskelig å identifisere og formulere et terapifokus, men ofte hjelper barna oss godt på vei ved å uttrykke sine opplevelser. Eksempelvis kan et terapifokus være "vi to skal arbeide her for å bli kjent med superkreftene dine". Dette var et fokus som ble formulert av terapeuten overfor en fem år gammel gutt henvist for hyppige

agresjonsutbrudd. Han viste til dels voldsomme krefter i lek, og superkrefter ble en god måte å nærme seg hans aggresjon/sinne på. Dette terapifokuset ivaretar både terapeutiske mål og oppgaver; oppgaven er å bli kjent med superkrefter, og når det skjer, har vi oppnådd terapiens mål, som naturlig nok vil være å få mer informasjon om når, hvorfor og i hvilke situasjoner gutten tar i bruk superkreftene sine. Dette fokuset ga mening for gutten og foreldrene, det skapte motivasjon og nysgjerrighet og engasjerte til positiv, meningssskappende virksomhet.

Oftest er situasjonen slik at barnet viser vei og terapeuten følger etter, og slik skapes gode kommunikasjonsmuligheter. Kommunikasjonen kan foregå via tegning, lekning med symbolsk materiale i sandkasse, fortelling av historier eller mer realistisk orienterte samtaler. Fellestrekket blir at de terapeutiske oppgaver kan defineres som at "her kan vi to leke, tegne, spille og snakke sammen". De ulike kommunikasjonsformene bidrar til hvordan de terapeutiske oppgavene blir utformet, som når terapeuten sier "vi to skal hjelpe de barna som ikke blir passet på". I dette tilfelle var det gjennom lek at terapeuten kunne hjelpe Maja til å uttrykke sin opplevelse av situasjonen i familien, noe som innebar at hun fikk hjelp til å kjenne etter hvilke følelser hun opplevde og etter hvert kunne sette ord på følelser som ensomhet, engstelse og savn.

Utvikling av et emosjonelt bånd

Et emosjonelt bånd innebærer å stole på hverandre, ha tillit og like hverandre. Dette utvikles som et resultat av at barnet deltar i de terapeutiske oppgavene og erfarer terapeuten som en som er villig til å hjelpe og ikke minst som en som person som er responsiv og engasjert i det barnet formidler.

Terapiens rammebetingelser bidrar også til utvikling av et emosjonelt bånd; avtaler om bestemte tider og møtested og om hvem som møter hverandre, bidrar til barnets tillit til terapeuten. Også enighet om mål og oppgaver vil påvirke utvikling av et emosjonelt bånd, i og med at aktiv deltakelse øker tilknytning mellom barn og terapeut. Vi vet at barns deltagelse i terapeutiske oppgaver styrker det emosjonelle båndet til terapeuten (Shirk & Saiz, 1992).

Det er av stor betydning at terapeuten deltar på

barnets premisser, siden barn vil ha en tendens til å delta i de terapeutiske oppgaver dersom de involveres og opplever situasjonen som meningsfull. Involvering og mening opplever de best når de får anledning til å formidle seg på egne premisser.

Det er imidlertid viktig å minne om at barn er svært ulike med hensyn til hvordan de lar seg motivere og engasjere til en terapiprosess. Det varierer med barnets historie og tidligere relasjonelle erfaringer. Det enkelte barns tilknytningshistorie kan forklare ulikheter med hensyn til å danne emosjonelt bånd til terapeuten (Devet et al., 2003). Barnets relasjonelle erfaring og tilknytningshistorie skaper en ramme for hvordan barnet kan inngå i en relasjon med terapeuten.

I en undersøkelse om barns oppfatning av terapi, ble barn og unge intervjuet om sitt syn på terapi (Carroll, 2002). De ble blant annet spurt om hva ved terapeutens atferd som påvirket relasjonen i positiv forstand. Resultatene viser at det er viktig at terapeutene tilrettelegger slik at de som klienter føler seg vel, både fysisk og emosjonelt. Videre ble det påpekt som viktig for relasjonen at leker og annet materiale var tilrettelagt for dem. Konfidensialitet ble eksplisitt nevnt som en faktor som bidro til at relasjonen med terapeuten ble styrket. Konfidensialitet ble fremhevet som et uttrykk for at terapeuten var villig til å hjelpe. Barnas/ungdommenes beskrivelse av terapeutene, handlet om at de så på dem som snille og hjelpsomme, men det var vanskelig å utdype på hvilke måter terapeutene var hjelpsomme.

Allianse med barnets omsorgspersoner

Allianse mellom barn og terapeut avhenger også av foreldrenes forståelse av terapiprosessen. Hvordan de blir involvert og kan støtte opp om barnets deltagelse i terapiprosessen får betydning for utvikling av allianse (Jensen et al., 2005).

Fra forskningslitteraturen får vi bekreftet klinisk erfaring. Det virker positivt inn på allianseutviklingen med omsorgspersonene dersom terapeuten har en ikke-dømmende holdning og anerkjenner foreldrenes og barnets ressurser, samt at terapeuten klarer å anerkjenne de påkjenninger og stress familien har vært utsatt for. Regelmessig kontakt og kommunikasjon mellom omsorgspersonene og terapeuten virker også positivt inn på

allianseutviklingen (Creed & Kendall, 2005).

Dette støttes av andre funn beskrevet i forskningslitteraturen. I en undersøkelse blant de som hadde droppet ut av behandling fikk foresatte tilsendt et spørreskjema med ulike spørsmål om hva som var grunnen til at de droppet behandlingen. De viktigste grunnene som ble oppgitt, var at barnets behandling ikke var blitt forklart skikkelig, at terapeuten ikke så ut til å gjøre det riktige/mest relevante og at terapeuten ikke var hjelpsom og forståelsesfull (Garzia & Weiz, 2002). For at terapien skal fullføres med et vellykket resultat, må terapeuten oppleves som en hjelper, også for foresatte. Det krever blant annet at terapeuten bruker god tid på å forklare omsorgspersonene hva terapien går ut på og arbeider frem mot en enighet om terapeutiske mål og oppgaver. Det er viktig at vi som terapeuter ikke tar for gitt at omsorgspersonene er innforstått med lekens helbredende virkning. Mange ønsker nettopp at barnet får noen å snakke med, og derfor kan omsorgspersonene bli skuffet over å høre at vi "bare" leker. Derfor blir det terapeutens jobb å forklare at lek er barnets kommunikasjonsmåte og hvordan vi som behandlere forholder oss til denne uttrykksformen (jf. undersøkelsen over); det er viktig å forklare behandlingen skikkelig og gjennom det legitimere de terapeutiske intervensjonene.

Foreldrenes forståelse for terapiprosessen er en forutsetning for at de skal involvere seg og støtte barnet i prosessen (Jensen et al., 2005). Derfor er forberedelsen til terapiprosessen så vesentlig; både barn og foreldre trenger erfaring som gir dem håp om at terapeuten kan være til hjelp. For å få til dette, anbefales det at barneterapeuten har kontinuerlig kontakt med omsorgspersonene. Noen ganger er det slik at de har en annen terapeut på klinikken, men også i slike situasjoner er det viktig at barneterapeuten er den som forklarer hva terapiprosessen med barnet innebærer. Fra et foreldreperspektiv er det meningsfullt å samarbeide med barnets terapeut direkte (Wachtel, 1994). I kontakten med omsorgspersonene blir det jeg har kalt oversettelsesarbeid viktig; terapeuten må "oversette" psykologisk kunnskap til meningsfull informasjon for omsorgspersonene (Svendsen, 2007b). Terapeuten formulerer en "oversettelse" – fra familiens opplevde vansker til en psykologisk forståelse av vanskene. Gjennom oversettelsesarbeidet legges grunnlaget for en enighet om terapiens mål og

terapiens oppgaver. Foreldre og terapeut kommer frem til en enighet om hvordan barnet kan forstås, og hva som skal arbeides med under terapiprosessen. Dette forutsetter at terapeuten utdypet betydningen av lek slik at foreldre får en forståelse av dette. Terapeuten må understreke at dette er gode kommunikasjonskanaler som ikke nødvendigvis trenger å tolkes eller oversettes fra terapeuten til barnet (Eide-Midtsand, 1987, 1989).

Det er imidlertid viktig å kunne formidle tema fra terapitimene som gir mening for omsorgspersonene, men med varsomhet med hensyn til hva som formidles fra timene. Terapeuten må etter mitt syn avklare dette med det enkelte barnet, det er ikke nødvendigvis viktig eller riktig å presentere barnets konkrete uttrykk. Poenget er at terapeuten skal formidle noe som gir psykologisk mening for foreldrene.

Betydningen av at barnet får sitt eget rom

Hvorfor er individuelle møter med barnet så sentralt? Jeg vil utdype og besvare dette spørsmålet ved hjelp av utviklingspsykologisk kunnskap, nevrobiologi og betydningen av lek og ikke-verbale uttryksmåter som en sentral kommunikasjonsform.

Det gjensidige samspillet mellom barn og terapeut forstås som utviklingsfremmende innenfor tidsavgrenset terapi med barn (Johns & Svendsen, 2012). Det overordnede målet for terapi er barnets selvutvikling. Derfor blir kunnskap fra utviklingspsykologi sentralt og bidrar til økt forståelse for viktige prosesser i terapi. Det gjelder kunnskap om menneskers dialogiske ferdigheter og hvordan selvpålevelse og selvforståelse er forankret i en gjensidig og aktiv interaksjon med andre mennesker (Bruner, 1975; Trevarthen, 1980; Emde, 1985; Stern, 1985; Zeneah et al., 1989). Utgangspunktet for en god dialog er felles oppmerksomhet og intersubjektiv utveksling. Det er selve samværet som skaper muligheter for utvikling. Terapiprosessen kan gi barnet nye relasjonelle erfaringer gjennom deltagelse i relasjonelle mønstre som utvider og reorganiserer barnets forståelse av seg selv og andre (Johns & Svendsen, 2012; Hansen, 1991, 2012; Trevarthen, 1980; Stern, 1985).

Også kunnskap om emosjonsregulering bidrar til å forstå terapeutiske prosesser. Regulering av

emosjoner foregår fra ytre regulering – med stor støtte av omsorgspersonene – til indre regulering, hvor barnet i større og større grad kan regulere seg selv. Denne reguleringen skjer via interpersonlig regulering, en dyadisk samspillsregulering. Dette reguleringssystemet har en viktig funksjon hele livet igjennom, og det er dette vi etterligner i terapi; terapeuten fungerer som en ytre regulator og bidrar til bedre evne til adekvat emosjonsregulering (Hart & Kæreby, 2009). Nevrobiologisk kunnskap gir støtte til klinisk praksis som tilrettelegger for individuelle møter. Dette begrunnes i viten om at den heling som finner sted gjennom terapi, skjer på et helt grunnleggende nivå, nemlig i det autonome nervesystemet (op.cit.). Gjennom å leke sammen får terapeuten reguleringsmuligheter ovenfor barnet og kan påvirke barnets nervesystem direkte. Terapeuten får tilgang til barnet gjennom å bruke sin oppmerksomhet bevisst. Det handler om å observere atferd som er direkte knyttet til autonom aktivert atferd som vi i vanlig samhandling har lav bevissthet om at vi registrerer og regulerer vår atferd etter (Svendsen, 2010). Terapi kan beskrives som gjensidig påvirkning. Denne prosessen bidrar til at klienten opplever seg forstått og danner grunnlaget for regulering og videre utvikling slik at barnet får økt vitalitet og rettet kraft (Jacobsen & Svendsen, 2010). Disse forhold begrunner individuelle møter med barn i terapi. Det handler om å utvikle et affektivt kommunikasjonssystem der det tilrettelegges for regulerende dialoger som byr på endringsmuligheter for barnet (Hansen, 2012; Svendsen, 2010; Johns & Svendsen, 2012).

Lekens terapeutiske potensial rommes i utsagnet ”i lek blir barnet et hode høyere enn seg selv” (Vygotsky, 1978). Dette utsagnet viser til at gjennom lek har barnet et stort utviklingspotensial, og det viser til at lek er barns språk. Barnets subjektive følelsesuttrykk kan lekes med, endres og utvides gjennom leken. Lek gir gode muligheter for gjensidig påvirkning og regulerende dialoger og er derfor et utmerket intersubjektivt forum. Gjennom lek kan barnet uttrykke, prosessere og regulere følelser. Det terapeutiske aspektet ved lek henger sammen med terapeutenes rolle som lekepartner og hennes evne til å hjelpe barnet med å uttrykke og regulere følelser (Russ, 2004). I som-om-lek kan motstridende følelser og ulike perspektiver utforskes og være gjenstand for intersubjektive utvekslinger. Refleksjon og meningsattribuering utgjør en ve-

sentlig del av leken og er en form for scaffolding (Bruner, 1975; Tronick, 2011). Mange barn som kommer i terapi har ikke utviklet den skapende leken. Det kan ha sammenheng med traumatiske erfaringer eller manglende intersubjektive erfaringer. En hovedoppgave blir da å hjelpe barnet over i en lekende relasjon.

Følgende hovedtrekk er sentralt ved leken:

- Lek gir gode kommunikasjonsmuligheter på barnets premisser, er indirekte og dermed mindre angstskapende for barnet.
- Lek stimulerer kognitive prosesser som organisering (fortelle en historie, følge en tidssekvens), divergent tenkning (lage forskjellige ideer og handlinger), symbolisme (gjøre om objekter til å representere noe annet) og skapende fantasi (som-om-lek).
- Lek bidrar til å fasilitere følelser hos barnet og gir muligheter for å uttrykke, prosessere og regulere følelser.
- Lek fremmer utvikling av mentalisering, blant annet fordi små barn i lek kan reflektere om sine mentale forestillinger. De kan ha ulike perspektiver som viser at de kan representere både følelser, ønsker og ideer.
- Lek er en ideell situasjon for å utforske indre tilstander, uttrykke og integrere følelser, utvikle kognitive skjemaer og lage narrativ.
- Leken er en trygg ramme for å "leke seg med" både positive og negative følelser.
- I som-om-lek forstås ideer som forestillinger, uten å bli sjekket opp mot virkeligheten. Tanker og følelser leves ut på liksom, barnet tenker ikke at fantasien har noen parallell til eller betydning for den ytre verden (Johns & Svendsen, 2012).

Oppsummerende

På mange måter kan individuell psykoterapi med barn betraktes som et "drivhus" der alt legges til rette for optimal utvikling for barnet, og gjennom dette vil også familiens utvikling påvirkes positivt. Terapeutens oppgave som en engasjert og responsiv hjelper, ovenfor både barn og omsorgspersoner, bidrar til utvikling av allianse. Forskning innen utviklingspsykologi og nevrobiologi begrunner hvor-

for barn trenger sitt eget terapirom. Betydningen av gjensidig påvirkning understreker at samværet mellom terapeut og barn blir viktig og gir nye relasjonelle erfaringer. Dette, sammen med foreldrenes støtte og reguleringshjelp, påvirker allianse, og ikke minst barnets selvutvikling.

Barn har ulik relasjonell erfaring, noe som påvirker deres evne til å inngå i en allianse. Dette er terapeutens utfordring. Utviklingspsykologisk kunnskap er en god veiviser. Sist, men ikke minst blir terapeutens kreative og fleksible holdning avgjørende for kontakt og allianseutvikling.

Referanser

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bruner, J. (1975). From communication to language. *Cognition*, 3, 255-287.
- Caroll, J. (2002). Play therapy: the children's views. *Child and Family Social Work*, 7, 177-187.
- Creed, T.A., & Kendall, P.C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498-505.
- Devet, K.A., Kim, Y.J., & Charlot-Swilley, D. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 277-283.
- Eide-Midsand, N. (1987). En kritikk av fortolkning som teknikk i barneterapier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 3-11.
- Eide-Midsand, N. (1989). Tre kommunikasjonsnivåer hos barn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 379-390.
- Emde, R. (1985). The affective self: Continuities and transformation from infancy. I C.D. Call, E. Galenson & R. Tyson (red.), *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books.
- Fossen, A. & Diseth, T.H. (1991). *Korttidsterapi med barn. En fokusert, psykodynamisk tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Freud, A. (1946). *The psychoanalytic treatment of children*. New York: International University Press.
- Garcia, J.A., & Weisz, J.R. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relation-

- ships problems and other reasons for ending outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443.
- Gydal, M. (1998). På oppdagelsesferd i barndommens rike. Om tidsbegrensning, fokusering og den meningssskapende dialogen i psykoterapi med barn. I M. Kjær (red.), *Reisefølge i barndommens rike. Psykoterapi med barn* (196-213). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, B.R. (1991a). Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 779-788.
- Hansen, B.R. (1991b). Intersubjektivitet: Et nytt utviklingspsykologisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 568-578.
- Hansen, B. (2012). *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystemet i den psykoterapeutiske prosess. At støtte resiliens og afhjælpe traumatisk stress i lyset av arousalregulering. *Matrix*, 3, 292-315.
- Haugvik, M. & Johns, U.T. (2006). Betydningen av felles fokus i tidsavgrenset psykoterapi med barn: En kvalitativ studie av psykoterapi med barn som opplever vanskelige familieforhold. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 235-252.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.B. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (37-70). New York: Oxford University Press.
- Jacobsen, K. & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Haavind, H., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O.A. (2005). What constitutes a good working alliance in therapy with children that may have been sexually abused? In T. Jensen, *Suspicious of child sexual abuse – Dialogicality and meaning making*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I B. Svendsen, U.T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.) *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. (35-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Knudtzon, S. & Gydal, M. (2002). Om tidsbegrenset psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 911-915.
- Nielsen, G., Bruseth, M., Finnøy, O.J., Dalen, B., Eide, M., Gjørund, G., Høie, J., Starheim, G., Sjørdal, O.J. & Valderhaug, R. (1992). Individuell korttids dynamisk psykoterapi med barn: En for lite påaktet metode. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 428-437.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships: Conclusion and recommendations of the Division 29 Task Force. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Prosakuer, S. (1969). Some theoretical issues in time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 8, 154-169.
- Proskauer, S. (1971). Focused time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 619-639.
- Russ, S. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiation the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Shirk, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variable in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Shirk, S.R., & Russel, R.L. (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. New York: Guilford Press.
- Shirk, S.R., & Saiz, C.C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
- Singer, J. (1973). *The child's world of make-believe: Experimental studies of imaginative play*. New York: Academic Press.
- Stern, D. (1985). *Barnets interpersonelle univers* (dansk overs.). København: Hans Reitzel.
- Svendsen, B. (2007a). *Den terapeutiske relasjon som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn: En studie av de innledende samhandlingsprosessene*. Doktoravhandling. Oslo: Unipub.
- Svendsen, B. (2007b). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I H. Haavind og H. Øvreddie, (red.), *Barn og unge i psykoterapi: Samspill*

- og utviklingsforståelse (69-96). Oslo: Gyldendal Akadamisk.
- Svendsen, B., & Hansen, B. R. (2008). The emergent helper. Steps in the early phase of alliance formation with children. *Marix*, 4, 297-222.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B. Johns, U.T. Brautaset, H. & Egebjerg, I. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektivpsykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Trevarthen, C. (1980). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In M. Bollowa (Ed.), *Before speech* (321-374). New York: Cambridge University Press.
- Tronick, E.Z. (2011). Bidrag til forståelsen af terapeutisk forandring: Nu har vi en legeplads. I S. Hart (Red.), *Neuroaffektiv psykoterapi med børn* (433-451). København: Hans Reitzels Forlag.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wachtel, E. (1994). *Treating troubled children and their families*. New York: Guildford.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London: Lawrence Erlbaum.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Zeanah, C.H., Anders, T.F., Seifer, R., & Stern, D. (1989). Implication of research on infant development for psychodynamic theory and practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 657-668.

Søkeord: Psykoterapi med barn, allianse, responsivitet, lek.

Keywords: Psychotherapy with children, alliance, responsiveness, play.

Abstract

A dyadic alliance between the child and the therapist is essential, but not sufficient in psychotherapy with children. It is necessary to develop an alliance with the caregivers as well. The caregivers understanding of the therapy project are essential for

the development of the alliance. They have to be involved in the therapy process and the therapist has to ensure that the caregivers understand and agree with the therapy project. In order to develop alliance with the children, the therapist has to be responsive, engaged and be able to communicate with children through play.

Birgit Svendsen er dr.psychol. og psykologspesialist og ansatt som førsteamanuensis ved psykologisk institutt, NTNU i Trondheim. Hennes forskningsinteresser er terapi med barn og familier med spesielt vekt på hvordan utviklingspsykologisk kunnskap er nyttig for økt forståelse av terapiprosesser.

birgit.svendsen@svt.ntnu.no