



Jan-Vegard Nilsen
Oslo

Kan trygge refleksjonsrom bidra til økt handlingsrom? Betraktninger omkring terapeutiske samarbeid med ungdom som strever med seg selv og andre

"The therapeutic relationship is a creation of the therapist and the client or patient. It is the constant factor in all therapies. Just as the wheels of a railway carriage must fit the rails in order to pass along them, so the way in which the therapeutic relationship is constructed can facilitate the progress of the therapy." (Thomas, 2005, s. 79)

Klinisk kontekst er her spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for barn og unge. På hovedscenen er fremfor "noen" forholdet *mellom* terapeut og pasient og implisitt pasientens forhold, i sine nære relasjoner. Teksten har som utgangspunkt den betydning forholdet mellom pasient og terapeut har, på tvers av ulike terapiformater og i arbeid med ulike klientpopulasjoner. Heller enn å være en begrepsavklarende tekst med dypdykk i teori ønsker jeg å holde fokus på tema – *terapeutiske samarbeid med ungdom som strever med seg selv og andre* – i en tentativ, betraktende form. Fremfor å

komme med tydelige svar på problemstillingene som berøres og konkrete anbefalinger om "hvordan løse ulike dilemmaer", har jeg et ønske om å formidle materialet på måter som gjør at leseren kan bli inspirert – til å tenke selv.

Terapi - møter mellom mennesker

Terapi kan svært forenklet og samtidig dypest sett, betraktes som møter mellom mennesker. I en terapiprosess bringer jeg som fagperson med meg

spesifikke kompetanser. I kraft av min rolle og min profesjon har jeg med meg ulike ekspertiser som *kan* vise seg å bli nyttige for ”den andre”. Like fullt møter jeg samtidig, og kanskje heldigvis, klientene som det mennesket jeg er. Med mine unike erfaringer, subjektivitet og personlighet. En nærliggende metafor for terapeutiske møter blir derfor at terapikonteksten representerer et intersubjektivt felt (Stern, 1985; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Stolorow & Atwood, 1992; Buirski & Haglund, 2001), der det uavhengig av hvilket terapiformat vi er involvert i; alltid vil være flere sinn tilstede. Flere sinn som sammen, på ulike og ofte uvisse måter, bidrar til unike terapeutiske utfall. Om enn forskjellig, så vil en tilsvarende metafor være nærliggende å anvende i møtene som oppstår mellom deg som leser, og denne tekst, forfattet av meg. Selv om konteksten er svært forskjellig vil det også her, som i terapeutiske møter, aktualiseres en rekke forhold som vil kunne påvirke hverandre gjensidig, for eksempel; følelser (dette var interessant!), antakelser om intensjoner (hva mener han egentlig her?), handlingstilbøyeligheter (lese videre, eller hoppe over en side?), tanker om hvem forfatteren *egentlig* er (han må være litt sånn...) og det kan være utfordrende nok og ikke gjøre seg opp en for skråsikker formening, for fort.

Utfallet av terapi er aldri gitt på forhånd. Det kan være vanskelig å finne klarhet i hva som virkelig var virksomt. Også i en terapiprosess som i retrospekt viste seg å bli opplevd som nyttig og endrende av både klient og terapeut. De komplekse mellommenneskelige forhold som formes og utvikles gjennom et terapiforløp, kan på mange vis betraktes som selve *den konteksten* hvor igjennom de forskjellige terapeutiske intervensjonene, *hva jeg velger å gjøre*, finner sin plass, utforming og potensielle virkninger i. Kliniske møter vil slik jeg opplever det best kunne betraktes gjennom en *sirkulær optikk*, der gjensidig influerende prosesser er mer regelen enn unntaket; jeg både influerer og blir påvirket, berører og blir berørt, bidrar til forandring og forandres selv. Terapeutiske prosesser finner dessuten heller aldri sted i kontekstuelle vakuums. Sirkulariteten peker dermed også ut over de enkelte terapeutiske møtene.

En scene fra terapirommet

Kathrin¹ (16) møter til sin faste tirsdagsavtale. Hun har blitt henvist av sin fastlege for videre utredning og behandling. Det blir tidlig klart at Kathrin strever med lav selvfølelse, konfliktfylte vennerelasjoner, et tidvis anstrengt forhold til begge foreldre som skiltes da hun var 12 og hoveddiagnosen; en spiseforstyrrelse som pendler mellom en bulimisk og mer restriktiv form har preget hverdagen hennes og familiens i flere år. Samtidig fremviser hun flere tegn på at hun regulerer sine emosjonelle og relasjonelle utfordringer på andre helseskadelige måter; hun eksperimenterer med rusmidler og selvskader ved å skjære seg på armer og lår. Helsesøster, som har hatt regelmessige samtaler med henne på skolen i over et år, er rimelig sikker på at det *må* være snakk om seksuelle overgrep. Hun mener å kjenne igjen mønsteret Kathrin fremviser fra andre ungdommer som har erfart varianter av overgrep. Foreldrene beskriver ganske overensstemmende at de forstår datterens strev mest som en følge av langvarig vennekonflikt, mobbing, og påfølgende dårlig selvtilitt.

Dette er tolvte time:

Kathrin har gitt klart uttrykk for at det er *helt* uaktuelt å ha med foreldrene i samtaler fremover og jeg har i samråd med foreldrene gått med på å snakke med henne alene, under forutsetning av at jeg kan holde foreldrene løpende orientert. Jeg tviler nå på hvor fornuftig denne ”avtalen” er, men jeg holder usikkerheten for meg selv. Hun har luen og jakken på, også etter at hun har satt seg ned i stolen vis a vis meg. Blikkene våre møtes ikke. Ikke i dag heller. Jeg kommenterer ikke bekladningen; jeg husker godt hva som skjedde sist jeg påpekte luen! Hun svarer det samme som sist når jeg spør henne om hun har noen tanker om hva hun ønsker å snakke om, eller bruke timen til i dag? *Vet ikke. Har ikke tenkt på noe spesielt.* Hun blir taus. Hvordan kjennes det å komme i dag, spør jeg? Hun

1 Alle kliniske eksempler er anonymiserte og dermed omskrevet i tråd med anerkjent praksis.

hever skuldrene lett og ser vekk. Puster ut, litt oppgitt? Jeg får en følelse av at hun skulle ønske hun var et helt annet sted. Samtidig sitter hun her og viser få tegn på at hun skal forlate rommet. Av mor har jeg over telefonen fått informasjon om at datteren søndag kveld kuttet seg ganske betydelig på venstre lår og måtte på legevakten for å sy. Det var også bekymringer rundt uttalelser i retning av at hun ikke orker å leve lengre; ”jeg vil bare dø” skal hun ha sagt, flere ganger utover kvelden. Foreldrene lurer på om hun bør legges inn, om en annen behandling må til? Jeg tenker at dette må jeg vel ta opp med henne? Jeg samler mot og forsøker å invitere til en samtale rundt det aktuelle; en tanke om at her har vi kanskje noe vi kan utforske sammen, noe som kanskje til og med kan berede grunnen for andre, mer helsefremmende måter å håndtere strevsomme følelser og relasjoner på? Forsøkene mine avvises. Eller lar jeg meg avvise? Jeg merker uansett at jeg blir mer og mer aktiv i mine forsøk på å engasjere henne. Hun sier det hun så ofte har sagt når jeg spør på denne måten; *det er ingen vits, det bare ble sånn, jeg vil ha det sånn, det er ikke noe å snakke om, ingen bryr seg likevel, kan vi snakke om noe annet?* Jeg kjenner på et snev av irritasjon og maktesløshet. Samtidig blir jeg fylt av en trist grunntone og opplevelsen av å være en udugelig, i alle fall unyttig, hjelper sniker seg på. Nok en gang er vi *her*. Hvordan skal jeg klare å få henne med på noe som har med forandring å gjøre? Det er terapi vi skal drive med, er det ikke? Hvis hun ikke vil, skal vi bare avslutte? Skal jeg henvise henne videre? Nei, vent – kanskje *jeg* må forsøke å møte henne på en annen måte? Å henvise, det blir vel å utagere, eller? Jeg prøver meg med en refleksjon. Sier noe om at det her høres ikke greit ut, det høres vondt ut å ha det slik og jeg lurer på hvilke følelser som vekkes i henne? Kan vi snakke litt om ”episoden” på søndag? Kathrin retter seg litt opp og svarer; *...særlig, jeg vet at du sier det der bare fordi du får betalt for å si det. Sånn er det med alle behandlere. Det er jobben din, liksom. Jeg vet at du ikke bryr*

deg egentlig, selv om jeg hører deg si det, hvorfor skulle du det? Ingen andre bryr seg – ingen vil noen gang bry seg om meg.

Kathrin finnes ikke. Eksemplet ovenfor er konstruert. Samtidig så finnes hun i aller høyeste grad. Ungdommer som møter til polikliniske terapisaftaler ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker møter med svært ulike utgangspunkt, og engasjementet, slik det fremvises i ulike varianter vil naturlig nok variere. Vanskene og utfordringene de står i, deres unike utviklingshistorier, familieforhold og nettverk vil nødvendigvis også variere i utstrakt grad. Så også såkalt endringsmotivasjon og verbaliserte ønsker om hjelp. Det samme gjelder når deler av eller hele familier møter sammen. Det hører med til sjeldenhetene at familiemedlemmene møter med en samlet forståelse av hvorfor de kommer og hva de søker hjelp for (Yeh & Weisz, 2001; Hawley & Weisz, 2003), og mer unntaksvis søker ungdom hjelp på eget initiativ. Uavhengig av metateori eller metodepreferanser blir det derfor viktig når jeg møter en ungdom som kan minne om Kathrin, og andre, at jeg fremfor noe forsøker å møte henne med utgangspunkt i den hun er, der hun er (kontekst) og inviterer henne inn i en trygg nok ramme som slik, med tid, kan komme til å gjøre en forskjell også utenfor terapirommet. Først når rommet blir trygt nok kan utforskning og refleksjon finne sted og nye handlingsalternativer vokse frem. Det blir i alle fall min påstand. Hva som kjennetegner et trygt nok rom får stå som et retorisk spørsmål, som leseren selv kan reflektere rundt. Jeg vil bare lufte tanken om at terapirommet, slik de finnes ved våre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, kanskje ikke alltid er det mest egnede formatet for alle de ungdommene vi inviterer inn?

Hvem skal jeg velge å lytte til?

I et terapilandskap kjennetegnet av et mangfold av teoretiske og kliniske modeller som tilbyr ulike måter å forstå og handle på, og en tilsvarende rik variasjon av kliniske problemstillinger, blir det nærliggende å stille seg selv spørsmålet; hvem skal jeg

velge å lytte til og hvordan? Ytringer, det være seg symptomer, det skrevne ord, kroppsspråk eller verbal kommunikasjon, åpner opp for et mangfold av følelser, forståelsesmuligheter, mening og dermed også valgmuligheter og handlingsalternativer for meg som terapeut; hvordan skal jeg forholde meg, reagere, når for eksempel Even plutselig forlater terapirommet i noe som fremstår som et spontant sinneutbrudd? Eller ønsket han å gå på toalettet og klarte ikke si ifra? Hva når Hanna vegrer seg for å snakke og besvarer alle mine forsøk på å invitere til dialog omkring målsettinger med terapien med "vet ikke", "kommer an på", "varierer", "har ingenting å si", "bestem du". Eller når far til Tobias slår knyttneven hardt i bordet og kritiserer meg høyløst for at jeg ikke har klart å motivere sønnen for å komme tilbake på ungdomsskolen etter 2 års skolefravær; "han blir jo ikke noe bedre!". Eller hva med Elise, som formidler med egne ord at hun ikke ønsker noen forandring og samtidig viser det som ser ut som ferske selvpåførte kutt på underarmene? Og hva med Henriette, som stadig uteblir fra de polikliniske samtaletimene vi har avtalt og hvor kontakten de siste månedene har blitt vurderingssamtaler på sykehuset, etter alkohol- og tablettintoks?

I kliniske møter er det mange stemmer. Ungdom, foreldre og terapeut. Stemmer som ønsker å bli hørt og forstått. Stemmer som foretrekker å tie, stemmer som forsøker å overdøve andre, stemmer som krever å bli hørt, stemmer som hevder å ha de riktige svarene på spørsmålene vi utveksler tanker, erfaringer og følelser omkring. Usikre stemmer, påståelige stemmer, ydmyke stemmer, aggressive stemmer, skråsikre stemmer. Stemmer som snakker for andre. Potensielt alle stemmer, kan stemme i. I et tverrfaglig terapilandskap høres også kollegaers meninger og stemmer. Listen er lang. Poenget er likevel ikke til å misforstå; det er en komplisert øvelse, å lytte til seg selv og andre. Samtidig.

I kliniske møter vil jeg alltid forsøke å integrere en type "dobbel lytting"; det vil si at jeg samtidig forsøker å ivareta den doble bevegelsen i det å både lytte ut og innover mot meg selv og spesifikt; vie oppmerksomhet til de forskjellige emosjonelle responser og handlingstilbøyeligheter som aktualiseres i møter med klienter i terapi. Sagt på en annen måte; jeg må være både hos den andre og hos meg selv (Schibbye, 1999, s. 120). Dette blir idealet, virkeligheten kjennes ofte som en annen.

Terapien med Gaute (16) kan tjene som et eksempel

Innledningsvis, under et mer standardisert anamneseopptak med mor tilstede, blir det slik jeg opplever det tydelig at Gaute ønsker konkrete råd og tips for hvordan han kan håndtere sin angst på en mer hensiktsmessig måte. Gaute ber ikke eksplisitt om å få råd, men etterspør hjelp til å "fjerne angsten", som volder ham så store problemer. Dette kan beskrives som hans uttalte forventninger til terapien. En fristende tolkning blir at Gaute formidler en holdning som forenklet kan karakteriseres på følgende måte; "det å gå til psykolog er å få råd om hvordan man kan få orden på livet sitt, få det bra, få bukt med problemene". Jeg opplevde her et dilemma. Dilemmaet bestod i hvorvidt hans forventninger skulle innfris (som på en måte var eksplisitt formulert), og dermed risikere å miste min terapeutiske posisjon (gi konkrete råd; vil det virkelig bli til hjelp for ham, hva om rådene ikke fungerer etter hensikten?) – eller om jeg skulle holde på rammene og så å si insistere på at felles utforskning og undring var en mer farbar vei? Et alternativ til det å fokusere på løsningene. For tidlig? Det ovennevnte dilemmaet ble aktualisert helt i starten av terapien og jeg kunne følgelig ikke vite med noen grad av sikkerhet hvorvidt det at Gaute "ba om råd", var noe som korresponderte til et mønster i hans måte å håndtere opplevde vanskeligheter på; at han for eksempel hadde for vane å legge problemene sine i andres hender, så å si. Men, med utgangspunkt i en dynamisk forståelse kunne jeg heller ikke se bort fra at jeg allerede her, i de første samtale, var inne på noe svært vesentlig hva gjaldt sentrale aspekter ved Gattes særlige problematikk, både såkalte selv- og andre-representasjoner. Min umiddelbare opplevelse av at Gaute på sett og vis ikke var særlig interessert i "det terapeutiske prosjektet", men heller ønsket konkrete råd, for slik også kanskje å slippe unna samarbeidet? – ga meg også en følelse av at jeg her muligens møtte en ungdom som i liten grad hadde utviklet tilstrekkelige ferdigheter med henhold til å ta aktivt ansvar for seg selv. Kanskje var det også uttrykk for manglende utviklingsstøtte? Jeg hadde på dette tidspunkt informasjon om at Gaute overhodet ikke hadde tatt initiativ til samtaleterapi selv, men at han ble oppfordret og nærmest "presset" av sin mor. Vi kan her si at mine opplevde

følelsesmessige reaksjoner, i vid forstand, først og fremst tjente en tentativ *hypotese-genererende funksjon*; som utvilsomt trengte mer materiale for eventuelt å bli styrket. Min følelse av at det som ble formulert, Gautes ønske om råd for å fjerne angsten, også formidlet noe annet; *jeg får det ikke til, jeg er egentlig ganske så mislykket og uduelig, jeg skjemmes, jeg ønsker at du skal ordne opp i mine problemer, ga meg derfor en foreløpig hypotese å arbeide videre med, både i relasjonen her og nå, og i veiledning og mellom samtalene (selvrefleksjon)*. I møtet med diskrepansen mellom min forståelse av Gautes uttalte ønsker (effektive råd) og *mine* intensjoner; dilemmaet mellom å skulle forfølge en foretrukket terapimodell (her; en mer psykodynamisk orientert terapi) eller møte pasienten med et mer brukerorientert blikk og gi best mulig hjelp innenfor poliklinikkens tidsrammer, kjenner jeg også på en

... mine opplevde følelsesmessige reaksjoner ... først og fremst tjente en tentativ hypotese-genererende funksjon

følelsesmessig ambivalens med henhold til hva som er "riktig" å gjøre. Jeg blir med andre ord usikker og også litt forvirret. Hva om han trekker seg og velger å avslutte? Hva om han vil protestere, eller ikke like meg som terapeut? Hva om mor blir skuffet eller sint? Jeg kjenner på dette tidspunkt en draging mot å gå med Gaute, men er samtidig usikker på om dette er fordi det vurderes som

best for ham, eller om det i overveiende grad tjener meg selv?

Innskytelsen om å gi råd holdes tilbake. Ettersom terapien utviklet seg ble det ikke gitt noen konkrete råd, hvilket ble tematisert i veiledning, hvor utviklingen av den terapeutiske strategi var i fokus og min følelsesmessige ambivalens ble adressert. Det systemiske begrepet transparens ble også et nyttig utvidende begrep, slik vi blant annet ser det anvendt hos Bertrando og Arcelloni (2006), der terapeutens fornemmelser, hypoteser, kan adresseres åpent i dialogen, her og nå, på en tentativ og utforskende måte. Ikke som svar på hva som faktisk skjer i pasienten, men mer som materiale for videre felles utforskning. Innenfor rammene av en tentativ, åpen og ikke-vitende tilnærming. En overordnet holdning som resonnerer med de anerkjente terapeutiske holdninger som en også finner syste-

matisert innenfor det såkalte mentaliseringsperspektivet (Nilsen & Skårderud, 2012; Bateman & Fonagy, 2012). Det ble derfor nærliggende å åpne opp for å snakke med Gaute om mine umiddelbare motforestillinger om å gi råd, min tvil, og å reflektere rundt ulike forståelser og veier til forandring.

Løsningen ble heller å fokusere på rammen, og heller enn å gi råd ble Gautes ønsker om råd adressert og forsøkt utforsket i dialogen. Etter hvert tegnet det seg et bilde av en ungdom som i svært liten grad var vant med å kjenne på og uttrykke egne følelser (angstsymptomene var i overveiende grad erfart kroppslig, det ble avdekket en rekke kroppslige plager og sterk frykt som kunne minne om helseangst), og det syntes som om Gaute i liten grad hadde et opplevelsesnært språk for å formidle hvordan han hadde det (mye kroppsspråk, "illustrasjoner" ved hjelp av gester). Gaute formidlet dessuten en opplevelse av at han var svært opptatt av å fremstå som "sterk" og at det var helt uaktuelt å vise sin angst offentlig; det å uttrykke følelser, både fysisk og verbalt ble beskrevet opplevd som tegn på "svakhet". Skamfølelsen syntes sterk, men i mindre grad som en del av hans (uttalte) selvpålevelse. Gaute formidlet også, slik jeg fortolket det, en følelse av at han i liten grad opplevde at han hadde "styring på ting", til tross for at alle andre, i følge ham selv, opplevde ham som en organisator av rang! Særlig viktig ble også informasjonen om at Gaute hadde mange erfaringer hvor han "... overlater problemene til andre... muttern ordnet opp... kom meg til unnsetning... jeg delegerte det til noen andre...".

"...terapeutens følelsesmessige reaksjoner på pasientens væremåte [kan] når de bevisstgjøres, utgjøre en hovedinnfallspport for å få tak i de gamle dialogene, slik at de kan kommenteres." (Gullestad, 2004, s. 487)

Hva kan vi trekke ut av denne korte beskrivelsen? Jeg opplevde i retrospekt at det å ikke umiddelbart akseptere Gautes forsøk på, ubevisst, å tildele meg rollen som den som skulle løse hans problemer; rollen som rådgiver som sitter med løsningen på problemene, her ble en klok vurdering. Grunnen for en mer utforskende og undrende tilnærming til Gautes angstproblemer ble lagt. Selv om terapien på langt nær ble en "feilfri" reise over utforskingenes kontinent, kom slik jeg opplever det terapien til å representere noe annet, noe nytt.

En mulig forskjell som også kunne gjøre en forskjell utenfor terapirommet? Det å forholde seg til følelser og utforske opplevelser, ulike forståelser og mulige sammenhenger sammen med et annet menneske representerte noe nytt. Vi kan selvfølgelig bare spekulere i alternative utfall, men kanskje ville denne ”korrigerende emosjonelle erfaringen” forblitt uerfart dersom jeg i større grad hadde ”falt for fristelsen” og latt Gaute lede an i dansen? Kanskje ikke. Gaute kom uansett gradvis til å akseptere denne annerledesheten som rammene inviterte til og ettersom terapien gikk sin gang kunne jeg merke at tempoet i samtalene sank og Gaute ble, slik jeg opplever det, mer undrende, mer affektivt tilstede i gradvis lengre sekvenser. Det kan selvfølgelig ikke utelukkes at også terapeutens gradvise håndtering av egen angst og usikkerhet bidro til dette. Denne ”nye modus”, preget av en større interesse for selve prosessen, bidro også slik jeg vurderer det, til at Gaute brukte tid mellom samtalene til å observere og utforske seg selv i ulike situasjoner. Uten at jeg på forhånd konkret oppfordret ham til det. Gaute begynte heller ”å søke etter råd” selv, for sin egen del. Slik hadde han ved terapiens slutt, til tross for at det fortsatt var ting han strevde med, kommet til å erfare noe nytt.

Eksemplet illustrerer også kanskje vanskelighetene med å avgjøre ”hva som er hva” og hvorvidt dette er mulig? Er *følelsen* av at pasienten ønsker meg som rådgiver, uttrykk for noe mer grunnleggende ved hans måter å forholde seg på, til seg selv, andre og sine vanskeligheter. Er forståelsen først og fremst et resultat av terapeutens egne overføringer, eller i overveiende grad farget av terapeutens foretrukne lytteperspektiv og metateori? For å svare på dette ofte svært vanskelige spørsmålet, som krever mye trening og erfaring for å mestre, svarer Gullestad og Killingmo (2005) at terapeuten må drive selvanalytisk granskning, sagt på en annen måte; bedrive aktiv selvrefleksjon:

“What is most important from our perspective is for therapists to engage in an ongoing process of self-exploration and to be vigilant for any deterioration in the quality of relatedness, as they are communicating with their patients in an attempt to clarify what is being enacted.” (Safran & Muran, 2000, s. 107)

Tilbake til hovedscenen - terapeutisk allianse

“We are born in relationships to others and attain a sense of self only in relation to others. As current developmental research makes increasingly clear, human beings are biologically programmed to seek relationships with other people. Yet despite the intrinsically interpersonal nature of human existence, we are ultimately encapsulated by our own skin and set apart from others by virtue of our existence as independent organisms. As human beings we thus spend our lives negotiating the paradox of our simultaneous aloneness and togetherness.” (Safran & Muran, 2000, s. 98)

Begrepet allianse var et av de første som ble anvendt for å si noe vesentlig om hva som kjenner seg ut som det spesielle forholdet som relasjonen mellom hjelper og klient representerer. Alliansebegrepet har siden Freuds dager blitt videre utvidet og bearbeidet, blant annet i lys av forskning som tydelig har vist at aspekter ved alliansen kan representere en relasjonsvariabel som er felles, på tvers av ulike terapimodeller (Horvath & Greenberg, 1994). Alliansebegrepet kan lett gi assosiasjoner til samarbeid, enighet og at vi står sammen, samlet – mot noe. Vi er allierte, du og jeg. For eksempel; i kampen mot spiseforstyrrelsens strenge og livsbeleggende krav står vi sammen. Vi er enige om målet og vi er samstemte i hva som blir klokt å gjøre. Kjemien vurderes god. Vi trives sammen og vi er for eksempel fullt ut enige om viktigheten av å utfordre angstens klamme grep om hverdagen og at gradvis eksponering for det som fryktes og unngås aller mest, må til. Mat er medisin og akkurat nå må dosen heves for en periode. Det gjør vondt, men vi er enige om at slik må det bare være. Det er trygt, nødvendig og helt i tråd med hva som må til for å bli fri fra denne tilstanden som plager deg slik. Selvfølelsen må også utvilsomt styrkes og ideelt sett ernæres fra andre kilder enn farlig forandring av egen kropp og et usunt fokus på prestasjoner av forskjellig slag. So far, so good. Likevel, fortiden er ikke hva den en gang var. Allianser er ofte skjøre og mye kan skje på en uke. Enten der er på den storpolitiske arena, eller på en terapeutisk scene, ditt kontor, kan mye skje fra den ene samtalen til

den neste. Ikke sjeldent viser det seg at det vi var allierte om sist, ikke holdt helt likevel. Vi var enige, var vi ikke? Eller misforsto jeg deg, kanskje? Gikk jeg litt for fort frem? Du – skjønte du hva jeg spurte deg om, eller svarte du uten helt å forstå hva du svarte på? Eller, har det skjedd noe siden sist som gjør at du tenker og føler annerledes rundt de samme spørsmålene i dag? Ga du meg de svarene du forventet at jeg ville høre? Forandring, midlertidige brudd, misforståelser og uenighet hører med. Derfor må vi forhandle og være tett på; hvordan vi har det sammen, hva vi holder på med og hvor vi er på vei, sammen. Her er det viktig ikke å sovne i timen. Terapeutisk allianse, er fremfor noe et *relasjonelt begrep* og de fenomenene og prosessene berøpet søker å favne bør derfor betraktes innenfor en kontinuerlig ramme. Allianse blir dermed ikke noe vi utvikler og har, en gang for alle, men noe vi forhandler om – hele tiden.

Alene. Sammen. Nært knyttet til hverandre og samtidig atskilt. Som det ovennevnte sitatet leder oppmerksomheten mot; vi kan aldri fullt ut få tilgang til den andres sinn. Vi kan likevel komme nærmere hverandre. For eksempel gjennom en terapiprosess, der du og jeg, her og nå, utforsker forståelser, reflekterer over mulige sammenhenger og betrakter nye og mer helsefremmende måter du kan nærme deg dine vansker, deg selv og andre på. Tilsvarende som det forblir en umulighet å kjenne en annen fullstendig, blir det en illusjon å hevde full forståelse av seg selv. Jeg kan ha min foretrukne forståelse av meg selv. For eksempel; hvordan jeg typisk fremstår som terapeut. Samtidig vil det alltid finnes spor av andre fortellinger om meg, historier som jeg verken nødvendigvis er enig i, ei heller kjenner godt nok til. Vi trenger derfor hverandre. Både for å fylle ut bildene og for å leve med og holde ut, det ufullstendige.

Skråikkerheten i terapirommet – hvordan la tvilen komme deg selv til gode?

Er det noe jeg erfarer utfordrer terapeutiske samarbeid, så er det skråsikre stemmer. Det å være skråsikker skal likevel ikke undervurderes. Det å ha visshet om noe vil i mange situasjoner være både nødvendig og hensiktsmessig. Befinner du deg i en situasjon hvor det plutselig kreves hjerte- og lunge-

redning, eller du har skoleeksamen og skal løse matematiske ligninger som du egentlig kan, vil sterk usikkerhet, tvil og motstridende følelser rundt hvordan du skal handle, gjøre det vanskeligere å ta kloke valg. Hvis du derimot stadig vekk befinner deg i situasjoner hvor du blir hellig overbevist om at du er en udugelig, ekkel og brysom person, eller du jevnt over er sikker på at andre mennesker ikke kan finne *noe* bra ved deg, ”absolutt ingen liker meg!”, kan skråikkerheten i ytterste konsekvens få fatale følger. Den skråikkerheten vi møter i terapirommet er sjeldnere av den mest hensiktsmessige varianten.

Skråikkerheten jeg ofte opplever å møte i terapeutiske samtaler med ungdom som strever, viser samtidig konturene av noe annet; selvusikkerhet og utfordringer med å romme egen tvil, usikkerhet og ambivalens. Bak den uttalte skråikkerheten aner vi dermed ungdommens strev med å forholde seg til seg selv og andre. Enten det gjelder Kristina som er overbevist om at hun er alt for feit og stygg og tilsvarende sikker på at jeg *må* se henne på samme måte, eller Bjørn som betrakter det meste gjennom et helsvart filter og øyner absolutt ingen forventninger eller noe håp om at jeg kan være til hjelp. Eller i møtene med Oda, som plager seg selv på stadig mer kreativt vis og formidler på overbevisende måter at jeg, hennes behandler, *må* skjønne at hun ikke fortjener å ha det noe bedre, at alt hun gjør av selvdestruktive handlinger er noe som *må* skje, fordi hun *skal* lide; ”det er meningen at det skal være slik for meg”.

Å utstå tvil og usikkerhet og samtidig bevare autonomi og handlekraft, er en vanskelig øvelse. Selv om få vil si seg uenig i at livet dypest sett er uforutsigbart, fullt av mulige overraskelser og at fremtiden kan være vanskelig, enn si umulig, å forutsi, er vi som mennesker kontinuerlig opptatt av å skape mening og etablere sammenhenger av våre erfaringer. Skråikkerhet i ulike former blir derfor et dypt menneskelig anliggende; forståelig, tidvis helt nødvendig, men også potensielt problematisk på mange måter. For eksempel kan vi forestille oss at bak mange vennekonflikter, vonde misforståelser, og relasjonelle brudd befinner det seg tilsynelatende skråsikre stemmer. Metaforisk kan vi si at skråikkerheten kommer i ulike varianter, antar ulike former og vil kunne ”ramme” oss terapeuter, så vel som våre pasienter. Felles for skråikkerhetens mange ansikter er at den fremfor

noe begrenser vår sikt, den hindrer oss i å se og åpne opp for om det *kan* være noe i, noe annet. Vekk med dybde, bort med bredde. Sort, hvitt, få – om noen – nyanser. Skråsikkerheten levner heller ingen tvil, den lukker; ”ferdig snakka... jeg måtte skjære meg til blods... det var ingen vei utenom... det er bare sånn det er... jeg hadde ikke noe valg”. Skråsikkerheten blir nysgjerrighetens og kreativitetens motsats. Den blir rigiditetens stemme og bidrar i liten grad til bevegelser og forandring. Heller enn å åpne opp for flertydighet og mangfoldige forståelsesperspektiver har den en lei tendens til å sementere oppfatninger i en type ”enten-eller-dikotomi”, både hva gjelder forestillinger om en selv, andre og livet for øvrig og følgene blir dermed typisk ”mer av det samme”. Skråsikkerheten har også sin egen utviklingshistorie og utforskes den videre finner en nærmest alltid gode og forståelige grunner for at den er der. Den kan også bli en trygg havn, eller nærmest en livbøye, noe å holde fast ved. Særlig hvis den er kjent og har vært med deg over lang tid. Det kan synes som om dess lengre den har blitt ”omfavnet”, dess vanskeligere kan det være å sette den i parentes; å utfordre dens sannhetsgehalt.

Terapirommet som en mulig midlertidig trygg base – for utforskning av nye måter å forholde seg på

Samarbeid, eller utviklingen av samarbeidende relasjoner, er nært kjernen av de fleste samtidige konseptualiseringer av terapeutisk allianse. Det å samskape og vedlikeholde konstruktive terapeutiske samarbeid blir sentralt i enhver terapeutisk prosess. Samarbeidende relasjoner har det potensialet at de på den ene siden kan bidra til å etablere en trygg nok base for å utforske seg selv og andre fra, og på den andre siden kan de mellommenneskelige prosessene som aktualiseres i arbeidet med å etablere og vedlikeholde en slik terapirelasjon frembringe sentrale emosjonelle og relasjonelle tema hos klientene, både fortidige og samtidige (Horvath & Greenberg, 1994). Slik kan selve forholdet og samarbeidet i terapirommet, som en midlertidig tilknytningsbase, bidra til å gjøre en forskjell også for andre viktigere relasjoner i ungdommens liv. Det blir viktig å ha i mente at terapirelasjonen nødvendigvis blir midlertidig og først og fremst

nyttig i den grad den viser seg å bli fasiliterende for bedret kvalitet i andre, nærmere relasjoner – utenfor terapirommet. Terapeutiske rom kan dermed i beste fall komme til å representere kontekster som muliggjør nye forståelser og handlingsalternativer. Terapirommet blir dermed et *potensielt rom*, et rom eller en midlertidig base som når det erfares *trygt nok*, kan bidra til nye opplevelser av økt autonomi, livskvalitet og handlingsrom. Slik blir også terapirommet en kontekst hvor ungdommens uttalte skråsikkerhet kan utforskes og utfordres og hvor nye og mer helsefremmende måter å forholde seg til en selv og andre på, kan vokse frem.

Samarbeidet med Aina (16) kan tjene som illustrasjon

”Alle ser at jeg har lagt på meg, at jeg er feit, jeg ser det i øynene deres, blikkene, måten de gransker meg, fra topp til tå. Alt jeg hadde, er borte nå – jeg er ingenting, bare hun normale, eller feite om du vil.”

De innledende samtaleene med Aina var kjenetegnet av god kontakt og godt samarbeid. I alle fall tenkte jeg det da. Samtaleene bestod initialt av anamneseopptak og diverse diagnostiske intervjuer som skulle bidra til en mer nyansert kartlegging av spiseforstyrrelsen, samt screening av andre mulige problemområder. Rammen var trygg og forutsigbar. Aina spilte på lag med meg som terapeut. Jeg følte jeg hadde gjort en god innledende jobb og at kontaktutviklingen var på plass. Vi var i gang. Tankene var nok først og fremst på min egen mestring av situasjonen og det ble så å si tatt for gitt at hun opplevde det tilsvarende. Et godt stykke ut i terapien kom det imidlertid frem at Aina opplevde den ovennevnte situasjonen svært annerledes. Det hadde ”...kostet enormt å gjennomføre de intervjuene... helt forferdelig... jeg var livredd... jeg følte meg dum... jeg klarte ikke å si noe om det da... jeg bare svarte for å bli ferdig, egentlig”. Hennes tilsynelatende uproblematisk opplevelse av situasjonen, slik jeg opplevde det, var muligens også næret av hennes ytre styrthet, hennes orientering mot å tilfredsstille mine behov? Jeg hadde på det aktuelle tidspunktet fullstendig oversett mulighetene for at Aina opplevde situasjonen annerledes, enn slik jeg mente det var. Jeg var for opptatt av meg selv.

Eksemplet illustrer blant annet viktigheten av aldri å anta, eller ta for gitt, at det eksisterer et en-til-en forhold mellom mine følelser og opplevelser og pasientens følelser og indre liv. Skal man noen sinne konkludere, må man først grundig utforske. Og selv da, bør vi være forsiktige. Skråsikkerheten i parentes. Eksemplet minner oss også på at terapeuten aldri må stå alene i sin vurdering av kvaliteter ved samarbeidet; for hvem er bedre i stand til å si noe erfaringsnært og relevant om hvordan alliansen erfares, enn pasienten?

”Faren i dagens situasjon er ikke at terapeutens subjektivitet neglisjeres, men snarere at den ukritisk dyrkes som erkjennelseskilde. Det er dette som finner sted dersom en terapeut uten videre slutter fra egen affektiv opplevelse til pasientens. Slike slutninger hviler på det tvilsomme premiss at det nærmest er et en-til-en forhold mellom pasientens og terapeutens indre, en tanke om at alle terapeuters følelser er projisert og ”puttet inn” i ham av pasienten. På denne måten kan terapeuten komme til å fraskrive seg ansvar for egne følelser...” (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 136-137)

Den tause pasienten og den aktive terapeuten.

”De følelser og reaksjoner som pasienter med spiseforstyrrelser vekker i oss, er svært sammensatte og blir ofte påtrengende og private. Disse følelsene er ikke i seg selv merkverdige eller gale. Men de kan plage behandleren såpass at han får til dels store vanskeligheter med å håndtere sine reaksjoner i forhold til sitt eget selv bilde og selvfølelse, og også noen ganger overfor pasienten. Dette er en av grunnene til at mange behandlere føler seg usikre og blir særlig slitne når de behandler anorektiske eller bulimiske pasienter.” (Buhl, 1990, s. 131).

Lengre ut i samtaleterapien opplevde jeg situasjonen som grunnleggende endret, sammenlignet med hva som var tilfellet under utredningsfasen. Aina var taus. Hun ville ikke snakke. Hun sto dessuten oppreist under hele samtalen og gjorde enkelte ”gymnastiske krumspring”, hvilket gjorde meg ganske forvirret; skal det være sånn? Ettersom spørsmålene sjeldent ble besvart med annet en ”vet ikke...kommer helt an på...kanskje...av og til...

avhenger av humøret...” steg også opplevelsen av å gjøre noe feil. Jeg kjente på en rekke sterke følelser, blant annet en gryende opplevelse av å ikke strekke til, ikke nå inn, håpløshet og avmakt; opplevelsen av å være den udugelige terapeut meldte seg raskt. Jeg begynte å grue meg til timene. Lite ante jeg da, at dette var opplevelser mange erfarte i relasjon med Aina. Samtidig var denne ”passiviteten” noe som plaget henne selv.

”...the sense of nothing happening, and of his attempts to help being inadequate, are an active communication from the patient, and can be understood and interpreted as part of her fear of depending upon or wanting another person.” (Hughes, 1997, s. 264-265)

Ved å jobbe aktivt med disse opplevelsene, blant annet mine *tentative hypoteser* om at denne tausheten og vegringen muligens kommuniserte *noe mer*, noe mer grunnleggende kanskje, at dette ikke utelukkende gjaldt møtene mellom oss, her og nå, ble Ainas redsel for å slippe seg selv til adressert. Først med henhold til tidligere behandlingserfaringer (2 år ved lokal BUP) og senere i tilknytning til andre nære relasjoner, samt etter hvert, her og nå – mellom oss. Det ble gradvis tegnet et bilde av at det var på denne måten Aina var vant med å ha samtaler med andre voksne og at hun gjennomgående regulerte sin usikkerhet gjennom å trekke seg tilbake, komme seg vekk, søke trygghet, gjerne hos mor, eller på rommet, eller ved å velge tausheten som sin fremste allierte. Hun var på mange vis blitt vant med å være taus. Hun ville ikke være det, men det tryggeste var å ikke være, så å si. Terapeuten snakket. Aina forble taus. Jeg ble dermed, sagt med Sandler (1976), presset inn i en aktiv rolle (ubevist invitert) og historien gjentok seg. Aina slapp å ta ansvar, gi noe av seg selv, forholde seg, gi seg hen til noen andre, hvilket skulle vise seg å være et særlig viktig problemområde; angsten for å gi seg hen, i relasjon. Foruten å ha mistet flere nære familiemedlemmer i relativt ung alder var Ainas behandlingshistorie også kjennetegnet av en rekke relasjonsbrudd. Svært mange tapsopplevelser. Ved å være aktivt inaktiv, slipper hun det hun kanskje frykter mest? – å gi seg hen til en annen, potensielt miste kontrollen og risikere nye tap? Hun vinner ingenting, men hun taper heller ingenting, noe som også muligens aktualiserer hennes angst for å bli ”frisk”? Spiseforstyrrelsen skapte muligens

her den nødvendige avstanden og representerte på sine vis kanskje en trygg og forutsigbar dansepartner, der hun hadde kontrollen? Men bare tilsynelatende. Tausheten som jeg i begynnelsen opplevde som vanskelig å håndtere, kom til å bli en av flere potensielle innfallsporner til en mer grunnleggende og dypere forståelse av viktige aspekter ved hennes problematikk. Ved å senke tempoet, mitt eget ambisjonsnivå og gradvis bekymre meg mindre for å *ville hjelpe, få til endring*, det vil si en økt toleranse for det ubehaget som stillheten innebar *for meg* og slik være ”aktivt mer inaktiv”, opplevde jeg gradvis at samtalene tok mer form av en dialog, selv om hennes aktivitetsnivå fluktuerte, terapien igjen. Terapeutens også.

”Behandleren skal ikke være en tålmodig person, men han skal handle med tålmodighet og utholdenhet i lange perioder”. (Buhl, 1990, s. 135)

Kliniske lytteperspektiv, selvrefleksive rom og terapeuten som mulig modell for å romme tvil, usikkerhet og ambivalens

”There are currently so many therapy models to choose from that we think it is important to take a break from trying to create a new model and spend some time considering our position”. (Cecchin, Lane & Ray, 1994, s. 1)

Klinisk lytteperspektiv. Et klinisk lytteperspektiv kan forestilles som en matrise, et filter, eller en type optikk som jeg betrakter det kliniske materialet gjennom (Killingmo, 1999; 2008). Det bør ikke forstås som et passivt filter som gir meg objektiv tilgang på ”den andre”. Heller kan det betraktes som et aktivt subjektivt fokus, eller prioritert felt som også influeres av meg som lytter og påvirker hva jeg ser, hører og føler. Forskjellige terapeuter inspireres og influeres nødvendigvis av ulike teoretiske begreper og terapiperspektiver. Hva som finner sin naturlige plass i ditt foretrukne lytteperspektiv vil igjen avhenge av en rekke forhold. Som klinikere kan vi ikke unngå å ha preferanser og våre valg og konkrete handlinger i terapi vil også næres av våre fordommer og ubevisste prosesser. Vi må få lov til å forelske oss i måter å betrakte, forstå og å handle på, samtidig som vi, inspirert av Cecchin

(1987), bør vokte oss vel for å gifte oss med våre hypoteser og forståelsesmodeller. Lytteperspektiver bør romme forskjellige begreper og ulike modeller og det kan også vise seg klokt å være utro.

Selvrefleksive rom. Inspirert av Cecchin og medarbeidere (1994) vil jeg minne om at selvrefleksjon ikke må forstås som en ny terapimodell. Heller representerer selvrefleksjon sentrale og kontinuerlige prosesser. En type aktivitet som kan bidra til at jeg som terapeut blir i stand til å inneha en mer årvåken oppmerksomhet, blant annet med henhold til de forståelsesrammer, valg av intervensjoner og ulike posisjoner jeg ivaretar i forskjellige kliniske møter. Dermed også ideelt sett en økt bevissthet rundt egne fordommer (forforståelser) og mine ulike følelsesmessige tilbøyeligheter i vid forstand, som alltid vil prege og påvirke hvordan jeg tenker, vurderer og gjør, også i terapi (Cecchin et al., 1994; Naqvi, Shiv & Bechara, 2006; Peters, 2006; Pfister & Böhm, 2008; Rentmeester & George, 2009). Selvrefleksjon, i betydning av å være konstruktivt selvkritisk, å kunne innta en uærbødig holdning til egen foretrukne forståelse og praksis (Cecchin, Lane & Ray, 1992) og slik evne å *sette egen faglig skråsikkerhet i parentes*, vil også kunne ha viktige implikasjoner for utfall i psykoterapi (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010; Nissen-Lie, 2012). Selvrefleksjon peker også på viktigheten av å ha en fleksibel tilgang på egne følelser (Schibbye, 1999, s. 123) og vi kan legge til; anerkjenne ens egne begrensninger og ivareta en bevissthet rundt hva jeg kan og bør ivareta som terapeut.

Som terapeuter blir vi modeller. I beste fall kan møtene med meg bli nyttige. I verste fall kan jeg bidra til at vondt blir verre. Som menneske først og fremst, og terapeut, tviler jeg naturlig nok mye og ofte. Av og til deler jeg tvilen med andre, andre ganger holder jeg den for meg selv. Jeg opplever selv at jeg har rimelig høy toleranse for usikkerhet og tvil. Samtidig er jeg klar over at jeg kan bli både påståelig, oppleves som vrang og tidvis kan jeg argumentere usaklig mot andres meninger og opplevelser. Selv om jeg er opptatt av at sistnevnte ikke hører hjemme i kliniske møter, kan det selvfølgelig skje; at jeg mister eller faller ut av min terapeutiske posisjon. Særlig når sterke følelser aktualiseres. Med dette som bakteppe blir det nærliggende at jeg som terapeut, i møte med ungdom som strever med seg selv og andre, kontinuerlig forsøker å holde et øye med meg selv; at jeg nærmest arbeider

med meg selv for å forebygge at jeg selv havner i en for sikker posisjon. Uavhengig av metodevalg eller foretrukken teoretisk modell blir *hvordan jeg gjør hva*, sentralt. Ønsker jeg å bidra til å skape trygge rammer, som igjen kan fasilitere nye perspektiver og økt handlefrihet, bør jeg vokte meg vel for å bli for sterkt rammet av skråsikkerheten selv. Her blir derfor også tiden mellom samtaler, veiledning og kontakt med kolleger uvurderlige bidrag for å vedlikeholde gode og konstruktive terapeutiske holdninger – og for å holde fokus der det skal være. Mitt eget refleksive rom må næres og øves opp og det er mer enn lovlig å være transparent og åpen om ens egen tvil, både med kolleger og også når relevant; i samtaler med klienter. Slik kan vi også komme til å modellere gode måter å erfare og romme tvil og usikkerhet på.

Avslutning

I en samtid kjennetegnet av økt fokus på effektivisering, noe som ikke nødvendigvis bidrar til økt effektivitet og effekt (Hertz, 2006), og en gradvis strømlinjeforming av det psykiske helsevernet (jf. retningslinjer, prosedyrer og kliniske veiledere), vil også kontekster som rammene som tilveiebringes på arbeidsplassen legge føringer for hvilke terapeutiske møter jeg kan bidra til å samskape. Samtidsbeskrivelsen anført her er karikert, samtidig representerer den et bilde mange trolig vil kjenne seg igjen i. Arbeidsplassens rammer og føringer blir igjen influert av andre og stadig skiftende kontekstuelle forhold. Samtidens og de mange fagmiljøenes kontinuerlige diskurser omkring *hvordan best forstå psykiske lidelser og hvordan best bidra til vekst og forandring*, er også sentrale og bevegelige kontekster som influerer den enkelte behandlers mulige valg, så også mine, i møtet med den enkelte klient. Terapilandskapet kjennetegnes fremfor noe av et mangfold av måter å forstå og handle på. Med en stadig jakt på virksomme terapimodeller, som også lar seg manualisere og dermed intensjonelt tilbys mer eller mindre spesifikke og avgrensede tilstandsbilder, er det også min opplevelse at det jeg her omtaler som terapeutens *selvrefleksive rom*, i dagens psykiske helsevern for barn og unge også vil *utfordres* i særlig grad. Det er fristende å spørre; er rommet i ferd med å bli stadig trangere? Og utfordres vi spesifikt med henhold til å lytte nok –

også til oss selv? Hvorvidt jeg gjennom teksten har evnet å formidle stoffet på en inspirerende måte må bli opp til leseren å bedømme. Kanskje har du ved gjennomlesning blitt stimulert til å betrakte din egen praksis med nye blikk? Kanskje ble det for overflatisk og for gjenkjennende og bare i begrenset grad utvidende? Kanskje reflekterer du likevel litt annerledes over hvordan dine foretrukne lytteperspektiver kan se ut og hvordan du best kan ivareta en selvrefleksiv praksis, slik at dine møter på ulike måter kan bidra til å fasilitere forandring for de du møter i terapi? Kanskje er det nettopp slik at trygge refleksjonsrom kan bidra til økt handlingsrom? Også for terapeuter?

”Det er vanskelig å vie et fenomen eller en person sin fulle oppmerksomhet og å finne et språk for å uttrykke det vi ser. Selv når vi gjør vårt beste, kan det være at andre rett og slett ikke begriper hva vi mener. De ser ikke det vi ser, uansett hvor intenst vi anstrenger oss for å formidle det. Andre ganger føler vi vår egen utilstrekkelighet: vi føler at vi ikke finne ord.” (Moi, 2013, s. 42)

Referanser

- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2012). Individual techniques of the basic model. In A.W. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 67-80). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bertrando, P., & Arcelloni, T. (2006). Hypotheses are dialogues: Sharing hypotheses with clients. *Journal of Family Therapy*, 28, 370-387.
- Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp: behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W.A. (1992). *Irreverence: A strategy for therapists' survival*. London: Karnac Books.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W.A. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*.

- London: Karnac Books.
- Gullestad, S.E. (2004). Selvavsløring – et nyttig terapeutisk virkemiddel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 487-488.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hawley, K.M., & Weisz, J.R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: the therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62-70.
- Hertz, S. (2006). På udkig efter de unges invitationer. *Fokus på Familien*, 34, 25-41.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.
- Hughes, P. (1997). The use of the countertransference in the therapy of patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 258-269.
- Killingmo, B. (1999). A psychoanalytic listening-perspective in a time of pluralism. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 22, 151-171.
- Killingmo, B. (2008). Mitt kliniske lytteperspektiv. En psykoanalytisk tilnærming. I E.D. Axelsen, & E. Hartmann (red.), *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi, revidert utgave* (s. 65-82). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Moi, T. (2013). *Stemmer. Språk og oppmerksomhet*. Oslo: Aschehoug.
- Naqvi, N., Shiv, B., & Bechara, A. (2006). The role of emotion in decision making: A cognitive neuroscience perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 260-264.
- Nilsen, J.-V. & Skårderud, F. (2012). Familieforestillinger. Multifamilieterapi og mentalisering: Familiens forestillinger om seg selv og andre. *Mellanrummet. Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 27, 6-18. http://www.mellanrummet.net/nr27_2012/Artikel-Familieforestillinger.pdf.
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627-646.
- Nissen-Lie, H.A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydning av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. *Mellanrummet. Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 26, 70-81. <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Forskning-Terapeutegenskaper.pdf>.
- Peters, E. (2006). The Functions of Affect in the Construction of Preferences. In S. Lichtenstein, & P. Slovic (Eds.), *The Construction of Preference* (s. 454-463). Cambridge University Press.
- Pfister, H.-R., & Böhm, G. (2008). The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making. *Judgment and Decision Making*, 3, 5-17.
- Rentmeester, C., & George, C. (2009). Legalism, countertransference, and clinical moral perception. *American Journal of Bioethics*, 9, 20-28.
- Safra, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational Treatment guide*. New York: Guilford.
- Sandler, J. (1976). Counter-transference and Role-responsiveness. *The International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
- Schibbye, A.-L.L. (1999). Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: et dialektisk perspektiv. I E.D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi* (s. 119-147). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the Infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B., & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R.D., & Atwood, D. (1992). *Context of Being: The Intersubjective Foundation of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Thomas, L.K. (2005). Intercultural: where the systemic meets the psychoanalytic in the therapeutic relationship. In C. Flaskas, B. Mason, & A. Perlesz (Eds.), *The Space Between: Experience, Context and Process in the Therapeutic Relationship* (s. 79-94). London: Karnac Books.
- Yeh, M., & Weisz, J.R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018-1025.

Søkeord: Terapeutisk allianse, angst, spiseforstyrrelser, kliniske lytteperspektiv, selvrefleksjon, motoverføring, mentalisering, ungdomspsykiatri, psykoterapi.

Keywords: The therapeutic alliance, anxiety, eating

disorders, clinical listening perspectives, self-reflection, countertransference, mentalization, adolescent psychiatry, psychotherapy.

Abstract

Therapy is at its core a meeting of minds. The therapeutic relationship represents a complex interpersonal and emotionally laden context that in one perspective can be approached as a specific situation that serves the potential of opening up space – a reflexive space – where new ways of understanding and relating can emerge. The vantage point is the overall consensus that *therapy works*, yet at the same time; less is known about *what works for whom*. In a time of pluralism, where the field of psychotherapy provides the therapist with a rich variety of available therapeutic modalities to choose from, the modest aim for this article is to address rather well known dilemmas, in *working with adolescents that struggle with themselves and others*, in ways that intentionally can stimulate the reader to consider her own favorable positions, preferred listening perspectives and clinical stances. Collaboration is at the texts core and reading between the lines you might encounter one of the authors preferred views, that is; successful outcome, across different therapy formats and across different modalities, is above all a result of a deeply creative interpersonal and hence human endeavor, which – *when it works* – leaves both the client and the therapist changed.

Sammendrag

Terapi er fremfor noe, møter mellom mennesker; møter mellom sinn. Terapirelasjonen representerer en kompleks mellommenneskelig og emosjonelt ladet kontekst. En kontekst som kan betraktes som en bestemt situasjon med et spesifikt potensial; mulighetene for å åpne opp nye rom – refleksjonsrom – hvor nye måter å forstå og forholde seg på kan utvikles og komme til syne. Teksten tar som utgangspunkt at *terapi virker*, samtidig som vi i langt mindre grad vet *hva som virker for hvem*. I vår samtid, kjennetegnet blant annet ved et rikt teori- og metodemangfold, eksponeres vi som terapeuter for en stor variasjon av forståelsesperspektiver og feltet tilveiebringer en rekke forslag for hvordan

vi best kan møte forskjellige kliniske problemstillinger. Med dette som bakteppe blir artikkelens moderate målsetting å adressere utvalgte velkjente dilemmaer i *terapeutiske samarbeid med ungdom som strever med seg selv og andre*, på måter som intensjonelt kan inspirere leseren til å betrakte sine egne foretrukne posisjoner, lytteperspektiver og kliniske holdninger. Samarbeidende relasjoner berører tekstens kjerne og leser du mellom linjene vil du møte en av forfatterens foretrukne perspektiver; virksomme terapeutiske utfall, på tvers av ulike terapiformater og forskjellige terapimodaliteter, er fremfor noe resultat av en dypsett kreativ og gjensidig mellommenneskelig aktivitet, som *når det fungerer*, bidrar til unike utfall som vil kunne endre både klient og terapeut.

Jan-Vegard Nilsen er psykologspesialist og arbeider ved BUPA Ungdomsseksjonen for øyeblikkelig hjelp – Vestre Viken og tilknyttet Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetspsykehus.

jvn.privatpraksis@gmail.com