



Anne Grete Hersoug og Randi Ulberg
Oslo

Å bli forstått - og forstå seg selv: om utvikling av allianse i ungdomsterapi

Hva er viktigst for alliansebygging i psykoterapi med deprimert ungdom - slik de selv ser det? Å bli lyttet til av en voksen som vil forstå dem, kommer høyt. Det innebærer at terapeuten skal være en som føler seg trygg på å være terapeut og føler seg kompetent, fremfor å være for mye som en venn. Å virkelig føle seg forstått betyr mye for å kunne få et annet forhold til problemene. Carl Rogers hevdet at det er en forutsetning for forandring.

Å søke seg til en terapeut

Ikke så få ungdommer gjennomlever perioder der hverdagen domineres av psykiske problemer som reduserer livskvaliteten og evnen til å mestre livet, selv om de ikke snakker så høyt om det. Depresjon kan formørke livet fra tidlige tenår. Spesielt i en slik situasjon kan det å bli forstått av en terapeut de er trygge på, bidra til et nytt perspektiv på problemene, og bringe tilbake livsgnisten. For ungdom som fra første time er rede til terapeutiske samtaler, kan det gi store forhåpninger å se de mu-

lighetene terapien gir. Alliansen kan da etableres fort og er lettere stabilt solid under slike betingelser, slik vi skal se i en klinisk vignett. Vignetten, og andre eksempler i denne artikkelen, er basert på flere pasienter forfatterne har møtt, og ikke en bestemt pasient. Alle eksemplene som er hentet fra klinisk praksis, er anonymisert av hensyn til konfidensialitet.

Ved starten av terapi føler mange ungdommer at det er vanskelig å forstå egne reaksjoner og hvorfor problemene blir så store. De kan lett føle seg unormale, og dette blir en tilleggsbelastning. Å bli

forstått kan innebære at de ikke lenger føler seg så forskjellig fra de andre, og at de ikke er alene om å ha det slik de har det. God allianse er en viktig faktor i ungdomsterapi og kan lette prosessen å forstå seg selv bedre.

For deprimentert ungdom kan det være en lettelse å høre at de ikke er alene om å ha sterke depressive stemninger eller ha de følelsene og psykologiske reaksjonene som de har. Gjennom en terapi med god allianse kan de få hjelp til å se dem i en psykologisk forståelig sammenheng. Det kan være mulig for 16-åringer, like så vel som for voksne i dynamisk terapi, når terapeuten de møter, forstår dem. I tråd med det Carl Rogers hevdet (Rogers, 1957; Hersoug, 1977) gir dette en mulighet for å forstå seg selv bedre gjennom terapi. For en del handler det om å akseptere seg selv med de følelser og stemninger som er der.

Å få snakke med en som er utenfor familien; en som ikke først og fremst er alliert med de voksne, og som ikke blir krenket eller sint over følelser pasienten uttrykker, er som regel noe helt nytt. Mange ser fort hvilken forskjell dette gjør, i forhold til å snakke med venner eller familie. I forhold til venner begynner ungdom ofte å sammenligne seg med dem. For å unngå en ond sirkel av økt usikkerhet og depresjon betyr det mye å kunne slippe følelsen av å være annerledes. Ellers kan en beklemmende følelse av å belaste andre gjøre det vanskeligere å søke hjelp for problemene. Samtidig kan også den indre tvil øke: er det noen kan hjelpe?

Forskning viser at ungdom opplever det som viktig at terapeuten er profesjonell, kompetent og føler seg trygg og komfortabel i rollen som terapeut (Binder, Moltu, Hummelsund, Henden Sagen & Holgersen, 2011). Det er mest nøytralt å snakke med en som har psykoterapi som yrke og kan løfte problemene ut av privatsfæren. Samtidig bør også terapeuten passe på grensene. For eksempel hvis terapeuten mener å vise forståelse ved å si at han/hun kjenner seg igjen i det ungdommen sier, kan det for noen, men ikke alle, oppleves som en støtte – men kanskje bare for en stund, uten at det nødvendigvis fører til bedring av plagene. Først og fremst betyr det mye å føle seg tatt imot og lyttet til av en som forstår på en annen måte enn venner. Dette er spesielt sentralt i utvikling av "bond" – som er relasjonsaspektet ved allianse. Et annet viktig bidrag til alliansen er å finne frem til en felles forståelse av problemet og hvordan man

sammen kan gå frem for å redusere det og oppnå bedring. På samme måte som i voksent terapi er alliansen også et viktig bidrag til et positivt utbytte av behandlingen (Shirk, Karver & Brown, 2011). Det ser ut til at ungdom lettere enn voksne kan oppnå betydelig bedring på relativt kort tid. Slik det fremstår i den positive enden av spekteret.

I den andre enden av spekteret har terapiforløpet et annet mønster: der kan det ta tid å utvikle allianse, og den er ikke stabilt høy fra starten, men kan svinge mellom høy og lavere. Det hender at det blir alvorlige brudd. For dem som er nær dette ytterpunktet, kan det ungdommen ta en plutselig beslutning om ikke å komme tilbake til flere timer, og dropper ut av terapi uten forvarsel. De er ikke mange, men representerer en spesiell utfordring for terapeuten. Et spørsmål er i hvilken grad det er mulig å forutse at dette kan skje. Det forutsetter en spesiell årvåkenhet mht for hvem dette kan bli et aktuelt forløp. Vil det hjelpe at terapeuten ofte tar opp spørsmålet om hvordan det fungerer med samarbeidet mellom seg og pasienten? Kanskje – med dem som evt. savner at terapeuten tok det opp akkurat da det kunne betydd noe. Andre kan tenke at det da blir for mye fokus på akkurat dette spørsmålet.

Terapeuten ønsker naturligvis å manøvrere sensitivt overfor pasienter som er nær ytterpunktet, men det er ikke alltid lett å vite på forhånd når de er der. Ett signal kan være når en pasient viser motstand mot å gå inn i vanskelige temaer. Problemet kan være sentralt, men innebærer vanskelige følelser som ikke er lette å snakke om. Lav toleranse for disse følelsene kan i seg selv være et problem og en forløp for drop-out. Terapeuten forsøker kanskje å hjelpe, uten å pushe for mye, og håper at pasienten skal bli i stand til å komme frem med mer av det han/hun holder tilbake. Hvis pasientens personlighetsstruktur har flere borderlinetrekk, kan opplevelsen av terapeuten plutselig slå om fra positiv til negativ – et reaksjonsmønster styrt av splitting. Da kan veien til drop-out være kort.

Klinisk vignett

Høye og stabile allianseskårer. Siv, 17 år, bodde i en småby med mor og storebror. Mors nye partner hadde bodd sammen med dem de siste par årene. Foreldrene hadde vært skilt siden Siv var 6 år. Far

bodde på et småbruk litt utenfor byen, og hadde hatt en ny samboer med to små barn de siste tre årene.

Da Siv ble henvist til terapi på grunn av depresjon, fylte hun kriteriene for alvorlig depressiv episode. Livssituasjonen ved starten av terapi var at hun hadde en del kontakt med faren, og pleide å besøke ham på småbruket flere ganger i måneden. Fra barndommen hadde hun gode minner – han hadde lekt mye med henne da hun var liten. Forholdet til mor var for det meste preget av fortrolighet og nærhet.

I den senere tid hadde faren blitt mer kritisk og var ofte sint på henne. Dette var en belastning som bidro til hennes problemer. Moren hadde i perioder psykiske problemer som gjorde henne ustabil. Siv var fortvilet over problemene dette innebar i forhold til moren, og for at ingen av forholdene til foreldrene var helt enkle lenger. De betydde jo begge så mye for henne. Hun hadde et fortrolig forhold til mor, og snakket med henne om vanskelighetene med farens temperament. Men dette trigget mors sinne mot far, noe som gjorde mor sterkt involvert på vegne av datteren. Siv følte at hun på nytt kom midt i konfliktfeltet mellom foreldrene, slik det ofte var tidligere, før skilsmissen. Hun hadde følt økende behov for hjelp en tid før hun tok kontakt med legen sin og fikk henvisning til terapi, blant annet hadde hun mye dårlig samvittighet og følte seg ofte utilstrekkelig. I tillegg følte hun at hun belastet de andre med sine problemer. Siv hadde flere venner hun hadde følt fortrolighet og nærhet til, men hadde i den senere tid oftere følt seg utnyttet. Hun var blitt mer sårbar i forhold til dem. For å bli bedre likt, prøvde hun å først å gi dem mye oppmerksomhet, for eksempel alltid spørre hvordan de hadde det. Håpet var at de skulle bry seg om henne på samme måte, men hun ble stadig skuffet når de ikke gjengjeldte den omsorg hun gav dem. Hun mistrikket mer i vennemiljøet, og hadde en tiltagende følelse av usikkerhet. Frem til da hadde hun til daglig fungert rimelig bra og greid seg på skolen, til tross for at hun også var preget av sin depresjon.

Ved innledningen til terapi vurderte terapeuten det slik at kvaliteten av Sivs relasjoner var gode. Dette var et godt utgangspunkt for terapi, selv om hun også hadde en viss grad av aktuelle interpersonlige problemer og var preget av sterk skyldfølelse. Med hensyn til symptomer hadde hun en

viss grad av plager, men ikke spesielt alvorlige. Siv følte seg ustabil og preget av problemene, særlig var hun sårbar mht toleranse for følelser – hun ble frustrert over sin hjelpeløshet når hun opplevde vanskelige følelser. Til tross for at det var en del påkjenninger for henne i familien, opplevde hun at hennes beste relasjoner var hjemme blant hennes nærmeste – både mor, far og søsken betydde svært mye for henne, og hun følte at hun betydde like mye for dem. I hennes relasjoner til venner var det mer sprik: hun følte at de betydde mer for henne enn hun for dem. Hun vurderte selv sin livskvalitet som lavere enn kvaliteten av relasjoner.

Terapiforløpet. Siv opplevde at terapeuten gav henne god støtte og at han hjalp henne å komme over sin depresjon. Fra tidlig i terapien opplevde både hun og terapeuten at alliansen var god, og den var stabilt høy gjennom den videre prosessen. Et stykke ut i terapien hadde det inntrådt en krise med moren mens hun var alene med henne (stefar og storebror var bortreist). Mor hadde behov for akutt krisehjelp for sine psykiske problemer. Siv måtte ta tak i dette på egen hånd og ordnet opp så godt hun kunne, men følte seg både skremt og maktesløs, men klarte å skaffe den nødvendig hjelp for moren. Etterpå følte hun seg overveldet og skremt. Hva skulle skje nå? Her grep terapeuten inn og hjalp til å ordne det slik at Siv midlertidig fikk bo hos faren på småbruket, slik at hun ble avlastet for ansvarsfølelsen for moren. Dette viste seg å være meget viktig, og var til stor hjelp for Sivs sterke skyldfølelse. Siden moren fikk faglig hjelp av andre, behøvde hun ikke føle så sterkt ansvar. Etter en tid var moren blitt stabilisert og bedre, og Siv flyttet hjem igjen.

Etter at terapien var avsluttet, var Siv hos sin lege og gav klart uttrykk for at hun hadde fått god hjelp og at det hadde vært viktig at terapeuten hjalp henne å få de best mulige rammene rundt seg da moren trengte behandling. Nå var hun ikke deprimert lenger, men den første tiden etter terapien savnet hun terapeuten sin og tvilte på at noen kunne erstatte ham. En viktig forandring var at Siv følte hun hadde lettere for å holde ut vanskelige følelser, slik at hun var blitt mindre sårbar og sjelden følte seg overveldet på grunn av dem.

Helt borte var ikke problemene, og Siv mente selv at når hun var under kraftig stress kunne hun ennå ikke se for seg at hun skulle kunne nyttiggjø-

re seg det hun lærte i terapien, så hun følte at der hadde hun et stykke igjen å gå. Hovedinntrykket var imidlertid at hun hadde fått tilbake noe av sitt livsmot og fått mer tro på at hun skulle klare seg og gjøre det bra her i livet – på skolen og med utdanning. Til tross for de problemene som var i familien, betydde de mye for henne. Hun følte at hun hadde kommet styrket ut av terapien og håndterte bedre det som var av problemer og utfordringer innen familien.

Siv vurderte fremdeles både foreldre og søsken svært høyt, og de var hennes viktigste relasjoner både mht hva de betydde for henne og hva hun betydde for dem. Hennes venner var imidlertid noe nedgradert både mht hva de betydde for henne og hva hun betydde for dem – mindre enn før terapi. Et åpent spørsmål er om dette var en mer realistisk vurdering mht kvaliteten av hennes vennskap, og det er slike endringer som kan være interessant å undersøke nærmere i forbindelse med oppfølgings-samtaler.

Kommentar. Denne kliniske vignetten er et eksempel på at det kan fungere godt når alliansen er høy og stabil, med godt samarbeid mellom terapeut og pasient. Pasienten hadde en klar opplevelse av at terapeuten håndterte situasjonen til det beste for henne da det oppsto en krise med moren. Han hjalp henne på en måte som gjorde en viktig forskjell, avlastet henne for ansvar og gjorde henne tryggere. I terapien med Siv opplevde ikke terapeuten så store utfordringer mht å utvikle allianse. Fra starten hadde alliansen meget høy kvalitet, og terapeuten opplevde at det hadde gått lett å etablere den med henne – hun var åpen og greide å snakke om de vanskelige følelsene, til tross for at hun også kunne bli overveldet av dem. Hun er et eksempel på at ungdom kan nyttiggjøre seg psykodynamisk terapi like godt som voksne, og kan gå inn i prosesser som forandrer, innenfor et avgrenset tidsrom. I hennes tilfelle var det ikke nødvendig med så mye opplæring i arbeidsmåte og forståelse av terapi. Terapeuten kunne følge henne i prosessen fra tidlig i terapien, og samarbeidet gikk smidig.

Ungdom har ofte et klart behov for at man innledningsvis tar seg tid til opplæring i hvordan terapi foregår, hva det går ut på, hva som er realistiske mål og hvordan man går frem (Shirk & Karver, 2011; Binder, Holgersen & Høstmark-Nielsen, 2008). Deres utgangspunkt kan være meget for-

skjellig ved terapistart, men de har til felles at de stort sett er uten erfaring med individualterapi på forhånd. For noen er det en stor lettelse endelig å få noen å snakke med, der de kan komme med sine vanskelige følelser akkurat slik de er – selv om det er sterkt emosjonelt, omtrent slik det var det for Siv. Andre har det omvendt, og trenger tid til å høste erfaring med hvordan de kan bruke terapitimene. Å snakke om vanskelige følelser kan fortone seg motstandsfylt og kan vekke usikkerhet; kanskje også være litt skremmende til å begynne med. Noen ungdommer kan føle seg skamfulle over sine følelser og reaksjoner, og famler seg noe saktere frem i sin terapiprosess, selv om de fleste etter hvert erfarer at det stort sett går bra.

Uteblivelser og rammer

Ungdom kan utebli fra enkelttimer, det er ikke så uvanlig. Selv om de ikke nødvendigvis melder avbud på forhånd, dukker de kanskje opp til neste time, med en eller annen forklaring eller unnskyldning. For noen kan uteblivelser være forbundet med autonomitema, der det å styre selv, bestemme selv og ha kontroll, er viktig. For pasienter som strever med å komme frem med sine temaer og følelser, kan motstand oppleves større og dermed bidra til et press på alliansen.

Hva kan terapeuten gjøre når unge pasienter har et mønster med å utebli fra enkelttimer, men kommer tilbake som om det ikke betydde noe? Det kan være et poeng å invitere pasienten til å snakke om det – uten moralisering eller push, men nøytralt og med interesse for hvorfor det ble slik det ble – med utebliven(e). For noen pasienter kan det virke skjerpene at terapeuten tar det opp og holder det frem, slik at de får med seg flere timer i siste del av en tidsavgrenset terapiavtale, og forhåpentlig blir mer bevisst og forstår mer av det som styrer dem ved uteblivelser.

Drop-out – en spesiell utfordring

For noen er det vanskelig å holde ut motstand de støter på, og motivasjonen kan da svikte – helt fullstendig for enkelte. Terapeuten kan da tenke at hvis ungdommen bare holder ut og kommer over kneiken, vil han/hun komme styrket ut. Inntreffer

slik motstand i en ungdomsterapi er det ikke enkelt å bevare alliansen, selv om den startet brukbart. En grunn kan være at terapeuten ikke alltid får høre det fra pasienten hvis det ikke fungerer ok lenger. Motivasjonen kan raskt svikte, i samme grad som motstanden øker. Det finnes ikke enkle svar på hva terapeuten kan gjøre i en slik situasjon, og det handler kanskje mest om sensitivitet og å ha oppmerksomhet på små signaler om at pasienten opplever det spesielt frustrerende. Det er slett ikke opplagt for hvem det kan føre til drop-out, og det gjelder uansett noen ganske få, som når de kommer inn i motstand, helt kan miste motivasjonen til å komme til flere timer.

Terapeuten får antagelig verken svar på sms, telefon eller brev når drop-out først har skjedd, i motsetning til i voksentterapi, der sjansen er større for at pasienten deler negative opplevelser og gir uttrykk for frustrasjon over prosessen eller over terapeuten. Det betyr mye å lære mer om prosesser forut for drop-out, for eksempel: er det større tendens til drop-out ved borderline-tilstander – i tråd med opplevelse av relasjoner der det stadig veksler mellom positiv og negativ opplevelse, som lett får en absolutt karakter? Et spørsmål å undersøke nærmere er om deprimert ungdom, i større grad enn andre, har tendens til å takle motstand gjennom uteblivelser eller drop-out, for å få et pusterom etter en vanskelig time, eller komme seg bort fra det hele når vanskelige temaer kommer nærmere.

For terapeuten er det ikke bare enkelt å bli droppet og sitte igjen uten mulighet for å få vite noe om hva som skjedde og hvorfor det ble slik det ble. Når han/hun sitter igjen etter en overraskende drop-out er det bare mulig å spekulere på hva som gikk galt. Men man får ikke en sjanse til å reparere alliansen der det gikk i stå, og det blir ikke mulig å ha en dialog om det. Uten dialog er det ikke mulig å reversere en drop-out-prosess, som noen ganger kommer uventet, som lyn fra klar himmel. Men det er ikke så lett for ungdom i en slik situasjon å komme tilbake til terapeuten for å si noe om grunnen til at de droppet ut. En som droppet ut, Hans, sa det slik til legen sin: ”etter hvert merket jeg at det ble vanskeligere fordi terapeuten var en kvinne, men det hadde vært bedre med en mann, slik at jeg kunne snakket om de vanskelige tingene, og da bestemte jeg meg for å slutte, men sa ingen ting til henne i den siste timen”. En annen, Didrik, sa det slik: ”jeg ville gjerne sagt til terapeuten hvor-

for jeg sluttet, men kunne ikke gå tilbake bare for å si det, etter at jeg hadde bestemt meg for ikke å komme til flere timer”. For Didrik var en viktig grunn til at han droppet ut, at det var så vanskelig å starte timene med å si noe. Når terapeuten var avventende og ikke sa noe, syntes Didrik at det ble ekstra vanskelig. Hans opplevelse var at tausheten varte veldig lenge, men han fikk ikke sagt noe om dette i den siste timen. Etterpå var det for sent med dialog.

Hvis terapeuten hadde tatt opp spørsmålet om hvordan det gikk i akkurat riktig øyeblikk, hadde det, i følge Didrik, vært mulig for ham å si noe om det som buttet. Da han hadde tatt avgjørelsen om å droppe ut, var det ikke aktuelt å snu, men det ville likevel vært ok å bli spurt og få sagt det. Terapeuten hadde riktignok sjekket hvordan alliansen var et par timer før ved å spørre hvordan det gikk og hva Didrik mente om deres samarbeid. Men da var det fremdeles ok, ifølge Didrik. Dessverre spurte ikke terapeuten akkurat på det avgjørende tidspunktet et par uker senere. Her er det to ulike perspektiver. Didriks terapeut ville neppe sittet igjen med en god følelse hvis hun hadde fått høre hans negative opplevelse, uten å få en mulighet for å fortsette terapien. Det blir som et alliansebrudd uten reparasjon, en ubehagelig erfaring.

Hva kan terapeuten gjøre for å avverge drop-out? Mye kan tyde på at det er et poeng å ta opp spørsmålet om alliansen oftere i ungdomsterapi, som en måte å forebygge plutselig drop-out. Selv om det ikke forekommer ofte, kan det lettere skje når pasienten har vanskelig for å åpne seg om vanskelige temaer. Da er det spesielt viktig å være fore var og forberedt på at drop-out kan skje. Hvis terapeuten er sensitiv for når unge pasienter opplever motstand, kan en nærliggende tilnærming noen ganger være å forsøke å hjelpe ved å lirke litt, men samtidig vise tålmodighet og gi pasienten tid. For noen ungdommer kan det være en hjelp at terapeuten spør litt rundt de vanskelige temaene, slik at de lettere kommer på gli. Da er det avgjørende om terapeuten bruker sin sensitivitet på en måte som treffer helt riktig, i det rette øyeblikk. Her er det snakk om øyeblikkets kunst. Hvordan mestre denne balansegangen er ikke alltid opplagt. Terapeuten må basere seg både på erfaring, kompetanse og intuisjon. Ungdommer kan oppleve at det er for krevende å gå inn i de mest emosjonelle og vanske-

lige temaene, der de er mest sårbare. For noen vil det fungere best å få litt mer tid på seg, uten forventning om at de her og nå skal komme frem med de mest følelsesladete temaene. Terapeuter som er åpne for at vanskelige følelser kan vente, kan virke betryggende for sårbare ungdommer. Føler de seg pushet til å gå inn i noe av det vanskeligste uten at de føler seg rede til det, kan motstanden øke. Da kan de miste motivasjonen og føle at det ikke fungerer og ikke er noen vits i lenger. Hvis terapeuten i en slik situasjon blir for ivrig etter å hjelpe, og gjør det på feil måte, kan terapien fort utvikle seg negativt. Pasienten kan utebli fra timer, og risikoen for drop-out øker. Etter hvert kan motstanden bli mindre, men for noen skjer det ikke før terapien er avsluttet. Da er alternativet å begynne på nytt, og søke ny terapeut.

Spesielt med ungdom kan det være aktuelt å tenke i flere trinn, med tanke på at de etter hvert blir mer klare for en bearbeidende prosess og vet mer hva de går til. Der det butter, kan det være fruktbart å tenke på hva som er et aktuelt og realistisk trinn nå, og hva som må vente til senere – fra ungdommens ståsted. I et slikt perspektiv kan drop-out sees som et fenomen styrt av situasjonen i øyeblikket, der ungdommen begynner å tenke fremover mot nye alternativer. At ungdom også kan få mye ut av et begrenset antall timer, som kan være tilstrekkelig til å bli hjulpet ut av depresjon, er en erfaring i en stor engelsk studie av deprimert ungdom, IMPACT (Midgley, Rhode, Rustin, Hughes & Cregeen, 2010).

Ungdom, utvikling og allianse

Det er viktig å ha i mente at ungdom er under utvikling, og kanskje også er under et utviklingspress mot mer autonomi. De kan endre seg hurtig. Samtidig som relasjoner til venner får en økt betydning, kan noen få en økende tvil rundt voksnes kapasitet til å forstå deres opplevelse av sine problemer. Dette er blant de faktorer som kan bidra til allianseproblemer i ungdomsterapi ifølge Shirk, Karver og Brown (2011a). Utviklingsperspektivet kompliserer studier av alliansen, mener de. Det er også funnet bedre allianse m eldre ungdommer enn yngre, men her trengs flere studier, der sensitivitet for utviklingsspørsmålet bør være sentralt.

Ungdom kan ved starten trenge mer opplys-

ning enn voksne om hva terapi er og hvordan man arbeider. De har en begrenset forståelse for dette fra før, til forskjell fra hvordan det er for mange voksne. Terapeuten bør informere slik at rammen blir klare, samt klargjøre sin arbeidsstil, og hvilken rolle han/hun kommer til å ha i forhold til ungdommen (Binder, Holgersen & Høstmark-Nielsen, 2008). Samtidig skal terapeuten også være en aktivt lyttende person i forhold til ungdommen. Når ungdom får erfare at deres følelser blir tatt på alvor og at de blir lyttet til av en voksen som bare er opptatt av å forstå dem og hjelpe dem å forstå seg selv, kan det sikre en stabil, god allianse og gjøre en forskjell i deres liv. En sensitiv, fleksibel balansering fra terapeuten side tidlig i terapi er derfor viktig alliansen. Det innebærer å komme frem til en felles forståelse av hva det sentrale problemet er, hvordan arbeide med det, samt formulere hva som kan være et realistisk mål for terapien.

Ungdom modnes og utvikler seg i ulikt tempo, og det innebærer at det vil være behov for å tilpasse terapien individuelt i forhold til pasientens alder og modenhetsnivå. Slike tilpasninger gjøres også med voksne. På den annen side kan det være uheldig å undervurdere ungdoms kapasitet til å snakke om sine problemer. De trenger å føle at de blir lyttet til og tatt på alvor og forstått, og under et gunstig terapeutisk klima kan det være tilstrekkelige forutsetninger for at de får godt utbytte av terapien. Da trengs ikke så mye tilpasninger utover de vanlige rammer for god terapi. Det kan i seg selv være gunstig og endringsfremmende for ungdom at de føler seg tatt på alvor og blir møtt seriøst, som den person de er, og får hjelp med å gjøre sine erfaringer forståelige og meningsfulle. Det fremmer en bedre forståelse av seg selv samt hvordan psykologiske problemer kan utvikle seg i den grad at de overskygger troen på at de mestrer livet. Å forstå seg selv bedre gir økt selv tillit, og livsmotet kan komme tilbake igjen.

Diskusjon

Allianse er en viktig faktor i ungdomsterapi. Satt litt på spissen: Uten allianse ingen terapi. Terapeuten skal balansere mellom på den ene side ikke pushe for mye – og på den annen side ikke ha for lite fokus på de vanskelige problemene; og ikke være for mye som en venn, og samtidig både tillate

en viss gjensidighet og være en profesjonell terapeut. Terapeuten gjør klokt i å ta denne balansen på alvor for å bidra til en best mulig allianse. I de få tilfeller der det ikke lykkes å finne en god balanse får han/hun ikke en ny sjanse hvis pasienten har droppet ut uten forvarsel.

En pågående norsk studie av psykodynamisk psykoterapi med deprimert ungdom fra 16 til 18 år, med 28 timer individuell terapi undersøker blant annet kvaliteten av alliansen (First Experimental Study of Transference Work – in Teenagers, FEST-IT; beskrevet i detalj i Ulberg, Hersoug & Høglend, 2012; Hersoug & Ulberg, 2012; Hersoug & Ulberg, 2013). Alle pasienter blir grundig evaluert før terapi og etter avslutning, og alle blir fulgt opp med ny evaluering ett år etter avslutning. Gjennom oppfølgingssamtalene vil man finne ut hvem som har behov for videre behandling etter avsluttet terapi, enten det skjer etter noen få timer, etter 28 timer eller drop-out. Ved at de som dropper ut også får samme oppfølging som de andre, gir FEST-IT-studien en mulighet til å lære mer om prosessene forut for avbrudd og det videre forløp for dem. Noen ønsker kanskje å finne en ny terapeut som matcher deres behov. Det er gjort et begrenset antall studier på allianse med ungdom, og bare en meta-analyse av studier av allianse i ungdomsterapi er hittil utført (Shirk, Karver & Brown, 2011; Shirk & Karver, 2011). Det trengs mer forskning før man kan trekke bestemte konklusjoner. Vi håper at FEST-IT kan bli et bidrag på dette området.

Referanser

- Binder, P.-E., Moltu, C., Hummelsund, D., Henden Sagen, S., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research, 21*(5), 554-566.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Høstmark-Nielsen, G. (2008). Establishing a bond that works: a qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 10*(1), 55-69.
- Hersoug, A.G., & Ulberg, R. (2012). Siblings, friends, and parents: Who are the most important persons for adolescents? A pilot study of

Adolescent Relationship Scale. *Nordic Psychology, 64*(2), 77-86.

- Hersoug, A.G., & Ulberg, R. (2013). Betydning av søsken, venner og foreldre – pilotstudie av deprimert ungdom undersøkt med Adolescent Relationship Scale. *Mellanrummet 28*, 49-53.
- Hersoug, A.G. (1977). Å bli forstått går forut for utvikling. Intervju med Carl Rogers. *Dyade, 4*, 5-12.
- Midgley, N., Rhode, M., Rustin, M., Hughes, C., & Cregeen, S. IMPACT Group: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy (STPP) for Adolescents with Moderate or Severe Depression: A Treatment Manual. Cambridge: *IMPACT trial Office*; 2010.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Shirk, S.R., Karver, M.S., & Bown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy, 46*(1), 17-24.
- Shirk, S.R., & Karver, M.S. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 70-91. ISBN 978-0199737208.
- Ulberg, R., Hersoug, A.G., & Høglend, P. (2012). Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Trials 13*, 159.

Abstract

The article describes divergent developments of alliance: a high and stable alliance, versus unstable alliance with ruptures which are not repaired. Clinical case material illustrates the different patterns of development. A negative therapeutic development, with a sudden rupture in the alliance, presents the therapist with a challenge: it may be difficult to anticipate when the patient doesn't reveal any problems with the alliance. These patients may have a sudden negative reaction and act accordingly. When this phenomenon occurs, the patient may drop out of treatment, without informing the therapist, and the therapist can only speculate what went wrong. When a high, stable alliance develops early in the therapy, adolescents may benefit

from dynamic psychotherapy in the same way as adults. Only a limited number of studies on the development of alliance, specifically for adolescents, are carried out, and further research which can provide more information about factors leading to drop-out, is warranted.

Sammendrag

Artikkelen beskriver ulik utvikling av allianse: høy, stabil allianse versus ustabil allianse med brudd som ikke blir reparert. Klinisk materiale illustrerer de ulike utviklingsmønstrene. En negativ terapeutisk utvikling er en utfordring for terapeuten: den kan være vanskelig å oppdage når pasienten ikke kommuniserer noe opplevd problem med alliansen. Disse pasientene kan få en plutselig negativ reaksjon og handle ut fra det. Når dette skjer, kan pasienten droppe ut av behandling uten å si fra til terapeuten på forhånd, og terapeuten kan bare spekulere over hva som gikk galt. Når en høy, stabil allianse utvikles tidlig i terapi, kan ungdom ha utbytte av dynamisk psykoterapi på samme måte som voksne. Bare et begrenset antall studier av allianseutvikling hos ungdom, er gjennomført, og det er behov for videre forskning som kan kaste lys over faktorer som leder til drop-out.

Søkeord: Allianse, deprimert ungdom, tidsbegrenset dynamisk psykoterapi.

Key words: Alliance, depressed adolescents, time-limited dynamic psychotherapy.

Anne Grete Hersoug, Enhet voksenpsykiatri, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Universitetet i Oslo er forsker ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Universitetet i Oslo; deltids selvstendig praksis.

Randi Ulberg, Sykehuset i Vestfold, er forsker ved Forskningsenheten i Klinikk psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold, er tilknyttet Universitetet i Oslo og har en deltids selvstendig praksis.

a.g.hersoug@medisin.uio.no

randi.ulberg@medisin.uio.no