



**Marianne Haugvik**  
Akershus

## Strukturert parallell foreldreterapi i tidsavgrenset intersubjektiv psykoterapi med barn (TIB): En kvalitativ studie

Konfliktfylte familieforhold er situasjonen for mange barn som henvises til psykisk helsevern for barn og unge. Barn som opplever konfliktfylte familierelasjoner over tid, tilpasser seg og organiserer for eksempel sin tilknytningsatferd etter omgivelsene (Bowlby, 1980; Crittenden, 2008). Barn utvikler seg kontinuerlig i samspill med sine omgivelser, samtidig som barnet selv påvirker og endrer omgivelsene sine (Sameroff & Fiese, 2000). Et omsorgsmiljø som er tilstrekkelig tilrettelagt innebærer at omsorgspersonene aktivt tilpasser seg barnets behov samt barnets økende evne til å tåle frustrasjon og feiltilpasning (Winnicott, 1971). I tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) blir

faktorer som anses som grunnleggende for barns psykologiske utvikling vektlagt. Hensikten med denne artikkelen er å belyse og utdype foreldrearbeidet i TIB. Spørsmålet er hvordan parallelt foreldrearbeid kan bidra til å oppnå terapimålet for barn som opplever vanskelige familieforhold. For å svare på dette spørsmålet er foreldrearbeidet i fem terapier analysert. Barna i undersøkelsen hadde opplevd ulike belastninger i familien, og de hadde ulike symptomer og behov. Sentrale funn blir presentert og drøftet i lys av relevant teori. Kjennetegn og prinsipper ved foreldreterapien blir beskrevet. Kjennetegnene ligger fast, mens prinsippene legger til rette for en fleksibel og tilpasset utøvelse.

Artikkelen er basert på en tidligere publisert studie om foreldreterapi i TIB (Haugvik, 2013), men her med utvidet datamateriale og noen nye perspektiver. Med 'foreldre' menes barnets nærmeste foreldre. Terapien med barna i TIB er ikke tema her. Jeg vil starte med å presentere noen hovedtrekk ved terapimetoden.

### Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)

Terapimetoden har følgende kjennetegn (Hansen, 2012; Haugvik, 2013; Haugvik & Johns, 2006, 2008; Haugvik & Mossige, 2017; Johns & Svendsen, 2012, 2016): Antall terapitimer planlegges fra starten, og det er vanlig med 12 timer med en time per uke for barnet. Antall timer visualiseres for barnet ved hjelp av en terapikalender. Terapifokus eller målet for behandlingen avtales, og terapeuten holder oppmerksomheten rettet mot fokus gjennom terapiforløpet. Terapifokus blir formulert ved hjelp av en metafor som gir mening for barnet og foreldrene. Metaforen symboliserer ulike følelser, tanker eller opplevelser som det vurderes nyttig å kunne dele og utforske sammen. Eksempler på fokus kan være å utforske 'kreftene', 'tonene' eller 'skattene' hos barnet. Videre kan metaforer som 'å bruke passe kraft', 'å være passe sterk' eller 'å bli kjent med den store og den lille' vise til mål om å nyansere ulike følelser, tanker eller opplevelser. Fokus peker mot endringer som innebærer bedre regulering og er på den måten utviklingsrettet. Foreldrene gir barnet eksplisitt tillatelse til å arbeide med det temaet som blir foreslått. Foreldreterapien gjennomføres i parallell med timene til barnet. Barnet bør vite at foreldrene er engasjert i terapien, og at de treffer en egen terapeut. Ved å benytte én terapeut for barnet og én for foreldrene kan terapitimene foregå til samme tid. Det er også mulig at den samme terapeuten treffer både barnet og foreldrene, men på ulike tidspunkt. Terapeuten forholder seg til det materialet som barn og foreldre selv presenterer i terapitimene. Avslutningsvis møtes barn og foreldre til en felles oppsummering sammen med terapeuten(e).

TIB er designet for å skape gjensidig samarbeid med familien. Innholdet er åpent, og det blir til i samhandlingen mellom pasient og terapeut (Haugvik, 2013; Haugvik & Johns, 2008; Haugvik

& Mossige, 2017). Forskning har vist at relasjonelle faktorer kan bidra til endring i terapi (Duncan & Sparks, 2008). Kombinasjonen av struktur og fleksibilitet blir vektlagt som sentralt for endring (Haugvik & Johns, 2008). Nyere forskning på intervensjonstilpasning framhever at effektive terapeutiske intervensjoner bør kunne tilpasses spesielle grupper eller pasienter, samtidig som kjernekomponentene i den aktuelle intervensjonen blir ivaretatt (Anyon et. al., 2019; Castro & Yasui, 2017).

TIB er teoretisk forankret i et utviklingspsykologisk perspektiv (Hansen, 2000, 2012; Haugvik, 2013; Haugvik & Johns, 2006, 2008; Haugvik & Mossige, 2017; Johns & Svendsen, 2012, 2016). Jeg vil gå inn på noen sentrale begreper. Med *intersubjektivitet* menes delt eller gjensidig forståelse (Stern, 1985, 2003, 2004; Trevarthen & Aitken, 2001). Å ha felles oppmerksomhet, felles hensikter og å dele affektive tilstander anses som sentralt i intersubjektive relasjoner. Det intersubjektive perspektivet i klinisk psykologi vektlegger gjensidig nonverbal og verbal dialog, regulering og forhandling (Hansen, 2012). Intersubjektivitet fungerer som en regulerende prosess for barnet (Stern, 2003).

Ved *primær intersubjektivitet* har to personer oppmerksomhet på hverandre (Bråten & Trevarthen, 2007; Stern 2003; Trevarthen & Aitken, 2001). Spedbarn har en medfødt indre driv til sosial interaksjon. Det er en motivasjon til å kommunisere emosjonelt med andre og å søke intersubjektivt samarbeid. Spedbarn kommuniserer for eksempel med lyder, mimikk og bevegelse, og de viser tidlig turtaking og rytme på en lekbetont måte. Begrepet *vitalitetsformer* eller følelseskvalitet viser til grad av mobilisering, intensitet og varighet av ikke-verbale opplevelser (Stern, 2010). Samspillet med omsorgsgiveren tar utgangspunkt i barnets følelseskvalitet i regulering og stabilisering av ulike tilstander (Stern, 2010). Barnet oppdager etter hvert at det er i stand til å påvirke andre mennesker og gjenstander (Stern, 2003). Følelse av *selv-agens* oppstår av erfaring med at andre lar seg påvirke (Stern, 2003). I TIB er denne formen for intersubjektivitet viktig for å kunne belyse og forstå barnets indre verden, og for å forstå hvordan barnet kommuniserer om egne følelser og behov. *Sekundær intersubjektivitet* utvikles fra ni-måneders alder. Barn og foreldre har *felles oppmerksomhet* på et tredje objekt, og barnet kan etter hvert vise at det

har kunnskap om følelser som er lært gjennom deling med foreldrene (Bråten & Trevarthen, 2007; Stern 2003; Trevarthen & Aitken, 2001). Barnet begynner for eksempel å peke, og late-som-leken utvikles. Barn og omsorgsperson kan utvikle en felles forståelse av omgivelsene. I TIB er felles oppmerksomhet om terapifokus viktig. Avtalt fokus handler om barnets indre verden, og den metaforiske formuleringen legger til rette for at felles fokus kan jobbes med på ulike måter.

Mentalisering, eller *tertiær intersubjektivitet*, utvikles fra cirka 4-års alder og handler om evnen til å tilskrive mening til seg selv og andre (Bråten & Trevarthen, 2007; Fonagy et al., 2002). Mentalisering viser til en sentral menneskelig kapasitet som innebærer å forstå seg selv og andre i form av intensjonale mentale tilstander, slik som følelser, lengsler, ønsker, holdninger og mål (Luyten et al., 2020). Eksempler på mentalisering er at personen kan forstå egne og andres følelser, ta ulike perspektiver, og også andre sitt perspektiv. Barnet forstår sin egen og andres atferd som uttrykk for mentale tilstander, og det kan for eksempel ha en lekediolog med andre. Felles late-som-lek og lekenhet kan fremme forståelsen av mentale tilstander (Fonagy et al., 2002). Barnet trenger en voksen eller et eldre barn å leke og samspille med for å utvikle evnen til mentalisering (Fonagy et al., 2002). Når barn kan 'leke med virkeligheten' i trygge omgivelser, kan det også utvikle evne til mentalisering. Utviklingspsykologisk anses foreldrenes mentaliserings-evne som viktig for barnets evne til å mentalisere (Meins et al., 2002). Gjennom omsorgspersonens eller terapeutens følelsesmessige inntoning og mentalisering støttes barnet i organiseringen av sin indre tilstand. Lav mentaliseringsevne ses på som en sårbarhetsfaktor for psykopatologi og kan være til stede på tvers av ulike diagnoser (Luyten et al., 2020). Foreldrenes rolle er sentral i TIB med tanke på å fremme psykologisk utvikling og endring hos barn.

*Affektinntoning* er et sentralt begrep, og det innebærer å justere seg mot den andres følelsestilstand og matche denne (Stern, 2003). Det har vist seg at samspill mellom barn og foreldre under normale omstendigheter veksler mellom koordinerte og ukoordinerte sekvenser, og de samme prosessene kan gjelde i relasjonen mellom pasient og terapeut (Tronick, 1998). Innenfor en trygg ramme er det et stort samspillsrom, og det er også rom for

*interaktive feil og reparasjoner*. Vellykkede reparasjoner og opplevelsen av koordinerte tilstander er forbundet med positive affektive tilstander, mens interaktive feil skaper negative affektive tilstander (Tronick & Weinberg, 1997). En forutsetning for at en reparasjon kan finne sted, er at foreldre/terapeut lar seg påvirke av barnet/pasienten og dermed erkjenner den interaktive feilen. Gjensidig regulering av interaktive feil og reparasjoner kan bidra til å styrke barnets/pasientens organiserende funksjoner (Hansen, 2012).

Endringer av barnets intensjoner, følelser og aktiveringsnivå som utvikler seg i relasjonen mellom barn og foreldre, eller pasient og terapeut, kan betegnes som *dyadisk utvidelse av bevisstheten* (Tronick, 1998). Hvert individ betraktes som et selvorganiserende system som skaper sine egne bevissthetstilstander (Tronick, 1998). Disse tilstandene kan utvides til mer komplekse og sammenhengende tilstander i samhandling med et annet selvorganiserende system. Hvis samarbeidet mellom to systemer er vellykket, oppfyller hvert av systemene prinsippet om økt sammenheng og kompleksitet. Når to systemer danner en dyadisk tilstand, blir begge tilstander mer sammenhengende, og den ene personens tilstand innlemmer elementer fra den andres tilstand. Barn og omsorgsperson kan gjensidig skape dyadiske tilstander og oppnå større kompleksitet og sammenheng. Det skjer en dyadisk utvidelse av bevisstheten ved at barnets kunnskap om relasjonelle prosesser endres. Dyadiske tilstander kan også betegnes som *møteøyeblikk* (Tronick, 1998; Stern 2004). I terapi kan terapeuten bidra til møteøyeblikk som følge av følelsesladede og kritiske nå-øyeblikk, og dette kan bidra til endring og psykologisk utvikling (Stern, 2004). Det intersubjektive feltet utvides, og nye muligheter for utforskning oppstår.

## Undersøkelsen

Datamaterialet er hentet fra et kvalitativt forskningsprosjekt om TIB for barn i vanskelige familiesituasjoner (Haugvik, 2013, 2020). En vanskelig familiesituasjon ble definert som tilstedeværelse av betydelig konflikt i familien, mellom foreldrene eller mellom barn og foreldre og/eller at barnevernet var inne i bildet og at dette hadde vart i minst ett år. Utvalgskriteriene var at barna var mellom 6

og 13 år, at familiesituasjonen var konfliktfylt og ustabil, at det var mulig å formulere et fokus som det kunne arbeides med i 12 timer og at foreldre og barn var enige om fokus. Det var felles samtaler med barn og foreldre i forkant av, rett etter og tre måneder etter terapi. Parallelt med barnets terapi hadde minst en av barnets foreldre samtaler med foreldrebehandler tre ganger eller mer i løpet av terapien. Formatet for foreldredeltakelse ble valgt ut fra hva som har vist seg gjennomførbart i familier med liknende problematikk tidligere. Det ble på forhånd avtalt hvem av foreldrene som skulle delta i terapien. Studien er godkjent av Datatilsynet og av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst. Familiene undertegnet samtykke til å delta i undersøkelsen. Presentert kasusmateriale er anonymisert etter vanlige regler.

**Deltakere og terapimål.** Artikkelen omhandler foreldrearbeidet i terapi med fem barn i alderen 6 til 11 år (6, 8, 9, 9, 11 år). Barna hadde opplevd betydelige og langvarige belastninger i familien, og de hadde ulike diagnoser. En far, to mødre og to foreldrepar fulgte opp terapiene. En av foreldrene deltok like mange ganger og på samme tid som barnet, og en av foreldrene møtte samtidig med barnet, men noe sjeldnere. En annen forelder møtte til andre tider og sjeldnere enn barnet. To foreldrepar møtte samtidig med, men litt færre ganger enn barnet. Fire foreldreterapeuter deltok, hvorav en var terapeut i to av terapiene. Terapifokus for barna var: 'å finne igjen voksekraftene', 'å gå på skattejakt', 'å utforske de forskjellige 'kreftene', 'rommene' og 'hva som er viktig'. Et eksempel er Karl på 9 år som var henvist på grunn av konsentrasjonsvansker og somatiske plager, og det var ønske om bearbeiding av traumatiske opplevelser i familien. Karl hadde også mange ressurser. Avtalt terapifokus var å bli kjent med 'kreftene' til gutten, det vil si hans ulike følelser, tanker og opplevelser.

**Datainnsamling.** Til grunn for analysene ligger journalnotater, ulike vurderingsskalaer og endringsintervju med foreldrene. Terapeutene skrev timereferat og prosessnotat. Foreldrene fylte i hver time ut følgende skjema for endringsvurdering og timevurdering: Outcome Rating Scale, (ORS) (Duncan & Miller, 2000), Session Rating Scale, (SRS) (Duncan & Miller, 2000) og Session

Evaluation Scale, (SEQ) (Stiles, 1980). I endrings-skjemaet ble det spurt etter endringer både for foreldre og barn. I tillegg noterte foreldrene i en timekalender hva de syntes hadde vært viktig i den aktuelle timen for dem selv og for barnet. To psykologer som ikke deltok i studien, intervjuet foreldrene om deres opplevelser av endring. Intervjuene ble foretatt midtveis i terapien og rett etter avsluttet terapi. Det ble stilt to spørsmål: 1. Hva har skjedd av forandringer (positive og negative)? 2. Hva mener du forandringen skyldes?

**Dataanalyse.** Elementer fra 'grounded theory' (Strauss & Corbin, 1998; Willig, 2008), fenomenologisk tilnærming (Giorgi, 2010; Giorgi & Giorgi, 2003, 2008), hermeneutisk fenomenologisk metode (Lindseth & Norberg, 2004; Smith & Osborn, 2008) og konsensusmetode (Hill, Thompson & Nutt-Williams, 2005) er anvendt i analysene av datamaterialet. Materialet er gjennomgått med tanke på å oppdage sentrale tema i hver terapi og på tvers av terapiene. Ved å veksle mellom analyse av hver sak og på tvers av saker har noen felles mønstre vist seg. Følgende trinn er gjennomført i analysen av det kliniske materialet: 1. Alle journalnotater og besvarte skjema fra terapiene ble lest. 2. Enkelte deler av materialet ble skilt ut; som henvisningsgrunn, bakgrunnsinformasjon, felles samtaler før og etter terapi og rapportering om endringer hos barna. 3. Foreldreintervjuene ble lest og analysert. 4. En psykolog som ikke deltok i studien, ble invitert til å gjennomgå foreldreintervjuene og gi innspill og ideer. 5. Noen hovedtema som viste seg på tvers av intervjuene ble skilt ut. 6. Temaene som viste seg på tvers av sakene ble vurdert og revurdert i flere omganger. For eksempel ble to temaer slått sammen til ett, og ett tema ble delt i to forskjellige. 7. Funnene ble oppsummert i form av seks hovedtemaer. 8. Fire nye terapeutoppgaver for foreldreterapeuten ble utledet. 9. En modell for gjennomføring av 'strukturert parallell foreldreterapi' basert på visse prinsipper og kjennetegn, ble foreslått.

## Funn

Vi fant at alle familiene fullførte terapiene. Foreldrene ble hjulpet til å forstå barna og relasjonen til barna sine bedre, slik at de kunne gi mer adekvat

støtte og hjelp. For eksempel handlet terapien med Karls mor om hvordan hun kunne møte og forstå gutten, om hvordan legge bedre til rette for god samhandling og å bedre familieforholdene. Moren var innledningsvis bekymret for at gutten lekte mye krig og vold på skolen og hjemme. I timene ble det blant annet snakket om hvordan barn kan kommunisere om egne opplevelser, og mor og terapeuten drøftet hva guttens voldsomme lek kunne være uttrykk for. Samtalene med mor hadde vekt på hvordan hun kunne bidra med støtte og regulering for gutten, både når det gjaldt følelsene og omgivelsene hans. Det ble viktig å skjerme ham for ytterligere konflikter. Familiesituasjonen ble etter hvert mer trygg og ivaretagende. Han lekte gradvis mindre krig hjemme og på skolen. Samtidig begynte han å si mer fra om vanskelige opplevelser, han klarte å konsentrere seg bedre og han ble roligere.

I det følgende blir de seks temaene som karakteriserte foreldrearbeidet, presentert. Temaene er prosessorienterte, og de gjenspeiler rapporteringer fra den eller de av foreldrene som deltok i samtaler parallelt med barnets terapi. Jeg beskriver så de nye terapeutoppgavene som framkom.

## Tema

### 1. Terapien var en positiv opplevelse

Foreldrene ga uttrykk for at det å komme til terapitimene var en positiv opplevelse både for dem selv og for barna. Dette framkom av intervjuene, hvor spørsmålene handlet om endring. Timevurderingsskjema og journalnotater støtter opp om det som kom fram under intervjuene. Foreldrene uttalte:

‘Det har hjulpet at hun har fått komme hit og lettet på trykket’. ‘Det har vært all right å komme hit, men det vi ønsker å få vite mer om er hvorfor han er som han er’. ‘Det har vært godt for meg å komme hit... Sønnen min gleder seg til å komme hit, det er noe han har lyst til... Det har gjort mye godt, han har lyst til å gå hit og han føler seg trygg her... Han har vært glad når han har vært her, han er lei for at det er slutt, ville gjerne hatt det fast. Han har veldig tillit til terapeuten’. ‘Det å få snakke med noen som skjønner deg har vært hjelpsomt... Vi har følt oss

velkommen her... Det har vært fortrolighet i samtalene, og jeg har følt meg forstått. Jeg er ekstra lett til sinns når jeg kommer herfra, og det er datteren min også... Jeg har fått et annet inntrykk av terapi og psykologi, i en mer positiv ramme... Jeg har følt meg hørt og sett i møtet, dette fordi fokuset har vært på begge, både på henne og på meg’. ‘Han har fått erfare at det er et hjelpeapparat rundt, at han ikke er helt alene...Jeg tror det som var virksomt var at det var kvalitetstid med ham i sentrum, et sted hvor han kunne bestemme’.

Vi ser at foreldrenes positive opplevelser kan knyttes til intersubjektive forhold som felles oppmerksomhet, felles hensikter, deling av følelser og å føle seg forstått. Dette bringer oss til neste tema om foreldrenes opplevelser av endring.

### 2. Foreldrenes perspektiv på familiesituasjonen endret seg

Foreldrene ga uttrykk for at de i løpet av terapiprosessen så familiesituasjonen fra nye perspektiver. De uttrykte større grad av refleksjon rundt sammenhenger i familien, rundt ulike familiemedlemmers rolle og hva dette betydde for barnet. De tenkte også gjennom sin rolle, hvilket ansvar de hadde og hva det betød for barna. En av foreldrene, som i starten var opptatt av den andre forelderens som hovedårsak til barnets vansker, fokuserte etter hvert mer på samspeillet i sin egen, nye familie som betydningsfull for barnets fungering. En mor ga uttrykk for at hun hadde begynt å forstå barnet bedre, og hun snakket mer med barnet om vanskelige følelser. Andre foreldre uttalte:

‘Jeg har ikke skjont før nå at det var veldig vanskelig for henne å miste kontakten med faren sin’... ‘Jeg har blitt bevisstgjort på en del ting, og merker at jeg gjør ting bedre hjemme. Sønnen min har alltid vært flink til å finne løsninger og ta ansvar, dette er noe jeg prøver å ta for ham. Jeg har blitt mer bevisst på dette’. ‘Jeg har fått veiledning og har sett ting annerledes. Jeg tenker mer variert, ser ting på en annen måte. Det viktigste har vært at jeg har sett ting annerledes. Jeg ser andre løsninger enn det jeg gjorde før. Kontakten her med BUP har bidratt til at jeg har sett ting fra andre vinkler’. ‘Jeg har nok vist ham mer oppmerksomhet nå som jeg vet at han



har hatt det vanskelig...Jeg opplever at jeg har forandret på hvordan jeg er i forhold til ham... Det at vi har vist at vi bryr oss har vært virksomt... Vi skjønner at han ikke har hatt det bra, og at det går an å ha det bedre'.

Vi fikk inntrykk av at foreldrene på grunnlag av erfaringene fra foreldreterapiene endret sin oppfatning og atferd i forhold til barna, og at dette sammen med endringene som barna gjennomgikk i barneterapiene, førte til det som jeg har beskrevet som neste felles tema for terapiene.

### 3. Foreldrene opplevde positive forandringer hos barnet

Det ble i endringsintervjuet med foreldrene midtveis og etter terapi spurt om både positive og negative endringer. Foreldrene rapporterte kun om positive endringer, og inntrykket ble bekreftet gjennom endringsskalaer og journalnotater. Foreldre kunne fortelle om mer sinne eller småfrekkhet, men så også på dette som positive endringer. For eksempel rapporterte foreldrene at barna sa tydeligere fra om egne opplevelser og formidlet ulike følelser, også vanskelige følelser, og de opplevde dette som positivt. Det ble videre påpekt at barna ble oppfattet som mer åpne og trygge på seg selv, og at de viste færre symptomer. Eksempler på endringer som foreldrene rapporterte var:

'Hun kan få sinneutbrudd, ellers har det vært positive forandringer... hun er ikke så sur lenger. Hun sperret seg inne før, nå kan hun prate mer og er mer åpen... hun stoler mer på seg selv og er roligere til sinns'. 'Han har blitt bedre hjemme, flinkere til å spørre om ting, før måtte vi spørre om ting, forklare ting... Han har blitt mer selvstendig... Blitt flinkere til å si fra hvis han ikke liker noe. Det er stort sett en bra ting at han sier fra hva han liker og ikke liker'. 'Han har hatt godt av å komme hit, det har blitt annerledes. Han skriver lettere, og han synes det er morsommere å gjøre lekser. Han konsentrerer seg også lettere nå, og han trenger ikke settes i gang like mye som før. Han er blitt roligere og godtar ting han må gjøre lettere nå. Han skriver mindre om død og krig på skolen nå, det har blitt tatt opp her. Han har alltid vært en blid og grei gutt, men han er blitt flinkere til å si fra når det er noe dumt. Det har ikke vært noen negative forandringer...

Han har blitt flinkere til å si fra når noe går over grensen for ham. Det har han aldri gjort før. Han uttrykker følelsene sine mer nå, det gjelder flere forskjellige følelser. Han klarer å si fra når han synes noe er dumt... Han er også blitt flinkere til å be om unnskyldning, og det merkes at han mener det, ikke bare ønsker å bli ferdig med saken... Han er en gutt som ikke skal ha problemer, han har alltid vært blid og hyggelig, det var det som ble et problem. Nå har han blitt flinkere til å snakke om leie ting. Jeg tror han klarer seg nå, han har kommet over det, og det kommer til å vare så lenge han kan si fra når noe er leit'. 'Hun blir gladere, vi krangler mindre, er mer sosiale og vi omgås flere... Det har bare skjedd positive forandringer, jeg kjenner ikke igjen hverdagen slik den var på sitt verste. Også min atferd er forandret, jeg ser andre løsninger enn det jeg gjorde før. Vi tenker begge lenger nå, jeg vil si at vi er en familie bedre enn gjennomsnittet'. 'Jeg synes han har blitt litt mindre vanskelig og hører litt mer... jeg synes han har blitt litt blidere... han har blitt litt mer nesevis, men det trenger ikke være negativt... Han har fått jevnere humør... han har blitt gladere... og så har han blitt mer initiativrik... han sier mer fra... det har ikke skapt noen problemer... han tar mer kontakt med venner... ja, han har blitt mer åpen og mindre innsluttet, det har skjedd mange positive ting, ingen negative'.

Vi ser altså at foreldrene tegnet et nyansert og reflektert bilde av hva de la i begrepet 'positive endringer'.

### 4. Foreldrene tilskrev endringene flere faktorer

Foreldrene ble i endringsintervjuene spurt om hva de mente forandringene skyldtes. Vi fant en utvikling fra at vanskene ble tilskrevet enkeltårsaker før terapi (for eksempel en av foreldrene, konsentrasjonsvansker, mobbing eller barnet selv), til at foreldrene beskrev en kombinasjon av flere faktorer som de mente kunne ha betydning for de endringene de hadde beskrevet. Disse faktorene omhandlet både barnet selv, foreldrene, familien, skolesituasjonen, venner og terapien. Det skjedde også en nyansering av de ulike faktorene. Her er

hva foreldrene svarte på spørsmålet 'Hva mener du forandringen skyldes'?

'Hun er blitt mer voksen og skjønner ting selv, hun har kommet videre i forhold til spørsmål hun har inni hodet sitt... Det har også hjulpet å få veiledning i forhold til hvordan jeg skal takle forskjellige situasjoner'. 'Kanskje han selv prøver å gjøre det beste ut av situasjonen, jeg vet ikke om det er flink han har gått her eller ikke, men han er flink til å gjøre det beste ut av situasjonen... Denne forandringen tror jeg skyldes at familien har snakket med ham... Jeg vet ikke om det har noe med terapien å gjøre, men jeg utelukker det ikke... Jeg tror det er fordi han vokser og blir eldre, unger forandrer seg jo hele tiden. Jeg kan ikke utelukke at det har noe med terapien å gjøre'. 'Han har fått snakket ut, slik at han ikke holder så mye for seg selv lenger. Det er ikke så mye tanker i hodet hans lenger. Hele skolesituasjonen hans er blitt bedre... Om det har hatt sammenheng med å gå her? Både ja og nei. Det har gjort mye godt, han har lyst til å gå hit, og han føler seg trygg her. Det har vært fint, og fått ham til å åpne seg mer'. 'En kombinasjon av flere ting. Jeg tenker mer variert, ser ting på en annen måte. Det er godt å vite at alt ikke er min feil, og at ting kan forandres... Jeg tror jeg har lært å takle hverdagen. Hun har lært å styre temperamentet sitt, hun roet seg gradvis. Hun har skjont at det er de voksne som bestemmer, og at hun må innrette seg. Det var bedre for henne at det ble slutt med kjæresten min, og jeg har blitt flinkere til å gjøre ting sammen med henne. Jeg jobber også mindre nå. Vi er begge blitt mer sosiale. Hun har fått en stabil venninne. Hun har fått bedre kontakt med faren sin, hun er veldig glad i ham. Jeg tror kjemi og god kontakt med min terapeut hadde mye å si for meg og for henne, hun sier begge terapeutene er hennes venner. Så det var jo litt flaks'. 'Jeg tror hun er mer fornøyd med familiesituasjonen, det er viktig at vi har vist at vi bryr oss om henne, hvordan hun har det. Vi har vist det ved å komme hit til BUP. Vi viser at det er viktig hva hun mener...det er nok flere årsaker, vi har pratet mye med henne... hun

har også blitt eldre... videre kan det ha med familiesituasjonen'.

Foreldrene ble mer bevisste på hva som bidro til endring, og dette kunne understøtte problemløsning i familien.

##### *5. Flere problemer i familien ble løst*

Felles for barna var opplevelser av avvising, ustabilitet eller uforutsigbarhet i familien og periodevis mangel på beskyttelse fra foreldre. Vi fant at flere belastende forhold bedret seg i familiene. Eksempler på dette var at konfliktnivået i familiene avtok og at betydelig utrygghet i familiene opphørte. En mor sa at foreldrene tok tak i problemene, de viste at de brydde seg, og barnet ble mer fornøyd med familiesituasjonen. Terapien fremmet mestringssopplevelse hos foreldrene, og det skjedde flere positive endringer i familiesituasjonen så vel som med barna. Kontakten mellom foreldre og barn bedret seg, noe som er betydningsfullt for barns psykiske utvikling. Ikke alle belastningene i familien opphørte i løpet av terapiforløpet. Eksempler på belastninger som ikke løste seg, var psykisk syke foreldre, vanskelig kommunikasjon mellom foreldrene og nye brudd i familierelasjoner. Fokus i terapiene var på barnas behov, og dette gjenspeiles i det siste temaet.

##### *6. Foreldrenes forståelse av barnets uttrykk endret seg*

I starten av terapiene stilte noen foreldre spørsmål rundt barnas uttrykksmåter. Det kunne dreie seg om atferd som ble oppfattet som lite forståelig eller spørsmål om hva barnet formidlet til barneterapeuten. Dette ga muligheter for å belyse barnas perspektiv samt utveksling og refleksjon rundt barnas ulike måter å uttrykke sine opplevelser på. Terapeutene tok utgangspunkt i tema som foreldrene selv brakte opp og som handlet om barnas atferd. Dette ga rom for undring og refleksjon rundt barnas opplevelser. Ved at terapeuten bidro med psykologisk kunnskap om barn, om vanlige reaksjoner hos barn som opplever vansker og om lekens funksjon for barn, kunne det skje en nyansering og perspektivendring hos foreldrene i forhold til barna.

Barnas opplevelser ble sentrale og framstod tydeligere for foreldrene i foreldreterapien. Dette førte til økt forståelse for barnas situasjon, og hva de sannsynligvis formidlet gjennom sin atferd. Foreld-

renes spørsmål rundt barnas reaksjoner ga anledning til å ta opp temaet 'barnas opplevelser, tanker og følelser' (dvs. fokus) og å snakke med dem om hensikten med terapien. Terapeutene var opptatt av å utdype fokus og å utforske felles forståelse. Terapeutene responderte på foreldrenes spørsmål med både forklaringer og undrende spørsmål, noe som altså syntes å føre til en større forståelse for terapiens mål. Dette bidro til en tydelig forbindelse mellom foreldresamtalene og barnas terapier, økt oppmerksomhet om betydningen av barnas opplevelser og en positiv gjensidig påvirkning.

For eksempel ble det stilt spørsmål ved at et barn var svært avvissende mot den ene av foreldrene. Terapeuten kunne bekrefte at barn med utrygg tilknytning kan reagere med denne type atferd, og at det ikke nødvendigvis trenger å handle om det som skjer med barnet i den konkrete situasjonen. Dette i seg selv førte ikke til at familiesituasjonen ble uproblematisk, men barnet ble forstått annerledes og møtt på andre måter av forelderen. En mor ga uttrykk for at hun ikke hadde skjont før nå at barnet savnet faren sin når hun fortalte fantasihistorier om ham. En annen av foreldrene stilte spørsmål ved barnets aggressive lek. Terapeuten kunne gi informasjon om og utforske sammen med forelderen hvordan barn kan uttrykke seg om sine opplevelser og følelser gjennom lek og symbolsk formidling, og mor kunne forstå guttens atferd på nye måter. I løpet av terapien stilte en mor spørsmål ved hva barnet gjorde i sine terapitimer. Det ble avtalt et felles møte midtveis i terapiforløpet for å dele erfaringer fra hverandres terapitimer. På denne måten ble det skapt en forbindelse mellom opplevelser og erfaringer hos mor og barn, samtidig som det ga en god mulighet for å gjenta, forklare og konsolidere fokus for terapien overfor moren. En mor opplevde innledningsvis barnet som vanskelig; han var sur, sint og sjalu. Foreldrene ga etter hvert uttrykk for at de skjont at barnet hadde det vanskelig, og at han ikke var vanskelig.

#### Nye terapeutoppgaver for foreldreterapeuten.

Vi har sett at foreldreterapeuten i TIB skal sikre at terapifokus er forstått, akseptert og støttet av foreldrene. Forventninger til foreldreterapien og foreldrenes deltakelse i terapien skal videre være drøftet og avtalt på forhånd. Ytterligere fire terapeutoppgaver framkom av analysene av datamaterialet i denne undersøkelsen: 1. Som del av den

innledende fasen, bør en sikre seg at familiesituasjonen er tilstrekkelig trygg og ivaretagende. 2. Terapeuten bør bidra til å reflektere rundt foreldrenes egne opplevelser, følelser og tanker om seg selv, barnet og familiesituasjonen. 3. Terapeuten bør bidra til å reflektere rundt barnets mulige opplevelser, følelser og tanker. 4. Foreldreterapeuten bør bidra til å utvide og nyansere de ulike refleksjonene som kommer opp.

### Strukturert parallell foreldreterapi i TIB

Jeg har valgt å benytte betegnelsen strukturert parallell foreldreterapi for å få fram at foreldresamtalene er strukturert rundt foreldre-barn-relasjonen og at samtalene er ment å virke terapeutisk sammen med barneterapien. Jeg vil her presentere en samlet framstilling av foreldreterapien som omfatter både kjerneprinsipper og kjennetegn.

#### Kjerneprinsipper

- Intersubjektivitet (dele oppmerksomhet, hensikter og affektive tilstander)
- Enighet om mål
- Enighet om oppgaver
- Gjensidighet og tillit
- Refleksjon

#### Kjennetegn

##### *Felles samtale med foreldre og barn*

- A. Avtale terapifokus med barn og foreldre
- B. Avtale antall timer med barn og foreldre
- C. Avtale hvem av foreldrene som skal møte når *Parallell foreldreterapi*
- D. Vurdere om familiesituasjonen er tilstrekkelig trygg og ivaretagende
- E. Belyse konkrete situasjoner/hendelser/problemer
- F. Utforske foreldrenes egne følelser, tanker og opplevelser om barnet, familien og seg selv
- G. Utforske barnets antatte følelser, tanker og opplevelser
- H. Utvide og nyansere refleksjoner som kommer opp
- I. Anvende timekalender på slutten av hver time: Hva har vært viktig for deg i denne timen? Hva har vært viktig for barnet ditt i denne timen?

##### *Felles samtale med foreldre og barn*

- J. Oppsummere og evaluere



## Diskusjon

Flere aspekter ved foreldreterapien syntes å bidra til positive endringer hos barna i undersøkelsen. Det ble på grunnlag av temaene som framkom, foreslått fire nye terapeutoppgaver. Det ble blant annet anbefalt å vurdere om familieforholdene er tilstrekkelig trygge og ivaretagende for barnet. Dette kan innebære at fysisk eller psykologisk omsorgssvikt utelukkes. I undersøkelsen var dette særlig relevant. Et omsorgsmiljø som er tilstrekkelig tilrettelagt er en nødvendig betingelse for barns vekst og utvikling (Winnicott, 1971). God omsorg kan også innebære at omsorgsmiljøet gir rom for interaktive feil med påfølgende reparasjoner (Trocknick, 1998). Vi har sett at dette kan bidra til å styrke barnets evne til å organisere følelser. De øvrige terapeutoppgavene dreide seg om å legge til rette for refleksjon rundt henholdsvis foreldrenes og barnets følelser, tanker og opplevelser, og å bidra til nyanseringer med sikte på langsiktig bedring. I det følgende drøfter jeg funn relatert til ramme, relasjon og refleksjon.

**Ramme.** Vi fant at foreldrene forholdt seg til rammen for terapien, det vil si både den avtalte strukturen og åpenhet for å ta opp egne tema i timene. Alle terapiene ble fullført. Foreldrene valgte selv innholdet i timene, og foreldreterapeutens holdning var preget av interaktiv regulering og refleksjon. Foreldrene erfarte dermed direkte at de både kunne påvirke og la seg påvirke. Dette er i tråd med synet på at psykologisk utvikling og endring kan skje gjennom erfaring med deling (Stern, 2003; 2004) og følelse av agens (Stern, 2003). Foreldrene vektla selv betydningen av sin egen refleksjon, og dette bidro sannsynligvis til at de ble mer bevisste og tok større ansvar i relasjonen til barna. Dette var sannsynligvis med på å gi en annerledes opplevelse og erfaring enn den fastlåste familiesituasjonen som hadde vært vanskelig over tid. Parallelt så vi at foreldrene i økende grad opplevde at flere faktorer var med på å påvirke barnas situasjon. Det at foreldrene i stor grad var delaktige i og selv kunne påvirke terapiprosessen, kan også ha medvirket til at deres oppfatning om påvirkningsfaktorer i forhold til barna utvidet seg og ble mer nyansert. Et eksempel på hvordan terapirammen kunne bidra til endring, var en mor som sa at 'jeg har fått et annet inntrykk av terapi og psykologi, i en mer po-

sitiv ramme. Jeg har følt meg hørt og sett i møtet, dette fordi fokuset har vært på begge, både på henne og på meg'. Moren sa at hun følte seg møtt, og hun fikk en ny opplevelse. Fordi både mor og barn var i fokus, følte moren seg 'hørt og sett i møtet'. Dette kan ses på som et møteøyeblikk, som er sentralt for endring i terapi (Stern, 2004). Foreldrenes erfaring med at deres egne opplevelser systematisk ble knyttet sammen med barnets opplevelser bidro til at de kunne se seg selv i relasjon til barnet. Bruk av terapifokus og foreldrekalender la til rette for at dette kunne skje.

TIB er karakterisert ved høy grad av struktur og høy grad av fleksibilitet på samme tid, noe som syntes å bidra til engasjert og målrettet deltakelse hos barn og foreldre (Haugvik & Johns, 2008; Haugvik, 2020). Formatet for terapiene ble eksplisitt avtalt før oppstart, og det var dermed ikke nødvendig å forhandle om dette underveis i terapien. Tvert imot var det et poeng at den avtalte strukturen ble etterlevd, noe som også skjedde. Funnene gir grunnlag for å anta at et strukturert og fleksibelt format for foreldreterapien bidro til å fasilitere gjennomføringen av TIB, og å oppnå ønsket endring for barnet. Forskning innen intervensjonstilpasning vektlegger at psykologiske intervensjoner bør kunne tilpasses spesielle grupper eller individer (Castro & Yasui, 2017; Anyon et al., 2019). Strukturert parallell foreldreterapi er i tråd med en modell som beskrives av Anyon et al. (2019). Forfatterne innfører et skille mellom kjernekomponenter ved en intervensjonsmetode, det vil si hva som skal gjøres, og kjerneprinsipper, det vil si hvordan metoden skal gjennomføres. Å følge kjerneprinsippene alene vurderes ikke som tilstrekkelig, mens kun å konsentrere seg om kjernekomponentene kan gi en rigid tilnærming som kan redusere effekten av intervensjonen (Anyon et al., 2019). Forfatterne argumenterer for at lojalitet til overordnede kjerneprinsipper innebærer en åpenhet for tilpasning. Vi har sett at rammen for TIB kan fungere på en tilsvarende måte for barn i vanskelige familieforhold og med ulike diagnoser. Prinsippene og kjennetegnene i TIB sier først og fremst noe om måter å være sammen på, og dette vil jeg drøfte nærmere i det følgende.

**Relasjon.** Vi fant at foreldrene opplevde terapiene som positive for dem selv og for barna. Den inter-subjektive dialogen ble understøttet ved å dele fel-

les oppmerksomhetsfokus og å åpne opp for ulike perspektiver på de situasjonene som foreldrene selv tok opp. Terapeutens intersubjektive holdning innebar et tydelig blikk på terapirelasjonen, og foreldrene kunne fritt drøfte spørsmål som oppstod. En slik åpenhet syntes å bidra til å trygge foreldrene og gi støtte til foreldrefunksjonen. Foreldrene ble møtt med anerkjennelse og affektinntoning i sine terapier, noe som igjen syntes å påvirke relasjonen mellom foreldre og barn på en gunstig måte. Det at pasienten vurderer alliansen som positiv, regnes som den beste indikatoren på at behandlingen vil bli vellykket (Duncan & Sparks, 2008). Alliansen predikerer resultatet bedre enn både diagnose, metode og terapeut.

Et foreldrepar ga uttrykk for at de etter hvert skjønte at barnet hadde det vanskelig, og at barnet ikke var vanskelig. Vi så i et annet eksempel at 9-åringens voldsomme lekemåte kunne bli møtt og forstått på nye måter. Heller enn direkte å regulere selve atferden til barna, fikk foreldrene hjelp til å forstå og å ta utgangspunkt i barnas følelseskvalitet. Foreldrene kunne dermed bidra til bedre regulering hos barna. Dette er i tråd med at i regulering og stabilisering av barns ulike tilstander, tar omsorgsgiveren utgangspunkt i barnets følelseskvalitet eller vitalitetsaffekt (Stern, 2010). Vi fant at samspillet endret seg, og dermed også atferden til barna. Det er rimelig å anta at dette også bidro til en tryggere foreldre-barn-relasjon.

Gjensidig påvirkning ble vektlagt i foreldresamtalene, noe som ble uttrykt eksplisitt og implisitt av terapeutene gjennom hele terapiforløpet. Endringene innebar, ifølge foreldrene, bedre regulering av tanker, følelser og atferd hos foreldre og barn. Vi har sett at gjensidig regulering av følelser i relasjonen mellom barn og foreldre, eller pasient og terapeut, kan skape utvidede dyadiske bevissthetstilstander, som vil si endring av barnets eller pasientens intensjoner, følelser og aktiveringsnivå (Tronick, 1998). Foreldrenes og barnas subjektive og implisitte kunnskap om relasjonelle prosesser kunne utvikles i en gunstig retning. Både i foreldre-terapeut- og foreldre-barn-forholdet kunne nye og utvidede opplevelser utvikle seg som resultat av gjensidig påvirkning. Det intersubjektive feltet blir, ifølge Stern (2004) og Trevarthen (1998) samskapt, og ytre regulering kan omdannes til evne til indre regulering. Betegnelsen strukturert parallell foreldreterapi viser nettopp til at foreldresamtalene

var strukturert rundt foreldrene og foreldre-barn-relasjonen.

Oppmerksomheten var på hva som skulle til for akkurat deres barn, mer enn på hva foreldrene konkret burde gjøre eller ikke gjøre. Hensikten var å styrke foreldrenes eget omsorgspotensiale, og vi så i denne sammenheng at det skjedde en utvikling hos foreldrene. Det kan virke mot sin hensikt å fortelle foreldre med sårbar mentaliseringssevne hvordan de er, eller hva de bør gjøre eller tenke (Fonagy, 2015). Mennesker lærer raskest om andres sinn ('mind') når de er i en tilstand av epistemisk tillit, det vil si tillit og vilje til å ta imot ny kunnskap og oppleve den som relevant (Fonagy & Allison, 2014). Dette gjelder også i pasient-terapeut-relasjonen (Fonagy & Allison, 2014). En trygg terapirelasjon kunne bidra til epistemisk tillit hos foreldrene, og dermed interesse for og motivasjon til å ta ulike perspektiver på egne og barnets erfaringer.

Samhandlingen mellom foreldre og terapeut, og samhandlingen mellom foreldre og barn, handlet i våre terapier ikke først og fremst om *hva* som ble lært, men om *hvordan* læring, utvikling og endring kunne skje. Foreldreterapien er uløselig knyttet til barneterapien, men dreier seg også om foreldrenes egen indre verden. Den intersubjektive tilnærmingen (Stern, 1985, 2003), gjensidig regulerings-teori (Trevarthen & Aitken, 2001) og mentaliseringsteori (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Allison, 2014) vektlegger samspillet pasient-terapeut / barn-foreldre, foreldrenes rolle for barnets psykologiske utvikling og at det skjer en integrering av virkelige samspillserfaringer i barnets bevissthet. Sammenhengen mellom barnas og foreldrenes parallelle terapier kan på denne måten forstås i lys av utviklingspsykologisk forskning og teori. Både Stern (2003) og Fonagy et al. (2002) hevder at selvet utvikles gjennom den samlede summen av relasjonserfaringer. Terapifokus knyttet sammen terapiene til barn og foreldre, og relasjonserfaringene til barna kunne dermed bli gjensidig og parallelt forsterket. Dette bringer oss til betydningen av foreldrenes reflekterende funksjon.

**Refleksjon.** Vi fant at foreldrene i økende grad reflekterte om barnas indre verden og om relasjonen de selv hadde til barna. Både terapifokus og foreldrekalenderen representerte en invitasjon til å reflektere rundt de temaene som kom opp i timene. Terapifokus tok utgangspunkt i barnas opplevelser

og ble formulert på måter som var ment å vekke nysgjerrighet og interesse. Fokus sikret felles oppmerksomhet om det barna selv hadde presentert som problematisk, samtidig som fokus redefinerte det vanskelige. Foreldrenes spørsmål rundt barnas reaksjoner ga også anledning til å fokusere på terapimålet og å ta opp temaet 'barnas opplevelser, tanker og følelser'. Terapeutene responderte på foreldrenes spørsmål og problemstillinger med forklaringer og undrende kommentarer, noe som syntes å føre til en større forståelse for barnas behov. Dette kunne skape økt forståelse for barnas situasjon og for hva de formidlet gjennom sin atferd. Det er rimelig å anta at en slik tilnærming kan ha spilt en rolle for foreldrenes opplevelser av barna, og dette kan ha medvirket til at samhandlingen mellom barn og foreldre ble bedre. Foreldrene kunne forstå barnas atferd, tanker og følelser som meningsfulle og bli mer oppmerksomme på følelsenes rolle i kommunikasjonen. I et intersubjektivt perspektiv anses dette som utviklingsfremmende relasjonell erfaring (Stern, 2004).

Vi fant endringer i måten barna ble forstått og reagert på av foreldrene, og en mer sensitiv tilpasning i samspillet mellom foreldre og barn framkom. Foreldres sensitivitet og responsivitet er av stor betydning for barns tilknytning og følelsesmessige trygghet (Bowlby, 1980, Crittenden, 2008). Dette taler for at foreldreterapien i seg selv var sentral for endring hos barna. Foreldreterapien fremmet mestringsopplevelse hos foreldrene, og det skjedde flere positive forandringer i familiesituasjonen, så vel som med barna. Kontakten mellom foreldre og barn bedret seg. Videre bedret familieforholdene seg, noe som er betydningsfullt for barns psykiske utvikling. Det er grunn til å anta at det skjedde en gunstig vekselvirkning mellom de endringsprosessene som fant sted i barneterapiene og i foreldresamtalene. Dette er i tråd med et transaksjonsperspektiv, hvor utvikling ses på som en gjensidig prosess (Sameroff & Fiese, 2000). Terapimetoden viste seg velegnet til å fremme endringer på flere områder og bidro til å igangsette positive transaksjoner for barna.

Endret perspektiv hos foreldrene ga muligheter for nye måter å være sammen med barna på, og foreldrene kunne påvirke samspillet med barna på en mer gjennomtenkt måte. Intersubjektivitet spiller en vesentlig rolle for reflekterende bevissthet, og for at opplevelser blir gjenstand for refleksjon

(Stern, 2004). Foreldreterapiene syntes å stimulere og styrke mentaliseringsevnen hos foreldrene. Forskning viser at både foreldres mentalisering, ulike typer traumer samt familieære og sosiokulturelle forhold er nært forbundet med barnets utvikling av mentalisering (Luyten et al., 2020; Stepp et al., 2016). Mentalisering hos foreldre ses videre på som et grunnlag for utvikling av trygg tilknytning hos barn (Fonagy et al., 2002; Fonagy, Gergley & Target, 2008; Slade et al., 2005). På denne måten kan en si at økt refleksjon hos foreldrene fremmet det terapeutiske arbeidet med barna. Endringsintervjuet med foreldrene midtveis og etter terapi kan også ha forsterket de positive endringene. Meningen med å benytte eksterne intervjuere var at foreldrene skulle kunne gjøre sine vurderinger relativt uavhengig av terapeutene.

Vi har utviklet en metode som er ment å kunne ivareta behovet for tilpasninger for barn med ulike diagnoser og i ulike familiesituasjoner. Dette er i tråd med forskning som viser at mentalisering er et transdiagnostisk fenomen (Luyten et al., 2020). Videre vektlegger nyere forskning mentalisering og kapasiteten til epistemisk tillit som nøkkelmekanismer i kunnskapsoverføring mellom generasjoner (Luyten et al., 2020). TIB består av parallelle terapiforløp for barn og foreldre, og vi har her sett på hvordan foreldreterapien kunne støtte opp om utvikling og endring parallelt hos foreldre og barn.

### Kliniske implikasjoner

Terapimetoden vektlegger et forutsigbart og oversiktlig terapiforløp samt brukermidvirkning og jevnlig evaluering fra foreldre og barn. Muligheten for å kunne fullføre terapien for familier som strever, synes god. Integrering av en fastlagt struktur og tilpasning i en og samme terapimodell kan bidra til økt anvendelighet i en klinisk kontekst hvor vanskene ofte er sammensatte og komplekse, og hvor det er mange ulike og samvirkende faktorer å forholde seg til. Løsningen ligger i å være klar på kjernekomponenter eller kjennetegn, og samtidig forholde seg til prinsipper som sikrer tilpasning på en selvmonitorerende måte. Det handler ikke så mye om teknikk, men om den innstillingen og holdningen terapeuten bevisst og aktivt inn tar. TIB innebærer rom for skjønn, og dette stiller

ekstra krav til terapeutens vurderinger. Handlingsrommet er stort, og terapeuten må være oppmerksom på sitt ansvar for at tilpasningene til den enkelte familie blir så hensiktsmessige og optimale som mulig. Opplæring og veiledning knyttet til denne type vurderinger og avveininger hos terapeuten blir derfor særlig viktig. God implementering, evaluering og kvalitetssikring av terapimetoden blir tilsvarende viktig. Funnene i studien kan forhåpentligvis gi et grunnlag for videre utprøving og utforskning av terapimetoden.

### Oppsummering

Vi har sett hvordan ulike aspekter ved strukturert parallell foreldreterapi i TIB kan bidra til gunstige endringer hos barn i vanskelige familieforhold. Samlet sett var endringsprosessene i terapiene karakterisert av en bevisst og aktiv tilrettelegging for gjensidig regulering. Et kjennetegn ved terapimetoden er at innholdet er åpent, og at det blir til i samspillet mellom terapeut og foreldre. Dette ga i våre terapier rom for utveksling av opplevelser, tanker og følelser som foreldrene var opptatt av der og da. Det at foreldrenes følelser og opplevelser ble bekreftet som meningsfulle av terapeutene, og at gjensidig utveksling ble vektlagt, bidro sannsynligvis til å skape trygghet nok til at nye opplevelser og ny atferd fikk plass til å utvikle seg. Foreldrene så nye sider ved barna og samspillet i familien, og dette ga muligheter for foreldrene til å forholde seg på mer hensiktsmessige måter overfor familien generelt og barna spesielt. Et strukturert rammeverk med innebygd mulighet for fleksibilitet og tilpasning viste seg å være effektivt for våre familier.

I den grad en tenker at det ikke bare er viktig at foreldrene anerkjenner terapifokus som noe de er enige i at barnet arbeider med, men at foreldrene også kan bidra til endringer ved å endre sin væremåte i relasjon til barnet, blir foreldreterapien særlig betydningsfull. Foreldre-terapeut-relasjonen blir et viktig virkemiddel i endringsarbeidet. Våre funn tyder på at foreldrenes opplevelse av en gjensidig terapirelasjon med vekt på affektinntoning og intersubjektivitet kunne fremme refleksjon, mulighet for endringer i samspillet med barna og bedre tilrettelegging rundt barna. Felles oppmerksomhet om terapifokus etablerer en forbindelse mellom barneterapien og foreldreterapien,

som i denne undersøkelsen viste seg å gi en god effekt. Det er grunn til å anta at de parallelle foreldresamtalene påvirket foreldre-barn-relasjonen og barnas psykiske fungering på måter som virket utviklingsfremmende.

### Referanser

- Anyon, Y., Roscoe, J., Bender, K., Kennedy, H., Dechants, J., Begun, S., & Gallager, C. (2019). Reconciling adaptation and fidelity: implications for scaling up high quality youth programs. *The journal of primary prevention*, 40(1), 35-49.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression*. New York, Basic Books.
- Bråten, S., & Trevarthen, C. (2007). From infant intersubjectivity and participant. *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 68, 21.
- Castro, F. G., & Yasui, M. (2017). Advances in EBI development for diverse populations: Towards a science of intervention adaptation. *Prevention Science*, 18(6), 623-629.
- Crittenden, P.M. (2008). *Raising Parents. Attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco, CA: Joey-Bass.
- Duncan, B., Sparks, J. (2008). *Ifellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Fonagy, P. (2015). Mutual regulation, mentalization, and therapeutic action: A reflection on the contributions of Ed Tronick to developmental and psychotherapeutic thinking. *Psychoanalytic inquiry*, 35(4), 355-369.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P., Jurist, G., & Target, E.M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2008). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. I J. Cassidy & P.R. Shaver (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (2. utg.).(s.783-810). New York: Guilford Press.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the prac-



- tice of science. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 21(1).
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). *Phenomenology*. Sage Publications, Inc.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2008). *Phenomenology*. I A. Smith (Red.). *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (s. 26-52). (2.utg.). London, Thousand Oaks, New Dehli, Singapore: SAGE Publications Ltd.
- Hansen, B.R. (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I A. Holte, H.M. Rønnestad & G. Høstmark Nielsen (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis* (s. 91-111). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugvik, M. (2013). Structured parallel therapy with parents in time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical child psychology and psychiatry*, 18(4), 504-518.
- Haugvik, M. (2020). Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB): En kvalitativ undersøkelse av TIB med barn som opplever vanskelige familieforhold. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-79916>
- 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(1), 19-29.
- Haugvik, M. & Johns, U. (2008). Facets of Structure and Adaptation: A Qualitative Study of Time-limited Psychotherapy with Children Experiencing Difficult Family Situations, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 235-252.
- Haugvik, M., & Mossige, S. (2017). Intersubjectively oriented, time-limited psychotherapy with children: how does the therapist evaluate the therapeutic process and what are the therapist's tasks?. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(3), 353-368.
- Hill, C.E., Thompson, B.J., & Nutt-Williams, E. (2005). A guide to conducting consensual qualitative research: An update. E-Publications@Marquette. *Educational Faculty Research and Publications*, 4-1.
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn. I: B. Svendsen, U.T. Johns, H. Brautaset, & I. Egeberg, (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 35-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB): kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Fagbokforlaget.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child development*, 73(6), 1715-1726.
- Sameroff, A. & Fiese, B.H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. I: Shonkoff, J.P. & Miesels, S.J. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. (2nd ed.) Cambridge University Press.
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 53-80). (2.utg.). London, Thousand Oaks, New Dehli, Singapore: SAGE Publications Ltd.
- Stepp, S.D., Lazarus, S.A., & Byrd, A.L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 7(4), 316.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal akademisk.



- Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and everyday life*. WW. Norton & Company.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2.nd edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Trevarthen, C., Aitken, K.J. (2001). Infant Inter-subjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *J. Child Psychiatry Vol. 42*, No. 1, pp. 3-48.
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.
- Tronick, E.Z., & Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. I L. Murray & P. C. Cooper (Red.), *Postpartum depression and child development* (s.54-81). New York: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. Berkshire: Open University Press.

execution model for structured parallel parent therapy is developed, which is characterized by a set of core principles and core components. Findings indicate that this therapy method gives the parents an opportunity for mentalization, which is found to be crucial for the child's mental health.

**Nøkkelord:** Barneterapi, foreldreterapi, intersubjektivitet, mentalisering, refleksjon.

**Marianne Haugvik** er psykologspesialist og dr.philos. ved Akershus universitetssykehus HF, BUP Furuset.

mhaugvik@online.no

## Abstract

This article explores how parallel parent therapy can support the therapeutic work with children in time-limited intersubjective child psychotherapy (TIB). We analysed the parent work in five therapies with children experiencing difficult family situations. Six process themes emerged from the analyses: The parents expressed positive experiences with the therapies, their perspectives about the family situation changed, they reported positive changes on behalf of the children, and they reported an increasing number of factors to explain these changes. Furthermore, a number of positive changes in the family situations were reported, and the parents' understanding of the children's expressions changed. In addition, four new therapist tasks were identified. Based on these findings an