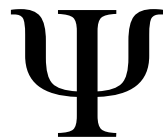




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Barns språklige begrensninger: terapeutiske utfordringer  
- strategier og metoder for å få i gang kommunikasjon***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Caroline Skar Huseby**

Høst 2012

RUNNING HEAD: BARNES SPRÅKLIGE BEGRENSENINGER: TERAPEUTISKE  
UTFORDRINGER

Veileder: Jan Skjerve

## Forord

Tema for hovedoppgaven er inspirert av min egen nysgjerrighet på det verbale språkets rolle i klinisk virksomhet med barn. Jeg har selv hatt uttale- og taleflytvansker da jeg var yngre, noe som har bidratt til min interesse på dette feltet. I løpet av studietiden har det vært lite pensum viet til språklig utvikling og hvordan kompensere for manglende språkferdigheter hos barn i terapi, derfor valgte jeg å fordype meg i dette i en hovedoppgave. Jeg vil gjerne takke veilederen min, Jan Skjerve, for verdifull hjelp, diskusjoner og støtte underveis. De jeg har delt lesesal med i denne perioden; Trude, Vilde og Anneli, fortjener og oppmerksomhet for samhold, humor og støtte gjennom prosessen.

### Abstract

This paper reviews different methods which may stimulate communication and the development of an alliance in therapeutic settings with children who have language impairments. According to the evidence-based psychological practice policy of 2007, therapy should be based on the best available research and be adapted to the client's characteristics, culture and preferences. Children with language difficulties may need adapted interventions to promote change within therapy. The different methods seem suited to foster communication and the development of an alliance between the client and therapist. As many of the methods have derived from the experience of therapists and not from conducting research, their validity can be questioned. There is a lack of quality criteria to substantiate the soundness of practice derived knowledge, and evidence-based practice does not include experience as a valid source of knowledge by itself. Research on how to work therapeutically, adapt existing interventions and aid the development of an alliance with children who have language difficulties, should be strengthened.

## Sammendrag

Oppgaven gjennomgår ulike terapeutiske arbeidsmåter som kan tenkes å kompensere for begrensninger i barns språklige kommunikasjon, stimulere kommunikasjonen og bidra til utviklingen av en allianse mellom barn og terapeut i klinisk virksomhet. Ifølge prinsipperklæringen om evidensbasert praksis fra 2007 skal terapi tilpasses og utformes etter klientens karakteristika og preferanser, og baseres på den beste tilgjengelige forskningen. Flere av arbeidsmåtene som kan være aktuelle er lite underbygd av forskning. Mye av grunnlaget for arbeidsmetodene er basert på klinisk erfaring, og prinsipperklæringen inkluderer ikke dette som en gyldig kunnskapsbase alene. Det er lite forskning som undersøker hvordan erfaringsbasert kunnskap kan underbygges og brukes i psykologisk virksomhet, både generelt og i forhold til tilrettelegging av terapi og alliansebygging med barn med språklige begrensninger. Mer kunnskap på disse områdene vil kunne minske gapet mellom forskning og praksis og føre til mer konkrete retningslinjer i arbeid med barn som har mangelfullt språk.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
Formål.....	3
<b>Utviklingsforløp og klinisk arbeid med barn</b> .....	<b>4</b>
<b>Tale, språk og kommunikasjon</b> .....	<b>5</b>
Kommunikative vansker .....	5
Emosjonelle eller motivasjonsmessige sperrer .....	8
Fremmed- og tospråklighet .....	9
<b>Klinisk arbeid med barn og unge</b> .....	<b>10</b>
<b>Taushet i kommunikasjonen</b> .....	<b>12</b>
<b>Allianse</b> .....	<b>13</b>
Arbeidsallianse og den terapeutiske relasjonen .....	13
Utviklingssensitiv tilnærming til utvikling av allianse med barn .....	15
Barn med språklige vansker.....	18
<i>Utvikling av et emosjonelt bånd</i> .....	19
<i>Mål for terapi og valg av terapeutiske oppgaver</i> .....	19
Allianse og relevans for kliniske utfall.....	20
<b>Terapeutiske metoder og strategier i arbeid med barn og unge med språklige begrensninger</b> .....	<b>22</b>
Forberedelser og terapeutens språk .....	22
<i>Tilrettelegging for kommunikasjon</i> .....	22
Ordbruk og språk .....	24

Defokusert kommunikasjon .....	27
Lek .....	28
<i>Lek som kommunikasjon</i> .....	29
<i>Leketerapi med barn som har språklige begrensninger</i> .....	32
Eksternalisering.....	33
Handlingsorienterte metoder (Action Methods) .....	35
<i>Kunstterapi</i> .....	36
<i>Dramaterapi</i> .....	38
<i>Dans, bevegelse og kroppsbevissthet</i> .....	39
Atferdsterapeutiske metoder .....	41
<i>Prompts, positiv forsterking og fading</i> .....	41
<i>Belønningssystem</i> .....	42
Andre strategier i møte med barn med språklige begrensninger .....	43
<i>Dyreassistert terapi</i> .....	43
<i>Musikk</i> .....	44
<i>Å inkludere et taust barn i samtale</i> .....	45
<b>Diskusjon</b> .....	<b>45</b>
Er det mulig å bygge en allianse med et barn som har omfattende språklige begrensninger? .....	46
De spesifikke metodene – hvordan tilpasse disse til det enkelte barn?.....	47
Evidensbasert psykologisk praksis .....	48
Språklige begrensninger – terapeuten eller logopeden sitt bord? .....	51
<b>SLUTTORD</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>54</b>

Den amerikanske psykologforeningen vedtok en prinsipperklæring i 2005 som omhandlet evidensbasert psykologisk praksis (American Psychological Association, 2007), på bakgrunn av Robert Levant og en arbeidsgruppe (2005) sin Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Sentralstyret i Norsk Psykologforening tilsluttet seg til denne prinsipperklæringen i januar 2007, etter å ha innhentet høringsuttalelser fra lokalavdelinger og universitetene, og diskutert innholdet på en lederkonferanse (Aanonsen, 2007; Norsk Psykologforening, 2007). Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er "integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål" (Norsk Psykologforening, 2007, p. 1127). Formålet med utviklingen av prinsipperklæringen var å enes om hva evidens er innenfor psykologifeltet og hvordan slik evidens kan underbygge psykologisk praksis (Aanonsen, 2007; Levant, 2005). Ifølge Aanonsen (2007) vil Norsk Psykologforening gjennom denne erklæringen understreke viktigheten av at evidens ikke bare knyttes til ulike terapiformer og metoder, men og til den psykoterapeutiske prosessen, forhold ved alliansen, terapeuten, pasienten og kulturelle og kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasient, terapeut og pårørende.

Innenfor EBPP er det tre legitime baser for kunnskap som integrert indikerer hva som vil være mest hensiktsmessig praksis innenfor en spesifikk terapissetting; den beste tilgjengelige forskningen, klinisk ekspertise og pasientkarakteristika (American Psychological Association, 2007; Levant, 2005; Norsk Psykologforening, 2007). Den første kunnskapsbasen er den beste tilgjengelige forskningen. Denne basen understreker viktigheten av bredde i



forskningstilnærminger ved anvendelse av ulike forskningsdesign, men og at terapeuten er klar over de begrensningene og fortrinnene de ulike forskningsdesignene innehar. I tillegg poengteres det at det ikke kun er behandlingsmetoder som skal være i fokus for forskningen, da psykologisk praksis er en kompleks prosess som krever både et klinisk og forskningsmessig fokus på hva som bidrar til effektivitet i behandlingen. Forskningen innenfor klinisk psykologi og andre relaterte felt er mangfoldig, men det finnes kliniske problemstillinger hvor det finnes lite forskningsfunn (American Psychological Association, 2007). I slike tilfeller bør terapeuten bruke den beste tilgjengelige forskningen i samspill med sin kliniske erfaring for å fatte kliniske avgjørelser.

Den andre kunnskapsbasen er klinisk ekspertise. Klinisk ekspertise viser til at terapeuten integrerer kliniske erfaringer med den beste tilgjengelige forskningen (American Psychological Association, 2007; Levant, 2005; Norsk Psykologforening, 2007). Den tredje kunnskapsbasen, klientens karakteristika, postulerer at psykologiske intervensjoner vil være mest effektive når terapeuten er sensitiv overfor og tar hensyn til klientens spesifikke problemer, personlighetsvariabler, styrker, kontekst og preferanser (Norcross, 2002 as cited in Levant, 2005, p. 14). EBPP krever og fokus på klientens utviklingsstatus og historie, da det stilles spørsmål om i hvilken grad aktuelle intervensjoner tar utviklingsmessige hensyn, enten klientene er barn, ungdom, familier eller eldre (Levant, 2005).

Klinisk ekspertise innebærer at terapeuten er bevisst på og tar hensyn til klientens karakteristika, preferanser og kontekst, i tillegg til egne begrensninger i kunnskap og ferdigheter og evidensbaserte prinsipper (American Psychological

Association, 2007; Levant, 2005). Terapeuten må ha en integrert forståelse av alle kunnskapsbasene som grunnlag for vurderingen av hvilken strategi som vil være mest hensiktsmessig for å oppnå målene for terapien. Dette vil være en løpende vurdering hvor fleksibilitet og tilpasning til klienten er viktig. Klinisk ekspertise tillater derfor terapeuten til å tilpasse behandling til klientens kapasiteter, alder og utvikling, kjønn og andre karakteristika ved klienten.

Noe som inngår innenfor den tredje kunnskapsbasen, hva en må tilpasse behandlingen til, er språklig utvikling og hvilket språklig nivå klienten er på. Språklige egenskaper eller ferdigheter hos klienten kan være av særlig betydning, da all terapi bygger på en eller annen form for kommunikasjon mellom terapeut og klient(er). Det finnes flere tilstander eller årsaker til at en klient vil kunne ha vansker med en behandlingsform som i hovedsak bygger på verbal kommunikasjon, i hvert fall i perioder innenfor en terapisetting. Det kan være lav alder, sjenanse, impulsive eller ekspressive språkvansker, mental retardasjon eller andre tilstander som gjør at språkproduksjonen eller språkforståelsen er begrenset. Slike språklige begrensninger er noe enhver terapeut bør innrette seg og den terapiformen som brukes etter, for å kunne følge retningslinjene fra EBPP og maksimere effekten av behandling overfor den enkelte klient.

### **Formålet med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å beskrive og drøfte arbeidsmåter i terapeutisk virksomhet med barn som har ulike typer språkvansker. Språklig opplæring og hvordan terapeutiske intervensjoner kan fremme språklig utvikling vil ikke bli redegjort for. Fokus vil være på arbeidsmåter som kan anses å være teori-uavhengige, fremme utviklingen av en terapeutisk allianse og kommunikasjon

mellom terapeut og klient. Språklig funksjon blir drøftet som en del av klienter sine karakteristika som fordrer en tilpasning av terapeutisk tilnærminger, omtalt som den tredje kunnskapsbasen i prinsipperklæringen om EBPP.

### **Utviklingsforløp og klinisk arbeid med barn**

Det utviklingspsykologiske feltet er mangfoldig, innbefatter utvikling gjennom livsløpet og har flere forgreninger innenfor ulike fagfelt (Mæhle, 2007; Tetzchner, 2001), blant annet det lingvistiske og språklige (Tetzchner, 2001). Utviklingspsykologien har bidratt til kunnskap om og setter rammer for klinisk arbeid med barn (Mæhle, 2007; Shirk & Russel, 1996; Svendsen, Johns, Brautaset & Egebjerg, 2012). At barns utvikling er preget av samspill med andre, og at de selv er aktive og påvirker samspillet med sine karakteristika, er vel fundert innenfor utviklingspsykologifeltet (Mæhle, 2007; Tetzchner, 2001). Barns utvikling blir et produkt av dette samspillet, og kunnskapen fra utviklingspsykologien tyder på at klinisk arbeid med barn burde ha en relasjonell innfallsvinkel (Mæhle, 2007; Svendsen et al., 2012). Barn har særegenheter som oppstår gjennom ulike utviklingsmønstre, og den relasjonelle innfallsvinkelen i klinisk arbeid bør ta hensyn til særegenhetene ved barnet (Mæhle, 2007).

Slike særegenheter kan blant annet innebefatte språklig nivå. Utviklingen av språk og kommunikative ferdigheter hos barn kan ses på som et produkt av barnets biologiske utrustning, samspillet med barnets omsorgspersoner, barnets helse og støtte tilgjengelig i barnets miljø (Verhoeven & van Balkom 2004). Støtte i miljøet kan komme fra skolesystemet, terapeutisk intervensjon, familie, etc. Siden språket er et produkt av samspillet mellom de nevnte faktorene, er det stor variasjon blant barn i språklig utvikling og fungering, selv innenfor

normalområdet. Språklige vansker, om de er av en impressiv, ekspressiv eller pragmatisk art, kan få kvalitativt forskjellige uttrykk, og det kan være ulik grad av miljø- og biologisk innflytelse på den språklige utviklingen hos det enkelte barnet.

En annen del av utviklingspsykologien som Mæhle (2007) nevner som spesielt relevant for klinisk arbeid, er narrativ utvikling. Narrativ utvikling omhandler hvordan barn lærer å gi sine erfaringer og opplevelser mening og kommunisere sin forståelse til andre. En del av det kliniske arbeidet med barn vil være å hjelpe barnet å gi sine erfaringer mening og formidle den til andre, og eventuelt endre tidligere meningsdannelse til å bli mer hensiktsmessig (Brubakk, 2012; Mæhle, 2007).

Språket er tett knyttet til narrativ utvikling, da språklig samspill driver den narrative utviklingen (Mæhle, 2007). Det følger at det verbale språket har en stor plass i terapi med barn, da restruktureringen av et barns narrativ skjer gjennom dialog og samspill. Hva gjør en da når et barn skiller seg fra andre på sin alder språklig sett? Flere vektlegger hvordan en skal bruke sin kliniske kunnskap som et rammeverk i en terapissetting, men skreddersy og tilpasse arbeidsmåten til den enkelte pasients karakteristika (American Psychological Association, 2007; Levant, 2005; Mæhle, 2007). Kunnskap om hvordan barn på ulike utviklings- og aldersnivå uttrykker seg og kompetanse om hvordan en kommuniserer med barn, vil være svært viktig i det kliniske arbeidet. Når det gjelder barn med språklige begrensninger, finnes det flere metoder en kan bruke i terapi for å få kommunikasjonen i gang, bygge en relasjon og en allianse og drive terapi.

### **Tale, språk og kommunikasjon**

#### **Kommunikative vansker**

Tale, språk og kommunikasjon er begreper som ofte brukes om hverandre. Hvis et barn har språklige vansker kan det ha vansker innenfor ett, to eller alle områdene (Bishop & Norbury, 2008). Kommunikasjon kan defineres som overføringen av informasjon mellom en kilde og en mottaker, ved bruk av et signalsystem (McArthur, 1992). I hovedsak kommuniserer mennesker gjennom språket, men kommunikasjon inkluderer kroppsspråket, gester, symboler, ansiktsuttrykk, gester og lyder også. Språket derimot, innebærer at en bruker et komplekst formelt system, hvor en kombinerer ulike mindre elementer til meningsfulle enheter (Bishop & Norbury, 2008). Måten en setter sammen disse mindre enhetene på er regelbasert, og en kan generere utallige mulige meningsfulle enheter. Den mest vanlige måten å kommunisere ved bruk av språk, er gjennom talespråket. I talespråket blir et sett av ulike fonemer satt sammen til større enheter som gir mening. Talespråket kan og uttrykkes skriftlig og symbolsk gjennom tegnspråk. En kan dermed si at kommunikasjon er mer enn språk, og at språk er mer enn talespråket.

Barn kan ha ulike kommunikative vansker (Bishop & Norbury, 2008) og det finnes flere diagnoser for ulike vansker med kommunikasjon, talespråket og språket (WHO, 1999). Eksempelvis kan et barn ha ekspressive vansker med talespråket, slik at andre vil ha problemer med å oppfatte hva det sier. Vanskene kan være problemer med uttale, taleflyt eller stemmen, mens barnet kan forstå hva andre sier, klare å skrive og å bruke gester og ansiktsuttrykk for å akkompagnere talespråket. På denne måten kan han eller hun kommunisere med andre, men ikke kun gjennom talespråket. På den annen side kan det være et barn som ikke har problemer med uttale av fonemer og lignende, men som likevel har språklige

vansker. Det kan være at barnet kun har et rudimentært språk, produserer flere grammatiske feil, har vansker med å finne ord og/eller har et dårligere ordforråd sammenlignet med jevnaldrende. Språklige vansker som nevnt ovenfor kan påvirke talespråket i den forstand at barnet kan ha problemer med å uttrykke seg, og de språklige vanskene vil dermed være av en ekspressiv art. Andre kan da ha vanskeligheter med å forstå hva det er barnet forsøker å kommunisere. Et barn kan og ha evne til å produsere avanserte setninger og ha et feilfritt talespråk, uten å kommunisere normalt (Bishop & Norbury, 2008). Ta til eksempel et barn med Asperger syndrom som kan ha vansker med den pragmatiske bruken av språket. Han eller hun kan kanskje bruke språket og talespråket men ha vansker med å interagere med andre og få til gjensidig kommunikasjon.

Barn som prater lite kan skjule språkvansker over tid, spesielt hvis de kun har ekspressive vansker, da andre ikke legger merke til problemer med talespråket deres (Cross, 2004). Å oppdage språkvansker kan være utfordrende, men det finnes noen tegn en kan se etter. Hvis et barn oftest svarer "vet ikke", bekrefter de fleste spørsmålene som blir stilt, alltid velger første eller siste alternativ hvis han eller hun får flere svarmuligheter, svarer impulsivt eller feil eller endrer på svarene sine, kan det være indikasjoner på at de ikke har forstått hva det er som har blitt sagt og/eller opptrer sosialt ønskelig (Wilson & Powell, 2001). Hvis en terapeut mistenker språklige vansker, kan det tas kontakt med foreldrene for å undersøke hvordan de kommuniserer med barnet hjemme og hvordan de oppfatter barnet språklig sett. Kontakt med skolen vil og kunne være fruktbart, da de kjenner barnet i en annen setting, og terapeuten kan få et mer helhetlig bilde av hvordan barnet fungerer språklig og på andre måter (Cross, 2004).

Noen av årsakene til disse ulike kommunikasjonsvanskene er identifisert, eksempelvis ulike nevrologiske tilstander, skader o.l., men oftest er opphavet ukjent (Bishop, 1994; Verhoeven & van Balkom, 2004). Spesifikke språkvansker (SSV) er en bred diagnose som inkluderer problemer med ekspressivt språk eller språkforståelse og har en relativt ukjent etiologi (Bishop, 1994; Verhoeven & van Balkom, 2004). Denne diagnosen kan innbefatte svært ulike grader av og kvalitativt ulike språkvansker. Her er det språket som er i fokus, men det finnes andre diagnoser hvor språkvansker er en del av symptom bildet. Innenfor autismespekteret er språkvansker beskrevet som en del av symptom bildet, selv om grad av språklig svekkelse varierer (WHO, 1999).

### **Emosjonelle eller motivasjonsmessige sperrer**

Andre barn har evnen til å kommunisere, bruke språket og talespråket, men har ulike sperrer for å gjøre dette. Noen snakker ikke i visse situasjoner, eksempelvis utenfor hjemmet. Hvis et barn konsekvent ikke snakker i bestemte situasjoner, kan dette være tegn på at barnet har selektiv mutisme (Kristensen, 2005; Ørbeck, 2008). Selv om barn med selektiv mutisme ikke bruker talespråket i alle settinger, er det noen få som bruker ikke-verbal kommunikasjon, mens de fleste ikke gjør dette. Det antas at selektiv mutisme er knyttet til sosial angst og sjenerthet, hvor ulike situasjoner hvor en bruker talespråket fremkaller redsel hos barnet (Kristensen, 2005). Dårlig selvtillit, lav mestringstro, ordfattighet og usikkerhet kan og tenkes å påvirke når barn snakker og ikke. Hvis et barn har kommunikative vansker kan det være at det unngår å prate hvis det er angstvekkende.

I noen situasjoner er det slik at et barn kan snakke fritt om flere ting, men har vansker med å gå inn på spesifikke temaer eller hendelser. Barn som har vært utsatt for et traume kan ha vansker med å snakke om dette i ettertid, da det kan fremkalle mye angst (Kot & Tyndall-Lind, 2005). Det kan og være at en har blitt truet til å være stille om det som har skjedd eller opplever det som skamfullt. Hvis et barn væter sengen om natten og er skamfull over dette, og eventuelt andre vansker det blir henvist for, kan dette påvirke hvor verbalt det er i en terapitime. Det å snakke om angstprovoserende, emosjonelle eller skamfulle temaer vil kunne være utfordrende og noe et barn ikke har lyst til og unngår.

Andre barn kan unngå å snakke av opposisjonelle årsaker. Hvis et barn blir henvist til en psykolog på grunn av atferdsvansker og det er uenig i dette, kan det hende barnet vil unngå å snakke med psykologen, selv om det ikke har kommunikasjonsvansker. Det enkelte barnet kan ha opplevelser med at det å snakke ikke fører frem eller at det vil få skylden for ulike hendelser uansett hva det sier eller gjør. Det å være stille kan være en måte å ta kontroll i situasjonen på og/eller protestere mot det å bli henvist til en psykolog.

### **Fremmed- og tospråklighet**

Barn som har innvandret til Norge, kan ha et morsmål som er svært ulikt det norske språket. Dette kan gjøre kommunikasjonen mellom terapeut og pasient mer utfordrende, føre til misforståelser eller gjøre det vanskelig å kommunisere uten en tolk til stede. I tillegg kan det hende at andre kulturelle faktorer påvirker kommunikasjonen, både verbalt og nonverbalt, som gjør det vanskelig å kommunisere med hverandre (Wilson & Powell, 2001). Noen temaer kan være uvanlige å snakke om innenfor en annen kultur, slik at det kan begrense emnene



en gjerne kan snakke om i terapi eller føre til at terapeuten uvitende bryter normer eller fornærmer barnet og foreldrene.

Andre barn kan være tospråklige og ha vokst opp med et morsmål hjemme og et på skolen og blant venner. Barn som er vokst opp under slike forutsetninger kan "blande" språkene, slik at de bruker noen ord fra det ene språket og noen ord fra det andre språket i samtale (Wilson & Powell, 2001). Hvis en som terapeut kan begge språkene, vil dette kunne fungere, men oftest vil samtalen bli mer krevende.

Det kan være at barnet kan klare å snakke om generelle temaer i terapi, men ha mer vanskeligheter når samtaletemaer blir spesifikke eller terapeuten spør om detaljer (Wilson & Powell, 2001). I en terapissetting må en derfor vurdere hvor flytende det enkelte barn er i språket og avgjøre om det vil være behov for ekstra tilpasninger eller eventuelt en tolk i terapien. Selektiv mutisme er og hyppigere blant immigrantbarn og barn med et annet morsmål (Elizur & Perednik, 2003; Kristensen, 2005; Ørbeck, 2008), noe som kan antyde at immigrantbarn kan trenge ekstra tilpasninger i en terapissetting før de snakker.

### **Klinisk arbeid med barn og unge**

Sammenlignet med barn som har normal tale- og språkfungering, vil barn som har vansker innenfor disse områdene, ha en høyere forekomst av psykiske lidelser (Beitchman, Brownlie & Wilson, 1996a; Beitchman, Cohen, Konstantareas & Tannock, 1996b; Cross, 2004). I følge nyere studier kan opptil en tredjedel av pasienter som har vært innom psykisk helsevern med atferds- og/eller lærevansker ha underliggende språkvansker i tillegg (Beitchman et al., 1996b). Andre estimerer at komorbiditeten mellom språklige vansker, lærevansker og psykiske lidelser kan være mye høyere (Cross, 2004). Sammenhengen mellom tale-

og språkvansker og psykiske lidelser har blitt viet oppmerksomhet av forskere og det finnes flere teorier på området (Beitchman et al., 1996a). En teori omhandler hvordan språket er knyttet til sosial fungering, og at psykiske lidelser vil være et resultat av dårlig sosial fungering grunnet språkvansker. Språkvansker kan og knyttes til emosjonelle vansker ved at språket fungerer som et verktøy for kognitiv og emosjonell regulering (Cross, 2004; Dale, 1996). Hvis et barn har språklige vansker, vil de kunne påvirke utviklingen av emosjonell regulering negativt. Andre teorier vektlegger at det kan være medierende faktorer som kan være opphav til både språklige vansker og psykiske lidelser (Beitchman et al., 1996a). Her blir både miljømessige og nevrologiske faktorer nevnt.

Ifølge Cross (2004) blir språkvanskene ofte ikke oppdaget, selv om barnet har vært innom hjelpeapparatet. Dette gjelder i hovedsak barn som er blitt henvist med emosjonelle og atferdsmessige vansker, men også for de som er blitt henvist med lærevansker. Hvis språkvansker forblir uoppdaget, vil ikke barnet få den tilpasningen til eller forståelsen fra miljøet som det vil kunne ha behov for. Dette kan utvikle seg til en ond sirkel og forverre problematferd videre. Eksempelvis vil et barn kunne ha vansker med å forstå instruksjoner som blir gitt hjemme eller i en skolesetting. Dette kan føre til frustrasjon og misoppfattelser hos barnet og nære andre. Foreldre og/eller lærere kan tenke at barnet er lat eller trassig, og barnet kan bli ytterligere frustrert over å ikke kunne uttrykke seg tydelig nok og over irritasjon hos nærpå personer. I tillegg kan feil tiltak iverksettes, hvis en ikke vet at barnet har språkvansker. Slike tiltak kan tenkes å ha liten effekt og i verste fall minske mestringsopplevelse for barnet og forverre eksisterende problematikk. Begrensede språkferdigheter kan påvirke ulike områder av et barns utvikling

negativt, spesielt hvis barna ikke mottar adekvat hjelp eller tilpasning (Cross, 2004; Verhoeven & van Balkom, 2004).

I klinisk arbeid med barn vil en komme til å møte barn med identifiserte eller uidentifiserte språkvansker. Å være bevisst den høye komorbiditeten som finnes mellom psykiske lidelser og språklige vansker vil være viktig i en terapissetting, da dette vil påvirke hvordan en legger opp behandlingen. Barna vil ha behov for tilrettelegging for å kunne kommunisere mer effektivt (Cross, 2004; Freeman, Epston & Lobovits, 1997; Verhoeven & van Balkom, 2004). Det finnes terapeutiske metoder eller teknikker som kan brukes for å få kommunikasjonen i gang, bygge en terapeutisk relasjon og eventuelt føre til en bedring av barnets fungering, enten det er kommunikative vansker eller andre problem som er henvisningsårsak.

### **Taushet i kommunikasjonen**

Taushet i kommunikasjonen kan oppfattes som ubehagelig eller utfordrende for enhver person, ikke kun for barn eller terapeuter. Det finnes måter å kommunisere på som kan gjøre det enklere for et barn å snakke, og det å gjøre oppmerksom på og å bevisstgjøre personer som omgås barnet om reaksjonene taushet kan utløse, vil være del av et behandlingsopplegg (Kristensen, 2005).

Kristensen (2005) nevner flere reaksjoner som oppstår som en følge av taushet i kommunikasjonen, basert på erfaringer fra klinisk arbeid med barn med selektiv mutisme. Hvis en person er taus i en dialog, kan dette vekke sterke følelser hos den andre part. Det kan være sinne og irritasjon, men også glede hvis et stille barn først snakker. Tausheten kan føre til at den andre personen blir taus selv og at samtalen stopper opp, eller motsatt, at samtalepartneren overkompenserer ved

å snakke for to. En kan gjøre samtalen om til en intervjuform for å prøve å få svar fra personen som er taus, eller forsøke å presse barnet til å snakke. Ingen av de ovennevnte reaksjonene vil være gunstige i møte med et taust barn. Taushet kan og formidle mening, men tausheten kan føre til misforståelser, da taushet er tvetydig. En kan forbinde taushet med trass eller negativitet eller danne årsaksforklaringer som ikke nødvendigvis er riktige.

Atferden og følelsene som utløses i miljøet, kan være med på å opprettholde eller forverre barnets symptomer og atferd (Kristensen, 2005; Ørbeck, 2008). Eksempelvis kan voksne forsøke å få barnet til å snakke slik at barnet opplever press, noe som kan fremprovosere angst og gjøre barnet mer taust. Hvis barnet først snakker og personer rundt reagerer med stor entusiasme, kan det medføre at barnet får mye oppmerksomhet. Oppmerksomhet kan være noe som barnet forsøker å unngå, slik at barnet får mindre lyst til å snakke ved en senere anledning. Dette kan tenkes å være reaksjonsmønstre som kan være gjeldende i møte med sjenerte og fåmælte barn eller barn som har sosial angst, da taushet og kan oppstå. For andre barn vil årsaken til taushet kunne være at de ikke har språk, kun rudimentært språk eller ekspressive språkvansker. Uansett årsak til taushet i samhandlingen med barn, bør en som terapeut være reflektert om tausheten.

## **Allianse**

### **Arbeidsallianse og den terapeutiske relasjonen**

Terapeutisk samarbeid kan ikke beskrives på en enkel måte og en snakker ofte om både en relasjon og en arbeidsallianse (Svendsen, 2007). Begrepene terapeutisk relasjon og arbeidsallianse refererer til to relaterte, men noe forskjellige fenomener. Den terapeutiske relasjonen viser til det emosjonelle

båndet mellom terapeut og klient (Shirk & Russel, 1996), mens en arbeidsallianse innebærer en enighet om mål og oppgaver i tillegg til et emosjonelt bånd mellom partene (Bordin, 1979). En god allianse er knyttet til gode behandlingsresultater innenfor barnefeltet (Fjermestad, 2011; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006; Kazdin & Durbin, 2012; Shirk & Russel, 1996; Shirk, Karver & Brown, 2011), noe som tyder på at interpersonlige prosesser kan fungere som terapeutiske og endringsfremmende teknikker og være et viktig virkemiddel i en terapissetting.

Shirk og Russel (1996) vektlegger særlig tre kvaliteter ved den terapeutiske relasjonen som vil kunne være endringsfremmende i terapi; den terapeutiske relasjonen som støtte, som allianse og som teknikk. Relasjonen kan fungere som en støtte ved at den har en kompensatorisk funksjon, enten gjennom å validere selvet eller ved å tilrettelegge for videre utvikling. Relasjon som allianse går ut på at det oppstår et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient, som blant annet kan motivere og hjelpe barnet til å delta i den aktuelle intervensjonen. Den terapeutiske relasjonen kan og benyttes som en teknikk for å endre indre interpersonlige representasjoner, gjennom dannelsen av nye relasjonelle erfaringer. Relasjonen blir sett på som en del av den terapeutiske intervensjonen og en teknikk som brukes intensjonelt for å fremme endring hos pasienten (Axline, 1947,1969; Shirk & Russel, 1996). Andre ser på det emosjonelle båndet som funksjonelt, at det er en forutsetning for at en person kan engasjere seg i terapeutiske oppgaver (Shirk et al., 2011). En person vil dermed oppnå terapeutiske endringer gjennom utførelsen av oppgavene, fremfor gjennom det emosjonelle båndet i seg selv.

Bordin (1979) gav en definisjon av arbeidsallianse som kan benyttes uavhengig av teoretisk forankring. Ifølge denne definisjonen består en arbeidsallianse av tre sentrale trekk; en enighet om terapiens mål, en enighet om og konkretisering av terapeutiske arbeidsoppgaver og et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient med grunnlag i felles aktivitet. En arbeidsallianse blir dermed mer enn et emosjonelt bånd eller en relasjon, siden en enighet om mål og oppgaver inngår i definisjonen. Versjoner av Bordin (1979) sin definisjon av allianse er de mest anvendte i dag (Fjermestad, 2011). Videre i teksten vil arbeidsalliansebegrepet til Bordin (1979) være i fokus og benevnes som allianse.

### **Utviklingssensitiv tilnærming til utvikling av allianse med barn**

Med barn vil en måtte ta hensyn til både utviklingsmessige forhold, eksempelvis språklig nivå, og kontekstuelle forhold, når en skal drive terapi og bygge allianse (Mæhle, 2007; Svendsen, 2007). Dette vil kreve ulike arbeidsmåter og gi ulike utfordringer ved oppbygging av en allianse. Det er ikke bare barnet en skal utvikle en allianse med, men og foreldre og andre nærpåersoner (Fjermestad, 2011; Shirk et al., 2011; Svendsen, 2007). Foreldreinvolvering i terapi med barn synes å være forbundet med gode behandlingsresultater (Friedberg & Gorman, 2007; Karver et al., 2006; Shirk et al., 2011), og at foreldre forstår rammeverket for terapien og opptre som en støtte for barnet i terapiprosessen vil være positivt (Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007). Å presentere seg selv som en hjelper vil og være viktig for oppbyggingen av allianse siden barn sjelden henviser seg selv (Shirk & Russel, 1996 ; Svendsen, 2007).

Haavind (1996) påpeker at barn kan ha en tendens til å unngå temaer og erfaringer som de oppfatter som ubehagelige. At andre bekymrer seg for eller

uttrykker misnøye overfor dem, vil ofte gjøre barn ukomfortable. Hvordan de kommuniserer med en fremmed voksenperson kan variere, spesielt hvis de opplever at det er ubehagelige temaer som er i fokus. Hvis barnet forteller om ulike hendelser og opplevelser, kan det være vanskelig for terapeuten å forstå hva det er barnet referer til, da unge barn kan ha vansker med å gi en inngående utgreiing om atferd og følelser. Ofte vil et barn fortelle om atferd og følelser som inngår i sosiale rutiner og ha dårlige forutsetninger for å kunne beskrive komplekse følelser og situasjoner. Barn med språklige vansker vil kunne ha ytterligere problemer med å uttrykke seg og delta i samtale sammenlignet med barn som har normal språkutvikling.

Ved oppbygging og utvikling av en terapeutisk relasjon eller en allianse, er det viktig å ta høyde for at barnet er i utvikling og uttrykker seg gjennom ulike kommunikasjonskanaler (Axline, 1947, 1969; Brubakk, 2012; Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007). Lek, tegning, metaforer og andre ikke-verbale uttrykksmåter er mulige former for barnet for å formidle mening fra sitt perspektiv, i tillegg til verbale ytringer. Terapeuten kan sammen med barnet prøve å finne frem til alternative måter barnet kan uttrykke seg på hvis det har vanskeligheter med å benytte seg av talespråket alene. For å fremme alliansebyggingen med foreldre vil det være nyttig å fortelle dem om de ulike kommunikasjonskanalene barn kan bruke, slik at de kan få en økt forståelse for terapiprosessen og måten en jobber på (Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007).

For å bygge opp kommunikasjonen og en allianse mellom terapeut og barn vil felles oppmerksomhet være nødvendig (Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012). Hvis terapeuten følger barnets oppmerksomhet i terapirommet og tar

utgangspunkt i det barnet interesserer seg for, kan det være en strategi for å oppnå felles fokus (Brubakk, 2012; Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012). Lek, tegning eller spill er eksempler på aktiviteter terapeuten og barnet kan fokusere på sammen. Lek og tegning er aktiviteter som pågår her og nå, hvor barnet ikke trenger å føle press på å snakke om visse temaer. Gjennom felles oppmerksomhet og samhandling vil terapeuten etter hvert kunne bli bedre kjent med barnet og finne ut av hvordan det liker å kommunisere, og ideelt sett utvikle måter å kommunisere på som fungerer for begge parter. Selve terapien, både oppstart og de videre timene, må utformes på barnas premisser og ut ifra deres utviklingsmessige nivå, språkforståelse og emosjonelle repertoar (Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012).

Å bruke komparentopplysninger og å ta utgangspunkt i barnets uttrykksmåte ved de første møtene, vil være et bra sted å starte i forhold til videre planlegging av terapi og utvikling av alliansen (Svendsen, 2007), slik at terapeuten "møter" barna i deres opplevelsesverden. Å møte barna gjennom lek og kreativ utfoldelse kan gi dem muligheter til å få mer innflytelse, nye erfaringer med det å mestre og muligheter til å overskride den fysiske situasjonen de befinner seg i (Axline, 1947, 1969; Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012). Barn kan som regel fra 3-4 års alderen skille lek fra virkelighet (Mossige, 1996; Haavind, 1996). Det er imidlertid et lite overlapp mellom fantasi og virkelighet, da en i selve leken "er" den personen/objektet som en leker å være. Bruk av metaforer skaper en tilsvarende dobbelthet. Metaforer kan omhandle situasjoner, egenskaper eller noe som innbefatter barnet, og samtidig være et "bilde" (Mossige, 1996). Dette overlappet mellom fantasi og virkelighet kan gjøre det enklere for barnet og



terapeuten å utforske vanskelige temaer, da det er mindre direkte og truende (Johns & Svendsen, 2012; Mossige, 1996). Bruk av kreative metoder som lek, tegning og rollespill kan fremme oppbyggingen av en allianse (Fjermestad, 2011). For å bygge et emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient vil felles aktivitet og samarbeid være nødvendig (Bordin, 1979), noe lek og andre kreative metoder kan bidra til å skape.

### **Barn med språklige vansker**

Språket brukes i stor grad i interpersonlig kontakt og i relasjonsdanning, for regulering av interaksjoner og kan påvirke barns sosialisering (McCabe & Meller, 2004). Både i barne- og voksenalder er språket en viktig medierende komponent innenfor relasjoner. En sentral del av samhandling er å kunne uttrykke seg verbalt og forstå hva andre formidler gjennom språket, og dersom barn ikke mestrer dette på en adekvat måte er det naturlig å tenke seg at kommunikasjon og samhandling kan være utfordrende. Språkvansker hos barn er assosiert med sosiale vansker og lavere sosial kompetanse sammenliknet med jevnaldrende med normalt språk (McCabe & Meller, 2004).

Sosial kompetanse, intelligens og verbale evner har blitt knyttet til oppbygging av allianse (Kazdin & Durbin, 2012). Et barn som er intelligent, verbalt og sosialt kompetent vil kunne ha bedre forutsetninger for å oppnå en felles forståelse med og å relatere seg til terapeuten, og å samarbeide og å engasjere seg i terapeutiske oppgaver, sammenliknet med barn som har dårlige sosiale ferdigheter, lite språk og lavere intelligens. Barn med språklige vansker kan ha behov for tilpasning av arbeidsmetoder i terapi for å fremme utviklingen av en god allianse.

**Utvikling av et emosjonelt bånd.** Et emosjonelt bånd mellom klient og terapeut kan dannes ved at en samarbeider med barnet på dets premisser (Svendsen et al., 2012), og utvikles videre ved opprettelsen av felles mål og utføringen av terapeutiske oppgaver (Bordin, 1979). Det er derfor viktig at barnet forstår meningen med terapi, slik at det kan bli engasjert i oppgaver og aktiviteter i terapissettingen. At barnet stoler på og har tillit til terapeuten og føler seg akseptert vil også være sentralt (Axline, 1947, 1969; Shirk & Russel, 1996; Svendsen, 2007).

Et emosjonelt bånd kan være regulerende for samspillet mellom barn og terapeut og være viktig for å opprettholde delt oppmerksomhet og fokus (Svendsen, 2007). Terapeuten må være bevisst og responsiv til barnets affektive signaler, kunne følge dets oppmerksomhetsfokus, være engasjert i barnets formidling og være en god lytter (Brubakk, 2012; Cross, 2004; Svendsen, 2007). Å samarbeide og bygge et emosjonelt bånd med barnet på dets premisser behøver ikke å kreve mye verbalisering fra barnet. Kreative metoder som lek og tegning krever ikke mye fra barnet språklig, og det kan selv ta initiativ til og styre slike aktiviteter.

**Mål for terapi og valg av terapeutiske oppgaver.** For å bygge en allianse må terapeut og barn bli enige om mål for terapien (Bordin, 1979). For å få til dette kan terapeuten ta utgangspunkt i hva barnet selv forteller og bruke barnas egne ord for å formulere et mål, som gjerne kan være metaforisk (Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007). Ta til eksempel et barn som har mye angst og blir henvist for dette. Hvis barnet bruker mye av timen på å tegne, leke eller fortelle om løver og hvor fryktløse de er, kan terapeuten ta utgangspunkt i dette for å lage et mål for terapien. Målet og de terapeutiske oppgavene kan omhandle hvordan barnet kan

bli like sterk som en løve, eller eventuelt hva en kan gjøre for at det skal være mindre redd for en løve. På denne måten kan en bruke et barns interesseområde og planlegge terapiforløpet videre sammen med barnet på dets premisser.

Grad av språklige vansker vil påvirke målformuleringsprosessen. Hvis barnet har språk, men er tilbakeholden når det kommer til temaer knyttet til problematferd eller er sjenert, kan terapeuten vente noen timer før han/hun sammen med barnet utarbeider ulike mål. Når barnet føler seg mer trygg på terapeuten og terapissettingen, kan terapeuten forsøke å diskutere mål og ulike metoder for å oppnå målet (Svendsen, 2007). Hvis barnet har ekspressive vansker vil det kunne være utfordrende for barnet å uttrykke hvilke ønsker og mål som er viktige for ham/henne. Terapeuten kan supplere med verbale ytringer og la barnet svare muntlig eller ved bruk av hjelpemidler. Ved bruk av nonverbale metoder og strategier, eksempelvis tegning, kan barnet tegne for å uttrykke mål og ønsker for terapi (Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007).

Utarbeidingen av terapeutiske mål og oppgaver kan være utfordrende for et barn med språklige vansker, hvis det fordrer mye verbal interaksjon mellom barn og terapeut. Uavhengig av grad av språklige vansker kan terapeuten ved valg av terapeutiske oppgaver forsøke å ta utgangspunkt i aktiviteter som barnet har vist interesse for, og være ekstra sensitiv i forhold til barnets nonverbale språk (holdning, gester og ansiktsuttrykk), for å avgjøre om barnet er enig i valget av oppgaver.

### **Allianse og relevans for kliniske utfall**

Forskningen på alliansefeltet tyder på at allianse og behandlingsutfall er relatert til hverandre, men en god allianse er ikke ensbetydende med terapeutisk

endring (Fjermestad, 2011; Karver et al., 2006; Kazdin & Durbin, 2012; Shirk et al., 2011). Korrelasjonsstudier viser at det er en samvariasjon mellom terapeutisk bedring og allianse, men hvordan disse variablene samvarierer og interagerer fremstår som uklart (Halmrast & Skjerve, In press). Det er usikkert om det finnes andre variabler, som er relatert til både behandlingsutfall og allianse, som forklarer hele eller deler av sammenhengen mellom terapeutisk bedring og allianse (Kazdin & Durbin, 2012). Innenfor en terapeutisk setting vil det likevel være viktig å få en god relasjon til klienten, siden kjernen i psykologisk praksis er en interpersonlig relasjon eller et samarbeid mellom klient og terapeut for å oppnå endring (American Psychological Association, 2007). En god allianse vil kunne hjelpe klienten til å være motivert for endring og møte opp til timer, noe som vil være nødvendig for implementeringen av en intervensjon og kunne ha betydning for behandlingsutfall.

Under oppbyggingen av en allianse trenger en terapeut å ha kunnskap om utviklingspsykologi og bruke denne kunnskapen i utformingen av den videre terapien (Johns & Svendsen, 2012; Svendsen, 2007). Barn vil ha ulike utgangspunkt og forutsetninger for å kunne innlede en allianse. De individuelle forutsetningene må utforskes i møtet med barnet og viktige andre. Språklig fungering og hvilke uttrykksmåter barnet har, vil påvirke hvilke metoder en bruker i terapi. Å kunne omgjøre den informasjonen en får om et barn, den kunnskapen en har om utviklingspsykologi og om terapi generelt, til ulike handlingsalternativer i den enkelte terapi vil være sentralt gjennom terapiforløpet (Svendsen, 2007).

## **Terapeutiske strategier og metoder i arbeid med barn og unge med språklige begrensninger**

### **Forberedelser og terapeutens språk**

Når en terapeut møter barn med identifiserte/uidentifiserte språkvansker eller barn som er lite verbale eller er svært unge, har terapeuten et ansvar for å legge til rette for at kommunikasjonen kan bli best mulig (Cross, 2004; Wilson & Powell, 2001). En måte for å hjelpe barnet til å utvikle og bruke sine kommunikative ferdigheter er å la det få valg og å ta avgjørelser selv, da dette kan styrke deres behov for å kommunisere (Cross, 2004) og bidra til utviklingen av en god allianse og relasjon (Axline, 1947, 1969; Johns & Svendsen, 2012). En kan for eksempel la barnet velge farger, eller bestemme aktivitet og følge barnet i det det har lyst til. En kan og la barnet slippe å snakke hvis det ikke vil det. Å ha en responderende samtalepartner som reagerer på deres handlinger og det de sier, gjør barn mer villige og interesserte i å kommunisere (Cross, 2004). Et viktig poeng er at en som terapeut må være tålmodig i en slik setting. (Axline, 1947, 1969; Cross, 2004; Wilson & Powell, 2001). Barn med for eksempel ekspressive vansker vil kanskje kunne klare å verbalisere, men vil kunne trenge mer tid på å formulere og uttrykke seg enn andre barn. Å skape en aksepterende atmosfære og gi barnet rom til å uttrykke seg i sitt tempo vil være av betydning for det videre terapeutiske arbeidet (Axline, 1947, 1969; Haavind, 1996; Johnson et al, 2005).

**Tilrettelegging for kommunikasjon.** Hvis det er slik at terapeuten på forhånd vet at dette er et barn med språklige begrensninger, er det flere ting som kan gjøres for å tilrettelegge kommunikasjonen, slik at den blir best mulig. En kan snakke med omsorgspersonene til barnet for å finne ut hvordan de vanligvis

kommuniserer, om de bruker talespråket alene, i kombinasjon med hjelpemidler eller nytter andre metoder som erstatter talespråket (Cross, 2004; Wilson & Powell, 2001; Svendsen, 2007). Noen barn er kanskje ikke vant til å bruke kun talespråket, slik at de nonverbale og symbolske kommunikasjonsmidlene og – strategiene de bruker vil være noe en kan forsøke å ta i bruk. Det kan være bøker, tavler, bilder, objekter og lignende. Naturlige gester, ansiktsuttrykk og kroppsspråk vil være ekstra viktig å være bevisst på, da dette kan brukes som kommunikasjon, både av barnet og terapeuten (Johns & Svendsen, 2012). Å finne ut av styrker og hvilke egenskaper barnet har, hvordan best motivere og hva barnet liker/ikke liker av samtaletemaer og interesser, vil være tilnærminger som er nyttige i en terapissetting (Wilson & Powell, 2001). Hvis barnet snakker lite, kan en forhøre seg om hvilke situasjoner dette barnet vanligvis prater i, hvilke temaer og uttrykk barnet er kjent med og hvilke vansker de har med bruken og forståelsen av språk og tale.

Hvis et barn med hørselsvansker blir henvist for eksempel, kan terapeuten forhøre seg om grad og type hørselsnedsetting dette barnet har. Terapeuten kan snakke med omsorgspersonene og stille spørsmål angående hvordan hørselsproblemene til dette barnet kommer til uttrykk i samhandling med andre og påvirker kommunikasjonen. Da kan en få vite om eventuelle behov for en tolk hvis barnet bruker tegnspråk, om barnet pleier å lese på leppene til andre eller bruker en bildebok for å delta i samtale. Denne informasjonen kan rettlede terapeuten om hvordan han eller hun kan forberede seg. Hvis barnet leser på leppene, er det viktig at det er nok lys i terapirommet og at terapeuten posisjonerer seg slik at barnet kan se ansiktet tydelig (Wilson & Powell, 2001). Om

barnet bruker en bildebok vil det være nødvendig å ha barnets egen eller andre bildebøker tilgjengelig. Ved å få mer kunnskap om hvordan det enkelte barnet pleier å kommunisere med andre vil terapeuten vet mer om hva han eller hun kan forvente seg og hva som eventuelt burde være til stede i rommet.

**Ordbruk og språk.** Barn har ofte en bokstavelig oppfatning av ord, spesielt i ung alder (Wilson & Powell, 2001). Barn kan og ha en situasjonsspesifikk oppfatning av ord, da de ofte lærer ord i en kontekst. Forståelsen vil kunne utvide seg med tiden, i ulikt tempo for forskjellige ord og for hvert enkelt barn. Når et barn starter på skolen, vil denne forståelsen gradvis utvikle seg, selv om komplekse ord og tvetydige setninger eller spørsmål fremdeles vil være vanskelig å forstå. Hvordan man snakker med barnet og hvilke ord som brukes, vil dermed kunne påvirke barnets respons. Konkrete spørreord som hva, hvem og hvor kan forstås fra en relativt tidlig alder, ofte allerede i 3-års alderen (Saywitz, 1995). Hvorfor, når og hvordan er vanskelig å svare på før en er i 5-6 års alderen, men dette vil kunne variere. Disse spørreordene ber om mer abstrakt informasjon, samt at de kan oppfattes anklagende. Eksempelvis hvis det er snakk om en spesifikk hendelse barnet har vært involvert i, kan det indikere at det er barnet som har skyld i hendelsen. Derfor bør disse spørreordene brukes med varsomhet. Barn med språkvansker av en eller annen art vil kunne tenkes å ha vansker med eller ha en forsinket forståelse av slike ord, samt kunne ha andre komorbide vansker (eksempelvis psykisk utviklingshemning eller kognitiv svikt), slik at det blir nødvendig å holde seg på det konkrete planet i samtalen.

Setningsstrukturen kan det og være viktig å være oppmerksom på (Saywitz, 1995). Selv om et barn kan forstå alle de individuelle ordene i en setning, trenger

ikke det å bety at de forstår sammensetningen av disse ordene i selve setningen. Det å snakke langsommere, uttale ordene tydelig og unngå å bruke lange og komplekse setninger og ord, vil kunne være nødvendig (Cross, 2004; Wilson & Powell, 2001). Når en bruker verb i en setning, kan det være gunstig å bruke nåtid. Barn kan ha vansker med å forstå fortid, spesielt kompliserte bøyninger av fortid. For eksempel vil et barn kunne ha mer vansker med å forstå "det kan ha vært vanskelig?" sammenlignet med "er det vanskelig?". Enkle og direkte spørsmål og påstander vil kunne være enklere å forstå enn figurativt språk og uttrykk.

Når en stiller spørsmål til barnet, vil åpne spørsmål kunne fungere best (Wilson & Powell, 2001). Lukkede spørsmål, eksempelvis ja- og nei spørsmål, stiller mindre krav til ekspressive verbale ferdigheter, da de begrenser svaralternativene for barnet. Men de er mindre sensitive overfor om barnet faktisk forstår spørsmålet og innholdet i det. Det kan hende at et barn svarer uten å forstå hva det er som blir sagt eller misforstår hva han eller hun blir spurt om. Lukkede spørsmål kan brukes, men bør ikke være den dominerende spørreformen. Å stille utdypende og åpne spørsmål vil heller kunne tenkes å gi mer utfyllende forståelse av barnets kommunikasjon samt vise interesse, fremfor lukkede spørsmål eller korrigerende (Cross, 2004). Hvis det virker som om et barn ikke har forstått det en sier, kan en unngå å direkte repetere det en har sagt (Wilson & Powell, 2001). En kan heller omformulere, bruke enklere ord og uttrykk og forenkle grammatikken eller konseptene hvis mulig. Å ta utgangspunkt i barnets formuleringer, uttrykk og ord vil kunne hjelpe på kommunikasjonen, da det kan tenkes at barnet lettere vil forstå denne måten og snakke på (Wilson & Powell, 2001; Svendsen, 2007). En annen måte for å øke sannsynligheten for at barnet får med seg det som blir sagt,



er å legge inn pauser mellom setningene, slik at barnet får bedre tid til å prosessere budskapet og dermed muligheten for å delta i samtalen (Cross, 2004; Kristensen, 2005). Det å gjenta nøkkelinformasjon og konsepter vil kunne styrke forståelse og læring av vokabular hos barnet (Cross, 2004).

En skal unngå å fullføre eller rette på et barns setninger, da dette kan tenkes å være frustrerende, føre til at barnet ikke opplever aksept fra terapeuten og at det lukker seg (Cross, 2004; Wilson & Powell, 2001). Spesielt hos barn med språklige vansker vil det kunne oppstå flere grammatiske feil og situasjoner som kan gjøre det utfordrende for terapeuten å forstå hva det er barnet forsøker å kommunisere. Terapeuten kan ofte forstå hva ulike ord og uttrykk i en samtale betyr ut fra kontekst, men hvis han eller hun har problemer med å forstå hva barnet sier, kan terapeuten eventuelt si "fortell meg mer" (Cross, 2004). For å unngå at barnet føler seg avvist, kan terapeuten også gjengi det barnet har sagt på en spørrende måte for å få utfyllende informasjon og på den måten virke interessert i barnet og barnets opplevelser. Dette kan virke naturlig og oppfattes som et ønske om å forstå barnet, fremfor at situasjonen blir oppfattet som evaluerende.

En annen måte å stimulere den videre språkutviklingen på uten å korrigere barnet, er å bruke en strategi kalt "utfylling" (Cross, 2004). Dette går ut på at hvis et barn sier en setning som er veldig kort eller uferdig, kan terapeuten bruke den samme setningen og utdype eller utfylle den. Hvis et barn sier: "Jeg gikk ut, løp og på fotball", kan terapeuten si "Du gikk ut av huset og løp, fordi du skulle på fotballtrening?". På denne måten kan en forsikre seg om at en har forstått barnet riktig, uten å virke evaluerende.

Hvilke interesser barna har eller sosiale handlinger de kjenner til kan brukes som metaforer og analogier. Selv om et barn har språklige vansker er det en mulighet for at det kan forstå ulike skript, og en kan ta utgangspunkt i disse eller bruke bilder, tegneserier eller matriser som et ekstra hjelpemiddel i terapien. Et eksempel er et barn som er glad i fotball, som kan reglene for dette, og vet godt hva "fotballkamp-skriptet" inneholder av regler, handlinger og rammeverk. Dette sammen med en sensitiv terapeut som bruker enkle ord og korte setninger, vil kunne øke sannsynligheten for at barnet klarer å delta og forstå innholdet i timene (Cross, 2004).

### **Defokusert kommunikasjon**

Kristensen (2005) har på bakgrunn av klinisk erfaring, foreslått defokusert kommunikasjon som en grunnregel i møte med barn med selektiv mutisme. Prinsippet kan overføres til barn med lignende kommunikative vansker, eksempelvis sosialt engstelige barn. Defokusert kommunikasjon tar hensyn til at barna med selektiv mutisme ofte er redde for å komme innenfor oppmerksomhetsfeltet til andre og å være i fokus. En skal ikke presse barnet, ha lite blikkontakt og helst sitte ved siden av barnet, fremfor overfor. En kan gjerne holde på med en aktivitet og holde fokus på aktiviteten. Dette gjøres for at situasjonen skal være minst mulig truende for barnet, ved at fokuset ikke er direkte på det.

Tema og formen i samtalen skal og være "defokusert", hvor en snakker lite om barnet og barnets opplevelser og følelser. En kan heller snakke om en interesse barnet har eller nøytrale temaer. Spørsmålene bør være undrende fremfor direkte, slik at terapeuten selv kan holde samtalen gående, uten at barnet føler seg presset

til å måtte si noe. Å holde dialogen i gang selv om barnet er taust er viktig, og en kan putte inn pauser slik at barnet har mulighet til å delta i samtalen hvis det ønsker det. En kan og starte med noe som har lite kommunikativt meningsinnhold, eksempelvis regler og telling, som noe barnet kan delta i. Å bruke objekter som kommunikasjonsmiddel slik at fokus ikke er på barnet, er og noe som kan gjøres. Dukker, bamser og PC (skrive på) kan være hjelpemidler. Defokusert kommunikasjon har fellestrekk med eksternalisering, en annen strategi som vil bli omtalt mer grundig i et senere avsnitt.

Å formidle til barnet at det er greit å si feil, kan gjøre barnet mer rolig i settingen (Cross, 2004; Kristensen, 2005). Hvis barnet snakker, bør en forholde seg rolig, holde et moderat affektnivå og ikke gi for mye oppmerksomhet til barnet, da det ofte er det barnet vil unngå (Kristensen, 2005). Kommunikasjonen kan tøyes gradvis, innenfor et angstnivå barnet tolererer. Defokusert kommunikasjon kan tenkes og være noe en kan bruke i møte med barn som har sosial angst, er sjenerte eller er usikre i en terapisisituasjon, siden det tar fokuset vekk fra barnet og over på noe annet og kan gjøre kommunikasjonen enklere.

## **Lek**

Lek kan brukes som en kompenserende metode for å støtte eller delvis erstatte verbalt språk. Dette kan gjøres i en oppstart, av og til eller gjennomgående i et terapiforløp. I leketerapien brukes ikke leken primært som et kompensatorisk tiltak rettet mot språklige begrensninger hos barn, men som et virkemiddel av terapeutisk art. Noen av de spesifikke elementene i lek som anses å være endringsfremmende, er den kommunikative verdien lek har og at barn lettere vil kunne uttrykke følelser og tanker gjennom lek enn ved ord alene (Reddy, Files-Hall

& Schaefer, 2005a). Andre elementer som nevnes er læringseffekten lek kan ha og at lek kan virke positivt på utviklingen av en arbeidsallianse og en god relasjon. Barn lærer bedre gjennom lek, synes ofte lek er morsomt og vil være motivert for å leke. I tillegg kan lek være et medium hvor en kan uttrykke negative følelser og stress, da en i lek ikke trenger å ta hensyn til begrensningene i den virkelige verden (Haavind, 1996; Johnson, Pedro-Carrol & Demanchick, 2005). Lek som terapeutisk metode kan hjelpe utviklingen til barn, normal eller avvikende, og vil kunne bedre emosjonelle og atferdsmessige vansker hos barn (Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005a).

Lek blir brukt som terapiform innenfor flere ulike teoretiske retninger, blant annet innenfor den kognitive og den psykodynamiske tradisjonen (Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005a). Empirisk baserte lekeintervensjoner for barn, forebyggende eller rettet mot spesifikke lidelser, har det kommet mer av de siste årene. Det finnes blant annet empirisk baserte intervensjoner for barn som har vært vitne til vold i hjemmet, for barn med ADHD, autisme eller eksternaliserende atferdsvansker (Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005b). Leketerapi kan være ledende og ikke-ledende, men det er mer empirisk støtte for førstnevnte (Shelby & Felix, 2005).

**Lek som kommunikasjon.** Lek kan brukes som en kommunikasjonskanal når barn har impressive eller ekspressive språkvansker. En kan bevege seg inn i barnets opplevelsesverden på barnets premisser og i dets eget tempo (Axline, 1947, 1969; Brubakk, 2012; Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012; Johnson et al., 2005). Leken kan gi en følelse av trygghet og barn kan bruke leker og selve leken som et medium for å gi uttrykk for tanker og følelser. Gjennom lek kan

barnet få muligheten til å utforske ny atferd, skape mening, få nye erfaringer og eventuelt redefinere og restrukturere ens verden (Axline, 1947, 1969; Brubakk, 2012; Mossige, 1996; Johns & Svendsen, 2012).

Barn kan bruke leken symbolsk og på denne måten få en følelsesmessig distanse til traumatiske opplevelser (Brubakk, 2012; Johns & Svendsen, 2012; Kot, S. & Tyndall-Lind, 2005). Verbalisering trenger ikke være en sentral del av leken og angsten kan reduseres ved hjelp av den psykisk distansen lek kan skape, slik at barnet kan utforske, evaluere og gjenspille traumatiske hendelser og eventuelt integrere dette i dets narrativ gjennom lek. På denne måten kan lek brukes i arbeid med barn som av ulike årsaker ikke har mye språk eller ikke vil snakke om visse hendelser eller opplevelser.

Det å ha en aktivitet som fokus og følge barnet i dets valg av gjøremål, i hvert fall i en oppstart, vil kunne gjøre kommunikasjonen enklere og mindre truende (Haavind, 1996; Johns & Svendsen, 2012; Kristensen, 2005). Hvis terapeuten foreslår et tema og barnet skal si seg enig eller ikke i valget, kan barnet komme i en posisjon hvor det føler seg vurdert eller kjenner på press for å oppføre seg på en viss måte. I tillegg kan barnet ha vansker med den verbale kommunikasjonen og dermed ha problemer med å svare eller å oppfatte hva terapeuten sier.

Lek forplikter ikke til å si noe spesifikt og kan skape frihet (Axline, 1947, 1969; Haavind, 1996). Leken gir flere muligheter siden den ikke er på "ordentlig" og konsekvensene heller ikke blir virkelige. Dette gir barnet mulighet til å kunne ta opp sine erfaringer, uten å nødvendigvis redegjøre for hvilke sammenhenger det er mellom det som blir gjort i timene og hendelser i barnets eget liv.

Forbindelseslinjene mellom innholdet i timene og barnets liv og erfaringer kan være både representative, analoge og kreative fremstillinger (Haavind, 1996; Mossige, 1996). Selv om terapeuten kan danne seg oppfatninger om og tolkninger av hvordan barnets lek kan knyttes til barnets egne erfaringer, er terapeuten heller opptatt av hva selve leken forestiller i terapirommet (Axline, 1947; 1969; Haavind, 1996). Det at terapeuten ikke deler eventuelle tolkninger av leken, kan gjøre at barnet deler mer av sine erfaringer gjennom leken.

Meningen med lek i terapi er ikke at terapeuten og barnet skal unngå virkeligheten, men kommunisere her og nå (Haavind, 1996). Gjennom leken og terapeutens interesse for hva barnet forsøker og fremstille, kan barnet oppleve at terapeuten er interessert i dets opplevelser, respekterer det og har et ønske om å være til hjelp. Det handler om å først utvikle samspillvaner og det å kunne bekrefte at terapeuten er noen en kan dele opplevelser med, gjennom blant annet lek (Brubakk, 2012; Haavind, 1996).

Etter å ha blitt litt kjent med barnet og hatt delte opplevelser i lek, vil terapeuten ofte kunne lede barnets oppmerksomhet mot noe som kan være betydningsfullt for akkurat dette barnet og de vanskene han eller hun opplever (Brubakk, 2012; Haavind, 1996). Terapeuten forsøke å bli mer deltakende i koordinering av leken og oppgaver etter å ha blitt mer kjent, slik at både barn og terapeut kan ta initiativ i timene og følge opp hverandre. Barn med språklige vansker vil kanskje trenge ekstra tid på å føle seg trygge og tørre å snakke, og lek kan fungere som en "oppvarming" eller noe som er enklere å kommunisere gjennom enn talespråket alene.

Haavind (1996) trekker frem viktigheten av å finne en balanse mellom lek og realistiske samtaler i terapi. En fallgrube kan være at terapien kun vil omhandle lek og at barnet kan få en oppfatning om at alt som er smertefullt, vanskelig eller ubehagelig ikke skal berøres. Det motsatte kan og skje ved at barnet føler press på å snakke om ubehagelige erfaringer. En konsekvens av dette kan være et mer taust barn (Kristensen, 2005). Terapeuten bør være bevisst dette og forsøke å lage flere muligheter i terapien enn en "enten-eller" politikk. Hvis en kan tilby et spekter av kommunikative muligheter, hvor en i varierende grad nærmer seg og trekker seg unna vanskelige temaer, vil det kunne bli mindre risiko for å bli stående fast i terapien (Haavind, 1996). Terapeuten kan gå inn og ut av leken med barnet og veksle mellom den realistiske samtalen og leken, ut fra hva som virker mest hensiktsmessig i forhold til det enkelte barn.

Brubakk (2012) forteller om ei jente som var i behandling hos henne. Jenta endret vekselvis atferd og hadde et redusert funksjonsnivå, og denne endringen hadde oppstått brått uten at foreldrene visste årsaken. Brubakk tok i bruk lek som kommunikasjonskanal da jenta viste interesse for en sandkasse. Jenta snakket aldri spesifikt om hva det var som hadde skjedd og unngikk øyekontakt. Ved å ha en emosjonelt tilgjengelig terapeut å dele sine opplevelser med, samt å kunne formidle bekymringer og forestillinger gjennom lek, ble terapeutiske effekter likevel oppnådd. Leken ble en måte å endre et eksisterende uhensiktsmessig narrativ, slik at jenta fikk et mer stabilt funksjonsnivå.

**Leketerapi med barn som har språklige begrensninger.** I klinisk arbeid med barn åpner leketerapi en mulighet til å unngå en for krevende verbal

kommunikasjon og benytte seg av en terapi som fordrer enkle terapeutiske kommentarer.

Axline (1947, 1969) benyttet seg av ikke-ledende leketerapi i sitt arbeid med barn. Hun nevner et kasus som omhandler en liten gutt med minimalt språk, psykisk utviklingshemming, mye angst og lite initiativ (Axline, 1969). Her forteller hun om gode behandlingsresultater kun ved bruk av leketerapi. Gutten kunne ikke interagere verbalt, men brukte lyder, kroppsspråk og gester for å formidle mening. Han hadde en grunnleggende forståelse av språk, selv om han kunne produsere svært lite på egen hånd. Det blir og nevnt at lek kan egne seg for barn med ulike språklige vansker, og at de språklige vanskene i tillegg til andre kan bedres ved hjelp av ikke-ledende lek som metode (Axline, 1969).

Lek som en ikke-ledende metode kan ha flere positive utfall, som bedre sosiale ferdigheter, selvkonsept og mestringstro, flere vennskap, bedre karakterer, etc, men dette er lite utforsket i studier (Shelby & Felix, 2005). Språkvansker er relatert til sosiale og emosjonelle vansker (Beitchman et al., 1996a; Cross, 2004; Dale, 1996; McCabe & Meller, 2004), og bedre sosiale ferdigheter og mestringstro kan eventuelt minske disse vanskene. Det kan derfor tenkes at barn med kommunikative vansker vil kunne ha utbytte av leketerapi, og kanskje spesielt hvis de samtidig får behandling som er rettet mot selve språkvanskene.

### **Eksternalisering**

I klinisk arbeid med barn vil terapeuten kunne hjelpe klienten med å sette navn på og uttrykke bekymringer og vansker på måter som kanskje ikke har vært gjort før, og som oppleves som lite truende. Vansker og problemer et barn har i sin hverdag kan være ubehagelige å prate om (Haavind, 1996). Foreldre kan ha



erfaringer med at barnet lukker seg og ikke vil snakke om vanskene. En terapeutisk kontekst hvor en leter etter mening i barnets og familiens atferd, kan hjelpe med å omforme det skamfulle og vanskelige til utfordringer både barnet og familien kan møte. En måte å gjøre dette på er gjennom eksternalisering. Eksternalisering er en terapeutisk teknikk som er utviklet innenfor den narrative terapitradisjonen og brukes i ulike narrative tilnærminger (Dowling & Vetere, 2005; Freeman et al., 1997; White & Morgan, 2006). Denne teknikken tar sikte på å skille barnet og problemet, slik at barnet kan ses på i relasjon til probleme, fremfor som problemet i seg selv. Barn kan synes det er lettere å snakke om vansker, hvis det er noe utenfor det selv.

Ved bruk av eksternalisering skal terapeuten hjelpe familien og barnet til å finne mening i de vanskene barnet har og til å se på vanskene "utenfra". Familien mobiliseres ofte som barnets hjelpere (Dowling & Vetere, 2005; Freeman et al., 1997; White & Morgan, 2006). I terapien kan terapeuten i samråd med familie og barn gi navn til problematferden, eksempelvis Vriompeisen, og utforske hva som kan gjøres for at vriompeisen skal slutte å plage barnet. Eksternalisering er en måte å hjelpe barn til å bruke fantasien og sin evne til lek, når de har vansker eller møter på problemer, og å utforske og bli kjent med disse problemene innenfor trygge rammer. En kan eksternalisere interaksjonsmønstre, styrker hos barnet, fantasifulle medhjelpere og multiple problemer ved å ta i bruk objekter, rollespille, bruke tegning og annet (Freeman et al., 1997; White & Morgan, 2006).

For barn som ikke har språkvansker, men emosjonelle sperrer mot å snakke, vil eksternalisering kunne være en metode for å følelsesmessig distansere seg fra emosjonelt ladde eller skamfulle temaer og vansker. Innenfor traumefeltet

er eksternalisering ofte en sentral del av intervensjonen (Malchiodi, 2008a). De fleste typer terapi oppfordrer til å eksternalisere tanker, følelser og erfaringer på en eller annen måte. Eksternalisering kan og egne seg for mindre barn, da det ikke behøver å kreve veldig mye av et barn verbalt. Et kasus som blir nevnt omhandler en fire år gammel gutt som har vært hospitalisert mye og har et angstpreget forhold til det å spise (White & Morgan, 2006). Her blir eksternalisering brukt og gutten klarer å forstå konseptet og delta i samtalen, selv om han er ung og ikke har et avansert språk.

Det er viktig at terapeuten vurderer konteksten før en benytter seg av denne teknikken. Å eksternalisere et problem og involvere barnet og familien som hjelpere kan være mindre truende og sykeliggjørende for barnet og familien. Men faren med dette er at terapeuten uten å mene det kan nedvurdere og bagatellisere de voksnes ansvar og rolle i barns utvikling av vansker (Dowling & Vetere, 2005).

### **Handlingsorienterte metoder (Action methods)**

I en klinisk setting kan en si at Handlingsorienterte metoder (HOM) er "de prosessene som får klientene til å utøve meningsfull fysisk aktivitet veiledet av terapeuten" (Wiener, 1999, p. xii). HOM forsøker å involvere klientene mest mulig og få dem til å bli aktive deltakere i timene, slik at de kan utforske vanskelige temaer og kommunisere tanker og følelser. HOM inkluderer blant annet metoder inspirert av drama og teater, kunstterapeutiske metoder, kroppsbevissthet gjennom bevegelse, musikkterapi og lek (Malchiodi, 2008a; Wiener, 1999). Disse metodene krever deltakelse og aktiv bruk av ulike sanser og kan brukes som en terapiform i seg selv eller være et supplement til verbal psykoterapi. Med andre ord kan en bruke kunst *i* terapi eller kunst *som* terapi. Noen av metodene krever

sertifisering og opplæring, og det finnes ulike kurs og videreutdanningsprogrammer (Malchiodi, 2008a; Wiener, 1999). Andre hevder at en ikke trenger slik opplæring for å bruke kunstterapeutiske metoder i terapi med barn, siden barna selv vil være ekspertene på lek og har masse kreativitet (Freeman et al., 1997).

**Kunstterapi.** Kunstterapi kan defineres som en terapiform som tar utgangspunkt i det visuelle som kommunikasjonsform mellom terapeut og klient (Linesch, 1999). Kunstterapeutiske metoder benyttes ikke kun som en annen kommunikasjonskanal enn den rent verbale, metodene kan og skape terapeutiske effekter og fremme bedring hos klientene. Prosessen hvor en skaper, utformer og lager er viktigere enn sluttresultatet i seg selv (Freeman et al., 1997; Linesch, 1999;). Denne prosessen kan generere en endring i en klients opplevelse og erfaring og derfor føre til terapeutiske endringer. Materialer som brukes innenfor kunstterapeutiske metoder, trenger ikke å være avanserte. Malekoster, blyanter, fargepenner og leire kan være nok. En tar i bruk kunstterapeutiske metoder innenfor flere ulike teoretiske retninger, blant annet i psykoanalytiske, humanistiske, systemteoretiske og eksistensielle retninger. Kunstterapeutiske metoder blir brukt innenfor psykisk helsevern, både som en del av en intervensjon og som en terapiform i seg selv (Linesch, 1999; Malchiodi, 2008a).

Erfaringene som erverves gjennom livet, kan vanskelig omfavnes av det verbale repertoaret en har tilgjengelig (Freeman et al., 1997). Alt det komplekse en har sett, kjent og følt på kan være vanskelig å beskrive med ord. Dette vil særlig gjelde barn, da de har et mindre komplekst språk sammenlignet med voksne. Barn med språklige vansker vil ha ekstra vanskeligheter med å verbalt uttrykke sine

erfaringer, sammenlignet med barn uten språklige begrensninger. Lek og kunstterapi bør vurderes brukt når barn har språklige vansker eller er lite verbalt ekspressive (Freeman et al., 1997). Det setter færre verbale krav til barnet, er en måte barnet kan distansere seg til et problem på, samt være noe barnet synes er gøy. Ved å bruke metoder fra kunstterapi kan terapeuten stimulere flere sansemodaliteter enn ved kun samtaleterapi, for eksempel ved å gi auditive, visuelle, kinestetiske og taktile opplevelser. Når terapeuten lar barnet uttrykke seg gjennom ulike medium som tar i bruk ulike sanser vil dette kunne virke effektivt i samtale med barn, og samtidig oppleves som meningsfull og estetisk belønnende for barnet (Freeman et al., 1997; Malchiodi, 2008a).

Kreative metoder innenfor kunstterapi kan ses på som en form for eksternalisering, da barnet kan uttrykke et "problem" gjennom noe annet enn seg selv, gjennom en eller flere modaliteter, og dermed skille problemet og selvet fra hverandre (Malchiodi, 2008a). Her kan eksempelvis barnet tegne for å vise hvordan problemet ser ut og vise hva det gjør med barnet selv og personer i miljøet rundt barnet. Dette kan åpne opp for at barnet forteller mer om hvordan dette problemet påvirker det, sammenlignet med verbal dialog alene.

For barn med ekspressive vansker eller begrenset språk kan det tenkes at tegning, skulpturering og andre kunstterapeutiske metoder kan virke beroligende og være en aktivitet de foretrekker fremfor samtale. Det kan gjøre ting enklere at de har alternative måter å kommunisere på, slik at de tør mer og føler seg mer vel, enn om det verbale språket var den eneste måten å uttrykke seg på i en terapitime. Selv om et barn kan ha verbalisert vansker, mulige løsninger eller endringer, kan det å uttrykke dette gjennom en annen sansemodalitet kunne virke sterkere enn

de verbale utsagnene alene (Freeman et al., 1997). Å kunne dramatisere, tegne eller male vanskene, de mulige løsningene og endringene vil kunne fremme motivasjon for endring og forståelse videre.

I klinisk arbeid med familier kan kunstterapeutiske metoder brukes, for eksempel tegning (Linesch, 1999). Hvert familiemedlem får en alternativ måte å uttrykke seg på, samtidig som terapeuten kan få en mer grafisk fremstilling av familiesystemet og -dynamikken. Tegning kan endre kommunikasjonsmønsteret til en familie, både hvordan de interagerer, forstår og lytter til hverandre. Ved å bruke tegning kan de mindre verbale i en familie, eksempelvis unge barn eller barn med språklige vansker, kommunisere på en mer likeverdig måte. Alle familiemedlemmer kan delta, uten at det er de verbalt sterke som styrer terapitimen. Bruk av tegning kan gi både barn og de eldre familiemedlemmene muligheter til å uttrykke bekymringer nonverbalt og symbolsk og være en hyggelig aktivitet for familien å gjøre sammen. Dette kan være en god metode for å få samtalen i gang og nyttig for å vurdere hvordan dynamikken er i den enkelte familien. Tegning og andre metoder kan brukes i grupper, enten med hele familien som deltakere eller barnet alene (Freeman et al., 1997; Linesch, 1999).

**Dramaterapi.** I dramaterapi bruker en drama- og teaterprosesser i terapi for å oppnå terapeutiske mål (Malchiodi, 2008a), blant annet dramatisering og rollespill. Hvis noen temaer er vanskelige å prate om for et barn, kan en forsøke å bruke dramatisering eller rollespill for å skape distanse til tema (Freeman et al., 1997). Hvis et barn eksempelvis fatter interesse for en bamse i rommet, kan en bruke bamsen som et medium. En kan prate om hvordan bamsen har det, hva bamsen liker eller synes er vanskelig. Terapeuten kan forsøke å engasjere barnet i

dette, slik at barnet svarer på vegne av bamsen, og slik får i gang en samtale. Dukker, tegninger, masker eller andre figurer kan brukes for å dramatisere relasjoner mellom familiemedlemmer eller å få frem ulike sider ved barnet. Både foreldre og barnet kan delta i dette. Når en bruker dramatisering eller rollespill som metode, kan barnet endre stemme, kroppsspråk og væremåte, noe som kan være gøy for barnet, men som og kan gi et innblikk i hvordan dette barnet ser på ulike sider av seg selv, familien og vanskene barnet og familien opplever. Det å dramatisere en relasjon kan gi en opplevelse av at problemene barnet har i ulike situasjoner, er lokalisert utenfor en selv og kan reflekteres over. Da kan en forsøke å finne løsninger og alternative mestringsstrategier, noe som og kan dramatiseres (Freeman et al., 1997).

For barn med en reseptiv forståelse av språk, men med emosjonelle sperrer mot å snakke om spesifikke temaer, eller barn som har moderate ekspressive vansker, kan metoder fra dramaterapi tenkes å være noe terapeuten kan benytte seg av i en behandling.

**Dans, bevegelse og kroppsbevissthet.** Dans/bevegelsesterapi er den "terapeutiske bruken av bevegelser for å fremme integrasjon av emosjonelle, fysiske og kognitive prosesser" (Malchiodi, 2008a, p. 12). Dans og bevegelse kan innbefatte ulike dansestiler, bevegelsesmønstre, gester, holdninger og mer subtile former for nonverbal kommunikasjon (Cohen & Walco, 1999). Å kommunisere gjennom bevegelser er noe en lærer i ung alder, eksempelvis å strekke seg etter et objekt eller uttrykke følelser ved bruk av ansiktsmimikk og kroppsspråk (Johns & Svendsen, 2012). Hvis et barn synes at å uttrykke seg verbalt, er ukomfortabelt eller vanskelig, kan en kommunisere gjennom bevegelser og bruke kroppen

symbolsk for å uttrykke tanker og følelser. Gjennom bevegelser kan en terapeut oppfordre til kontakt og kommunikasjon, mens barnet kan gjøre det samme og uttrykke fysiske og emosjonelle behov i en terapissetting. Blikk, mimikk, gester og bevegelser kan koordineres i forhold til hverandre og de objektene en bruker i øyeblikket (Haavind, 1996). Med kroppsspråket kan en ta initiativ til et felles fokus og vise engasjement ved det en holder på med, både fra terapeuten og barnet sin side.

Å bruke dans, bevegelser eller kroppsbewissthet i terapi behøver ikke kreve mye av et barn verbalt. Det er mye som kan kommuniseres med det nonverbale språket og en kan få til interaksjon og samarbeid (Cohen & Walco, 1999). Dans og bevegelser kan og brukes i lek. En kan få en følelse av å mestre noe på det fysiske planet, eksempelvis gjennom lek, som kan være vanskelig innenfor den verbale sfæren. Dans, bevegelse og bevissthet om egne kroppslige reaksjoner kan gi en økt følelse av et selv som agent og fremme interpersonlige egenskaper. I arbeid med barn som er hospitaliserte, opplever endringer i kroppen grunnet sykdom og/eller er tilbaketrukket, vil metoder inspirert av dans- og bevegelsesterapi kunne være aktuelt (Cohen & Walco, 1999). I et kasus som omhandler en hospitalisert gutt med både reseptive og ekspressive språkvansker, blir nonverbale handlinger brukt for å opprette en terapeutisk relasjon og dans- og bevegelsesterapi brukt for å oppnå bedring. Dette kan tyde på at å inkorporere metoder inspirert av dans- og bevegelsesterapi i en intervensjon, vil kunne være aktuelt for barn med språklige vansker.

Innenfor den kinestetiske sfæren kan en og bruke kroppen for å kroppsliggjøre vansker og problem (Freeman et al., 1997). Hvis et barn

eksempelvis har angstproblematikk, kan en fokusere på hvor i kroppen angsten sitter og hvordan den kjennes. Opplevs angsten som om det er noe tungt som ligger på brystet, blir håndflatene svette eller blir holdningen påvirket? Hvordan en kan bruke kroppen for å dempe angsten, eksempelvis ved å fokusere på pusten eller endre holdning, kan utforskes. De kroppslige reaksjonene kan både dramatiseres og tegnes for å sette færre ekspressive verbale krav til barnet. Å øke bevisstheten rundt og utforske kroppslige reaksjoner hos barnet vil kunne være måter å tilnærme seg barnets problemer på.

### **Atferdsterapeutiske metoder**

**Prompts, positiv forsterkning og fading.** I klinisk arbeid med barn og unge kan terapeuten benytte seg av læringsprinsipper fra den atferdsanalytiske tradisjonen for å oppfordre til og få i gang kommunikasjon (Løvaas, 2003).

En måte terapeuten kan uttrykke aksept overfor barnet på er gjennom positiv forsterkning. Å reagere med entusiasme, smile og gi ros hvis barnet snakker kan være en måte for å formidle at barnets verbale atferd er ønskelig og akseptert, samtidig som det oppfordrer til ytterligere verbal atferd. Materiell belønning kan og brukes som en positiv forsterker for å bygge opp kommunikasjon. Hvis barnet er svært tilbakeholdent, kan terapeuten forsøke å benytte seg av verbale prompt. Et prompt kan være instruksjoner eller gester som initierer en respons (Craighead, Kazdin & Mahoney, 1976). Et prompt kommer før en respons, og hvis den ønskede atferden vises kan den belønnes slik at atferden kan bli positivt forsterket. Terapeuten kan eksempelvis bruke regler eller setningsutfylling som verbale prompt for å forsøke å få barnet til å inngå i verbal atferd. Terapeuten kan starte å telle "1, 2, 3, 4..." eller si "I dag har jeg på meg



brune...” og peke ned på skoene sine, for deretter å gi uttrykk for at barnet skal fortsette på de verbale utsagnene. Når barnet gir verbale svar, får det belønning, materiell eller verbal, slik at forekomsten av verbal atferd skal øke.

Hvis barnet gir uttrykk for å føle seg trygg i terapisettingen og den verbale atferden fremkommer jevnlig når terapeuten kommer med et prompt, kan promptet gradvis reduseres og etter hvert ikke brukes lenger. Den gradvise fjerningen av et prompt kalles for ”fading” (Craighead et al., 1976). Selve atferden, her verbal atferd, kan positivt forsterkes videre selv om terapeuten har sluttet å gi prompt. Hvis materiell belønning brukes som en positiv forsterker, kan terapeuten gradvis redusere bruken av denne og gå over til verbale belønninger og vise engasjement overfor barnet når det snakker. Ved bruk av positive forsterkere og prompt burde terapeuten vurdere hvordan akkurat dette barnet vil kunne reagere på disse metodene. Noen barn liker ikke å få mye oppmerksomhet hvis de snakker (Kristensen, 2005) og positive forsterkere og prompt må tilpasses det enkelte barn.

**Belønningssystem.** Belønningssystem er en annen metode som kan brukes. Et belønningssystem vil ikke nødvendigvis brukes for å bygge opp kommunikasjon, men kan være en måte å forsterke positiv atferd på og å forsøke å minske negativ atferd, som ikke fordrer mye språk hos barnet (Løvaas, 2003; Webster-Stratton, 2011). Også foreldre og eventuelt lærere kan bli lært å benytte seg av forsterkere.

Belønninger kan være ulike typer aktiviteter, turer, objekter eller annet, i tillegg til ros. I begynnelsen vil det å overdrive belønningen, ved å klappe, smile og le, ofte fungere bedre enn kun verbal ros. Å bruke nonverbale positive forsterkere

som nevnt ovenfor vil være særlig egnet for barn med språklige vansker (Løvaas, 2003). I en oppstart vil det være nyttig å belønne atferd en vet barnet kan mestre, slik at både barn og forelder opplever suksess og får selvtillit. Med enkle oppgaver vil barnet kunne lære sammenhengen mellom atferd og belønning, særlig hvis det blir belønnet hver gang.

Etter hvert som barnet har forstått sammenhengen mellom atferd og belønning, kan en forsinke den positive forsterkningen, ved at barnet må utføre atferden flere ganger for å oppnå belønning. En kan lage en tavle eller bruke et ark hvor det kommer tydelig frem at barnet må utøve en atferd et spesifikt antall ganger før belønning blir gitt. En kan eksempelvis ha fem tomme ruter og ved siden av disse fem rutene kan det være en pil mot et bilde av belønningen. En kan klargjøre denne sammenhengen ved å fange barnets oppmerksomhet når de viser den ønskete atferden og tegne et smilefjes i den ene ruten. En kan også peke og telle de tomme rutene og vise til belønningen hver gang barnet viser den ønskede atferden.

Denne typen visualisering kan være nødvendig for å kompensere for manglende språkferdigheter og vise sammenhengen mellom atferd og en forsterker. For barn med ulike typer utviklingsforstyrrelser og språklige vansker ser det ut til at denne typen visualisering hjelper til å opprettholde motivasjonen (Løvaas, 2003). For mer inngående informasjon om belønningssystemer, se Løvaas (2003) eller Webster-Stratton (2011).

### **Andre strategier i møte med barn med språklige begrensninger**

**Dyreassistert terapi.** Dyreassistert terapi ble introdusert på 1960-tallet av doktor Boris Levinson, og brukes fremdeles (Altschiller, 2011; Rossetti & King,

2010). Dyr blir blant annet brukt i psykiatriske institusjoner, medisinske klinikker og i skolesystemet. I et review-studie fant Rosetti og King (2010) at dyreassistert terapi kan fremme bedring i en klients interaksjoner med andre, sosialiseringsevne og evne til å kommunisere. Å ha et dyr, eksempelvis en hund, i en terapissetting kan ha en beroligende og terapeutisk effekt på barn som er tilbaketrukket eller har vansker med tradisjonell psykoterapi (Altschiller, 2011). Barn som er tilbaketrukket eller ikke vil kommunisere med en terapeut, vil kunne være engasjert i interaksjon med et dyr og vil ofte kunne interagere raskere med et dyr enn med en terapeut. Klienter snakker og oftere med ukjente mennesker hvis det er en hund til stede, selv om de vanligvis er innesluttet eller tilbaketrukket (Rosetti & King, 2010). Dyr kan dermed fungere som et bindeledd mellom terapeut og klient, og bidra til utviklingen av allianse og en god relasjon. Hvis et barn snakker om temaer som vekker sterke følelser og er vanskelige å snakke om, kan det være enklere å snakke til hunden fremfor direkte til terapeuten. Dyreassistert terapi kan brukes som et verktøy for å få i gang kommunikasjon, men terapiformen i seg selv kan og føre til terapeutiske endringer hos en klient (Rosetti & King, 2010).

**Musikk.** Terapeutiske metoder inspirert av musikk kan være kreative og benyttes på svært ulike måter, og de inngår som en underkategori av kunstterapi (Gross, Linden & Ostermann, 2010). Musikk, melodier, sangtekster og rytmer kan brukes for å uttrykke følelser og tanker og kan være et supplement til eller erstatte verbale utsagn (Gross et al., 2010; Johns & Svendsen, 2012; Hilliard, 2008). Hvis barn har vanskeligheter med å verbalisere hvordan de har det, kan terapeuten be dem spille følelsen de har på et instrument. Temaer som kan være utfordrende å

dele med andre, kan lages om til en sang, da det å synge kan oppleves som mindre angstvekkende.

Musikk er brukt i intervensjoner som er basert på kognitiv atferdsteori og kan være en del av prosessen hvor barn reduserer angst, identifiserer og uttrykker emosjoner, lærer nye mestringsstrategier og får psykoedukasjon (Hilliard, 2008) og økt sosial kompetanse (Gooding, 2011). Før barn er klare til å uttrykke seg verbalt om hendelser eller personlige opplevelser, kan de likevel delta i et musikalsk samarbeid. Musikk kan brukes som en "oppvarming" for barnet eller som en måte å av reagere på, hvis barnet blir emosjonelt aktivert. Musikterapi har og vist seg å kunne fasilitere språkutviklingen hos barn med språkforsinkelser (Gross et al., 2010).

**Å inkludere et taust barn i samtale.** Selv om et barn er taust og lite kommuniserende i en terapissetting, kan terapeuten fremdeles forsøke å holde en samtale gående. Hvis familien er til stede, kan terapeuten spørre andre familiemedlemmer spørsmål fremfor å presse barnet (Freeman et al., 1997). Barnet kan observere, høre på hva de andre sier og kanskje komme med en reaksjon. Terapeuten kan passe på at barnet blir inkludert i samtalen ved å referere til barnet og gjennom kroppsspråket. Terapeuten kan spørre familiemedlemmer hva de tror barnet ville svart på et konkret spørsmål, for deretter å henvende seg til barnet og spørre om det stemmer. Alternative måter å kommunisere på kan etableres, eksempelvis ved nikking og risting på hodet for ja og nei.

## Diskusjon

### **Er det mulig å bygge en terapeutisk allianse med barn som har omfattende språklige begrensninger?**

I tilfeller hvor et barn har omfattende språklige vansker, vil det kunne være svært utfordrende å danne en god allianse, da en enighet om oppgaver og mål vil være vanskelig å oppnå. Å forhandle om mål og oppgaver vil kreve en rudimentær oppfattelse av språk og evne til å kommunisere verbalt. Sosiale vansker (McCabe & Meller, 2004) og psykisk utviklingshemming (Wilson & Powell, 2001) er relatert til språkvansker og kan påvirke kvaliteten av alliansen som blir utviklet (Kazdin & Durbin, 2012). En terapeutisk relasjon, et emosjonelt bånd mellom barn og terapeut, vil kunne være mulig å oppnå, selv om et barn har omfattende språklige vansker. Et emosjonelt bånd kan bygges gjennom delt aktivitet (Bordin, 1979) og en kan anta at barn uten språk kan delta i nonverbale aktiviteter og oppgaver sammen med en terapeut. Metoder og strategier nevnt i tidligere avsnitt kan være eksempler på slike aktiviteter, og kan defineres som terapeutiske oppgaver (Svendsen, 2007). Ved å være tålmodig, støttende og presentere seg som en hjelper, kan terapeuten bidra til å bygge en relasjon med barnet (Cross, 2004; Haavind, 1996).

Hvordan alliansen medierer terapeutiske effekt, finnes det lite konkret kunnskap om (Halmrast & Skjerve, In press; Kazdin & Durbin, 2012). Det er funnet flere faktorer som kan påvirke utviklingen av og kvaliteten på en allianse, eksempelvis sosial kompetanse og intelligens, men det er lite forskning på hvordan disse faktorene utøver sin effekt på utviklingen av allianse (Kazdin & Durbin, 2012). Hvordan en som terapeut kan fremme, bryte ned eller moderere utviklingen av en allianse med barn, er det mangelfull kunnskap om. Slik kunnskap

kunne ha hjulpet terapeuter med å utvikle en allianse med barn og kanskje vært veiledende i arbeidet med barn som har språklige vansker. Hvis terapeuter hadde konkret kunnskap om hvilke mekanismer i alliansen som er endringsfremmende og hvordan mekanismene medierer terapeutiske effekter, ville dette kunnet rettlede terapeutene i forhold til hvilke aspekter ved alliansen som er viktige å være oppmerksom på. For barn med omfattende språklige vansker vil enighet om mål og oppgaver være utfordrende og i noen tilfeller umulig, men kanskje er det andre aspekter ved en allianse som kan virke endringsfremmende. Det kan være prosesser som ikke krever mye språk, og å vie mer oppmerksomhet mot slike prosesser i terapi med barn uten særlig språk kan være hensiktsmessig. Systematisert forskning om alliansedanning med barn og om endringsmekanismer som kan mediere effekt av allianse er ønskelig.

### **De terapeutiske metodene – hvordan tilpasse disse til det enkelte barn?**

Metodene som er nevnt ovenfor, setter ulike krav til et barns språklige evner. Noen av metodene er egnet for barn som har språklige ferdigheter, men av ulike årsaker ikke snakker i visse settinger eller om spesifikke temaer. Andre setter krav til at barnet har reseptive språkferdigheter, men mindre av krav til verbalisering hos barnet. Ofte kan terapeuten tilpasse seg og terapien til barnets språklige nivå, svakheter og styrker. Hvilke metoder som vil være mest aktuelle i en behandling, vil variere fra barn til barn og må vurderes individuelt. Barnets generelle funksjonsnivå, spesifikke vansker og hvordan dette kan påvirke behandlingen videre bør være med i vurderingen av hvilken metode og behandlingsform som vil være best egnet for barnet (Cross, 2004; Mæhle, 2007).

Det er flere psykiske lidelser som opptrer komorbitt med språklige vansker (Beitchman et al., 1996a; Beitchman et al., 1996b; Cross, 2004). Psykisk utviklingshemning (Wilson & Powell, 2001), og atferdsvansker og emosjonelle vansker (Beitchman et al., 1996a; Beitchman et al., 1996b; Cross, 2004) er eksempler på dette. De forskjellige lidelsene vil fordre ulike intervensjoner og behandlingsmål. Hvordan terapeuten kan inkorporere de ovennevnte metodene i et behandlingsopplegg eller om det er mulig, vil være avhengig av hvor kjent terapeuten er med de ulike metodene og hvilke intervensjoner som kan anses å være evidensbaserte.

### **Evidensbasert psykologisk praksis**

Prinsipplæringen om EBPP ble vedtatt av Norsk Psykologforening i 2007 for å sikre best mulig behandling til pasienter og fremme effektiv psykologisk virksomhet (Aanonsen, 2007; Norsk Psykologforening, 2007). Erklæringen setter krav til bruk av empirisk validerte intervensjoner i terapi og tilpasning til den enkelte pasient (American Psychological Association, 2007). Flere av metodene som er omtalt ovenfor mangler forskningsevidens, preges av klinikerbetragtninger og -erfaringer, samt at de ofte er basert på mer anekdotiske klientbeskrivelser (Axline, 1947, 1969; Cohen & Walco, 1999; Cross, 2004; Kristensen, 2005; Linesch, 1999; Malchiodi, 2008b; Shelby & Felix, 2005; Wiener, 1999; Wilson & Powell, 2001). Malchiodi (2008b) poengterer at terapeuter som bruker kreative intervensjoner, ofte kombinerer dette med terapiformer som anses å være evidensbaserte. En terapeut kan eksempelvis kombinere ulike former for kunst- og leketerapi med kognitiv atferdsterapi. Selv om kreative intervensjoner blir kombinert med evidensbaserte intervensjoner, er det begrenset forskning som

demonstrerer effekten av kreative terapiformer, slik at de ikke kan kvalifiseres som evidensbaserte intervensjoner alene.

Prinsipperklæringen påpeker at eksisterende forskning er mangelfull eller begrenset på noen områder (American Psychological Association, 2007). I slike tilfeller skal terapeuten bruke sitt kliniske skjønn og kunnskap til å vurdere holdbarheten av de ulike informasjonskildene og den kliniske relevansen funnene vil ha overfor den enkelte klienten. Denne vurderingen vil inkludere om en tilpasning av de presenterte funnene er mulig og hvordan denne tilpasningen eventuelt skal foregå, slik at terapeuten kan utarbeide en sammenhengende behandlingsstrategi med klienten. Terapeutiske intervensjoner, -metoder eller – strategier som har lite eller mangelfull forskning, behøver ikke anses som uvirksomme, det betyr bare at de ikke er forsket vitenskapelig på (American Psychological Association, 2007).

EBPP understreker at behandling skal tilpasses klienten sine konkrete vansker og karakteristika (American Psychological Association, 2007), noe som vil inkludere språklig nivå. I forskningslitteraturen finnes det begrenset informasjon om hvordan en konkret kan tilpasse psykologiske intervensjoner til barn med begrensede språklige ferdigheter, med mindre det er spesifikke intervensjoner rettet mot ulike språkvansker, eksempelvis Denvermodellen (Rogers, 2005) eller Løvaas-modellen (Løvaas, 2003) som er tilpasset språkopplæring for barn med autismespektrumdiagnoser og/eller utviklingsforstyrrelser. Det finnes ulike anbefalinger basert på klinisk erfaring med hensyn til stimulering av kommunikasjonen hos barn og alternative uttrykksmåter barn kan bruke i terapi



(Axline, 1947, 1969; Cross, 2004; Kristensen, 2005; Malchiodi, 2008b; Wiener, 1999; Wilson & Powell, 2001).

Klinisk ekspertise er ikke det samme som erfaringsbasert kunnskap. Klinisk ekspertise refererer til kompetansen en terapeut utvikler etter utdanning, trening og erfaring, som bidrar til god psykologisk praksis (American Psychological Association, 2007). Klinisk ekspertise innebærer evnen til å tilpasse behandling og intervensjon til den enkelte klient og fordrer fleksibilitet hos terapeuten. Hvis behandlingen ikke fører til bedring, bør terapeuten vurdere henvisning videre, konsultere annet fagpersonell eller endre på behandlingsplan. Egen erfaring, kompetanse, hypotesedannelse og atferd bør reflekteres over gjennom terapiforløpet og disse refleksjonene bør veilede terapien.

Kan en så bygge på slike refleksjoner for å tilpasse behandlingen eller inkludere metoder i en behandlingssituasjon, hvis det er mangelfull forskning på det enkelte området? Hvordan kan en eventuelt supplere med erfaringskunnskap i slike tilfeller? I arbeidsgruppens rapport (Levant, 2005) og i erklæringen om evidensbasert praksis (American Psychological Association, 2007) synes det uklart hvordan og om egen erfaring er en gyldig kunnskapskilde i mangel av relevant forskning. Flere gir uttrykk for at det er behov for en mer utdypende utgreiing av hva klinisk ekspertise og erfaringsbasert kunnskap innebærer og betyr for psykologisk praksis (Kazdin, 2008; Rønnestad, 2008; Sentralstyret i Norsk Psykologforening, 2012; Smerud, 2012).

Retningslinjer for hvordan forskningsfunn kan generaliseres og tilpasses til den enkelte terapeutiske konteksten, er mangelfulle (Sentralstyret i Norsk Psykologforening, 2012). Det er en pågående debatt innenfor klinisk psykologi om

hvordan ulike terapiformer kan tilpasses, når utvalg i studier og klienters symptombylde ikke er overensstemmende, og det er økt forskningsinteresse rettet mot dette (American Psychological Association, 2007).

Den beste tilgjengelige psykoterapiforskningen kan antas å ikke være dekkende for det mangfoldet som finnes i klientpopulasjonen av kliniske problemstillinger og utfordringer en som terapeut i praksis vil kunne møte på. En mulig kilde til kunnskap som kan benyttes, er systematisert og underbygd erfaring. Erfaringsbasert kunnskap kan tenkes å kunne veilede prosessen hvor terapeuten tilpasser intervensjoner til den enkelte klienten. Refleksjoner over egen praksis og utveksling av erfaringer kan være en måte å videreutvikle kompetansen hos terapeuter på og være en supplerende kunnskapskilde til EBPP (Reichelt & Skjerve, 2012). Å systematisere kunnskap basert på erfaring, og danne kriterier for hvordan en slik systematisering bør foregå for å kunne anse kunnskapen som evidensbasert, vil være nødvendig. Reichelt og Skjerve (2012) har fremmet et forslag til kriterier for å sikre kvaliteten av erfaringsbasert kunnskap, men det eksisterer ikke etablerte retningslinjer angående hvordan slik kunnskap kan benyttes i evidensbasert klinisk praksis.

### **Språklige begrensninger: terapeuten eller logopedens sitt bord?**

Flere påpeker at det finnes en sammenheng mellom språk, lærevansker og psykiske lidelser (Beitchman et al., 1996a; Beitchman et al., 1996b; Cross, 2004). Hvis et barn har både språk- og psykologiske vansker kan det være uklart hvor en skal henvende seg. Tidligere var logopeder negative til å ta i mot pasienter som hadde atferds- og språkvansker, da det var konsensus om at atferdsvanskene burde håndteres først (Beitchman et al., 1996b). Psykologer og annet personell

innenfor psykisk helsevern som kunne jobbe med disse atferdsvanskene, var mindre opptatt av språklige vansker. Behandling innenfor psykisk helsevern rettet seg mot familiære og intrapsyriske faktorer og det var mindre fokus på hvordan språklige vansker kunne påvirke et barns velbefinnende.

I dag er det mer kunnskap om sammenhengen mellom språklige og psykologiske vansker, mens det fremdeles kan være uklart hvem som har behandlingsansvaret hvis et barn har sammensatte problemer. Samarbeid mellom logoped og psykolog kan være en løsning, hvor barnet mottar behandling hos psykologen samtidig som han eller hun får språkopplæring hos logopeden (Cross, 2004). Det finnes flere intervensjonsprogrammer hvor tverrfaglig samarbeid står sentralt, eksempelvis Denver-modellen rettet mot barn med autismespektrumdiagnoser og andre utviklingsforstyrrelser som påvirker atferd og språk (Rogers, 2005). Hvis situasjonen tilsier et tverrfaglig samarbeid, vil det være viktig å avklare roller og ansvar og etablere en jevnlig kontakt mellom de ulike faggruppene (Cross, 2004). Dette kan forhindre at foreldre og barn får motstridende beskjeder eller at misforståelser oppstår, samtidig som en sikrer gjennomføringen av en helhetlig behandlingsplan.

Hvis språkvanskene ikke er fremtredende eller er av en mild eller moderat art, kan det være vanskelig å avgjøre hvorvidt en henvisning til logoped vil være hensiktsmessig. Barn vil kunne ha språklige vansker eller forsinket språk i ung alder, men vokse dette av seg før skolealder. Indikasjoner på språklige vansker kan mistolkes som atferdsvansker, emosjonelle vansker eller mangel på samarbeidsvillighet (Cross, 2004), og foreldre og andre personer rundt barnet kan være mer bekymret for problematferd, sosiale ferdigheter og lærevansker enn

språklige vansker (Bishop & Norbury, 2008). Kartlegging av språk vansker hos barn er lite vektlagt i utdannelsen av helsepersonell, og barn blir ofte ikke screenet for språkvansker innenfor psykisk helsevern (Cross, 2004). Tidlig identifikasjon og intervensjon er viktig for å minske risikoen for skjevutvikling hos barn med språkvansker (Beitchman et al., 1996a; Cross, 2004; Verhoeven & van Balkom, 2004).

Coplan og Gleason (1988) har foreslått normer for å vurdere om en henvisning til logoped og en grundig vurdering av språket er nødvendig. Spørsmålet som skal stilles foreldre eller omsorgsgivere er: "Hvor mye av det barnet ditt sier vil en fremmed kunne forstå?". Ved 2-års alderen forventes det at en fremmed skal forstå omtrent 50 prosent av det barnet sier. Tilsvarende er det 75 prosent for 3-åringene og når barnet er fylt 4 år bør fremmede kunne oppfatte omtrent 100 prosent. Hvis fremmede antas å forstå en lavere prosentandel av det barnet forsøker å kommunisere verbalt, bør barnet henvises til en logoped. En annen måte å vurdere språket på er gjennom evnetester (Bishop & Norbury, 2008). Hvis standardavviket mellom resultatet på nonverbale og verbale indekser på evnetester nærmer seg 1, kan dette indikere språklige vansker og barnet vil kunne ha behov for språklig oppfølging.

### **Sluttord**

Denne oppgaven har forsøkt å belyse hvordan en som terapeut kan tilpasse terapissettinger til barn med språklige vansker, i tråd med prinsipperklæringen om EBPP. Flere av de ovennevnte arbeidsmåtene er utviklet for andre formål enn terapi med barn med mangelfullt språk. Likevel kan de intuitivt virke som gode tilnærminger i klinisk arbeid for å starte kommunikasjonen mellom barn og

terapeut. Metodene fordrer lite verbalt av barnet og flere bruker eksternalisering for å lage en avstand mellom barnet og vanskelige temaer. Noen av arbeidsmåtene kan både stimulere kommunikasjon i en terapissetting og virke stimulerende på videre språkutvikling. I gjennomgangen av allianse og arbeidsmåtene er det flere aspekter som er lite underbygd i forskningslitteraturen. Innenfor alliansefeltet synes det å være mangelfull kunnskap om hvilke endringsmekanismer alliansen opererer gjennom og om disse bygger på språklige aspekter ved interaksjon. Hvordan terapeuter kan tilrettelegge for og utvikle en god allianse med barn med minimalt språk er lite utforsket.

Flere av arbeidsmetodene som er nevnt, mangler forskningsevidens og bygger i hovedsak på klinisk erfaring, noe som ikke anses å være en legitim kunnskapsbase alene ifølge EBPP. Som Kazdin (2008, s. 155) skrev: "den akkumulerte erfaringen til en gitt psykolog pensjoneres når psykologen gjør det". Konkrete retningslinjer for hvordan en kan bruke erfaring som en gyldig kunnskapskilde i fravær av relevant og eksisterende forskning er mangelfulle. Erfaringsbasert kunnskap kan tenkes å stimulere forskning og minske gapet mellom forskning og praksis. Forskning som fokuserer på hvordan erfaring kan systematiseres for å kunne bli tatt i bruk i klinisk praksis og være i tråd med prinsipperklæringen, samt en grundigere utdyping av betydningen av erfaring i klinisk virksomhet, er ønskelig. Økt kunnskap om allianse og erfaringsbasert kunnskap vil kunne veilede terapeuter både i klinisk virksomhet med barn generelt og med barn som har språklige begrensninger.

### Referanser

- Aanonsen, A.-M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(6), 802.
- Altschiller, D. (2011). *Animal-assisted therapy*. Santa Barbara: Greenwood.
- American Psychological Association (2007). Evidence-based practice in psychology. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1129-1142.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1969). *Play Therapy*. New York: Ballantine books, Inc.
- Beitchman, J. H., Brownlie, E. B., & Wilson, B. (1996a). Linguistic impairment and psychiatric disorder: pathways to outcome. In J. H. Beitchman, N. J. Cohen, M. M. Konstantareas & R. Tannock (Eds.), *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological and clinical perspectives* (pp. 493-514). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beitchman, J. H., Cohen, N. J., Konstantareas, M. M., & Tannock, R. (1996b). *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological and clinical perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bishop, D. V. M. (1994). Is Specific Language Impairment a Valid Diagnostic Category - Genetic and Psycholinguistic Evidence. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, 346(1315), 105-111. doi: Doi 10.1098/Rstb.1994.0134
- Bishop, D. V. M., & Norbury, C. F. (2008). Speech and Language Disorders. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (Fifth ed., pp. 782-801). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Brubakk, K. B. (2012). "Alt ble så annerledes - det var rart": Utvidelse av dyadisk bevissthet gjennom affektiv deling. In B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Eds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (pp. 74-94). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cohen, S. O., & Walco, G. A. (1999). Dance/movement therapy for children and adolescents with cancer. *Cancer Practice*, 7(1), 34-42. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.07105.x
- Coplan, J., & Gleason, J. R. (1988). Unclear Speech: Recognition and significance of unintelligible speech in preschool children. *Pediatrics*, 82, 447-452.
- Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (1976). *Behaviour Modification: Principles, issues, and applications*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cross, M. (2004). *Children with Emotional and Behavioural Difficulties and Communication Problems: there is always a reason*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Dale, P. S. (1996). Language and emotion: a developmental perspective. In J. H. Beitchman, N. J. Cohen, M. M. Konstantareas & R. Tannock (Eds.), *Language, learning, and behaviour disorders: Developmental, biological and clinical perspectives* (pp. 5-22). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dowling, E., & Vetere, A. (2005). Narrative concepts and therapeutic challenges. In E. Dowling & A. Vetere (Eds.), *Narrative therapies with children and their families: A practitioner's guide to concepts and approaches* (s. 7-24). East Sussex: Ruthledge.

Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1451-1459. doi:

10.1097/01.chi.0000091944.28938.c6

Fjermestad, K. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*, 12-15.

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Friedberg, R. D., & Gorman, A. A. (2007). Integrating Psychotherapeutic Processes with Cognitive Behavioral Procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*, 185-193. doi: 10.1007/s10879-007-9053-1

Gooding, L. F. (2011). The Effect of a Music Therapy Social Skills Training Program on Improving Social Competence in Children and Adolescents with Social Skills Deficits. *Journal of Music Therapy, 48*, 440-462.

Gross, W., Linden, U., & Ostermann, T. (2010). Effects of music therapy in the treatment of children with delayed speech development - results of a pilot study. *Bmc Complementary and Alternative Medicine, 10*. doi: 10.1186/1472-6882-10-39

Haavind, H. (1996). Leken som virkemiddel i psykoterapi med barn. In S. Reichelt & H. Haavind (Eds.), *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling* (pp. 245-280). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Halmrast, Ø., & Skjerve, J. (In press). *Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen*. Matrix.



- Hilliard, R. E. (2008). Music and Grief Work with Children and Adolescents. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative Interventions with Traumatized Children* (pp. 62-81). New York: The Guilford Press.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. In B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Eds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (pp. 36-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnson, D. B., Pedro-Carrol, J. L., & Demanchick, S. P. (2005). The Primary Mental Health Project: A Play Intervention for School Children. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 13-30). Washington DC: American Psychological Association.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice - New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*(3), 146-159. doi: 10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of Child-Therapist Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional and Antisocial Behavior. *Psychotherapy, 49*, 202-217. doi: 10.1037/A0027933
- Kristensen, H. (2005). *Taushet er også tale. Selektiv mutisme hos barn og unge*. I

- Barn i Norge: "Se meg". (Årsrapport, pp. 17-25). Oslo: Voksne for Barn.
- Kot, S., & Tyndall-Lind, A. (2005). Intensive play therapy with child witnesses of domestic violence. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 31-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Washington DC: American Psychological Association.
- Linesch, D. (1999). Art making in family therapy. In D. J. Wiener (Ed.), *Beyond Talk Therapy: Using Movement and Expressive Techniques in Clinical Practice* (pp. 225-243). Washington DC: American Psychological Association.
- Løvaas, O. I. (2003). *Opplæring av mennesker med forsinket utvikling: Grunnleggende prinsipper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsippklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- McArthur, T. (1992). *The Oxford companion to the English language*. Oxford: Oxford University Press.
- McCabe, P. C., & Meller, P. J. (2004). The relationship between language and social competence: How language impairment affects social growth. *Psychology in the Schools*, 41, 313-321. doi: 10.1002/Pits.10161
- Malchiodi, C. A. (2008a). Creative Interventions and Childhood Trauma. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative Interventions with Traumatized Children* (pp. 3-21). New York: The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2008b). Effective Practice with Traumatized Children: Ethics, Evidence, and Cultural Sensitivity. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative*

*Interventions with Traumatized Children* (pp. 22-42). New York: The Guilford Press.

Mæhle, M. (2007). Nyere utviklingspsykologi som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn. In H. Haavind & H. Øvreeide (Eds.), *Barn og unge i psykoterapi: samspill og utviklingsforståelse* (pp. 27-68). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

McArthur, T. (1992). *The Oxford companion to the English language*. Oxford: Oxford University Press.

Mossige, S. (1996). Bruk av metaforer i terapi med barn. In S. Reichelt & H. Haavind (Eds.), *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling* (pp. 93-119). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005a). Announcing empirically based play interventions for children. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 3-10). Washington DC: American Psychological Association.

Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005b). *Empirically based play interventions for children*. Washington DC: American Psychological Association.

Reichelt, S., & Skjerve, J. (2012). Evaluating the soundness of practice-based knowledge. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 6(1), 2-9.

Rogers, S. J. (2005). Play interventions for young people with autism specter disorders. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically*

- based play interventions for children* (pp. 215-240). Washington DC: American Psychological Association.
- Rossetti, J., & King, C. (2010). Use of Animal-Assisted Therapy with Psychiatric Patients - A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(11), 44-48. doi: 10.3928/02793695-20100831-05
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 444-454.
- Saywitz, K. J. (1995). Improving children's testimony: The question, the answer and the environment. In M. Zaragoza, J. Graham, G. Hall, R. Hirschmann & Y. Ben-Porath (Eds.), *Memory and testimony in the child witness* (pp. 113-140). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sentralstyret i Norsk Psykologforening (2012). *Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis*. Upublisert materiale. Norsk Psykologforening.
- Shelby, J. S., & Felix, E. D. (2005). Posttraumatic play therapy: the need for an integrated model of directive and nondirect approaches. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 79-104). Washington DC: American Psychological Association.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi: Doi 10.1037/A0022181
- Shirk, S. R., & Russel, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. New York: Guildford Press.
- Smerud, H. S. (2012). Kasusformulering og behandlingskvalitet. In B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Eds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (pp. 22-32). Bergen: Fagbokforlaget.

- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. In H. Haavind & H. Øvreeide (Eds.), *Barn og unge i psykoterapi: samspill og utviklingsforståelse* (s. 69-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Svendsen, B., Johns, U. T., Brautaset, H., & Egebjerg, I. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tetzchner, S. v. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Verhoeven, L., & van Balkom, H. (2004). Developmental Language Disorders: Classification, Assessment and Intervention. In L. Verhoeven & H. van Balkom (Eds.), *Classification of developmental language disorders: Theoretical Issues and clinical implications* (pp. 3-20). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Webster-Stratton, C. (2011). *De utrolige årene: En foreldreveileder* (Second ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- White, M., & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- WHO. (1999). *ICD-10 Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelse og diagnostiske retningslinjer* (First ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wiener, D. J. (1999). *Beyond Talk Therapy: Using Movement and Expressive Techniques in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychological Association
- Wilson, C., & Powell, M. (2001). *A guide to interviewing children: Essential skills for counsellors, police, lawyers and social workers*. London: Routledge.
- Ørbeck, B. (2008). Selektiv mutisme hos barn. *Tidsskrift for Norsk*

*Psykologforening, 45, 1149-1154.*