

Mari Svee

## **NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM**

*En flerkasusstudie av barn som bedrer sin affektbevissthet gjennom et behandlingsforløp med tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)*

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, oktober 2017

## SAMMENDRAG

Denne studien beskriver tre barn som endret seg mye gjennom hvert sitt behandlingsforløp med tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB), som del av et større forskningsprosjekt ved NTNU kalt “Psykofysiologiske mål i psykoterapi”. Sentralt i TIB står barnets subjektive forståelsesverden og kommunikasjonsform. Gjennom intersubjektive møter med en sensitiv terapeut som toner seg inn på barnas affektive uttrykk, og parallelt foreldrearbeid som gir foreldrene nye måter å møte barna på, kommer barna inn på nye utviklingsspor som tillater økt affektbevissthet og integrasjon mellom kognitive og emosjonelle prosesser. Endringen er målt med Affektbevissthetsintervju (ABI) for barn, som viser at barna etter terapi i betydelig større grad enn før evner å kjenne på og tolerere de fleste følelser, i tillegg til emosjonelt og begrepsmessig å uttrykke dem. Dette er med på å gjøre dem mer tydelige for seg selv og andre, noe som åpner for nye transaksjonsmønstre mellom barna og deres foreldrene, og bidrar til å få barna tilbake til et mer positivt utviklingsspor.



## FORORD

*Hva skal du bli når du blir stor?* Dette spørsmålet ble jeg, som barn flest, stilt overfor flere ganger gjennom oppveksten. Jeg skal tidlig ha svart at jeg ville bli *en sånn som snakker med barn når de har det vanskelig*. To tiår senere står jeg nå på terskelen til å bli nettopp det. Gjennom hele studieløpet har interessen min og engasjementet mitt ligget hovedsakelig hos barn og deres utvikling og fungering i en større kontekst. Da jeg selv ble mor midtveis i studieløpet, ble engasjementet for nettopp denne gruppen enda større, og da jeg så skulle velge tema for hovedoppgave var valget dermed enkelt; det måtte bli noe innenfor barnefeltet. Da det kom meg for øret at gruppen bak forskningsprosjektet “Psykofysiologiske mål i psykoterapi” satt på spennende data, var veien kort til Karl Henry Jacobsen sin dør. Det ble starten på et spennende år med fordypning i barn i terapi, som til slutt resulterte i denne hovedoppgaven.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min dyktige og dedikerte hovedveileder, Karl Henry Jacobsen, for åpen dør, interessante faglige samtaler, gode og konkrete råd, og svar på spørsmål av alle slag. Jeg ønsker også å takke min biveileder Tonje Grønning Andersen for god hjelp til metodiske spørsmål innledningsvis i prosessen. Til slutt vil jeg takke Pernille og Erik, som gjør hjemme til en ladestasjon og minner meg på at min viktigste (hoved-) oppgave er å være mamma og samboer.

Trondheim, 2017

Mari Svee



**INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduksjon</b> .....	<b>8</b>
Terapeutisk arbeid med sikte på økt integrasjon av emosjonelle og kognitive prosesser.....	8
Forskningsspørsmål og avgrensninger.....	8
<b>Teori</b> .....	<b>10</b>
Emosjoner og emosjonsregulering.....	10
Affektintegrasjon og affektbevissthet.....	12
Tilknytning og temperament.....	13
En transaksjonsmodell for utvikling.....	16
Intersubjektivitet i terapi og i samspill.....	17
Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB).....	19
<b>Metode</b> .....	<b>20</b>
Datainnsamling.....	20
Kasuistisk metodikk.....	20
Etiske aspekter ved studien.....	21
Datatriangulering.....	22
Videoobservasjon.....	22
Affektbevissthetsintervjuet for barn.....	24
Foreldrerapportering.....	24
<b>Resultater og diskusjon</b> .....	<b>26</b>
Kasus 1: ”Thea”.....	26
Kasus 2: ”Linnea”.....	38
Kasus 3: ”Agnes”.....	48
<b>Generell diskusjon</b> .....	<b>58</b>
Intersubjektivitet og økt affektintegrasjon.....	58
Transaksjonelle endringer og viktigheten av foreldrearbeid.....	58
Fellestrekk mellom kasusene.....	60
Alternative forløp.....	61
Begrensninger, svakheter og styrker.....	62
Implikasjoner.....	63
<b>Referanser</b> .....	<b>66</b>



## INTRODUKSJON

### **Terapeutisk arbeid med sikte på økt integrasjon av emosjonelle og kognitive prosesser**

Redusert evne til regulering av emosjoner fremholdes av mange som den vanligste årsaken til psykiske lidelser tidlig i livet (Campos, Frankel, & Camras, 2004; Sameroff, 2009; Sroufe, 1995; Svendsen & Jacobsen, 2013). Regulering av emosjoner innebærer blant annet å integrere emosjonelle og kognitive prosesser, og den grunnleggende utviklingsmekanismen bak denne integreringsprosessen er samhandlingen mellom barnet og omsorgsgiver (op.cit).

Mange barn som kommer til behandling, kommer som følge av nettopp mangelfull integrering av emosjonelle og kognitive prosesser – som i sin tur har gitt utslag i ulike symptomer. Anerkjennelsen av at barn er i en kontinuerlig utviklingsprosess der de tilegner seg nye ferdigheter i samhandling med omsorgspersonene, gjør at symptomene kan forstås som noe som har oppstått nettopp i disse samhandlingene, der barnet har fått for lite utviklingsstøtte, eller har vært vanskelige å gi utviklingsstøtte, og interaksjonen ikke har vært funksjonell for integrering av emosjonelle og kognitive prosesser (Johns & Svendsen, 2016; Svendsen & Jacobsen, 2013).

Dette får implikasjoner for hvordan terapi kan skape endring hos barnet. Fremfor å gruppere symptomene i diagnoser som skal utgjøre utgangspunktet for terapien, argumenteres det her for at det terapeutiske arbeidet heller bør ta sikte på å bidra til økt integrasjon mellom emosjon og kognisjon, med mål om å bedre barnets evne til selvregulering (op.cit). I tillegg til å hjelpe barnet til å bli mer tydelig for seg selv og for sine omgivelser, rettes også intervensjonen mot å veilede og hjelpe omsorgspersonene med å forstå barnet bedre, og å møte barnet på en måte som bidrar til at integreringsprosessen (re)etableres (Svendsen & Jacobsen, 2013).

### **Forskningsspørsmål og avgrensninger**

Dataene som danner grunnlag for denne oppgaven er en del av et større forskningsprosjekt ved NTNU kalt "Psykofysiologiske mål i psykoterapi. Datagrunnlaget er tre barn mellom 9 og 11 år som er henvist til psykologisk poliklinikk NTNU med internaliserende vansker, og som har blitt behandlet etter prinsippene for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (Johns & Svendsen, 2016). Forskningsspørsmålet som skal besvares lyder som følger;

*"Hva er karakteristisk for ulike barn som endrer seg mye i terapi?"*



## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Med terapi refereres det her til terapiformen tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB), og valg av litteratur har blitt tatt med utgangspunkt i det teoretiske grunnlaget til denne terapiformen og til affektbevissthetsmodellen – som begge vil beskrives nærmere i oppgavens teoridel. I tillegg har tilgrensede forståelsesmodeller som emosjonsregulering, transaksjon og tilknytning blitt integrert for bedre å underbygge de ovenfornevnte begrepene.

## TEORI

### Emosjoner og emosjonsregulering

På tross av den sentrale rollen de har i menneskelig utvikling og fungering, finnes det ingen allment akseptert definisjon av emosjon (Tetzchner, 2001), og i litteraturen brukes begrepene følelse, emosjon og affekt ofte om hverandre – avhengig av hvilke teoretiske perspektiver man refererer til (Johnsen & Torsteinsson, 2000). En vanlig oppfatning er imidlertid at følelsesmessige tilstander resulterer fra vurdering av en situasjon, og klargjør for handling (Tetzchner, 2001). Johnsen og Torsteinsson (2000) oppsummerer på sin side at affekt i stor grad omhandler biologiske systemer, mens følelsesbegrepet refererer til den subjektive kvaliteten og kvantiteten ved opplevelsene. Tar man et funksjonalistisk perspektiv som Campos et al. (2004), forstås en emosjon som prosessen der en fysisk eller mental hendelse av betydning registreres av et individ, hvorpå den opplevde betydningen av hendelsen utløser en respons hos individet.

Campos et al. (2004) presenterer videre fire funksjoner enhver emosjon skal ha, nemlig å forsterke opplevelsen, rette oppmerksomheten, rette kraft og gjøre oss tydelige gjennom sympatisk aktivering, og bidra til å regulere nærhet og avstand til mennesker og objekter. Emosjonene kan slik forstås som krefter som skal gjøre det vi opplever tydeligere for oss selv, og følgelig hjelpe oss i å bli tydeligere i kommunikasjon med andre (Svendsen & Jacobsen, 2013). For at emosjonene skal fungere på denne måten må imidlertid følgende tre betingelser være til stede; emosjonene må være godt differensierte, emosjonene må være regulerte, og emosjonssystemet må bidra til spenning, avspenning og god hvileaktivering (Campos et al., 2004; Jacobsen & Svendsen, 2010). Disse kompetansene vil barnet gradvis erverve gjennom utviklingen.

Den nevrologiske aktiveringsøkningen som forbindes med emosjoner er imidlertid tilstede fra fødselen av. Allerede da reagerer barnet på brå endringer i miljøet, blant annet gjennom økning i hjerterytme, muskelspenninger, hormoninnhold i blodet og pustefrekvens (Jacobsen, 1998). Barnet kommer altså til verden utrustet med et potensial for å føle hele registeret av følelser. De fleste av følelsene er imidlertid ikke tydelige og differensierte for barnet fra fødselen, og den kroppslige aktiveringen kan virke overveldende før barnet lærer å regulere dem (Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2015; Stern, 1985). Barnet er da avhengig av ytre regulering fra omsorgspersoner som viser at alle følelser er normale og akseptable, og som inntoner seg på barnets emosjonelle opplevelse og responderer som en følge av barnets behov (Powell et al., 2015). På den måten blir den voksne det Stern (1985)

kaller en *selvregulerende annen* for barnet, der aktiveringen – som barnet i utgangspunktet kan ha opplevd som indre uro og kaos – blir møtt av omsorgspersonen med et passende uttrykk – noe som virker regulerende (Sroufe, 1995).

Utvikling av emosjonsregulering fremholdes av mange som den mest komplekse utviklingsprosessen vi går gjennom (Jacobsen & Svendsen, 2010; Sroufe, 1995; Tetzchner, 2001). Fra i starten å ha behov for total ytre regulering, utvikler barnet – i takt med at emosjonene differensieres – etter hvert økt evne til indre regulering, der barnet selv er i stand til å gjenkjenne, uttrykke og regulere følelsene sine (Campos et al., 2004). Det reaktive i emosjonen, dvs. hjerterytme, pust, muskelspenninger og stresshormoner blir da gjennom kognitive prosesser etter hvert forstått og regulert ut fra kontekst (Jacobsen & Svendsen, 2010; Sroufe, 1995; Tetzchner, 2001). Hvordan denne reaktive kraften reguleres er imidlertid ulikt på ulike alderstrinn (op.cit.). Dette er med andre ord en gradvis prosess, som forutsetter at barnet etter hvert evner å rette oppmerksomheten mot den kroppslige aktiveringen, og der foreldre bidrar gjennom å akseptere aktiveringen, og å hjelpe barnet til å sette ord på følelsen og til å forstå hvorfor den er der (Svendsen & Jacobsen, 2013). En slik ytre regulering med forståelse og – om nødvendig – korreksjon fra foreldre, bidrar til å gjøre barnet fleksibelt med mulighet til å tilpasse sitt emosjonsuttrykk til situasjonen (op.cit.). Grunnlaget for en slik fleksibilitet legges i langvarige, komplekse, interaktive, intrapsykiske og interpsykiske prosesser, der omsorgsgivere bidrar til at emosjonelle og kognitive prosesser blir integrert hos barnet (op.cit.).

Emosjonsregulering er viktig for barns tilpasning og mestring av omgivelsene (Tetzchner, 2001). Dysfunksjon i emosjonsregulering og oppmerksomhet kan føre til at samspillspartneren opplever kontakten med barnet som utydelig og lite stabil, noe som utgjør en risiko for at samhandlingen blir problematisk – og gir mange negative transaksjonseffekter (Jacobsen, 2010). Psykologiske problemer ser blant annet ut til å oppstå som resultat av at den transaksjonelle prosessen mellom barnet og foreldrene har blitt forstyrret (Jacobsen, 2010).

I tråd med dette synes dysfunksjonell emosjonsregulering og oppmerksomhet å ligge til grunn for mange typer psykologiske vansker (Jacobsen & Svendsen, 2010); og mange av barna og ungdommene som kommer i terapi opplever vansker relatert til nettopp mangelfull differensiering og regulering av emosjoner – i form av redusert tydelighet og redusert evne til å rette oppmerksomheten innover mot egne kroppslige signaler og utover mot kommunikasjonspartneren. Emosjonene fungerer da ikke som beskrevet av Campos et al. (2004), men den fysiologiske aktiveringen oppleves som kroppslig ubehag og fører til forvirring – som i sin tur gjør at oppmerksomheten vendes innover mot den kroppslige uroen

heller enn utover mot omgivelsene. Barnet/ungdommen vil da fremstå utydelig i relasjon til andre, og ikke evne å regulere adekvat nærhet og avstand (Johns & Svendsen, 2016).

### **Affektintegrasjon og affektbevissthet**

En adekvat emosjonsregulering innebærer at emosjonenes kraft (autonome endringer) integreres med kognisjon slik at aktiveringen blir forståelig for individet og bidrar til tydeliggjøring av atferden (Jacobsen & Svendsen, 2010). Barnets evne til en slik regulering utvikles i samspill mellom barnet og dets omsorgsgivere. De samme utvekslingene underbygger prosessen kalt *affektintegrasjon*, som viser til den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013), og som påvirker i hvilken grad emosjonell aktivering gir en opplevelse av sammenheng eller forvirring hos individet (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996). Kort sagt bidrar affekter med informasjon om en persons forhold til sitt miljø ved å knytte vedkommendes indre tilstand til stimuli eller hendelser i den ytre verden. Denne informasjonen vil i sin tur – sammen med affekten i seg selv – motivere individet til å forholde seg til stimulusen eller hendelsen på en gitt måte (Falkenström et al., 2014; Monsen & Solbakken, 2013).

I *Affektbevissthetsmodellen* er affektintegrasjon blitt operasjonalisert gjennom begrepet *affektbevissthet* som en persons kapasitet til bevisst å oppfatte, tolerere, reflektere over, og uttrykke – verbalt og nonverbalt – erfaringer fra følgende 11 spesifikke følelser; interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Et høyt nivå av affektbevissthet innebærer at individet evner å gjenkjenne og anerkjenne egne emosjonelle opplevelser og forstå hvor de stammer fra; noe som vil gi individet et bedre grunnlag for adaptivt å kunne benytte følelsene som signaler for seg selv og andre, og gi innsikt i hvilken motivasjon som er bakenforliggende det en selv gjør (Taarvig, Solbakken, Grova, & Monsen, 2015). Slik kan affektbevissthet forstås som en forutsetning for at emosjoner skal fungere på måten skissert i Campos (2004) sin modell beskrevet i forrige avsnitt. For at emosjoner skal kunne bidra til eksempelvis retting av kraft og til å gjøre en person tydeligere, er det en forutsetning at personen gjenkjenner, tåler og evner å uttrykke følelsen; slik som affektbevissthetsbegrepet viser til.

Affektbevissthetsbegrepet baserer seg på en integrasjon av Silvan Tomkins (1962; 1963; 1995) sin affekt- og skriptteori, Carroll Izard (1977) sin teori om differensielle emosjoner, og andre selv-psykologiske tilnærminger. Felles for disse er kort sagt at de bygger på en antakelse om at vi fødes med et sett grunnleggende universelle affekter som inneholder

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

evolusjonsmessig basert motivasjons- og informasjonsverdi, og at affektene i egenskap av dette utgjør det primære motivasjonssystemet hos mennesker der de gir den enkelte beskjed om viktigheten av indre og ytre stimuli slik at vedkommende kan tilpasse seg disse på best mulig måte (Monsen & Solbakken, 2013). Hver av disse iboende universelle affektene har en forsterkende effekt på andre psykologiske systemer som persepsjon, kognisjon, hukommelse og motorikk – som alle låner kraft fra affektsystemet (Falkenström et al., 2014). Både Tomkins (1962; 1963; 1995) og Izard (1977) poengterer imidlertid hvordan informasjons- og motivasjonsverdien er spesifikk for ulike typer affekt, dvs. at hver enkelt affekt har sin egenart og kan knyttes til ulike typer situasjoner der de forsterker en avgrenset type informasjon og i sin tur motiverer til ulik type atferd (Monsen, Karterud, & Monsen, 1997; Monsen & Solbakken, 2013).

I likhet med hva som gjelder for emosjonsregulering, har man funnet sterke sammenhenger også mellom grad av affektintegrasjon og eksterne mål på psykisk helse – særlig med hensyn til relasjonelle vansker, selvbilde – og somatiseringsvansker, og personlighetsproblemer (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Monsen og Solbakken (2013) viser med eksempler at mange barn med internaliserende vansker – som barna i denne studien – har problemer med nettopp affektintegrasjon, der lav bevissthets- og toleransefunksjon gir vansker med å gjenkjenne fysiologisk aktivering som følelser, og dårlig ekspressivitet videre gir vansker med å uttrykke dem.

Manglende affektintegrasjon for spesifikke følelser vil videre kunne si noe om hvilke type vansker dette vil kunne medføre for individet med hensyn til hvordan det begrenser informasjonsprosesseringsevnen i ulike sosiale kontekster, eller vansker knyttet til å nå frem til andre (Monsen & Solbakken, 2013). Solbakken, Hansen, Havik, et al. (2011) eksemplifiserer dette med at integrasjon av affekten sinne synes å henge spesifikt sammen med selvhevdelse, mens integrasjon av ømhet/hengivenhet assosieres med nærhet vs. tilbaketrekning i mellommenneskelig sammenheng. Affektintegrasjon henger også sammen med evne til mentalisering (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011), som kort sagt handler om evnen til å tolke og forstå andre og seg selv. Tilgang til egne følelser og emosjonelle reaksjoner gjør det lettere å forstå andre, og det å ha en forståelse av andre og seg selv er på sin side knyttet til evne til å regulere egne følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

### **Tilknytning og temperament**

Ethvert menneskebarn kommer til verden med to grunnleggende behov som gir grunnlag for trygghet og livsglede; behovet for beskyttelse og omsorg, og behovet for å

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

undersøke og mestre verden (Brandtzæg, Torsteinson, & Øiestad, 2015). Denne medfødte evnen til å søke nærhet til en eller få omsorgspersoner og på den måten sikre trygghet og beskyttelse, ligger latent i nedarvede atferdsmønstre som gjennom evolusjonen har vokst frem nettopp for å sikre overlevelse (op.cit).

Et biologisk medfødt behov for å søke nærhet er også den grunnleggende antakelsen i Bowlby sin tilknytningsteori (1969/1982; referert i Brandtzæg, Smith, & Torsteinson (2011b)), som postulerer at tilknytningen utgjør et atferdssystem basert på et sett av universelle responser (eks. krabbe etter mor, gråte, og lignende) som øker sannsynligheten for å oppnå og/eller opprettholde fysisk kontakt og nærhet til omsorgsgiver. Den overordnede tilknytningsatferden er styrt av innstilte mål, som i hovedsak innebærer at omsorgspersonen skal fungere som en sikker havn for trøst og en trygg base for utforskning – avhengig av hva som er barnets signaliserte behov på det gitte tidspunktet. Når barnet utforsker, trenger det at omsorgspersonen passer på, støtter utforskningen og hjelper til om nødvendig, mens når barnet søker nærhet er behovet en tilgjengelig omsorgsperson som viser godhet og organiserer de følelsene barnet har (Brandtzæg et al., 2011b). Slik får man en vekselvirkning mellom å eksplorere bort fra og søke nærhet til omsorgspersonen .

Denne vekselvirkningen mellom barnets behov for en trygg havn og en trygg base er også grunnlaget i intervensjonsmodellen *Trygghetssirkelen*. Barnets behov illustreres her i en sirkel, der behovet for en trygg base for utforskning er plassert på topp, mens behovet for en sikker havn for omsorg og trøst plassert på bunn (Brandtzæg et al., 2011a). Det er omsorgspersonens oppgave å hele tiden forsøke å forstå *hvor på sirkelen* barnet er, dvs. om det er tilknytningsatferd eller utforskningsatferd som aktiveres hos barnet, og være emosjonelt tilgjengelig for å møte behovene barnet signaliserer til enhver tid. Et annet sentralt begrep i arbeidet med trygghetssirkelen er *Shark Music* (Brandtzæg et al., 2011a). Begrepet brukes om situasjoner der barnets atferds- og følelsesuttrykk vekker en uro hos omsorgspersonen(e), som i sin tur stenger for deres emosjonelle tilgjengelighet. Merk at uroen i disse situasjonene ikke representerer en reell fare. Brandtzæg et al. (2011a) nevner eksempelvis hvordan en mor kan bli urolig av et barns ønske om selvstendighet, uten at verken uroen eller selvstendigheten i seg selv representerer reelle farer.

I takt med at barnet vokser og kontinuerlig gjør nye erfaringer med hensyn til hvordan omsorgspersonen har reagert og hva denne reaksjonen har ført til, dannes indre arbeidsmodeller for senere sosiale relasjoner (Brandtzæg et al., 2011b), og kvaliteten på disse tidlig etablerte arbeidsmodellene regnes som avgjørende for senere sosial fungering (Torgersen, 2013). Selv om viktigheten av sensitive omsorgspersoner har vært understreket i

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

tilknytningssammenheng, bør det imidlertid poengteres at det ikke er entydig hvilke faktorer som bidrar til å skape individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre, og at sammenhenger rundt tilknytning er komplekse (Torgersen, 2013). Tronick (1989) beskriver for eksempel hvordan omsorgspersoner iblant kan mislykkes i å oppfatte barnets reelle emosjonelle tilstand, og som resultat av dette handle i uoverensstemmelse med barnets faktiske affektive behov. Dette trenger imidlertid ikke utelukkende å være negativt for barnet. Derimot kan det være utviklende – *dersom* omsorgspersonen blir oppmerksom på bruddet som har oppstått i det interaktive spillet mellom seg selv og barnet, og går inn og reparerer dette. Erfaringer med at slike brudd ikke er katastrofale, men kan repareres, gir i følge Tronick (1989) barnet ytterligere erfaring i å håndtere sterke emosjoner.

Videre påpeker Torgersen (2013) hvordan arvelige og iboende egenskaper både hos barnet og hos omsorgspersonen også vil spille inn i samspillsprosessene som påvirker tilknytningstrygghet, eksempelvis i form av temperament hos barnet eller personlighet hos omsorgspersonen. Temperament defineres som nedarvede individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering innen affekter, aktivitet og oppmerksomhet (Rotbarth & Bates, 2006), og omfatter blant annet grad av irritabilitet og emosjonalitet, aktivitetsnivå og hvordan barn reagerer på og mestrer emosjonelle situasjoner, nye ting og forandringer (Tetzchner, 2001). Disse egenskapene vil sin tur virke inn på foreldrenes måte å behandle barna på, som igjen virker inn på barnets irritabilitet, aktivitetsnivå, hvordan de reagerer på nye situasjoner, og så videre. I den sammenheng bør det også nevnes at også omsorgspersonene bringer med seg sitt temperament og sine måter å møte barnet på inn i spillet, og deres måte å møte barnet på er igjen med på å forme barnets temperament (Tetzchner, 2001).

Thomas og Chess (1977) skiller mellom barn som har *lett* temperament og de som har et *vanskelig* temperament, der sistnevnte gruppe ofte er uoppmerksomme, negative i humør, og vanskelige å regulere. Disse barna *kan* oppleves som mer krevende for foreldrene, som kjenner på en følelse av utilstrekkelighet og frustrasjon over at vanlige foreldrestrategier ikke fungerer, og Thomas og Chess (1977) påviste at disse barna hadde lettere for å utvikle symptomer i takt med at foreldrenes maktesløshet økte. På den annen side kan egenskaper hos barnet gjøre barnet resiliert, dvs. bidra til at det oppnår tilfredsstillende tilpasning til tross for erfaringer og omsorgssituasjoner som innebærer risiko for problemutvikling (Borge, 2010). Disse barna vil kunne fungere godt på tross av lite oppmerksomme og sensitive foreldre.

### **En transaksjonsmodell for utvikling**

Sameroff og Chandler (1975; Sameroff, 2009) sin transaksjonsmodell fremhever at utviklingen av enhver prosess i individet påvirkes av en samhandling mellom flere prosesser i individets kontekst over tid. I dette ligger det at utviklingen er en aktiv prosess, der barnet – etter hvert som det tilegner seg nye kognitive, sosiale og emosjonelle ferdigheter – beveger seg i retning av mer kompleks fungering (Smith, 2010), og at påvirkning ikke skjer ensidig fra omgivelser på barn; men at barn også påvirker sine omgivelser (Tetzchner, 2001).

Utviklingen påvirkes av flere forhold, og både biologisk basert modning og miljøets kvalitet er av betydning. Både barnets psykologiske behov og omsorgspersonens responser endres over tid på en gjensidig regulerende måte (Smith, 2010), slik at barnets egenskaper og forhold får stadig ny betydning gjennom ulike faser i utviklingsprosessen (Tetzchner, 2001). For eksempel kan stress og belastninger som er fremtredende på et tidlig alderstrinn gi plass for mer tilpassede funksjoner når barnet på et senere tidspunkt har passert en utviklingsmessig milepæl og omsorgspersonen har lært seg å oppfatte dets signaler på en bedre måte. Slik vil endringer over tid både hos barnet og hos omsorgspersonen virke tilbake og påvirke relasjonen i et dynamisk og tilpasningsmessig regulerende system (Smith, 2010).

Sameroff (2009) påpeker imidlertid viktigheten av å skille transaksjoner fra interaksjoner. Mens en transaksjon forutsetter at skjema endres, tilpasses eller utvikles som resultat av nye erfaringer, kjennetegnes en interaksjon av at hvert individs respons betinges av responsen til den andre – *uten* at endring oppstår hos noen av dem; for eksempel når et smil gjengjeldes med et smil. Hvert av individene har godt praktiserte skjema for slike sosiale situasjoner, og disse skjemaene vil forbli de samme også etter møtet – så lenge responsen til den andre ikke representerer noe nytt eller uventet.

En transaksjon medfører på sin side en *endring*. I tråd med transaksjonstenkning er barn – gjennom sine disposisjoner og reaksjonstendenser – med på skape sitt eget miljø, som i sin tur virker tilbake og modifierer barnets atferdsmessige disposisjoner. De modifierede disposisjonene vil igjen påvirke de sosiale omgivelsene, som så reagerer annerledes enn de ville ha gjort dersom barnet hadde oppført seg på en annen måte (Smith, 2010). En transaksjon har her funnet sted idet omsorgspersonen påvirkes av barnet til å gjøre noe han/hun ikke ville ha gjort dersom barnet hadde oppført seg på en annen måte (op.cit). Omsorgspersonens skjema av barnet er nå endret, og vil påvirke fremtidige situasjoner og møter.

Transaksjonseffekter kan være positive eller negative (Jacobsen & Svendsen, 2010; Sameroff, 2009). Har barnet dysfunksjoner i emosjonsregulering og oppmerksomhet, øker



sannsynligheten for at omsorgsgiver opplever kontakten som vanskelig og lite stabil, som i sin tur gjør samspillet problematisk og medfører negative transaksjonseffekter (Jacobsen & Svendsen, 2010). Dersom barnets emosjonsregulering fungerer innenfor normalvariasjonen for barnets alder, vil kontakten mellom omsorgsgiver og barnet oppleves som stabil og god, og barnet vil få positive responser fra omsorgsgiver og fra omgivelsene for øvrig. Et samspill som dette øker sannsynligheten for positive transaksjonseffekter, som i sin tur fører til at barnet ivaretar egen utvikling sammen med omsorgspersonen (Sameroff, 2009).

For at en positiv transaksjon skal oppstå foreligger imidlertid et forbehold om at omsorgspersonen er sensitiv og oppmerksom på barnets respons. Sameroff (2009) problematiserer at det motsatte er tilfelle hos mange foreldre, som er uoppmerksomme og ufølsomme overfor tilstanden og behovene til barnet sitt. For eksempel vil vedvarende inkonsistent og forvirret foreldreatferd – særlig rettet mot et biologisk sårbart barn – kunne føre til betydelige vansker (Smith, 2010). Utviklingspsykopatologi skyldes ofte en kontinuerlig feiljustering av samspillsprosesser over tid, som hindrer barnet i å organisere sin omverden på en tilpassende måte (op.cit). I den forbindelse er det viktig å ha med seg at foreldrerollen vil endres gjennom hele barnets liv, og at nye faser krever noe nytt av foreldrene. Det er da viktig at foreldrene er fleksible og endrer seg i takt med barnet, og tilbyr både støtte og utfordringer på de ulike trinnene (Jacobsen, 2010).

### **Intersubjektivitet i terapi og i samspill**

Barna denne studien omhandler har alle gjennomgått et terapiforløp der det intersubjektive perspektivet står sentralt. I TIB vektlegges det at intersubjektiv deling er utviklingsfremmende i kraft av å skape selvforståelse, relasjonsforståelse og forståelse av verden (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2012). Et sentralt mål i terapien er derfor å skape muligheter for at intersubjektiv deling mellom barnet og omsorgspersonene etableres eller gjenopptas, i tillegg til å fremme barnets emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling ved å hjelpe barnet til bedre emosjonsregulering (Johns & Svendsen, 2016). Hansen (2012) beskriver den umiddelbare opplevelsen av et intersubjektivt fellesskap og påfølgende kroppslig synkronisering i den terapeutiske dyaden som like viktig som den som finner sted i dyaden mellom omsorgsgiver og spedbarn.

Intersubjektivitet er i seg selv et relasjonsbegrep; en beskrivelse av et opplevelsesfellesskap mellom to mennesker som – her og nå – deler tanker, følelser, fornemmelser eller liknende (Hansen, 2012). Kontakten er implisitt, og knyttet til fornemmelsen av å være to sammen – der det som skjer nettopp *her og nå* kommer i

forgrunnen (op.cit). En slik deling av subjektive tilstander forutsetter ifølge Stern (1985) en opplevelse av at en selv er adskilt fra andre, og at andre er adskilt fra en selv. Hans selvutviklingsmodell legger vekt på at det er kvaliteten på opplevelser i samhandling med andre som organiserer utviklingen av selvet (Johns & Svendsen, 2012). Gjennom erfaringer med å kunne påvirke omgivelsene, og at egne emosjonelle uttrykk reageres på, utvikles en opplevelse av agens (Stern, 1985), som i sin tur grunnleggende for opplevelsen av en selv som et individ med handlingsmuligheter (Johns & Svendsen, 2012).

Selve det opplevelsesmessige innholdet i intersubjektiviteten refereres til som mikroprosesser, og Stern (2004) fremhever at samspillet skjer direkte her og nå – fra øyeblikk til øyeblikk . En intersubjektiv tilnærming til psykoterapi med barn innebærer å ta utgangspunkt i mikroprosessene i barnets aktivitet, og strukturere seg etter rytme, intensitet og uttrykksmodalitet (Johns & Svendsen, 2012). Dette forutsetter at terapeuten fanger opp bevegelser, ansiktsuttrykk, tonefall, timing , rytme, tempo og intensitet som former den intersubjektive kontakten fra øyeblikk til øyeblikk, og gir et følelsesmessig gjensvar på disse. Slik blir terapien til en affektiv dialog, der terapeutens evne til å la seg engasjere og til å gi følelsesmessig respons gjør at barnet opplever seg forstått (op.cit.). Dette er utviklingsfremmende i kraft av å skape selvforståelse, relasjonsforståelse og forståelse av verden (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2012). Som nevnt innledningsvis i avsnittet kan en her trekke paralleller til den affektive dialogen som finner sted i det tidlige samspillet mellom omsorgsgiver og spedbarn.

En annen form for (tertiær) intersubjektivitet er mentalisering (Kvello, 2015), som refererer til et individs evne til å forestille seg indre tilstander hos seg selv og andre, sammen med en forståelse av at egen og andres atferd er et uttrykk for indre tilstander (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011a). Evne til mentalisering utvikles ikke av seg selv, men vokser frem i mentaliseringsstimulerende miljøer der voksne snakker om følelser, motiver, ønsker, behov osv., og der en tenker høyt om egne og andres mentale tilstander og oppmuntrer barnet til å se hendelser fra ulike ståsteder for å prøve å forstå hva som er motivene bak (Kvello, 2015). Slik ser vi hvordan omsorgspersoners evne til å mentalisere om og tolke spedbarnet – som kommuniserer nonverbalt – er avgjørende for å kunne gi en meningsfull respons. Kvello (2015) viser til flere studier som dokumenterer at foreldre med god mentaliseringsevne er mer sensitive i samspillet med barna sine enn de som har svakere mentaliseringsevne, og at førstnevnte gruppe av foreldre oftere har barn med god psykisk helse.

### **Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)**

Biologiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen over tid i et barns utvikling. Et slikt biopsykososialt perspektiv gir et utgangspunkt for å se på terapi med barn og unge som en utviklingsprosess heller enn en reparasjonsprosess med ensidig fokus på symptomlette (Johns & Svendsen, 2016). Dette er kjernen i TIB; en selvpsykologisk orientert terapiform som bygger på en utviklingsrettet intersubjektiv terapiforståelse og et fokus på å stimulere utviklingsprosesser som av en eller annen grunn har stoppet opp og dermed hjelpe barnet tilbake til sitt utviklingsspor, fremfor symptomlette alene (Johns & Svendsen, 2012, 2016). Terapien i seg selv representerer i denne sammenhengen en erfarings- og læringssituasjon som gir barnet mulighet til å *vokse videre* (Hansen, 2012).

TIB har følgende tre distinkte kjennetegn: tidsavgrensning, tydelig terapifokus og parallelt foreldrearbeid (Johns & Svendsen, 2016). *Tidsavgrensning* viser til etableringen av en tydelig tidsramme for terapiforløpets varighet, med mål om å skape oversikt og sammenheng for barnet og foreldrene. Selve tidsrammen kan variere, men etter ca. tre innledende "bli kjent"-møter, anbefales 12 terapitimer som deles inn i oppstartsfasen, midtfase og avslutningsfase.

*Et tydelig terapifokus* skal gi retning for terapiprosessen og fungere som en rød tråd gjennom terapiforløpet. Fokuset etableres med utgangspunkt i barnets egne opplevelser, foreldrenes informasjon og terapeutens observasjoner fra innledende møter, og formuleres ut fra en metafor som tar utgangspunkt i barnets språk. Dette er med på å øke barnets involvering i terapiprosessen (Johns & Svendsen, 2016).

Parallelt med barnets terapitimer går det *foreldrearbeid*, der foreldrene møter en egen terapeut og tematiserer barnets utviklingshistorie og deres egen forståelse av barnets problematikk. Målene med dette parallelle arbeidet er å igangsette en prosess hvor foreldrene opplever å bli forstått og kan få hjelp til å uttrykke sine følelser overfor barnet, samt reflektere rundt barnet og deres egen relasjon til det – som ledd i å sette foreldrene tilbake på sporet av barnets utviklingsmuligheter (Johns & Svendsen, 2016).

I tillegg fokuseres det i TIB på lek; som Johns and Svendsen (2012) refererer til som barnets språk. Lek representerer en spontan måte å uttrykke erfaringer, ønsker og behov på – hvilket gjør leksituasjonen egnet for å uttrykke, regulere og integrere følelser. Lek er videre egnet for gjensidig påvirkning og regulerende dialoger, og utgjør dermed et godt intersubjektivt forum (Johns & Svendsen, 2012).

## METODE

### **Datainnsamling**

Dataene som danner grunnlag for denne oppgaven er en del av et større forskningsprosjekt ved NTNU kalt “Psykofysiologiske mål i psykoterapi”, som har blitt godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Det ble av den grunn ikke sendt inn egen søknad til REK for denne hovedoppgaven.

Utvalget i det større forskningsprosjektet består av barn og unge mellom 9 og 13 år som er henvist til psykologisk poliklinikk ved NTNU med internaliserende vansker og som har blitt behandlet etter prinsippene for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (Johns & Svendsen, 2016) gjennomført av erfarne studentterapeuter under veiledning. I denne besvarelsen undersøkes endringer hos tre av disse barna. Studien er retrospektiv og bygger på DVD-opptak av behandlingsforløpet, journalnotater, samt skårer på Children Behavior Check List (Achenbach, 1991) – heretter referert til som CBCL – og affektbevissthetsintervju gjennomført før og etter endt behandlingsforløp.

### **Kasuistisk metodikk**

Et ønske om inngående og detaljerte beskrivelser av de tre pasientene gjorde at flerkasusstudie ble valgt som metodisk tilnærming. Sammenliknet med resultater fra studier som tar for seg ett kasus, vil resultatene fra kassuserier ofte være mer robuste grunnet et mer overbevisende forståelsesgrunnlag, og Yin (2014) anbefaler av den grunn kassuserier som førstevalg dersom ressursene tillater det. Yin (2014) anbefaler bruk av kasusstudie når en vil dekke kontekstuelle betingelser som antas relevante for fenomenet som studeres, og når grensene mellom fenomenet som studeres og konteksten rundt er noe uklare. Dette er tilfelle i denne studien, som ser på endringer som har oppstått i barn som har gått i terapi, og der endringene vanskelig kan beskrives uavhengig av terapikonteksten og arbeidet med foreldrene.

Yin (2014) skiller mellom forklarende, utforskende og beskrivende kasusstudier. Når problemstillingen spør *hva* som kjennetegner barn som endrer seg mye i terapi, åpner dette for en beskrivende kasusstudie hvis mål er å beskrive et fenomen (i vårt tilfelle endring) og konteksten den oppstod i (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2014). Med bakgrunn i dette plasseres denne studien som en beskrivende kasusstudie.

Det er flere måter å tilnærme seg en kasusstudie på, avhengig av hvilket epistemologisk ståsted man inntar. Crowe et al. (2011) skiller eksempelvis mellom kritiske,

fortolkende og positivistiske tilnærminger. En kritisk tilnærming vil innebære å hele tiden stille kritiske spørsmål til egne og andres antakelser og funn (op.cit.). En fortolkende tilnærming vil på sin side innebære å forsøke å forstå hvordan meninger og prosesser kan oppfattes ulikt ut fra ulike perspektiver – med fokus på å bygge teori (op.cit.). Her søker man å forstå verden slik den er fra observandens subjektive synspunkt, og søker forklaring innenfor referanserammen til vedkommende. En positivistisk tilnærming innebærer å på forhånd etablere et sett variabler som man ønsker å studere, og se hvorvidt disse passer inn med funnene (op.cit.). Målet for en fundamental positivist er å finne objektiv kunnskap om verden, men mange vil i dag støtte seg til en mer modifisert form for positivisme med utgangspunkt i at det finnes en verden å undersøke, men at vi til en viss grad forstår den gjennom måten vi oppfatter den på (Langdridge, 2006).

I denne studien kan man sies å innta en slags mellomposisjon mellom en fortolkende og en positivistisk tilnærming. Observasjonene av kasusene er gjort ut fra løst definerte kategorier, dannet med utgangspunkt i innledende teori om blant annet transaksjonelle prosesser og intersubjektivitet. og Man ser med andre ord etter atferd som kan forklares ut fra dette teoretiske ståstedet, og forsøker å forstå og forklare atferden utfra hvert enkelt kasus sin kontekst.

Mens kvantitative studier ofte utelater avvikende data fordi de anses som resultat av eksempelvis tilfeldigheter eller målefeil, gjør man ikke nødvendigvis det samme i kvalitativ forskning (Howitt, 2013). I denne studien er det nettopp noen av de mest avvikende kasusene som er gjort til objekt for observasjon. Kasusene som beskrives representerer de barna som viste mest endring målt med affektbevissthetsintervjuet før og etter behandling.

Kasusillustrasjonene viser hvordan det enkelte barn tar i bruk mulighetene i det terapeutiske rom. McLeod og Elliott (2011) påpeker videre hvordan kasusstudier ofte har en narrativ natur med rike beskrivelser, noe som er av stor betydning når klinikere gjøre seg nytte av kunnskapen som blir presentert, og anvende den i praksis. Slike rike beskrivelser vil dessuten gjøre leseren i stand til å trekke egne konklusjoner utover forfatterens (McLeod, 2001). I den sammenheng er det imidlertid av relevans at dataene presenteres på en måte som ikke er for teknisk kompleks, og som er av relevans for terapeutenes daglige virke (op.cit.).

### **Etiske aspekter ved studien**

McLeod og Elliott (2011) presiserer viktigheten av de etiske hensynene som må tas ved presentasjon av kasus. De detaljerte beskrivelsene det gjøres bruk av ved slike studier representerer en risiko for at bekjente av personen(e) som beskrives kan gjenkjenne

vedkommende. For å sikre informantenes anonymitet ble barna i denne studien gitt fiktive navn, i tillegg til at alt av mulig identifiserende informasjon ble endret eller fjernet i presentasjonen av datamaterialet.

### **Datatriangulering**

Som ledd i å styrke den kvalitative analysen anbefaler McLeod og Elliott (2011), Yin (2014) og Howitt (2013) datatriangulering – dvs. bruken av flere informasjonskilder som kan brukes i tolkningen av datamaterialet. I denne oppgaven utgjør videomateriale fra behandlingsforløpet, skårer fra affektbevissthetsintervju, journalnotater, samt CBCL (Children Behavior Check List) basisen for en slik datatriangulering. Howitt (2013) påpeker hvordan denne formen for triangulering styrkes ytterligere ved at kildene til informasjon stammer fra ulike interessegrupper, som jo er tilfellet i denne studien, der filmopptak av barnet selv, rapportering fra foreldre, journalnotater skrevet av behandler samt affektbevissthetskjema skåret av en uavhengig psykolog utgjør informasjonskildene.

### **Videoobservasjon**

Denne studien bygger blant annet på videoopptak fra de første og de siste timene av barnas terapiforløp. Heath, Hindmarsh, og Luff (2010) trekker frem flere fordeler ved bruk av videodata, eksempelvis muligheten til å se materialet ubegrenset antall ganger med ulike blikk. Maxwell (2013) påpeker videre hvordan bruk av videomateriale gir observatøren en mulighet til å se ting en ellers ville oversett, samt at det lar observatøren velge om en vil fokusere på ulike deler eller på helheten. McLeod (2011) trekker i sin tur frem at bruk av videoopptak styrker datamaterialet og gjør det etterprøvbart. Min observatørrolle i denne studien vil gå under det Gold (1958) refererer til som en ”komplett observatør”; dvs. en observatør som er fullstendig uavhengig og adskilt fra de som observeres, og som observerer uten å delta.

For forskere uten mye erfaring anbefaler Baxter og Jack (2008) at man involverer andre mer erfarne forskere i analysefasen, for tilbakemelding på eget forsøk på å besvare forskningsspørsmålet, og for å sikre at en holder seg tro til den opprinnelige saken. I den innledende fasen av observasjoner og analyser gjennomgikk man terapifilmene sammen med veileder Karl Henry Jacobsen samt en medstudent som i sin hovedoppgave bruker samme metodikk, der man drøftet hva man så og hvordan å forstå det. For til en viss grad å veilede observasjonen, kom man i samråd frem til fire kvaliteter ved barnets samspillskapasitet som er nyttige for å beskrive endringen som oppstår over tid, og som også er viktige elementer i

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

transaksjonene som foregår mellom barn og omsorgspersoner som beskrevet i teoridelen  
Disse fire kvalitetene er:

### **(1) Stabilitet i oppmerksomhet**

Hvordan barnet evner å holde oppmerksomheten rundt ett eller flere tema.

### **(2) Varighet i samhandling**

Hvor lenge samsnakker og står barnet i temaene som er oppe?

### **(3) Initiativ**

Hvorvidt barnet initierer til samhandling, eller om det er terapeuten som hele tiden må dra samtalen videre. Tør barnet åpne situasjoner og temaer, eller må terapeuten i stor grad styre interaksjonen? Dette overlapper til dels også med gjensidighet.

### **(4) Gjensidighet**

Er det en god flyt i utvekslingen mellom barn og terapeut, eller må den voksne ta mye ansvar for å drive samhandlingen videre?

Merk at dette ikke representerer fastsatte kategorier, men er ment som et hjelpemiddel i observasjonen, som ellers er gjennomgått på en mest mulig åpen måte med øyne for alt som kunne være relevant for endringen man ønsket å beskrive.

Det var i samråd med veileder at man kom frem til at en mest mulig åpen observasjon var mest hensiktsmessig, da kasusene her vil behandles som unike og der man ikke nødvendigvis ser etter likheter på tvers av kasusene, men forsøker å forstå endringen med bakgrunn i egenskaper i/omstendigheter rundt hvert enkelt barn i seg selv. I tråd med dette påpeker Maxwell (2013) blant annet hvordan strengt strukturerte tilnærminger av mange antas å svekke fleksibiliteten i den kvalitative forskningen, og kan føre til et metodologisk tunnelsyn som påvirker hvordan en forstår og tolker dataene. Mindre strukturerte tilnærminger tillater forskeren å fokusere på det bestemte fenomenet som studeres (i vårt tilfelle *endring*) – som kan variere på tvers av individer (op.cit.).

For best å beskrive endringen har man sett gjennom videoopptak av starten og slutten i terapiforløpet til de tre barna. Det varierer hvilke spesifikke terapitimer som har blitt vektlagt hos de ulike kasusene; da man har valgt ut de som best illustrerer endringen, men felles for alle er at det er snakk om timer tidlig og sent i prosessen. Grunnen til at man valgte å ikke fokusere på terapitimene midt i forløpet er man antar at endringen som man i denne studien er ute etter å beskrive best kommer til syne ved å sammenlikne barnet tidlig og sent i prosessen.

### **Affektbevissthetsintervjuet for barn**

Affektintegrasjon er operasjonalisert gjennom effektbevissthetsbegrepet som grad av bevissthet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for 11 spesifikke følelser (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Disse aspektene måles gjennom et semi-strukturert *Affektbevissthetsintervju* – opprinnelig utviklet for voksne – og skåres på en effektbevissthetskala fra 1-9 (Taarvig, Solbakken, Grova, & Monsen, 2015). Monsen, Taarvig, og Solbakken (2013) har laget en intervjuguide tilpasset barn, med 10 affektkategori som blant annet er utprøvd i en klinisk studie av 11 år gamle barn med internaliserende vansker (Taarvig et al., 2015). I denne pilotstudien undersøkte man affektkategoriene forakt og avsky som én affektkategori i stedet for som to, som hos voksne. Det barnetilpassede intervjuet ble funnet å ha tilfredsstillende intertaterreliabilitet og god begrepsvaliditet, og Taarvig et al. (2015) konkluderer med at intervjuet og skåringsskalene utgjør nyttige verktøy i behandlingsplanlegging for barn – i hvert fall fra 11 års alder.

Selv om forakt og avsky er inkludert som to separate affektkategori også i intervjuguiden for barn (Monsen, Taarvig og Solbakken, 2013), ble disse to affektene i forskningsprosjektet “Psykofysiologiske mål i psykoterapi”, som denne studien baserer seg på, behandlet som undersøkt som én affektkategori, som i pilotstudien til Taarvig et al. (2015). Forakt/avsky ble imidlertid utelatt i resultatdelen, fordi de yngste barna i undersøkelsen ikke forstod hva affektene innebar og/eller betydde.

Intervjuene er gjennomført og skåret av en erfaren psykologspesialist med god kjennskap til intervjuet; før og etter barnas terapiforløp. Intervjueren var ellers ikke involvert i terapiforløpet til pasientene på noen måte; noe som sikrer objektivitet i skåringen av intervjuene.

### **Foreldrerapportering**

Child Behavior Check List (CBCL) (Achenbach, 1991) er et instrument bestående av flere ulike spørreskjema som besvares av omsorgspersonene til barn i alderen 6 - 18 år for å kartlegge kompetanse- og problemområder hos barnet. Basert på denne responsen får vi skårer som indikerer emosjonelle- og atferdsproblemer, og alvorlighetsgraden av disse. Spørreskjemaene fylles ut før og etter terapi, for å tydeliggjøre eventuelle endringer i barnets emosjonelle og atferdsmessige problemer som følge av behandlingen eller andre forhold. I denne studien er resultater fra CBCL nevnt for å understreke og støtte opp om endringene man observerer. I tillegg til CBCL er også enkelte journalført informasjon fra foreldrene i forbindelse med anamneseopptak og foreldresamtaler inkludert i resultat- og diskusjonsdelen.





## RESULTATER OG DISKUSJON

I dette kapitlet presenteres en integrasjon av resultater og diskusjon for hvert enkelt kasus, før en mer generell diskusjon følger i neste kapittel. Som Langdridge (2006) poengterer anerkjennes det også her at den kvalitative forskningsprosessen allerede ved beskrivelsen av terapiforløpet innebærer en viss grad av tolkning. Kasusbeskrivelsene blir derfor delvis resultat av forskerens subjektive fortolkningsprosess, og den påfølgende diskusjonen må forstås som videreføringer av den påbegynte tolkningsprosessen – heller enn som fortolkninger helt separat fra kasusbeskrivelsene.

### Kasus 1: ”Thea”

*Med “Uhu” på oppdagelsesferd i Theas rike*

#### **Henvisning og anamnesticke opplysninger**

9 år gamle Thea blir henvist til psykologiske poliklinikker ved NTNU av foreldrene. De forteller om en jente som gråter mye – ofte av uforståelige årsaker og for tilsynelatende ubetydelige ting som har skjedd langt tilbake, og som har vansker med å være tydelig, og si ifra når hun blir dårlig behandlet.

Thea bor sammen med mor, far og en to år eldre storebror. Theas forhold til storebroren – som også har gått i terapi grunnet reguleringsvansker og utagerende atferd – beskrives som konfliktfylt. Foreldrene forteller eksempelvis om episoder der bror og/eller klassekamerater har terget Thea fysisk og psykisk uten at hun har turt å si ifra. De opplever at Thea blir redd når broren er sint på henne, men sier at hun også kan utnytte at han ofte får skylden, selv for ting hun har gjort.

Theas mor er diagnostisert med avhengig personlighetsforstyrrelse, tretthetssyndrom og depresjon, og har periodevis gjennom hele Theas liv vært mye syk. I disse periodene har Thea gitt mor mye omsorg, og har ifølge far tatt for mye hensyn til mor, trukket seg tilbake, og klenget på mor. Mor beskriver at hun opplever en avhengighet av datteren, og innrømmer at hun har benyttet nærheten og relasjonen til Thea for å dempe egen uro og angst, for eksempel ved å ta med seg Thea for å klare å gå på butikken, og ved at Thea sover på sofaen med henne i perioder der mor er dårlig. Mor har skyldfølelse for dette, og tror det kan ha påvirket datterens utvikling. Hun er også bekymret for at barna har blitt triste og redde av å se henne gråte. Far har en jobb som gjør at han reiser mye, men i perioder der mor er svært dårlig forsøker han å være hjemme så mye han kan.

Thea har en god faglig fungering på skolen, men kontaktlærer har beskrevet at Thea i mors dårlige perioder har vært ukonsentrert og fraværende, og etter hvert skal hun ha fått problemer med magevondt og påfølgende høyt skolefravær. Dette har vært knyttet til vanskelige perioder for mor. Etter grundige legeundersøkelser har man utelukket somatisk sykdom hos Thea, og mor ser nå Theas somatiske symptomer i sammenheng med at Thea ikke klarer å uttrykke egne følelser. Foreldrene lurte også på om Thea noen ganger spiller syk for å kunne være hjemme og passe på mor. Mor beskriver videre seg selv som ekstremt overbeskyttende, og hun tror dette hindrer barna fra å delta i aktiviteter. Hun foretrekker at barna er hjemme, og at de ikke tar med seg venner hjem.

Beskrivelsene av Thea som klengete og kosete, og at hun spiller syk for å være sammen med mor, kan ut fra teori om tilknytning forstås som at Thea benytter seg av uhensiktsmessige strategier for å oppnå nærhet til – og oppmerksomhet fra – mor. Barn utvikler strategier basert på erfaring med primære omsorgsgivere, og det kan synes som om Thea signaliserer at hun behøver nærhet – også i situasjoner der hennes egentlige behov er å utforske. Ut fra tilknytningsteori kan dette forstås som en måte å opprettholde en nær relasjon til mor på; da det er denne type atferd som vekker de sterkeste responsene hos mor. Plutselige gråteanfall for tilsynelatende ubetydelige ting som skjedde flere år tilbake, samt klengete og kosete atferd kan også representere eksempler på slik dysfunksjonelle strategier. Det kan også være at Thea noen ganger søker trøst fra moren for egentlig å passe på henne.

### **Fokus for terapi og foreldrearbeid**

I utarbeidelsen av terapifokus ble det tatt utgangspunkt i Thea sine vansker med å uttrykke og forstå egne følelser og behov. Man kom til enighet om at Thea og terapeuten sammen skulle gå på oppdagelsesferd i Thea sitt rike, for å utforske hva som befinner seg der. Det blir foreslått at Uhu - en koseugle som Thea har med seg inn i de innledende timene, også kan være med på ferden, som en støttende og trygg følgesvenn for Thea.

Også Theas foreldre introduseres for oppdagelsesferden. Terapeuten understreker viktigheten av å støtte Thea på ferden, og av at alle blir bedre kjent med flere av Theas sider, følelser og opplevelser. Det tematiseres hvordan det er fint å ha med foreldrene på oppdagelsesferd når man er liten, men at man etter hvert som man blir eldre gradvis kan gå mer og mer alene. Det blir også fokusert på å støtte opp om Theas selvstendighet.

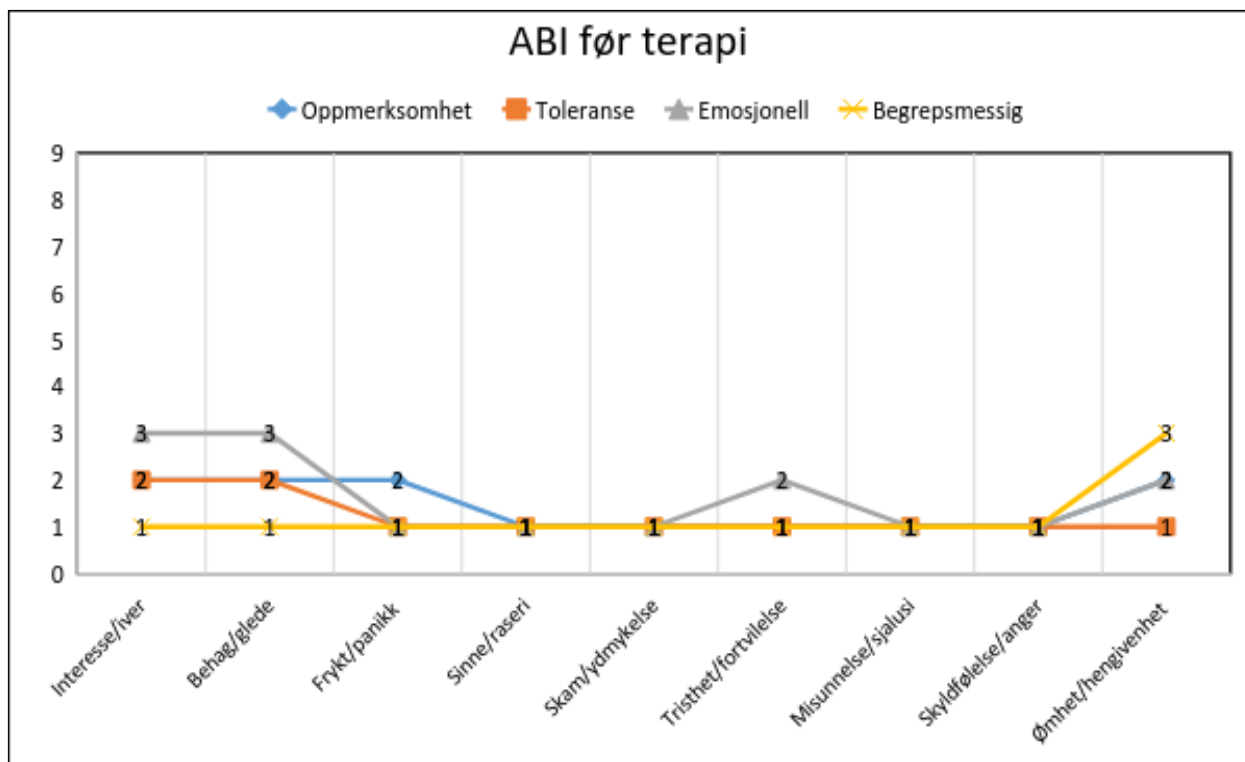
I arbeidet med Theas foreldre ble det tatt utgangspunkt i tilknytningsteori og *trygghetssirkelen* der man fokuserer på barns behov for trygghet og omsorg, og for utforskning. I teoridelen ble det poengtert hvordan foreldrerollen endres gjennom hele

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

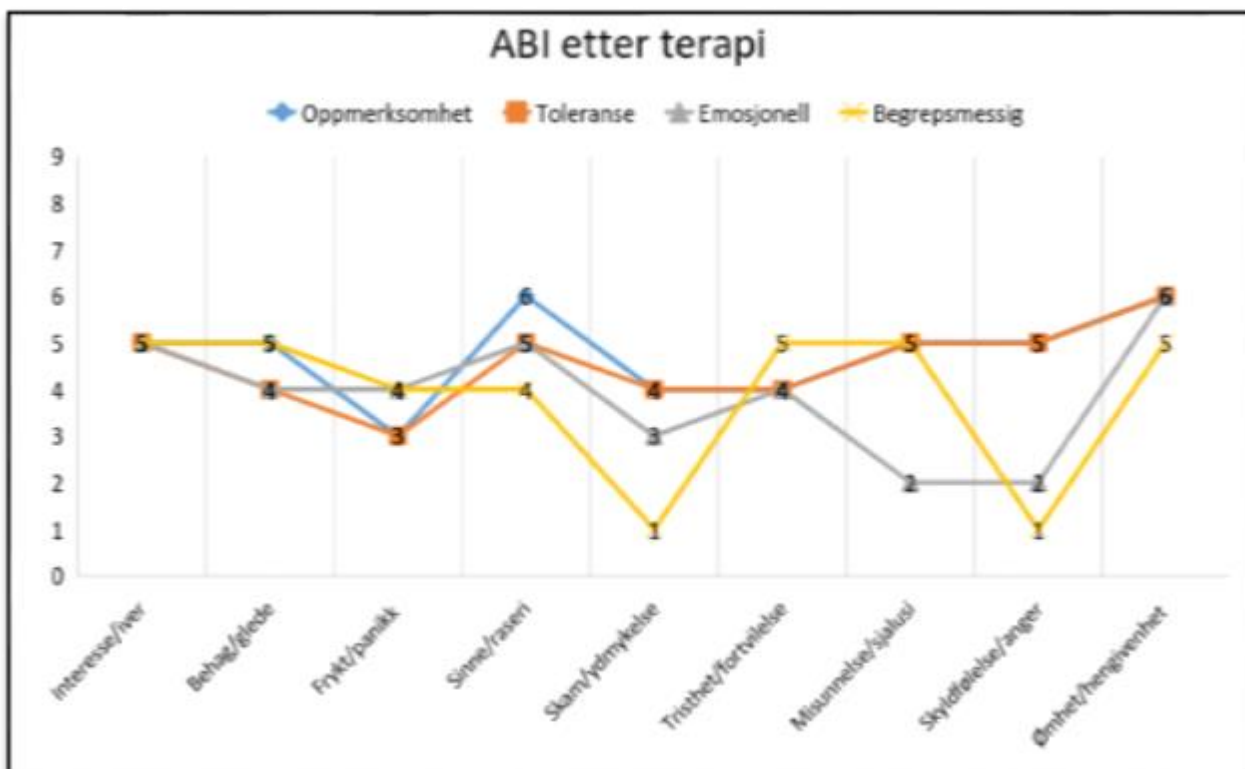
barnets liv, og at nye faser krever noe nytt av foreldrene. Da er det viktig at foreldrene er fleksible og kan endre seg i takt med barnet, og tilby både støtte og utfordringer på de ulike trinnene (Jacobsen, 2010). Det er særlig støtten til utforskning mor har vansker med, og far går ikke inn og kompenserer for mors manglende støtte.

### Affektbevissthetskårer før og etter terapi

Figur 1 og 2 viser Thea sine affektbevissthetskårer før og etter terapi.



Figur 1: Skåring av affektbevissthetsintervju med Thea før oppstart med terapi



Figur 2: Skåring av affektbevissthetsintervju med Thea etter endt terapiforløp.

Av alle barna som mottok tidsavgrenset intersubjektiv terapi var Thea den som forandret seg mest fra pre til post målt med affektbevissthetsintervjuet. Overordnet ser man før terapi en profil med svært flate kurver, som er et uttrykk for lite vitalitet og svært lav grad av affektintegrering. Skårene reflekterer ei jente med lav bevissthet rundt samtlige affekter målt i intervjuet, og evnen til å sette ord på de ulike følelsene er svært begrenset.

*Oppmerksomhet:* Før oppstart av terapi skårer Thea lavt på oppmerksomhet for samtlige affekter (gj. snitt = 1.6), og er med andre ord svært lite bevisst på hva som skjer i kroppen hennes og hvordan tankene påvirkes av dette. Etter terapi ser man en betydelig økning i oppmerksomhet mot samtlige affekter (gj. snitt = 4.8). Den største endringen er oppmerksomhet rundt følelsen av sinne/raseri, som går fra et gjennomsnitt på 1 til et gjennomsnitt på 6. Økt evne til å kjenne på nettopp disse følelsene vil gjøre det lettere for Thea å sette grenser for seg selv, og si ifra når noen gjør henne urett. Dette fordi hun i tillegg til å kjenne følelsen bedre selv også viser økt emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet, som hjelper henne i å bli tydeligere mot andre.

*Toleranse:* Også kurven for toleranse er svært lav før oppstart av terapi (gj.snitt = 1.2). Spesielt med Thea er at hun uttrykker lav toleranse også for positive følelser, og dette skiller henne fra de andre barna presentert i denne studien. Theas hverdag og psykiske fungering synes å henge tett sammen med morens sykdom, og i tillegg beskrives en avhengighet som reiser spørsmål om Theas evne til å skille egne indre tilstander fra morens. Det er mulig at Theas lave toleranse for særlig de positive følelsene er et uttrykk for mors depressive fungering og avhengighet, og at hun tillater seg selv å kjenne på egen glede eller interesse.

Det er også interessant å se på Theas lave toleranse for hengivenhet og ømhet. Det blir beskrevet at mor har en tendens til å dulle med datteren på en overdreven og nærmest invaderende måte. Dersom Thea opplever denne dullingen som påtvunget, kan det være en naturlig følge at hun ikke er komfortabel med følelser av nettopp hengivenhet og ømhet. Etter terapi ser Thea imidlertid ut til å tolerere samtlige følelser i større grad (gj.snitt = 4.6). Eksempelvis har toleransen for ømhet/hengivenhet gått fra 1 til 6. Det gir holdepunkter for at Thea tåler disse følelsene bedre når dullingen foregår på hennes premisser, og at hun etter terapien i større grad kan oppsøke ømhet og være hengiven når hun selv ønsker det.

*Emosjonell ekspressivitet:* Før terapi har Thea en svært begrenset evne til emosjonelt å uttrykke (særlig negative) affekter (gj.snitt = 1.7). Hun synes til en viss grad å kunne uttrykke positive følelser som glede, interesse og ømhet, og i tillegg tristhet, men foruten dette ser det emosjonelle uttrykket hennes ut til å være svært begrenset. Etter terapi er den emosjonelle

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

ekspressiviteten økt for samtlige følelser (gj.snitt = 3.9). Dette vil, sammen med økt begrepsmessig ekspressivitet, bidra i å gjøre Thea mer tydelig også for andre.

*Begrepsmessig ekspressivitet:* I likhet med begrenset evne til emosjonelt å uttrykke seg, har Thea før terapi også et svært begrenset begrepsapparat for de ulike følelsene hun kjenner på (gj.snitt = 1). Taarvig et al. (2014) forklarer en slik lav evne til å sette ord på affekter med at barnet ikke forstår sine egne affektoplevelser, slik at det blir vanskelig å benevne dem og vedstå seg affektene overfor andre. I samtale med foreldrene fremkommer det dessuten at følelser i svært liten grad har blitt satt ord på i Thea sin familie. Den eneste følelsen Thea ser ut til å ha en viss begrepsmessig ekspressivitet rundt er ømhet/hengivenhet, noe som kan henge sammen med mors beskrevne tendens til å dulle overdrevent mye med datteren, og hele tiden fortelle datteren hvor glad hun er i henne – selv om Thea ikke nødvendigvis liker dette. Etter terapi har denne begrepsmessige ekspressiviteten økt betydelig for de fleste affekter (gj.snitt = 4), det vil si at Thea i betydelig større grad klarer å sette ord på følelsene sine, med unntak av for skam/ydmykelse og skyldfølelse/anger der hun fortsatt skårer lavt.

### **Endring gjennom terapi**

#### Innledende møter:

Forut for selve terapiforløpet blir det gjennomført tre klinisk psykologiske undersøkelser (KPU) med mål om å få innsikt i Theas subjektive opplevelse av sin egen situasjon. Thea fremstår innesluttet og noe engstelig ved oppstarten av disse møtene; sitter med høye skuldre, og prater med en tilgjort barnslig stemme. Samtidig kan Thea likevel inngå i lengre sekvenser med felles oppmerksomhet rundt ulike tema med nøytralt innhold og positivt ladet affekt.

Når terapeuten så forsøker å utforske Theas opplevelse av mer negative affekter som tristhet, frykt og sinne, bruker hun ulike strategier for å komme unna dette. En av responsene er å la være å svare. Andre ganger utbryter Thea ordet *potet*, som forstås som en avledningsmanøver hun bruker for å få fokuset vekk og regulere seg ut av situasjonen. En tredje respons på forøk på å undersøke for eksempel hva som gjør Thea redd, er å svare hva som gjør moren hennes redd. Det kan synes som om det er vanskelig for Thea å fortelle om egne følelser og opplevelser uten at også moren blir nevnt, og at hun strever med å skille hva som er hennes opplevelser og hva som er morens.

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Det kan altså synes som om Thea ikke har et bevisst forhold til spesielt negative affekter. Dette fremkommer også av affektbevissthets-skårene før terapi, der Thea skårer helt i bunn på oppmerksomhet, toleranse, og begrepsmessig og emosjonell ekspressivitet for følelsene av frykt, tristhet og sinne. Det kan synes som om Thea mangler egne begrep og opplevelser av hva disse affektene egentlig er for henne. Med utgangspunkt i Stern (1985) sin selvutviklingsmodell beskrevet i teoridelen, kan Theas vansker med deling av egne subjektive tilstander forstås som en lite utviklet selvans og mangelfull opplevelse av å være adskilt fra moren.

### Terapitime 1

Også i første terapitime fremstår Thea som ei sjenert, forsiktig og stille jente. Hun er sammensunken i kroppen, og blikket er vendt ned. Hun har med seg Uhu – koseugla si, som blir et felles fokus for henne og terapeuten, og som Thea sporadisk bruker til å henvende seg nonverbalt til terapeuten. Andre ganger bruker hun Uhu til å snakke for seg. Det kan virke som om det blir lettere for Thea å snakke om seg selv når det er Uhu som *har ordet*. Når ubehaget ved ulike tema blir for stort gjemmer Thea bort Uhu, som for å signalisere at hun ikke ønsker ytterligere fokus på dette.

Terapeuten må jobbe aktivt for å holde Thea inne i en samhandling rundt denne ugla, og må bruke mye tid på å tilnærme seg henne på måte som gjør at hun ikke har behov for å beskytte seg ved å regulere seg bort. Når Thea regulerer seg bort tar det form av en parallell fungering, der hun utelukkende fokuserer på og holder på med Uhu – uten å respondere på terapeuten tilnærminger. Hun synes å ha dårlig simultankapasitet, og hennes oppmerksomhet blir *arrestert* når hun begynner å fokusere på én ting.

Videre ser en at Thea har en måte å samhandle på som man kan tenke seg ofte fører til brudd ute i den virkelige verden. Hun bruker lang tid på å svare, og samhandlingen er preget av tidvis lange forsinkelser fra Thea sin side. Bruk av tilgjort og barnslig stemme, og usikre smil og latter gjør at Thea fremstår utydelig og tidvis lite genuin i sine uttrykk overfor terapeuten. Hun tar lite initiativ, og samhandlingen mellom henne og terapeuten bærer preg av lite gjensidighet.

### Terapitime 9

Thea og Uhu kommer sammen også til denne timen. Mor har informert terapeuten om at Thea er veldig trøtt i dag. Thea kommer raskt i gang med den planlagte malingsaktiviteten, som hun uttrykker at hun synes er gøy. Selv om samtalen helt innledningsvis drives fremover



## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

av at terapeuten stiller spørsmål, gir Thea lange svar, og initierer til oppfølgingshistorier mer eller mindre relatert til spørsmålene på egenhånd. Etter hvert blir hun mer deltakende i å drive samtalen fremover selv også, frem til hun kommer inn i malingen.

Når Thea ser at terapeuten maler med brun farge, kommenterer hun at det ser ut som om terapeuten holder på å male en potet (tidligere beskrevet som et avledningsord for Thea). Terapeuten poengterer at de ofte snakker om poteten, men at det også finnes andre ting som er brune. Thea responderer ikke på dette, men begynner i stedet å male en potet selv. Selv om det av journalnotater fra terapiens mellomfase ser ut til at bruken av dette avledningsordet har avtatt, kan denne sekvensen forstås som at Thea har et behov for å etablere en enighet om at ordet *potet* fortsatt representerer en trygghet som hun kan bruke dersom det er nødvendig. Terapeuten møter henne på dette, og formidler at det er greit å bruke slike ord for å slippe å snakke om ting. Hun responderer heller ikke nå, og det kan se ut til at hun er litt fanget i selve malingsaktiviteten. Dette samsvarer med en tidligere observert begrenset simultankapasitet, og vansker med å konsentrere seg om flere ting av gangen. Thea svarer ikke på terapeutens tilnærminger, og skaper på den måte brudd i samhandlingene dem imellom.

Det at Thea i dag fremstår stille og ikke svarer, og heller ikke avbryter terapeuten med bruk av *potet* eller andre strategier, kan være et resultat av hun er trøtt i denne timen. På den andre siden kan det også være et tegn på større toleranse for å stå i vanskelige tem – om enn på en noe passiv og ikke-responderende måte.

Uhu har ikke vært i fokus i denne timen, men da Thea avslutningsvis skal tegne i en kalender for å markere hva de har gjort i dag, tegner hun Uhu som dykker under havet og finner skatter. En mulig tolkning av dette er å trekke paralleller til den indre opplevelsesverdenen som man utforsker i terapirommet. Det at Thea tegner Uhu som finner skatter kan representere at Thea opplever at Uhu (og dermed også Thea) har funnet noe nytt inne i Thea selv. Det at Uhu foruten dette har vært lite benyttet kan tyde på at Thea ikke lenger er like avhengig av dette objektet, og at hun er trygg nok i relasjonen til terapeuten til å bare være de to nå. En annen mulighet er at malingsaktiviteten virket såpass altoppslukende på Thea slik at hun rett og slett glemte at Uhu var der.

### Terapitime 10:

Til Thea sin siste individualtime har hun medbragt et diplom hun har fått utdelt på et ridestevne siden forrige time. Uhu er også med. Thea er meddelsom og forteller uoppfordret om omstendighetene rundt ridestevnet. Hun gestikulerer og bruker kroppen på en fri og ledig

måte, og fremstår langt mer vital enn sist gang. Denne vitaliteten utspiller seg videre når terapeuten foreslår at de skal leke i sandkassa. Thea gjenskaper hinderløypen som hun red gjennom under helgens ridestevne; og holder på med dette litt på egenhånd mens hun fortsetter å fortelle terapeuten om hesten hun bruker å ri på. Litt stolt forteller hun at andre barn ikke tørr å ri den fordi den er så sta, og da terapeuten poengterer at det høres ut som om Thea tørr en del ting som ikke andre gjør, sier hun seg enig i dette. Denne sekvensen er et eksempel på hvordan terapeuten lar Linnea bruke lek som en måte å uttrykke seg på. Til forskjell fra tidligere trenger ikke Linnea lenger å holdes inne i temaene som kommer opp, og hun blir ikke *arrestert* i aktiviteten slik man har sett tidligere. Samtalen bærer preg av å være en toveis dialog, uten bruddene som har preget tidligere samtaler.

Da Thea skal tegne i kalenderen mot slutten av timen, tegner hun en gråtende Uhu i sorte klær. Hun vil først ikke fortelle terapeuten hvorfor Uhu gråter, men da terapeuten spør om Uhu kanskje er lei seg fordi dette er siste time, bekrefter Thea dette. Når terapeuten spør om også Thea synes det er trist at det er siste time, bekrefter hun igjen. Det at hun nå bekrefter å synes at avslutningen er trist, tyder på en tilgang til – og en tydelighet rundt – en følelse som ikke har vært like uttalt tidligere. Tidligere gjennom terapiforløpet har terapeuten i større grad måttet *tolke* Theas utydelige følesesuttrykk, mens hun nå har en mer begrepsmessig tilgang til det hun kjenner på, og lettere kan formidle dette på en direkte måte.

Mens Thea tegner, oppsummerer terapeuten mye av det de har snakket om i timene. Til forskjell fra tidligere er Thea i dag svært tydelig, og sier ved flere anledninger klart ifra til terapeuten dersom ting etter hennes mening ikke blir gjengitt riktig, eller dersom terapeuten ikke husker ting. Dette representerer en form for tydelighet og selvhevdelse man ikke har sett før, og kan forstås som at Thea nå er mer bevisst på egne behov og ønsker, og at hun er trygg på at det er greit å uttrykke dem.

### **Etter terapi**

Før oppstart av terapi er det tydelig hvordan Thea sitt samspill med moren hemmer Thea, da moren nesten utelukkende ser ut til å møte Thea på følelser som signaliserer behov for omsorg og nærhet. På den andre siden har Thea erfaringer med at mor kan reagere med sinne når Thea signaliserer ønske om selvstendighet og behov for å utforske og få erfaringer på egenhånd. Denne reaksjonen hos mor representerer det man innenfor trygghetssirkelterminologi kaller *Shark Music* (Brandtzæg et al., 2011), der Theas ønske om selvstendighet vekker en uro hos mor, uten at det situasjonen egentlig innebærer noen reell

fare. For å sikre en god og nær relasjon til moren blir Theas løsning på dette å oppføre seg klengete og *trengende* når mor er til stede, da det er slik atferd mor responderer positivt på.

Gjennom terapien har Thea fått erfaringer med å dele sine indre opplevelser med en emosjonelt tilgjengelig og regulerende terapeut, noe som har gitt flere positive utfall. Erfaringer med å kunne påvirke omgivelsene i terapirummet, og at flere av hennes emosjonelle uttrykk reageres på (ikke bare de som signaliserer behov for trøst og nærhet), har trolig bidratt til en økt opplevelse av agens hos Thea, som i sin tur bidrar til at hun opplever seg selv om et individ adskilt fra andre – med egne handlingsmuligheter.

Affektbevissthetsskårene etter terapi viser at Thea i betydelig økt grad evner å kjenne på, tolerere, og uttrykke de fleste følelser langt mer tydelig enn før. En kan anta at særlig den økte oppmerksomheten for de ulike følelsene er med på å gjøre Thea mer tydelig for seg selv, og at hun gjennom økt begrepsmessig og emosjonell ekspressivitet også fremstår tydeligere for andre.

Etter terapi rapporterer også foreldrene om endring hos Thea; blant annet har hun blitt mer selvstendig, og hevder seg mer i overfor andre. Dette ser man også med terapeuten mot slutten av forløpet. I begynnelsen fremstår Thea passiv overfor terapeuten, men i de siste timene tar hun initiativ til aktiviteter i timene, og irettesetter terapeuten dersom han misforstår aspekter av det hun forteller. Foreldrene rapporterer at Thea nå gråter mindre, og at hun ser ut til å forstå seg selv bedre enn før. Det samme gjelder for øvrig også for foreldrene, som oppgir å ha hatt nytte av å bruke trygghetssirkelen som verktøy for bedre å forstå hva datteren signaliserer og hvilke behov hun har til enhver tid. De sier at hun i mindre grad enn før bruker dysfunksjonelle strategier for å oppnå nærhet, og at de opplever henne tydeligere i hva hun ønsker og trenger. Dette handler trolig også om at foreldrene gjennom foreldrearbeidet har blitt bedre på å tolke og mentalisere om Thea og hva det er hun uttrykker.

*CBCL:* Før oppstart av terapi skårer mor Thea i det kliniske området for internaliserende vansker, med en spesielt høy subskåre på angst. I tillegg ligger mor sine skårer for affektive og somatiske vansker også på grensen til klinisk nivå. Far skårer generelt datteren lavere, og under klinisk nivå på alle subskalaene. Med tanke på Thea og mors nære forhold, mors tilsynelatende bekymrede personlighetsstil, og at det er de som synes å tilbringe mest tid sammen, er det ikke overraskende at mor skårer Thea noe høyere enn far. I tråd med de positive endringene gjenspeilet i affektbevissthetsskårene, rapporterer imidlertid begge Theas foreldre gjennom CBCL mindre angst og affektive problemer etter terapi, og Thea ligger nå i normalområdet for jenter på hennes alder. Etter terapi rapporterer mor om noe mer somatiske problemer knyttet til magevondt og kvalme. Dette kan forstås som et resultat av at

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Thea gjennom terapi har lært seg å kjenne mer på både positive og negative emosjoner, og at hun også har blitt mer tolerant for dem. Dette gjenspeiles også i affektbevissthetsintervjuet etter terapi. Campos et al. (2004) poengterer i den forbindelse hvordan noen følelser kan akkompagneres av ulike former for kroppslig ubehag – uten at det trenger å reflektere at noe er galt. Det er dermed tenkelig at Thea sin økning i somatiske plager er uttrykk for økt oppmerksomhet rundt indre tilstander heller enn at noe er galt, men dette er selvsagt bare en antakelse.

Etter terapi rapporterer far at Thea befinner seg i normalområdet for sosial kompetanse. Thea sin nære relasjon til mor før terapi har trolig gått ut over både kvantiteten og kvaliteten på hennes øvrige sosiale liv, mens hun nå rapporteres å fungere mer adekvat i sine relasjoner til jevnaldrende, nå som hun har fått muligheten til å løsrive seg fra mor. Denne økte sosiale kompetansen er trolig også et resultat av Theas økte integrasjon av ømhet/hengivenhet, som gjør at hun i større grad evner å regulere nærhet vs. avstand i mellommenneskelige sammenhenger, jamfør Solbakken, Hansen, Havik et al. (2011), samt at Thea gjennom økt integrasjon av samtlige affekter også nå fremstår mer tydelig i kommunikasjonen med andre.



## **Kasus 2: "Linnea"**

### *Jakten på de indre skattene*

#### **Henvisning og anamnesticke opplysninger**

9 år gamle Linnea blir henvist av kontaktlærer grunnet gjentatte episoder med oppkast som man gjennom omfattende utredning ikke har funnet noen somatisk årsak til. Hun har også slitt med magevondt, kvalme, søvnproblemer og hodepine. Foreldrene beskriver at Linnea ofte blir svært lei seg og kan gråte uten at noen vet hvorfor. Mor forteller at Linnea har vanskelig for å uttrykke ubehagelige følelser, og at hun ofte prøver å kamuflere disse, men at hun er likevel lett å lese. Samtidig beskrives det at Linnea også har et behov for å bli sett og få omsorg, og at det noen ganger kan se ut til at hun bruker sykdom/skade som middel for å få dette.

Linnea er mye bekymret for foreldrene og søsteren, og klarer ikke å være alene. På skolen beskrives Linnea som innesluttet, stille, mye alene, og kontaktsøkende overfor voksne. Linnea og storesøsteren bor annenhver uke hos mor og far, som ble skilt da Linnea var 4 år gammel. Perioden etter skilsmissen beskrives som konfliktfylt og turbulent, men samarbeidet mellom foreldrene omtales i dag som å fungere bra. Linnea finner det imidlertid vanskelig å flytte mellom foreldrenes hjem, og hun er ofte bekymret for at den forelderen hun ikke er hos skal være lei seg. Hun blir dessuten veldig lei seg hvis foreldrene eller andre krangler, og tar mye ansvar for at andre skal ha det bra.

Linnea har tidligere gått i samtaler hos Barne- og Familietjenesten (BFT) sitt team for seksuelle overgrep, etter at hun initierte til seksualisert lek med en venninne. Leken omhandlet at en voksen mann skulle tvinge seg på venninna, som Linnea instruerte til å spille redd. Etter samtalen la BFT vekk mistanken om seksuelle overgrep, men rapporterte om mye uro som kunne gå i retning av angst. Den seksualiserte leken har imidlertid vedvart, og mor er fortsatt bekymret for om Linnea kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep mens hun gikk i barnehagen.

#### **Fokus for terapi og foreldrearbeid**

I teoridelen ble det beskrevet hvordan emosjoner skal bidra til retting av kraft og til å gjøre en person tydelige, og at dette forutsetter at personen gjenkjenner, tåler og evner og uttrykke følelsen. Anamnese og innledende samtaler gir innsikt i at Linnea synes å være så opptatt av at andre skal ha det bra, at det er nærliggende å tenke at dette går på bekostning av kapasiteten til å kjenne etter hva som skjer i eget hode og kropp.

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

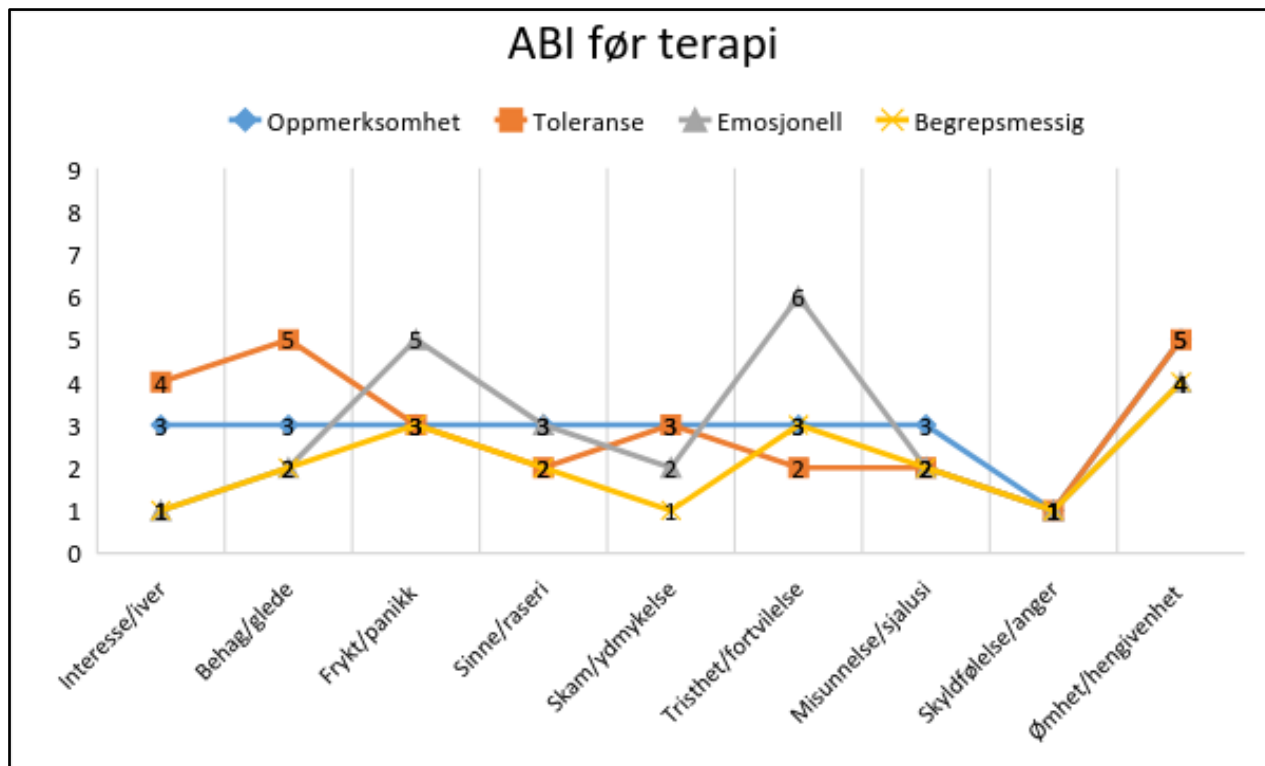
I terapi blir derfor fokuset at Linnea og terapeuten skal jobbe sammen om å finne Linnea sine *indre skatter*, dvs. hennes indre opplevelsesverden – som refererer til både følelser og tidligere opplevelser. Jamfør emosjonenes funksjon med å gjøre en person tydelig for seg selv og for andre, er det grunn til å tro at Linneas manglende oppmerksomhet mot egne indre tilstander gjør at uttrykket av hennes egne behov blir utydelig i samspill med andre, og at det å få tilgang til egne indre skatter dermed blir et viktig skritt på veien mot å bli mer tydelig.

Tydelighet ble vektlagt også i arbeidet med Linneas foreldre. Jacobsen & Svendsen (2010) beskriver at foreldre til barn med dysfunksjoner i emosjonsregulering og oppmerksomhet ofte opplever kontakten som vanskelig og lite stabil, som i sin tur gjør samspillet problematisk og medfører negative transaksjonseffekter. I Linnea sin familie ser det ut til at man har kommet inn i et utviklingsspor som har ført til at alle har mistet mye av sin tydelighet. Linnea sine sterke uttrykk for frykt og fortvilelse kan ha bidratt til at foreldrene forsøker å samhandle med henne på en måte som minimerer sjansen for sterke reaksjoner fra Linnea sin side, men som samtidig gjør dem utydelige. Dette blir en form for interaksjon som i sin tur vil fortsette å være til hinder for en funksjonell integrering av Linnea sine følelser - som jo er mangelfull i utgangspunktet. I foreldrearbeidet ble det derfor lagt vekt på hvordan foreldrene kan bli mer tydelige overfor Linnea.

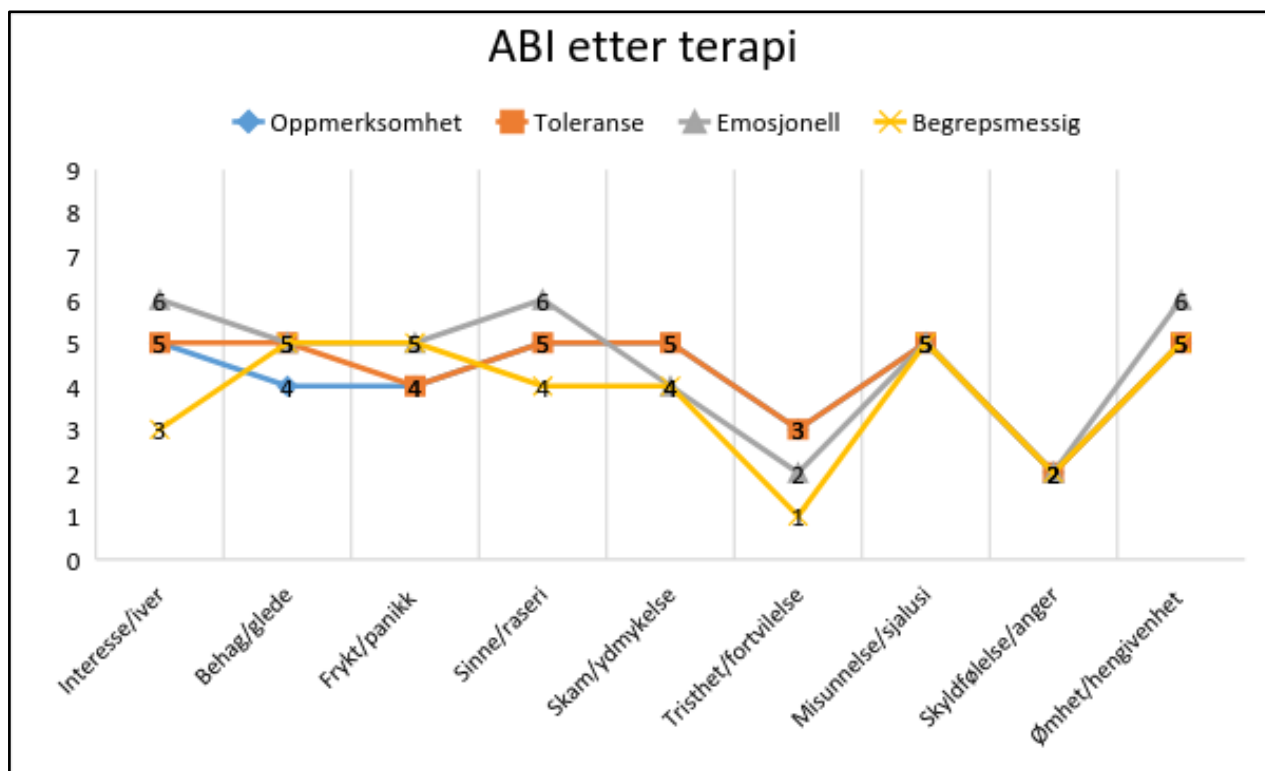
I vurderingen av de klinisk psykologiske undersøkelsene innledningsvis i terapiforløpet beskriver terapeuten et inntrykk av at Linnea ikke alltid blir sett; bortsett fra når hun er “flink” eller når hun er skadet/syk. Dermed blir det også viktig for å foreldrene å bli bedre kjent med mer av det som bor inne i datteren.

**Affektbevissthetsskårer før og etter terapi**

Figur 3 og 4 viser Linnea sine affektbevissthetsskårer før og etter terapi.



Figur 3: Skåring av affektbevissthetsintervju med Linnea før oppstart med terapi



Figur 4: Skåring av affektbevissthetsintervju med Linnea etter endt terapiforløp.



## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

*Oppmerksomhet:* Før terapi er Linnea sin oppmerksomhetskurve svært flat og nokså lav (gj.snitt = 2.9). Hun er med andre ord ikke veldig oppmerksom på sine egne affekter, som betyr at hun ikke kjenner dem godt. Etter endt terapiforløp sees en økt oppmerksomhet mot samtlige følelser (gj.snitt = 4.2), dvs. at Linnea i økt grad evner å kjenne på hva som skjer i kroppen og hodet hennes.

*Toleranse:* Linnea uttrykker videre nokså lav toleranse for negative følelser før oppstart av terapi (gj.snitt = 2.8), noe som trolig henger sammen med hennes følte ansvar for at andre hele tiden skal ha det bra. Dersom Linnea oppfatter at egne negative følelser står til hinder for andres vel, er disse trolig vanskelig for henne å tolerere. Etter terapiforløpet synes Linnea å være langt mer tolerant for samtlige følelser (gj.snitt = 4.3), også de negative.

*Emosjonell ekspressivitet:* Linnea sine skårer før terapi reflekterer svake emosjonelle uttrykk for de fleste følelser (gj.snitt = 2.9), med unntak av frykt/panikk, tristhet/fortvilelse og ømhet/hengivenhet. Tvert imot synes Linnea å uttrykke både tristhet og redsel sterkere enn hun oppgir å kjenne det, noe som fremkommer av nokså lave skårer på oppmerksomhet for nettopp disse (og de øvrige) følelsene. Innledningsvis ble det beskrevet hvordan affektintegrasjon påvirker i hvilken grad emosjonell aktivering gir en opplevelse av sammenheng versus forvirring hos individet. Når Linnea uttrykker følelsen av frykt sterkere enn hun selv oppgir å kjenne den, forstås det som et uttrykk for at den kroppslige aktiveringen er lite integrert, og at den trolig kan skape forvirring redsel hos Linnea som i sin tur gjør det vanskelig for henne å regulere seg. På samme måte oppgir Linnea også å uttrykke tristhet sterkere enn hun kjenner det. Med en forståelse av at Linnea synes å hele tiden føle ansvar for at andre har det bra, og tatt i betraktning terapeutens inntrykk av at Linnea i størst grad blir sett av foreldrene når hun er flink, syk eller skadet, er det nærliggende å tolke tristheten som uttrykk for et behov om selv å bli sett og å få omsorg. Fra et tilknytningsperspektiv sees dette som en strategi for å sikre nærhet til omsorgspersonene, da det er disse emosjonene Linnea i størst grad får respons fra omgivelsene på.

Etter terapi er kurven for emosjonell ekspressivitet hevet (gj.snitt = 4.8), noe som indikerer at Linnea nå i større grad enn før evner å emosjonelt uttrykke samtlige følelser. Mest fremtredende er økningen for emosjonell ekspressivitet av følelsen interesse/iver, som har gått fra 1 til 6. Fra i starten å være initiativløs og stillferdig, er Linnea mot slutten av terapiforløpet langt mer vital, noe som sannsynligvis blant annet kan tilskrives integrasjon av nettopp følelsene interesse og iver.

*Begrepsmessig ekspressivitet:* Før terapi skårer Linnea lavt på begrepsmessig uttrykk for de fleste følelser (gj.snitt = 2.3) noe som er i tråd med foreldrenes beskrivelser av ei jente

som sliter med å sette ord på hva hun føler. Etter terapi er kurven for begrepsmessig ekspressivitet hevet (gj.snitt = 3.8), hvilket indikerer en økt evne hos Linnea til å sette ord på samtlige følelser med unntak av tristhet/fortvilelse og skyldfølelse/anger – hvor hun fortsatt skårer lavt.

### **Endring gjennom terapi**

#### Terapitime 3

Tredje terapitime er Linneas femte møte med terapeuten. Forut for denne er det gjennomført én oppstartstime med foreldrene tilstede, to utredningstimer, og to terapitimer som det ikke foreligger filmmateriale av, og som dermed ikke er observert.

Innledningsvis bruker Linnea lang tid på å finne ut hva hun vil gjøre. Terapeuten foreslår å gå i sandkassa, hvorpå Linnea foreslår å lage dyrepark og landsby. Linnea finner frem dyr, mens terapeuten forsøker å få igang en samtale rundt den gangen Linnea var i dyreparken på ordentlig. Linnea svarer kort med noe som høres ut som en tilgjort og barnslig stemme. Det synes som om dette er en måte å tilpasse seg terapeuten på og et uttrykk for usikkerhet rundt hva som forventes av Linnea i denne situasjonen.

Linnea begynner etter hvert å leke med dyrene i sandkassa. Hun leker på egenhånd, og snakker for seg selv i samme toneleie som før, mens hun leker. Hun inviterer ikke terapeuten direkte inn i leken, men refererer likevel til ”vi”, og lar terapeuten bestemme hvor noen av dyrene skal være. Ut over dette er Linnea lite inviterende til samhandlinger, og responderer ikke på terapeutens forsøk på å invitere seg selv inn i leken. Hun synes å leke uten å vise hva hun ønsker, og leken fremstår noe tilfeldig og lite målrettet. Linnea synes likevel å være oppmerksom i selve leken, og kan inngå i lengre og stabile samhandlinger med terapeuten rundt tema som omhandler leken. Her er hun også meddelsom, og forteller terapeuten små historier som er mer eller mindre relaterte til leken.

Mot slutten av timen foreslår terapeuten til at de skal flytte seg bort i sofaen, slik at Linnea kan bruke siste del av timen til å tegne i kalenderen sin. Linnea bruker en del tid på dette skiftet, og synes å ha vansker med å komme i gang med å tegne. Det kan se ut til at dette skiftet gjør Linnea usikker; stemmen blir igjen tilgjort og barnslig, hun prøver å finne ut av hva som er “kravene” i den nye situasjonen slik at hun kan tilpasse seg best mulig. I denne sekvensen fremstår Linnea unnvikende, og det er lite blikkontakt mellom henne og terapeuten. Når hun til slutt kommer i gang med å tegne fremstår hun tryggere igjen, og kan dele med terapeuten hva det er hun tegner.

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Gjennomgående for timen er det at Linnea legger mye av ansvaret over på terapeuten når det kommer til bestemmelser utenfor leken, og sitatet “det kan du bestemme” forekommer ofte. Dette forstås som en måte å tilpasse seg omgivelsene og terapeuten på, og å legge til rette for at terapeuten skal ha det bra, slik Linnea ofte synes å gjøre med andre.

### Terapitime 4

På starten av Linneas sjette møte med terapeuten er hun noe motorisk urolig og fniser barnslig og tilgjort. Som forrige gang ønsker Linnea at terapeuten skal bestemme aktivitet, og de går igjen i sandkassa. Linnea kommer raskere i gang med leken denne gangen, og fremstår mer vital og meddelende enn tidligere mens hun og terapeuten lager rideskole i sandkassa. Hun forteller historier om en gang hun falt av en hest, og viser også interesse for terapeutens erfaringer med å ri og å falle av hesten. Hun refererer dessuten mer til “vi” i dag. Denne samhandlingen representerer en form for gjensidighet som ikke har vært like fremtredende tidligere.

Da terapeuten litt ut i timen minner Linnea på at terapirommet er et sted der man kan snakke om alt mulig, begynner Linnea straks å fortelle om en venninne som er trist fordi noen har dødd. Forteller videre at hun prøvde å hjelpe venninnen ved å få henne til å tenke på noe annet, slik hun selv bruker å gjøre når hun er lei seg. Videre sier Linnea at hun er litt lei seg i dag. Når terapeuten spør hvorfor forteller Linnea at har kranglet med noen venninner på skolen. Når terapeuten forsøker å utforske denne tristheten dreier Linnea fokus mot den konkrete ytre konteksten rundt krangelen; og snakker nokså fort og bestemt uten at terapeuten slipper til med nye spørsmål. Etterhvert kommer det frem at Linnea også er redd for at de hun krangler med kan ha blitt lei seg. Står lenge tema krangling, og medgir at hun ikke liker at hun og vennene krangler.

Etterhvert presenterer terapeuten ideen om at en av Linnea sine indre skatter er at hun er omsorgsfull mot andre. Linnea bekrefter at hun er omsorgsfull, og forteller at mange i familien ofte roser henne for nettopp det. Dette er med på å bekrefte antakelsen om at Linnea får mye positiv oppmerksomhet når hun ivaretar andre, og kan være med på å forklare hvorfor det har blitt til et slags livsprosjekt for henne.

Videre lurer terapeuten på om hun noen ganger er omsorgsfull mot seg selv. Linnea virker med ett mer utilgjengelig, og svarer kort og med en tilgjort barnslig stemme på disse spørsmålene, etter noe latenstid. Kanskje kan man anta at Linneas livsprosjekt med hele tiden å sørge for at andre har det bra er uforenelig med å være omsorgsfull mot seg selv. Linnea

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

skifter tema, og kommer inn i en lengre utgreiing om en forestående danseforestilling som hun gleder seg til.

Når Linnea mot slutten av timen skal tegne i kalenderen sin, blir hun motorisk urolig igjen; snurrer rundt og vrir seg på stolen. Igjen ser det ut til at skifte av situasjon fremprovoserer en kroppslig uro hos Linnea, som beskrevet tidligere. Hun strever også i dag med å finne ut hva hun skal tegne, men ikke like lenge som sist. Når hun først setter i gang med tegningen er hun bestemt og kjapp i vendingene, og snakker mye mens hun holder på.

Generelt ser man i denne timen at Linnea i større grad enn før viser interesse for terapeuten, og stiller oppfølgings spørsmål til ting terapeuten deler. Dette bidrar til en samtale preget av mer gjensidighet enn man har sett tidligere. Dette går imidlertid over når man kommer inn på tema som engasjerer Linnea; da snakker hun igjen uten stopp - tilsynelatende uten å bry seg om hva terapeuten svarer, og om hun svarer i det hele tatt.

Videre ser Linnea nå ut til å ta noe mindre hensyn til terapeuten enn hun har gjort tidligere - da Linnea har sett ut til å gjøre seg dårligere enn hun egentlig er i spill og liknende, og at hun med vilje lar terapeuten vinne. I denne timen fremstår hun mer selvhevdende, og blir svært oppspilt av å vinne hestevaddeløpet som de to på et tidspunkt utspiller i sandkassa. Linnea og terapeuten ser også ut til å være mer i felles tema, og kan le sammen.

### Terapitime 10

Til forskjell fra usikkerheten Linnea viste innledningsvis i de første timene, fremstår hun i starten av terapitime nr. 10 oppspilt og ivrig etter å fortsette med arbeidet på et skjold som hun begynte å tegne på sist time. Skjoldet har "si-ifra"-krefter rundt seg, og terapeuten foreslår at Linnea kan ha det med seg i tankene slik at det blir lettere å være tydelig overfor andre, for eksempel når andre krangler. "Si-ifra"-kreftene er også en skatt som også finnes inne i Linnea, men skjoldet skal gjøre det lettere å bruke dem. Linnea er oppmerksom mot terapeuten og bidrar med egne ideer til hvordan å bruke skjoldet, men hopper etter en stund ut av tema, og må hentes inn igjen av terapeuten. Det utvikler seg etterhvert en tendens til at Linnea oversnakker terapeuten uten å rekke å roe seg nok til å høre hva som egentlig blir sagt. Igjen viser hun en oppspilthet som står i kontrast til hvordan hun var i de innledende timene, og hun tilpasser seg ikke terapeuten i like stor grad som hun gjorde før.

Linnea forteller at hun tidligere på dagen ble trukket ut til å velge hvilken aktivitet klassen skulle gjøre etter samlingsstunden på skolen, og at mange prøvde å påvirke henne til å velge det ene eller det andre, men at hun endte opp med å velge det hun hadde mest lyst til selv. Legger likevel til at mange andre hadde ønsket seg den aktiviteten også, men står på at

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

valget ble tatt fordi hun ville det selv. Terapeuten berømmer denne bruken av tydelighet og “si-ifra”-krefter, og at Linnea klarte å kjenne etter hva som var mest riktig valg for henne selv. De blir enige om at dette er en måte å være omsorgsfull mot seg selv på.

Etter at de har arbeidet med skjoldet en stund, initierer Linnea til å lage et sverd som hører til skjoldet. I denne sekvensen ser man en fin gjensidighet og tydelighet rundt tegningen, der Linnea delegerer oppgaver til terapeuten. Den gryende gjensidigheten beskrevet i terapitime 4 utspiller seg videre nå. Linnea stiller spørsmål tilbake til terapeuten, og synes å være mer interessert. Linnea tar også mindre hensyn til terapeuten enn tidligere, og tør å stille kritiske spørsmål og påpeke når terapeuten har glemt ting eller gjengir ting ukorrekt.

Mot slutten av timen foreslår Linnea at de skal leke i sandkassa. Først samarbeider Linnea og terapeuten om et felles prosjekt, før de beveger seg over til en konkurranse der Linnea vinner. Det er mye latter, og leken drives videre av felles ideer og samarbeid. Under denne sekvensen er Linnea oppspilt, og hun spiller ut vitaliteten og bruker krefter uten å ta for mye hensyn til terapeuten, noe som sees som en tydelig forbedring fra tidligere.

### **Etter terapi**

Terapiforløpet viser hvordan Linnea går fra i starten å ta lite plass og mye hensyn til terapeuten, til gradvis å vise mer initiativ og gå inn i en gjensidighet i samspillet. Gjennom intersubjektive delinger der terapeuten gjennom sin sensitivitet har fanget opp og gitt følelsesmessige gjensvar på Linnea sin rytme, intensitet og uttrykksmodalitet, har Linnea trolig opplevd seg forstått, og blitt mer kjent med de ulike sidene av seg selv. De indre skattene som de sammen skulle finne begynner å tre frem og bli mer tilgjengelige for Linnea, noe som lar henne bli tydeligere for seg selv og andre. Gjennom lek og konkurranser har hun fått muligheten til å utspille denne tydeligheten og til å ta mer plass; endringer som lar Linnea hevde seg mer og inngå i mer gjensidige samhandlinger enn tidligere.

I tråd med dette rapporterer både foreldre og lærer om endringer hos Linnea etter endt terapi. Endringene går først og fremst ut på at hun virker mindre engstelig, fremstår mer tydelig, og sier oftere ifra hvis det er noe hun ikke liker. På skolen skal Linnea i den senere tiden ha fått flere nære venninner, og ser ifølge lærer ut til å trives bedre enn hun har gjort før.

De beskriver med andre ord en jente som er mer selvhevdende enn før terapien, noe som kan være en effekt av økt affektintegrasjon - eksempelvis av affekten sinne. Solbakken, Hansen, Havik et al. (2011) beskriver nettopp hvordan integrasjon av affekten sinne synes å henge sammen spesifikt sammen med selvhevdelse. Før terapi skåret Linnea lavt (2-3) på

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

både oppmerksomhet, toleranse, og begrepsmessig og emosjonell ekspressivitet av følelsen sinne, mens hun etter terapi har en gjennomsnittsskåre på 5. Dette kan være et uttrykk for at følelsen sinne gjennom terapiforløpet har blitt integrert hos Linnea. I tråd med dette så man også gjennom terapiforløpet at Linnea ble mer selvhevdende, og tok mindre hensyn til terapeuten.

*CBCL:* Før oppstart av terapi skåret mor Linnea i det kliniske området for somatiske problemer, mens far skåret henne helt opp mot grensen til klinisk nivå. Mor skåret henne i tillegg i det kliniske området for angst. Denne angsten kan ha vært et uttrykk for den høye aktivering Linnea viste ved oppstart av terapi, og hennes manglende forståelse av aktivering og evne til å roe seg ned. Etter terapi skårer både mor og far Linnea under klinisk nivå på alle skalaene. De somatiske vanskene som var særlig uttalt ved oppstart av terapi rapporteres å være så godt som borte, og Linnea befinner seg nå i normalområdet for jenter på hennes alder på alle skalaene, noe som underbygger endringen man har sett i terapi.

Dette kan forstås ut fra endring både hos Linnea og foreldrene. Det kan være slik at mye av det kroppslige ubehaget Linnea kjente på før terapi bunnet i den høye kroppslige spenningen og aktivering hun stadig gikk med, men som nå er mer differensiert og forståelig for Linnea selv, slik at hun ikke oppfatter det som kroppslige symptomer. Dessuten kan det være at Linnea ikke lenger trenger å bruke sykdom for å få omsorg og oppmerksomhet av foreldrene. I foreldrearbeidet er det brukt kunnskap fra blant annet tilknytningsteori for å gi foreldrene en bedre forståelse av Linnea, slik at de nå ser og anerkjenner flere sider ved Linnea og dermed har bedre forutsetninger for gi henne den utviklingsstøtten hun trenger. Dette innebærer at Linnea nå kan skape både nærhet og avstand til foreldrene på en ny måte, ved at hun kan signalisere – og bli møtt på – behov både for omsorg og utforskning.



## **Kasus 3: "Agnes"**

*Jenta som skulle lære seg å trave*

### **Henvising og anamnesticke opplysninger**

11 år gamle Agnes blir henvist av Barne- og Familietjenesten (BFT), som foreldrene har opprettet kontakt med. Foreldrene beskriver Agnes som en svært bekymret jente med et sterkt temperament og sterke og skiftende emosjonsuttrykk for både positive og negative følelser. Hun er vanskelig å roe ned, oppsøker ikke alltid trøst, og de gangene hun gjør det er ikke alltid hun klarer å motta trøsten. Den siste tiden har hun hatt både sterk redsel med hysterisk gråt og hyperventilering, og mageproblemer og oppkast. Andre ganger ser redsel og tristhet ut til å komme til uttrykk som sinne, noe som resulterer i mye krangling hjemme. Foreldrene forteller at Agnes lyver en del, og at hun ved et par anledninger har stjålet penger fra søsteren sin. Hun beskrives også å ha manglende selvtillit, og omtaler ofte seg selv i negative termer.

Agnes bor sammen med mor, far og lillesøsteren på 8 år. Foreldrene beskriver at Agnes alltid har vært intens og krevd mye oppmerksomhet fra omgivelsene. Hun har gjennom hele barndommen vært engstelig, men dette tok seg særlig opp etter at mor ble diagnostisert med brystkreft for ca. ett år siden. Da mor ble operert var Agnes hjemme fra skolen med oppkast og magevondt, noe som ble satt i direkte sammenheng med mors sykdom grunnet den klare tidsrammen og at andre somatiske årsaker etter utredning ble utelukket. Mor har i tillegg til kreftsykdommen hatt bekkenløsning i forbindelse med siste svangerskap, og senere muskelproblemer i armene som har gjort det vanskelig å hjelpe Agnes med en del praktiske ting. I sistnevnte periode har Agnes kommet med utsagn som "du har alltid vært syk du".

Det fremkommer også under anamnesen at Agnes sin mormor har bipolar lidelse og personlighetsproblematikk, og at hun gjennom morens oppvekst flere ganger var innlagt på psykiatrisk sykehus. Agnes sin mor tror selv at hun har blitt påvirket av dette i form av manglende emosjonsregulering, og lurer på om dette er med på å vanskeliggjøre hennes forståelse av datterens emosjonsuttrykk og behov. Begge foreldrene er enige om at Agnes sitt temperament likner mest på morens. Agnes kan opponere mot og bli svært sint på mor, men sjeldent på far.

### **Fokus for terapi og foreldrearbeid**

Under utformingen av terapifokus for Agnes ble det tatt utgangspunkt i hennes store interesse for hester, og dette ble knyttet opp mot hennes vansker med å regulere egne følelser



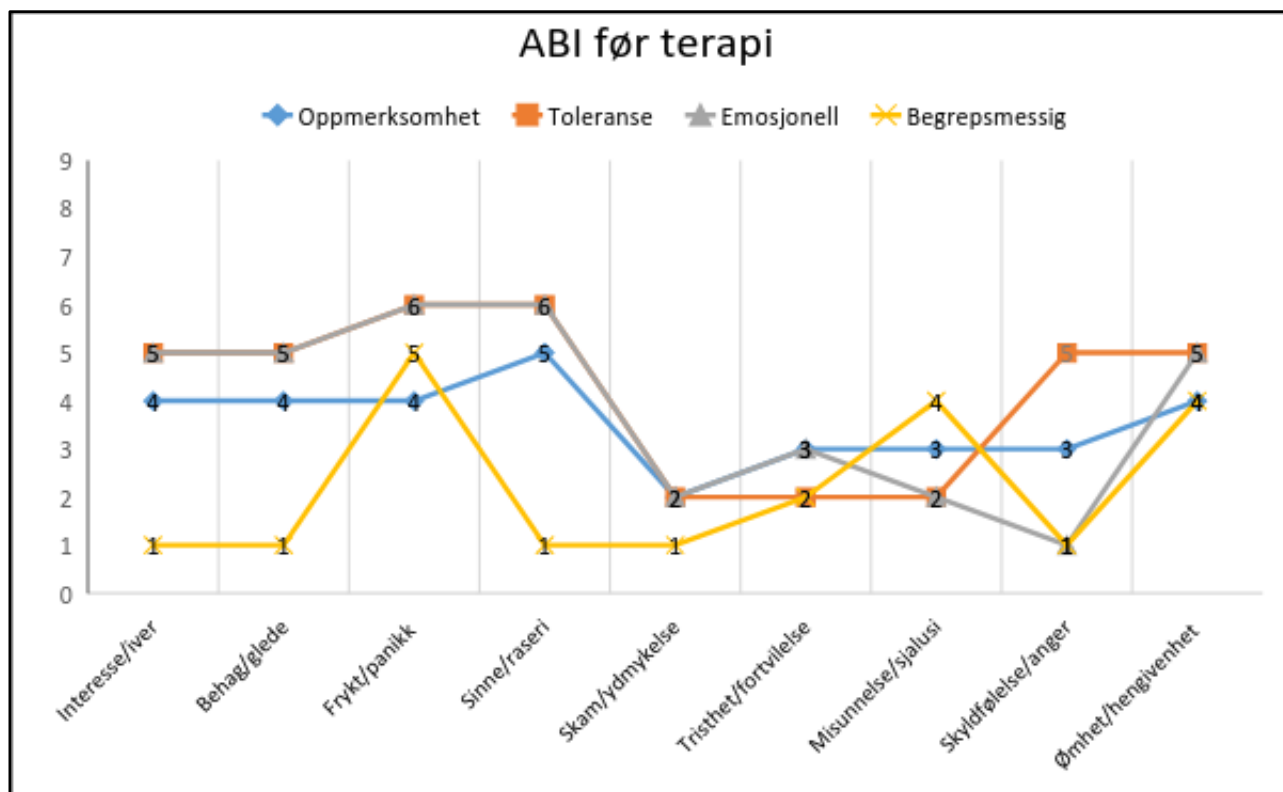
## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

og tempo. Fokuset for terapi ble derfor å arbeide sammen for å finne ut hvordan Agnes kan *være i trav* når hun trenger det, som en mellomting mellom skritt og galopp.

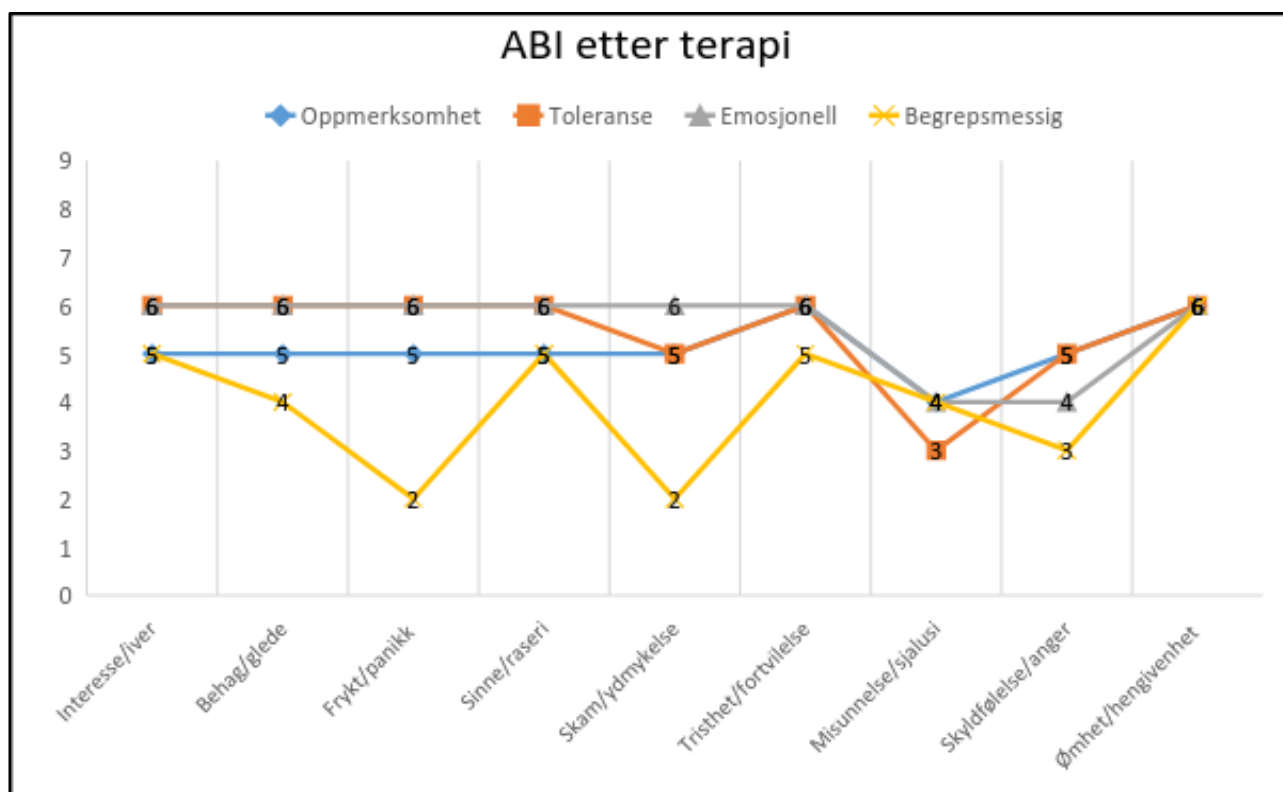
Parallelt ble det arbeidet med foreldrenes evne til å forstå følelsesuttrykkene til Agnes, og til å være tilstede og hjelpe henne med reguleringen av disse. I møtene med Agnes sine foreldre ble det arbeidet med hvordan de tolker Agnes sine ulike følelser og hva de tror hun trenger i de ulike situasjonene. Det ble fokusert på betydningen av at foreldrene skal forsøke å forstå datterens følelsesuttrykk, bekrefte det de ser og hjelpe Agnes med reguleringen av disse. Foreldrene formidlet også at de ofte fokuserer på – og benevner – ytre atferd hos barna, og innrømmer å være noe prestasjonsorienterte i sine bekreftelser og tilbakemeldinger. Det ble derfor arbeidet med å fokusere på innsats og interesse fremfor prestasjon, samt å gi foreldrene en utvidet forståelse av Agnes sine ulike affektive uttrykk, og hvilke indre tilstander som kan påvirke den ytre atferden.

**Affektbevissthetsskårer før og etter terapi**

Figur 5 og 6 viser Agnes sine affektbevissthetsskårer før og etter terapi.



Figur 5: Skåring av affektbevissthetsintervju med Agnes før oppstart med terapi



Figur 6: Skåring av affektbevissthetsintervju med Agnes etter endt terapiforløp.

*Oppmerksomhet:* Før terapi ser Agnes ut til i varierende grad å kjenne følelsene sine. (gj.snitt = 3.5). Det er særlig følelsene av skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalusi og skyldfølelse/anger Agnes har lite kontakt med. Etter terapi viser affektbevissthetsintervjuet at Agnes har fått bedre kontakt med alle følelser (gj.snitt = 5.1), det vil si at hun kjenner dem bedre. Forandringen er størst for følelsene av skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalusi, skyldfølelse/anger og ømhet/hengivenhet.

*Toleranse:* Forut for terapien har Agnes en middels toleranse for de fleste affekter (gj.snitt = 4.2), med unntak av for skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse og misunnelse/sjalusi. Etter terapi ser hun ut til å tolerere alle følelsene i større grad (gj.snitt = 5.4), kun misunnelse/sjalusi er fortsatt nokså lav. I takt med at Agnes etterhvert får flere ord på også de vanskelige følelsene, ser hun i tillegg altså ut til å tolerere dem bedre. Dette kommer til uttrykk i også terapitimene ved at hun ikke ser ut til å føle at hun trenger å regulere seg ut av temaer som omhandler følelser i like stor grad som før.

*Emosjonell ekspressivitet:* Affektbevissthetsskårene på emosjonell ekspressivitet før terapi (gj.snitt = 3.8) indikerer at Agnes uttrykker flere følelser sterkere enn hun selv oppgir å kjenne dem. Dette gjelder følelsene av interesse/iver, behag/glede, frykt/panikk og sinne/raseri. Høye skårer på emosjonell ekspressivitet stemmer overens med foreldrenes beskrivelser av ei jente med veldig sterke emosjonsuttrykk både for positive og negative følelser. Som beskrevet i Linnea sitt tilfelle kan dette henge sammen med at dårlig affektintegrasjon gjør at den emosjonelle aktiveringen skaper kaos gjør henne forvirret, og at hun ikke vet hva det er hun *skal* kjenne på. Dermed blir det også vanskelig å regulere seg.

Etter terapi er den emosjonelle ekspressiviteten også for mer negative affekter forhøyet (gj.snitt = 5.5). Den tydeligste endringer er for skyldfølelse/anger, som går fra 1 til 4. Som nevnt synes Agnes også dessuten å ha økt oppmerksomhet, og emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet for skyldfølelse/anger. Tidlig i terapiforløpet var det tematisert at Agnes ofte kunne være frekk mot og irritert på mammaen sin – uten at hun selv visste hvorfor. Etter terapien rapporterer mor at denne type oppførsel har avtatt, noe som trolig dels kan sees i sammenheng med nettopp økt oppmerksomhet, og økt evne til verbalt og nonverbalt å uttrykke skyldfølelse, slik at Agnes nå har en mer differensiert følelse av samvittighet som gjør at hun ikke like ukritisk som før frekk mot moren. Agnes selv har beskrevet irritasjon over å føle seg misforstått. Økt affektintegrasjon og særlig begrepsmessig ekspressivitet etter terapi bidrar trolig til å gjøre Agnes tydeligere i kommunikasjonen med moren og andre, slik at misforståelser – og påfølgende irritasjon – ikke oppstår like lett.

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

*Begrepsmessig ekspressivitet:* Den laveste kurven forut for terapi er den som representerer begrepsmessig ekspressivitet (gj.snitt = 2.2). Den indikerer at Agnes før terapi svært liten grad evner å sette ord på det hun føler, med unntak av følelsene frykt/panikk, misunnelse/sjalousi og ømhet/hengivenhet. Det er også her den største forandringen vises etter terapi (gj.snitt = 4). Agnes synes nå i betydelig større grad enn før å evne å sette ord på følelsene hun kjenner på. Unntaket er den begrepsmessige ekspressiviteten for følelsen av frykt/panikk, som etter terapiforløpet er skåret lavere enn før oppstart. Det kan tenkes at dette kommer av at Agnes gjennom terapien har lært å differensiere og gjenkjenne et større spekter av følelser, slik at kroppslig ubehag som tidligere ble oppfattet og uttalt som frykt, nå gjenkjennes og uttrykkes som andre følelser, og kommer til uttrykk på en mer differensiert og tydelig måte. Dette hjelper henne til å bli mer tydelig mot andre.

Det er gjennomgående for flere av Agnes sine terapitimer at hun ikke går inn i de følelsesmessige aspektene ved historiene hun forteller, men at hun *driver på overflaten* og forholder seg til dem mer ytre og praktiske forholdene ved det hun forteller. Før terapi viste Agnes lite oppmerksomhet mot særlig ubehagelige følelser - med unntak av følelsen frykt og misunnelse, og lav begrepsmessig ekspressivitet. Mangelen på emosjonelt innhold i historiene Agnes forteller kan trolig forklares med at Agnes ikke evner å kjenne på og sette ord på hva som foregår inne i egen kropp i ulike situasjoner. Dermed forholder hun seg til de faktiske ytre aspekter. Dette forandrer seg noe gjennom terapiforløpet, der Agnes kan gjenkjenne og sette ord på følelser som tristhet, glede, samvittighet og liknende i historiene hun forteller. Dette henger trolig sammen med hørere skårer på oppmerksomhet, toleranse, og emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet for flere av følelsene i affektbevissthetsintervjuet etter terapi, som betyr at Agnes nå evner å gjenkjenne, tolerere og uttrykke de fleste følelsene i større grad enn før. Totalt sett er det mer sammenheng mellom de ulike kurvene på affektbevissthetsintervjuet etter terapi sammenliknet med før terapi. Det er mindre sprik mellom kurvene, noe som er uttrykk for at oppmerksomhet, toleranse og uttrykk for samtlige følelser nå er mer integrert.

### **Endring gjennom terapi**

#### Innledende møter

Forut for selve terapiforløpet blir det gjennomført en førstegangssamtale, tre timer med klinisk psykologisk undersøkelse (KPU), og en time med Agnes og foreldrene der terapifokuset blir presentert. Under flere av disse samtalene blir Agnes i journalnotater

beskrevet som svært pratsom, og tidvis hektisk og kaotisk i sine fortellinger - som ofte omhandler hester. Det beskrives i journal at Agnes synes å fortelle uten å fortelle til en mottaker, og uten å vente på respons. Hun beskrives videre å være motorisk urolig, og oppstemt.

I 3. KPU, som representerer Agnes sitt 4. møte med terapeuten, fremstår Agnes derimot heller nedstemt, og uttrykker skuffelse over å gå glipp av morsomme fag på skolen. Det er interessant at selv om Agnes fremstår nedstemt snakker hun likevel svært raskt, og oppleves å være i galopp også da. Hun initierer imidlertid ikke selv til å snakke, men svarer utfyllende på spørsmålene hun blir stilt.

Terapeuten introduserer etter hvert spørsmålskort om følelser som inngangsport til å snakke om relasjoner, selvfølelse og tanker om seg selv. Agnes virker uinteressert når de holder på med dette, sitter med blikket vendt ned, svarer kort, og sier ikke så mye. Svar som “vet ikke” og “nei” utgjør brudd i samhandlingen mellom henne og terapeuten, og i motsetning til tidligere gjør ikke Agnes forsøk på å igangsette samhandling igjen. Under store deler av timen ligger Agnes i sofaen. Det man ser i dag stor kontrast til den Agnes man så i de innledende møtene. Da var hun i galopp, nå er hun knapt i skritt. En forklaring kan være at den lave begrepsmessige ekspressiviteten Agnes har på affektbevissthetsintervjuet før terapi gjør det vanskelig for henne å snakke om egne følelser. Hun svarer imidlertid adekvat på spørsmål om andres følelsesuttrykk, noe som kan tolkes som at det er lettere for Agnes å kjenne igjen følelser hos andre enn hos henne selv.

Terapeuten spør Agnes om hvem hun bruker å snakke med når hun er lei seg, og hvem hun stoler på. Hun svarer at hun utelukkende snakker med venner, da foreldrene ikke forstår henne – selv om de i følge Agnes tror de gjør det. Hun problematiserer at mor er mye opptatt med telefonen, mens far på sin side kan tulle når Agnes uttrykker at hun er redd. Mor har selv i en av foreldretimene medgitt at hun og far antakelig ikke har tatt nok hensyn til Agnes' engstelighet. Sameroff (2009) problematiserer hvordan uoppmerksomhet og ufølsomme responser overfor barnets tilstand og behov er til hinder for at positive transaksjoner skal oppstå, mens Smith (2010) poengterer at vedvarende inkonsistent foreldreatferd rettet særlig mot biologisk sårbare barn vil kunne føre til betydelige vansker. Med alvorlig psykisk sykdom beskrevet i familien er det sannsynlig at Agnes nettopp har med seg en sårbarhet som gjør de ufølsomme responsene ekstra uheldige for henne.

Agnes bes om å beskrive seg selv med tre ord. Dette klarer hun ikke. Agnes synes å være lite oppmerksom på det som skjer inne i eget kropp og hode, og lite kjent med de ulike følelsene hun kjenner på. Med tanke på Campos et al. (2004) sin forståelse av følelsenes

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

funksjon; blant annet å forsterke opplevelser, rette oppmerksomhet og kraft, og gjøre oss tydelige, vil en mangelfull kontakt med følelsene trolig gjøre det vanskelig for Agnes å vite *hvem* hun egentlig er.

### Terapitime 1

Den første terapitimen er sjette gang Agnes og terapeuten møtes. Forut for dette har de hatt en førstegangssamtale, tre klinisk psykologiske undersøkelser, samt en time med Agnes og foreldrene. Helt fra starten av timen har Agnes mye på hjertet, og snakker mye og fort. Hun kan beskrives som å være i galopp (jfr. fokus for terapi), og avbryter gjentatte ganger terapeutens forsøk på å komme med innspill. Dette er gjennomgående for hele timen, særlig når Agnes bestemmer tema selv. Da snakker hun om ting på en noe overfladisk måte, med fokus på ytre faktorer og faktiske hendelser. Hun synes imidlertid ikke å være like villig til å gå inn i de mer følelsesmessige aspektene ved historiene hun forteller, og responderer ikke på terapeutens forsøk på å navngi følelser eller mentalisere om hvordan det kan ha vært. Noen ganger kan Agnes bryte ut i en slags nervøs latter når noe blir sagt, for så å bli grav alvorlig igjen. Dette kan forstås som eksempler på de raske svingningene som foreldrene beskriver i anamnesen, og kan være uttrykk for forvirring hos Agnes, som ikke forstår det kroppslige ubehaget som dukker opp hos henne når ladde tema tas opp.

På et tidspunkt tematiserer terapeuten følelsen sinne, og spør om Agnes noen ganger er sint på mammaen sin. Agnes bekrefter at hun kan være irritert på mammaen sin, og forteller at hun og moren har gjort en avtale om at Agnes skal være mindre frekk. Terapeuten forsøker å normalisere det å være irritert på foreldre av og til, men Agnes responderer ikke på dette, og skifter raskt tema. Det kan virke som om ordstrømmen og de raske historiene her representerer en måte for Agnes å regulere – eller galoppere – seg ut av ubehagelige tema på. Ved et par anledninger inviterer Agnes terapeuten inn i en mer gjensidig dialog, ved å stille spørsmål og følge opp på det terapeuten svarer. Hun er også interessert i terapeuten, og hvordan det er å være psykolog. Andre ganger tenderer likevel Agnes til å se ned når terapeuten snakker, og fremstår mindre interessert i å høre på enn å snakke selv.

### Terapitime 9

Dette er Agnes sin siste individualtime før avsluttende familiesamtale, og timen brukes i hovedsak til å oppsummere terapiforløpet. Helt fra starten av virker Agnes oppspilt, og meddelsom, men ikke i like dominerende grad som man har sett tidligere. Hun lar terapeuten komme med innspill, og stiller også spørsmål til terapeuten ved noen anledninger.

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Det ser ut til at Agnes nå er i trav; det vil si roligere og mindre kaotisk innvending, noe som i sin tur gir rom for en mer gjensidig og toveis samhandling enn man har sett ved andre anledninger.

Agnes bekrefter også selv at hun er roligere, og forteller at de gangene hun likevel galopperer er det nå på en positiv og glad måte, og ikke fordi hun er sint eller redd. Hun sier også at dette merkes når hun rir; da hun ikke blir like aggressiv og anspent som tidligere når hesten ikke lyder henne, og at dette i sin tur gjør samarbeidet med hesten enklere. Agnes kaller seg selv en *ny person*, og forklarer dette med at man gjennom terapien har gjort morsomme ting på en rolig måte.

På et tidspunkt forteller Agnes uoppfordret at hun har dårlig samvittighet, fordi hun en gang i frustrasjon kalte en klassevenninne for “Stjerna” - som er navnet på den litt kraftige hesten Agnes bruker å ri. Agnes sier at denne klassevenninnen også er litt kraftig, og at hun fikk dårlig samvittighet da hun sammenliknet henne med hesten. Samvittighet har ikke vært tematisert tidligere, men anamnesticke opplysninger om lyving og stjeling, samt ufin oppførsel mot mor, kan tyde på at Agnes kanskje ikke har kjent så mye på samvittighet tidligere. Dette stemmer også overens med de lave skårene på skyldfølelse/anger i affektbevissthetsintervjuet før terapi, som Agnes både hadde vansker med å gjenkjenne og særlig uttrykke. På affektbevissthetsintervjuet gjennomført etter terapi ser Agnes ut til både å gjenkjenne og uttrykke skyldfølelse/anger i større grad enn, noe som støtter opp om antakelsen at Agnes har en mer differensiert og integrert følelse av samvittighet nå.

En annen ting en legger merke til i denne siste timen er hvordan Agnes og terapeuten nå ser ut til å være mer inntonet på hverandre enn tidligere. Ved flere anledninger ser de på hverandre og gjør samme grimase, før de begge bryter ut i latter. Dette er eksempel på hvordan terapeuten fanger opp mikroprosesser i Agnes sin aktivitet og gir et følelsesmessig gjensvar på disse, noe det ser ut til at Agnes har profittert på i form av å føle seg forstått og speilet. Mens Agnes i tidlige timer galopperte fra tema til tema tilsynelatende uten å ta hensyn til om terapeuten fulgte med, er dette et eksempel på hvordan kontakten dem imellom skjer *her og nå*. Agnes refererer også til “vi” når de holder på med aktiviteter, og delegerer oppgaver til terapeuten på inviterende måte når de etter hvert flytter seg over i sandkassa. Det synes å være mer plass til terapeuten i Agnes sin verden nå som hun er mer i trav.

### **Etter terapi**

Etter endt terapiforløp blir det rapportert om endring hos Agnes. Foreldrene forteller blant annet at hun i større grad har perioder hvor hun ser ut til å ha det bedre. Dette kommer

til uttrykk ved at hun er motorisk roligere, mer tilstede her og nå, og synes å være bedre regulert. Som nevnt deler også Agnes oppfatningen at hun har blitt roligere, og at hun merker dette på hestene når hun er ute og rir fordi hestene tidligere ble nervøse når hun selv var urolig og rastløs. Det ser med andre ord ut til at Agnes har respondert godt på samspeilet med en rolig og regulerende annen.

I foreldrearbeidet ble det jobbet med å gi foreldrene en utvidet forståelse av Agnes sine ulike affektive uttrykk, og av hvilke indre tilstander som påvirker Agnes sin ytre atferd. Begge foreldrene oppgir etter terapi å ha et økt fokus på å kommentere på hvilke indre motiver som ligger bak det hun gjør. Dette har trolig bidratt til at Agnes også har blitt mer tydelig for seg selv, og i sin tur også for andre. Likevel rapporterer mor at de fortsatt opplever konfliktfylte episoder der Agnes er frekk mot mor - dog i mye mindre grad enn før. Foreldrene oppgir også at de i større grad klarer å forstå de ulike følelsene Agnes viser, at de kan respondere mer sensitivt og treffende på disse. Dette bidrar til å unngå sinneutbrudd som ofte var resultatet tidligere da Agnes opplevde å ikke bli forstått.

*CBCL:* Før oppstart av terapi skårer både mor og far Agnes i det kliniske området for internaliserende vansker, med de høyeste subskårene på angst/depresjon og somatiske plager, og på tankeproblemer. Oppgitte symptomer som lader på kategorier for tankeproblemer omfatter blant annet nervøse *rykninger* og at hun *plukker seg på huden*. Disse kroppsbevegelsene kan tolkes som utløp for kroppslig uro hos Agnes, som hun før terapi ikke klarer å gjenkjenne som differensierte følelser. Mor skårer dessuten Agnes i klinisk område for aggressiv atferd.

Etter terapi skårer ikke lenger mor Agnes i klinisk område for noen vansker, dog fortsatt i grenseområdet mellom normalnivå og klinisk nivå både for eksternaliserende og internaliserende vansker. Far derimot, skårer fortsatt Agnes i klinisk område for angst/depresjon og så vidt over klinisk nivå for somatiske plager. I motsetning til før terapi skårer han også nå Agnes i klinisk område for aggressiv atferd, mens mor altså ikke lenger gjør det. Far sine CBCL-skårer etter terapi reflekterer med andre ord ikke den positive endringen foreldrene beskriver i de avsluttende samtalene. Nå oppgir far at Agnes fortsatt har symptomer på angst/depresjon i form av nervøsitet, engstelse, bekymring, en følelse av å være verdiløs, og å gråte mye. Ifølge far sine skåringer ser også somatiske plager som kvalme og hodepine også ut til å ha vedvart. Som nevnt skårer far nå Agnes i klinisk område for aggressiv atferd, der han blant annet rapporterer om krangling, oppmerksomhetskrevende atferd, stahet, humørforandringer og erting/plaging. I følge Wilson og Ryan (2001) er det ikke uvanlig at foreldrene opplever barna som mer *vanskelige* etter terapi. En forståelse av dette i



## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

Agnes i sitt tilfelle er far gjennom terapiforløpet har blitt mer involvert i datterens følelsesuttrykk, og nå tar dem på alvor og forsøker å forstå, fremfor å forsøke å spøke de bort. Dermed vil kanskje Agnes sine følelser virke sterkere på ham. Det kan også være at Agnes gjennom terapien har begynt å tørre å vise mer av seg selv overfor far, som en strategi for å skaffe seg hjelp til regulering av affektene sine, og at dette (mis-) tolkes av far som symptomer på at noe er galt, fremfor en adaptiv tydelighet.

Mor sine skårer er mer i samsvar med endringen som beskrives av foreldrene selv. I tillegg til å være uttrykk for faktisk endring hos Agnes, kan de nye skårene også være et resultat av at mor nå møter Agnes på en annen måte enn før. Dette kan for eksempel tenkes å gjelde aggressiv atferd, som i følge mor har avtatt. I takt med at Agnes har blitt tydeligere for seg selv og for andre oppstår ikke misforståelser like lett, og mor kan møte Agnes på en mer tilpasset måte ut fra hva Agnes signaliserer, og dermed avverge sinneutbruddene som ofte kom tidligere da Agnes opplevde å ikke bli forstått.

## GENERELL DISKUSJON

### **Intersubjektivitet og økt affektintegrasjon**

Som beskrevet i teoridelen er det funnet sterke sammenhenger mellom grad av affektintegrasjon og ulike mål på psykisk helse; som emosjonsregulering, selvorganisering, mentalisering og retting av oppmerksomhet (Jacobsen & Svendsen, 2010; Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Felles henvisningsårsak for barna som mottok behandling med TIB var internaliserende vansker. Monsen og Solbakken (2013) beskriver hvordan mange barn med internaliserende vansker har problemer med nettopp affektintegrasjon, der lav bevissthets- og toleransefunksjon gir vansker med å gjenkjenne fysiologisk aktivering som følelser, og dårlig ekspressivitet videre gir vansker med å uttrykke dem. Disse vanskene forstås som resultat av mangelfull integrasjon mellom emosjonelle og kognitive prosesser, og denne manglende integreringen forstås i sin tur som resultat av at interaksjonen mellom barna og deres foreldre ikke har vært funksjonell, og at barna har fått for lite – eller har vært vanskelige å gi – utviklingsstøtte (Johns & Svendsen, 2016; Svendsen & Jacobsen, 2013).

I de beskrevne terapiforløpene ble det jobbet med å øke barnas opplevelse og uttrykk av affekter, gjennom terapeutens retting av oppmerksomhet og inntoning til ulike affektoplevelser. I følge Stern (1985) er inntoning til affekter en nøkkelprosess i barnets utvikling av et subjektivt *selv*. Gjentatte møter med en inntonet terapeut som legger til rette for deling og forståelse av barnas indre tilstander, får barna erfaringer med at deres indre opplevelsesverden kan deles med andre. Dette bidrar til å gjøre barna mer bevisste disse indre opplevelsene, noe som i sin tur gjør dem mer tydelige for seg selv og for omgivelsene – gjennom økt emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet. Denne tydeligheten vil igjen gjøre det lettere for omgivelsene å tilby barnet reguleringsstøtte. Det at barna erfarer at de kan dele indre opplevelser og ikke trenger å håndtere affektene helt på egenhånd, gjør det trolig også lettere å tolerere dem. Dette er trolig med på å forklare hvorfor man ser en økt toleranse for de fleste emosjonene hos barna etter endt terapiforløp.

### **Transaksjonelle endringer og viktigheten av foreldrearbeid**

Kunnskap om at barn utvikler seg i samhandling med voksne understreker viktigheten av arbeid med de transaksjonelle prosessene rundt barnet parallelt med terapien. De beskrevne terapiprosessene viser hvordan endring kan oppstå som et resultat av at prosesser blir igangsatt både hos barnet selv, og i tillegg hos foreldrene, noe som muliggjør en samhandling

## NÅR DE INDRE SKATTENE TRER FREM

som produserer nye interaksjonsmønstre og gir positive transaksjonseffekter dem imellom. Foreldrene spiller altså en viktig rolle i endringsarbeidet, og uten involveringen av dem ville en varig endring trolig være vanskelig.

I takt med at barna gjennom terapiforløpet blir tydeligere i sine uttrykk og behov, endres også omsorgspersonene sine måter å møte barna sine på. Gjennom foreldreveiledningen lærer foreldrene å bedre støtte barnets utvikling, og å øke den intersubjektive delingen med barnet. Det vil i denne prosessen forekomme positive transaksjonseffekter hos foreldrene, som vil lære seg å tenke annerledes om barnet, bli mer sensitive, og bedre til å tolke og forstå barnets emosjonelle uttrykk. Også i de tilfellene der barna ikke nødvendigvis blir så mye tydeligere, vil likevel foreldrene ha blitt bedre til å forstå de, og vil møte barna på andre måter enn før. Dette vil gjennom samvær mellom foreldre og barn i sin tur kunne gi positive transaksjonseffekter som kan føre til endring hos barna på lenger sikt. Slik ser vi at samspillet mellom barnet og terapeuten i terapisisituasjonen produserer positive transaksjonseffekter, og at disse overføres til foreldrene i foreldresamtaler, slik at foreldrene i sin tur produserer dem selv i samhandling med barnet.

I Thea sitt tilfelle synes det eksempelvis å ha vært avgjørende å jobbe med mor sin innstilling til å la Thea bli mer selvstendig og til å tåle og møte datteren også når hun signaliserer behov for utforskning og selvstendigjøring. Også Thea ble gjort oppmerksom på dette. Slik ser vi at endring i dette tilfellet oppstod som resultat av at prosesser ble igangsatt både hos Thea og moren, og la grunnlag for nye positive transaksjonseffekter dem imellom.

Thomas & Chess (1977) skiller som nevnt mellom barn mellom barn med *lett* kontra *vanskelig* temperament, der sistnevnte ofte er uoppmerksomme, negative i humør, og vanskelige å regulere. Disse kan oppleves som mer krevende for foreldrene, og har lettere for å utvikle symptomer i takt med foreldrenes økende maktesløshet. Denne maktesløsheten vil ifølge Jørgensen & Aamodt (2015) kunne øke dersom foreldrene ikke inkluderes i barnas terapiforløp, og derimot blir sittende med følelsen av at det kun er eksperter som kan hjelpe barnet og håndtere dets vansker. Ved å inkludere foreldrene og tilby dem egne samtaler kan man romme deres usikkerhet, styrke dem i rollen som foreldre, og øke deres følelse av mestring (Haugvik, 2012). Dette er eksempelvis av relevans med tanke på Thea og Agnes sine mødre, som begge uttrykte engstelse for at de hadde gjort noe galt og møtt barnet på en måte som kan ha forverret situasjonen.

I forbindelse med temperament kan en også trekke paralleller til både Linnea og Agnes. Begge omtales av foreldrene som å ha svært sterke emosjonelle uttrykk, og som å være vanskelig å roe ned. I en hovedoppgave der foreldrene til noen barna som mottok TIB

ble intervjuet om sin opplevelse av å ha barna i terapi (Selvig, 2016), beskrev flere av foreldrene hvordan de før terapi stadig forsøkte å hindre barnet i å bli redde eller sinte, for å unngå og/eller avverge sterke emosjonelle utbrudd. Dette likner beskrivelser gitt av både Linnea og Agnes sine foreldre i anamnese og foreldreveiledning. Slike samspill preget av avverge, bekymring og regulering kan bidra til negative transaksjonseffekter som står til hinder for barnets utvikling (Jacobsen & Svendsen, 2010), ved å signalisere at visse følelser er uønskede, ubehagelige og i verste fall farlige. Etter terapien beskriver flere av foreldrene i Selvig (2016) sin studie hvordan de har gått fra å ha en rolle som avverger, til å være en samspillspartner som kan støtte barnet i sin utvikling; en foreldrerolle som kan bidra til å produsere positive transaksjonseffekter og redusere negative transaksjonseffekter.

### **Fellestrekk mellom kasusene**

Som nevnt tar denne studien for seg de tre barna som endret seg mest gjennom terapi målt med affektbevissthetsintervjuet. Selv om denne studien sikter på å beskrive det unike ved hvert enkelt kasus og ikke har som mål å generalisere, er det likevel visse fellestrekk mellom kasusene det er verdt å kommentere.

*Mentalisering:* Eksempelvis er både Thea og Linnea jenter som er opptatt av at de rundt dem skal ha det bra. Hos Linnea ser dette ut til å være en generell tendens som gjelder alle rundt henne, mens for Thea sin del er denne omsorgen mer spesifikt rettet mot mor. Det å bruke mye kapasitet og fokus på å forsøke å lese, tolke og handle på andres indre tilstander gjør trolig at det blir lite igjen til å gjenkjenne og utvikle egen forståelse av hva som skjer inne i en selv. Dette ser ut til å gjelde både for både for Thea og Linnea, som begge før oppstart av terapi har svært flate kurver for affektbevissthet, og gir uttrykk for å kjenne svært lite på egne indre tilstander. Også Agnes ser ut til å ha lettere for å kunne svare på spørsmål om andres følelsesuttrykk sammenliknet med hennes egne, noe som kommer frem da hun blir spurt om hva hun selv føler i ulike situasjoner kontra hva hun tror andre føler. Det kan også være at det er lettere å forholde seg til andres indre tilstander fordi de ikke medfører kroppslig aktivering og en påfølgende opplevelse av kaos, slik egne følelsesopplevelser ser ut til å gjøre for samtlige av disse barna.

Denne analyseringen av andres indre liv forutsetter evne til mentalisering, altså evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra, og dette er et fellestrekk for de tre kasusene; særlig uttalt hos Thea og Linnea, som avhenger av denne evnen for hele tiden å være forut for andre for å sørge for at de skal ha det bra. Dette åpner for muligheten for at nettopp disse barnas positive utvikling gjennom terapi er knyttet til deres velutviklede evne til å lese andre og til å

lese situasjoner. For å kunne konkludere med dette ville en imidlertid måtte sett på mentaliseringsevnen – gjerne med bruk av et eget mål på mentalisering – til barna som endre seg minst på affektbevissthetsintervjuet fra pre til post, og sammenliknet dette med mentaliseringsevnen til barna som er presentert her. Det vi *kan* si er likevel at endringene som skjer i terapiforløpene åpner for at barna kan utvikle sin mentaliseringsevne gjennom terapi.

*Gjensidighet:* En annen ting man så hos alle de tre kasesene, særlig innledningsvis, var lite gjensidighet i form av at de i stor grad snakket om seg selv uten å inkludere og spørre terapeuten. Her utgjør Agnes – i galopp – et godt eksempel, der hun snakker fort og mye, uten å inkludere terapeuten og tilsynelatende også uten å bry seg om terapeuten egentlig hører på i det hele tatt. Det er mange forhold som kan ha vært med på å påvirke dette, men felles for alle barna er at man så mer gjensidighet mot slutten av terapiforløpet. Det at terapeuten har møtt barna med innlevelse fremfor korreksjon, har altså ført til at tendensen til å *snakke over* terapeuten har blitt mindre fremtredende, og til at gjensidighet har inntruffet.

*Initiativ:* I alle de tre kasesene så vi at barnets vilje/evne til å ta initiativ i samhandlingen endret seg underveis, og samtlige var mer initiativtakende ved de siste terapitimene sammenliknet med de første. Dette til tross for at temaene utover i terapiforløpet ble vanskeligere og mer inngående. Dette kan skyldes at barna har erfart relasjonen med terapeuten som et sted der en kan ta opp ting og at deres affektive uttrykk vil bli rommet og delt. Økt initiativ og direktehet også være et uttrykk for at følelser og kognisjon har blitt integrert, og man kan anta at det har foregått utvikling gjennom terapiforløpet som har gjort barna mer tydelige for seg selv og dermed også for andre. Mest sannsynlig er det en kombinasjon av begge.

Både Linnea og Agnes uttrykker ved oppstart av terapi enkelte følelser sterkere enn de faktisk oppgir å være oppmerksomme på dem. Som beskrevet i Linnea sitt tilfelle kan dette tyde på at den kroppslige aktiveringen er lite integrert, slik at den skaper en forvirring og redsel hos barna, som i sin tur gjør det vanskelig å roe seg ned.

### **Alternative forløp**

Det er ikke mulig å med sikkerhet si hvordan Thea, Linnea og Agnes hadde utviklet seg uten behandling med TIB eller andre terapeutiske intervensjoner. Det er likevel rimelig å anta at de uten noen form for terapeutisk intervensjon ville ha fortsatt i et mønster av skjevutvikling som i sin tur kunne medført en økning i psykiske plager. Denne skjevutviklingen blir grunnlag for samhandlinger som gir negative transaksjonseffekter mellom barna og deres omsorgspersoner, slik at involveringen av foreldre

og arbeid med samhandlingsmønstrene mellom omsorgspersonene og barna dermed kan tenkes å gi mer varige endringer enn de man hadde sett om man hadde behandlet barna alene. Terapi med barna alene kunne antakeligvis også resultere i symptomlette og bedre fungering på kort sikt, men dersom uheldige samhandlingsmønstre vedvarer hjemme – der barnet jo tilbringer mest av sin tid – er det nærliggende å anta at endringen ikke ville blitt like varig som når foreldrene er involvert.

Her utgjør Thea og moren et godt eksempel. Uten at mor gjennom egne samtaler fikk økt egen evne til å støtte datterens behov *oppe på sirkelen* fremfor å oppfatte dette som *shark music* og reagere med sinne i disse situasjonene, er det tenkelig at Thea ville fortsatt signalisere behov *lavt på sirkelen* og benytte seg av uheldige strategier for å opprettholde nærhet og en god relasjon til mor, fremfor å øve seg på å hevde seg. Dette ville vært til hinder for den langsiktige integreringen av affekter av alle slag.

*Behandling med andre terapiformer:* Fremfor å gruppere barnas symptomer i diagnoser, står det sentralt i TIB at terapeutiske arbeidet skal ta sikte på å bidra til økt integrasjon mellom emosjon og kognisjon, med mål om å bedre barnets evne til selvregulering. Behandling med andre behandlingsformer vil noen ganger være rettet mot symptomlette. Arbeid rettet mot tankemessig regulering kan eksempelvis gi barna strategiske verktøy for kognitiv kontroll av den kroppslige aktiveringen, men Jacobsen (2010) poengterer at den emosjonelle reguleringen da vil forbli begrenset, og at barnas vitalitet og retting av oppmerksomhet fortsatt ville være dysfunksjonell. Man ville altså kunne sett en reduksjon i symptomer, mens grunnfunksjonene ikke hadde blitt endret i en funksjonell retning (Jacobsen, 2010).

På tross av at alle familiene rapporterer om positive endringer etter terapi, er imidlertid ikke alle deres problemer nødvendigvis løst gjennom terapiprosessen. Utvikling er en kontinuerlig prosess, og både positive og negative transaksjonelle prosesser vil fortsette å virke mellom barna og deres foreldre også etter endt terapi. Det ser imidlertid ut til at terapien har satt i gang en positiv utvikling for barna og deres familie, og lagt grunnlag for endrede samspillmønstre som vil bidra til å sette barna tilbake på et positivt utviklingsspor slik at barna sin affektbevissthet i sin tur kan fortsette å utvikle seg også etter terapien.

### **Begrensninger, svakheter og styrker**

Den kasuistiske metoden har noen begrensninger. Blant annet har man ikke like stor kontroll over konfunderende variabler som i kvantitative studier, noe som gjøre det vanskelig å si noe om kausalitet (McLeod & Elliott, 2011). Videre har den kasuistiske metoden færre

komparative egenskaper sammenliknet med andre forskningsmetoder, eksempelvis randomiserte kontrollerte studier (Yin, 2014).

Som poengtert før presentasjon av resultatene, må det dessuten anerkjennes at kasusbeskrivelsene dels er resultater av forskerens subjektive fortolkningsprosess (Langdridge, 2006). I tråd med dette poengterer også Searle (1999; omtalt i Hayes, 2000) hvordan forskerens subjektive følelser kan påvirke kasusstudier – som baserer seg på analysen av kvalitative data – og utgjøre en fare for forskningsbias der forskerens egne meninger inngår i vurderingen av hva dataene egentlig betyr.

I den kasuistiske metoden har man å gjøre med et lite antall deltakere, og resultatene kan av den grunn sjelden sies å være generaliserbare (McLeod & Elliott, 2011). Likefullt bør det nevnes at kasuistiske studier gir verdifull innsikt som ikke andre forskningsmetoder gir, og kan i kraft av dette representere et godt tillegg til kvantitative studier. Eksempelvis vil man gjennom kasusstudier kunne forsøke å si noe om *hvordan* og *hvorfor* en gitt terapiform virker – i motsetning til eksperimentelle studier som kun kan bekrefte eller avkrefte *at* noe virker (Yin, 2014). Diskusjonen av kasusene vil representere nyttig kunnskap om mulige fortolkninger av endring.

Hayes (2000) poengterer dessuten hvordan kasusstudier i motsetning til eksperimentelle metoder er egnet til å utforske og beskrive *prosesser* – som jo oppstår over tid. I denne studien beskrives hvordan økt affektbevissthet oppstår som resultat av at terapeuten inntoner seg til barnet og gir barnet rom til å endre seg gjennom et flere uker langt terapiforløp. De samme prosessene ville ikke kunne beskrives på samme måte med *øyeblikksbilder* som eksperimentelle studier gir (Hayes, 2000).

Bruk av datatriangulering styrker videre oppgavens konklusjoner. Parallellene mellom skåringer på CBCL, affektbevissthetsintervjuer og observasjoner av barnas terapiforløp gir støtte til affektbevissthet som et meningsfullt begrep for å forstå endring i terapi. Affektbevissthetsintervjuene ble dessuten gjennomført og skåret av en erfaren psykologspesialist uten tilknytning til barnas terapiforløp for å sikre økt objektivitet.

### **Implikasjoner**

En hovedimplikasjon av denne besvarelsen er viktigheten av å involvere foreldre i terapiforløpet. Grundige beskrivelser av tre ulike barn som alle opplever bedring som resultat av at prosesser igangsettes både hos de selv og hos foreldrene, og hvordan dette er med på å muliggjøre nye samhandlingsmønstre dem imellom, understreker viktigheten av arbeid med prosessene rundt barnet som gir transaksjonseffekter. Det ser altså ut til at foreldre spiller en

svært sentral rolle i endringsarbeidet med barn, og at det er grunn til å anta at inkludering av foreldre muliggjør en mer varig endring enn om barnet behandles alene. Det å styrke foreldrene i foreldrerollen ved å gjøre dem bedre rustet til å forstå barnet sitt, vil i sin tur bidra til å forebygge negative samhandlingsmønstre og påfølgende vansker hos barnet.

En annen sentral implikasjon av besvarelsen er viktigheten av en sensitiv terapeut som fanger opp mikroprosesser i barnets aktivitet, toner seg inn på disse og gir et følelsesmessig gjensvar. Slike intersubjektive møter gir barnet en følelse av at indre opplevelser kan deles, og en følelse av å bli forstått.

Besvarelsen gir beskrivelser av hvordan tre ulike barn tar i bruk mulighetene i det terapeutiske rommet. Slike beskrivelser kombinert med diskusjon av de enkelte kasusene, gir klinikere mulighet til å gjenkjenne og forstå prosesser som foregår på individnivå. Kasusbeskrivelsene i besvarelsen kan videre sies å underbygge den teoretiske litteraturens beskrivelser av hvordan barns emosjonelle utvikling henger tett sammen med deres samhandlinger med omgivelsene.

I tråd med Taarvig et al. (2015) sin forståelse av at affektbevissthetsintervjuet og skåringsskalaene utgjør nyttige verktøy i behandlingsplanlegging for barn, tyder også denne besvarelsen på at affektbevissthet representerer et meningsfullt begrep for å forstå endringsprosesser hos barnet gjennom terapi. For ytterligere å styrke begrepsvaliditeten til affektbevissthetsbegrepet, og for å få en enda bedre forståelse av hvordan begrepet henger sammen med ulike mål på psykisk helse, er det nødvendig med flere beskrivende studier.





**REFERANSER**

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*.  
Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011a). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen Fagbokforlaget.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011b). Tilknytningsbasert terapi. In I. Brandtzæg, L. Smith, & S. Torsteinson (Eds.), *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. (pp. 195-246). Oslo: Fagbokforlaget.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2015). *Se barnet innenfra: hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen* Oslo: Kommuneforlaget.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 11(1), 100.
- Falkenström, F., Solbakken, O. A., Möller, C., Lech, B., Sandell, R., & Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are these different functions? *Psychoanalytic psychology*, 31(1), 26.
- Gold, R. L. (1958). Roles in sociological field observations. *Social forces*, 217-223.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet; intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Haugvik, M. (2012). Structured parallel therapy with parents in time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical child psychology and psychiatry*, 0(0), 1-15. doi: 1359104512460859.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research. Gathering and analysing data*. Buckingham: Open University Press. s. 134.
- Heath, C., Hindmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in Qualitative Research: Analysing Social Interaction in Everyday Life*. London: SAGE.
- Howitt, D. (2013). Ensuring quality in qualitative research. In D. Howitt (Ed.), *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Pearson.

- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Jacobsen, K. (1998). Ny viten om relasjonen mellom kognitive og emosjonelle prosesser. Implikasjoner for samspill med dypt psykisk utviklingshemmede personer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 530–536.
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet*. (pp. 25-36). Oslo: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* Bergen: Fagbokforlaget
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. In B. Svendsen, U. Tanum Johns, H. Brautaset, & H. I. Egebjerg (Eds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2000). Å forstå hverandre - hva er det? In A. Johnsen, R. Sundet, & V. W. Torsteinsson (Eds.), *Samspill og selvopplevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier* (pp. 75-92). Retrieved from <http://www.nb.no/nbsok/nb/ff2543fe606da0853cfb77ed14f549f3?lang=no> - 76.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (3 ed.). Los Angeles: SAGE.
- McLeod, J. (2001). Developing a research tradition consistent with the practices and values of counselling and psychotherapy: Why counselling and psychotherapy research is necessary. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(1), 3-11.
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 238.

- Monsen, J. T., Karterud, S., & Monsen, J. T. (1997). *Selvpsykologi og nyere affektteori. Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut. Oslo: Ad Notam Gyldendal.*
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. . *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50(8), 740-751.*
- Monsen, J. T., Taarvig, E., & Solbakken, O. A. (2013). *Kartlegging av affektbevissthet hos barn: Affektbevissthetsintervjuet for barn (ABI-B), Affektbevissthetskalaene for barn (ABS-S): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier.* Universitetet i Oslo
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). *Trygghets sirkelen - en tilknytningsbasert intervensjon.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotbarth, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament In W. Damon, R. M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook in child psychology. Vol 3: Social, emotional, and personality development* (6 ed., pp. 99-166). New York: Wiley. Hentet fra <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ntnu/detail.action?docID=261363>.
- Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187–244). Chicago: University of Chicago Press
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: how children and contexts shape each other.* Washington: American Psychological Association.
- Selvig, S. (2016). *Foreldres opplevelse av å ha barn i terapi; en fenomenologisk hermeneutisk studie av foreldres involvering i endringsprosessen.* (Hovedoppgave, NTNU). S. Selvig, Trondheim.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den norske Legeforening, 128, 1066-9*
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. In K. S. o. M. B. H. Vibeke Moe (Ed.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 27-52). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of personality assessment, 93(3), 257-265.*
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21(4), 482-496.*

- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books
- Stern, D. N. (2004). *Her og nå: øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv* (T.-J. Bielenberg & M. T. Roster, Trans.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Svendsen, B., & Jacobsen, K. (2013). Emosjoners kommunikative funksjon i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 809-813.
- Tetzchner, S. v. (2001). *Utviklingspsykologi: barne- og ungdomsalderen* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*: Brunner/Mazel.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. I. The positive affects*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness; Vol. II. The Negative Affects*. Oxford: Springer Publishing Company, Inc.
- Tomkins, S. S. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torgersen, A. M. K. (2013). Forklaringer på individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 15(1), 16-22.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44 (2), 112 – 119.
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2015). Affect Consciousness in children with internalizing problems: Assessment of affect integration. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(4), 591-610.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2001). Helping parents by working with their children in individual child therapy. *Child and Family Social Work*, 6, 209-217.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (5 ed.). Los Angeles: SAGE Publications.