

**Hovedoppgave**

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi

Brynjar Lid Gamst

## Endring av affektbevissthet

Et kasusstudie av atypisk endring som følge av psykoterapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Karl Henry Jacobsen og Tonje Grønning Andersen

Trondheim, november 2017

Brynjar Lid Gamst

## Endring av affektbevissthet

Et kasusstudie av atypisk endring som følge av psykoterapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Karl Henry Jacobsen og Tonje Grønning Andersen  
Trondheim, november 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



## **Sammendrag**

Dette kasstudiet har som formål å forklare den atypiske endringen av affektbevissthet hos en 9-årig gutt med internaliserende vansker. Endringen defineres som atypisk etter som den ikke lar seg plassere i dikotome kategorier som bedring, forverring eller ingen endring. Gutten har gjennomført 12 timer med tidsavgrenset intersubjektiv terapi (TIB), samt affektbevissthetsintervju (ABI) før, etter og ett år etter terapien. Dette er del av et større prosjekt ved psykologisk institutt, NTNU. Resultatene i etterkant av terapien viser både lavere og høyere skårer på affektbevissthet, men en tydeligere og mer balansert integrering ved oppfølging. Atferdsuttrykket som observeres i løpet av terapien endrer seg derimot ikke. Dette kan tyde på et underliggende og dysfunksjonelt aktiveringsmønster, som også kan forklare det atypiske resultatet etter terapien, samt den forsinkede bedringen ved oppfølging. I klinisk praksis kan en underliggende aktiveringstilstand derfor være viktig å tone seg inn på. Dette kaset viser hvordan terapien setter i gang en bevegelse, som resulterer i en ustabil og begynnende integrasjon etter behandlingen, men likevel skaper en positiv utvikling. Problemer med aktivering kan i andre tilfeller føre til en negativ utvikling. Å forebygge negative utviklingsprosesser ved å planlegge oppfølgingstimer, kan derfor være spesielt relevant ved atypiske endringer.



## **Forord**

Jeg startet arbeidet med oppgaven i januar 2017 og fullførte skrivingen i november 2017. Datagrunnlaget er en del av et større forskningsprosjekt som er tilknyttet psykologisk institutt ved NTNU. Jeg har selv utformet problemstillingen og dannet meg en problemforståelse av kasuset, med veiledning fra Karl Henry Jacobsen. Tonje Grønningen Andersen har gitt tilbakemeldinger på den metodiske utformingen av oppgaven. Begge to har bidratt til en økende faglig nysgjerrighet og forståelse for den kliniske utøvelsen av faget. Drøfting av endring som fenomen har gitt meg nye refleksjoner og nyanseringer rundt psykologisk behandling og utfall. Dette vil komme til god nytte i hovedpraksis og videre arbeidsliv. Tusen takk skal dere ha. Jeg vil også rette en stor takk til min far, Carl Fredrik Gamst. Jeg har satt stor pris på dine faglige innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Ser fram til å ha deg som støttespiller og samtalepartner også i fremtiden.

Brynjar Lid Gamst  
Trondheim, november 2017



## Innholdsfortegnelse

<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>1</b>
Psykoterapiforskning	1
Psykoterapi med Barn	1
Avgrensning og Forsknings spørsmål	2
<b><u>TEORI</u></b>	<b>3</b>
Utviklingsperspektivet	3
Transaksjonelle effekter.	3
Utvikling og intersubjektivitet.	4
Affektintegrasjon	5
Definisjon av affekter.	5
Affekters adaptive verdi.	6
Selvutvikling og affektintegrasjon.	7
Affektintegrasjon i Psykoterapi – en Affektiv Dialog	8
<b><u>METODE</u></b>	<b>9</b>
Metodologi	9
Datainnsamling	11
Affektbevissthetsintervju.	11
Child behavior check list.	11
Journalnotater og video.	12
Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi.	12
<b><u>RESULTAT</u></b>	<b>12</b>
Henvisning	12
Klinisk Observasjon og Valg av Terapifokus	13
Klinisk Observasjon av Avslutningsfase	14
Affektbevissthetsintervju	14
Før behandling.	15
Etter behandling.	16
Oppfølging.	17
Child Behavior Check List (CBCL)	17
<b><u>DISKUSJON</u></b>	<b>18</b>
Å Finne Balanse i Livet	19
Toleranse	19
En Dysfunksjonell Spenningstilstand	20



Kobling av Affekter	21
Terapeutiske Transaksjoner	21
Et Utviklingsstøttende Omsorgsmiljø	22
<b><u>IMPLIKASJONER</u></b>	<b>23</b>
<b><u>KRITIKK AV OPPGAVEN</u></b>	<b>24</b>
<b><u>REFERANSER</u></b>	<b>27</b>
<b><u>VEDLEGG</u></b>	<b>33</b>
Råskårer Fra Affektbevissthetsintervjuet	33
Pretest	33
Posttest	34
Oppfølging	35

## Innledning

### Psykoterapiforskning

Forskning på psykoterapi er et nødvendig utgangspunkt for den kliniske utøvelsen av faget. De siste tiårene har fokuset vært på randomiserte kontrollerte studier av utfall i psykoterapi (Rønnestad, 2008). I dag er konklusjonen at psykoterapi virker, og fungerer bedre enn venteliste og sannsynligvis placebo (Ryum & Halvorsen, 2014). I så måte har kontrollerte kvantitative tilnærminger vært avgjørende for å fremme psykoterapeutisk behandling. Samtidig fremmer Norsk Psykologforening betydningen av kvalitativ forskning, deriblant forskning på utfall av psykoterapi, i sin prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007). I tradisjonelle positivistiske og empiriske tilnærminger, blir kvalitative metoder forstått som et *første steg* før den *virkelige* kvantitative metoden blir tatt i bruk. Binder et al. (2016) vurderer det annerledes. Han ser kvalitativ psykoterapiforskning som et nødvendig bidrag for å forstå fenomener som er av en natur som aldri fullt ut vil kunne kvantifiseres. Dette kan eksempelvis være subjektive opplevelser, relasjonelle meningsdannelser og den sosiokulturelle konteksten rundt psykoterapi. Det er i dag stor enighet om betydningen av å forske på hvordan psykoterapi fungerer og hvilke endringer det fører til (Nock, 2003). Derfor er det viktig å nyansere forståelsen av ulike utfall i psykoterapi og hvordan endringer er ulike. Endring som fenomen kan ikke fullt ut kvantifiseres og fordrer av den grunn kvalitativ forskning. Symptomfokuserte og stereotypiske kategorier som bedring, forverring eller ingen endring, kan derimot tenkes å være negative for både behandling og forståelse av psykiske lidelser. Spesielt når man driver terapi med barn.

### Psykoterapi med Barn

Barn er i en kontinuerlig utviklingsprosess, og en god forståelse av endring i psykoterapi er derfor nødvendig. Det er spesielt viktig å unngå ensidig fokus på symptomer og ytre atferd, men også inkludere kunnskap om generelle utviklingsprosesser (Johns & Svendsen, 2012). Shirk og Russel (1996) støtter dette, og understreker at det kan være u hensiktsmessig å plassere barn i forhåndsbestemte diagnosekategorier. I behandling av barn er det vanlig at miljøet rundt definerer problemet og søker hjelp på vegne av barnet. Behandlingen kan dermed basere seg på ytre krav om endring av atferd, uten å løse eventuelle underliggende og grunnleggende problemer. Jacobsen og Svendsen (2010) formulerer det

slik: ”Å ha fokus på barns problemer eller symptomer rommer ikke respekten for det opplevende og erfarende barnet” (s.16). Barn bearbeider og viser ofte andre uttrykk enn voksne, noe som fordrer barnespesifikk kunnskap. Brautaset og Egebjerg (2012) forklarer at like belastninger kan føre til forskjellige symptomer, og at forskjellige belastninger på samme måte kan gi like symptomer. Fellesnevneren er derimot at symptomene representerer en form for stagnering i barnets utviklingsløp. Derfor er det problematisk at mye av psykoterapiforskningen i dag baserer seg på behandling av voksne, som ikke er i en like sterk utvikling. Flere stiller seg derfor kritiske til å overføre modeller på tvers av psykoterapi med voksne og barn (Hansen, 2010; Shirk & Russel, 1996). Shirk og Russel (1996) trekker inn betydningen av empirisk utviklingspsykologi for å bedre forstå de emosjonelle, kognitive og relasjonelle endringsprosessene hos barn. I den tradisjonelle forståelsen av psykoterapi med barn, har det derimot blitt fokusert lite på empiriske studier av barns utvikling, i følge Hansen (2010). Johns og Svendsen (2012) vektlegger viktigheten av å anse barneterapi som rettet mot utviklingsprosesser framfor reparasjonsprosesser. Dette kan være spesielt relevant i tilfeller hvor endringen ikke kan plasseres i kategorier som bedring, forverring eller fravær av symptomer. En forståelse av endring som begrenser seg til forhåndsbestemte kategorier, kan derimot begrense problemforståelsen og hindre effekten av videre behandling. Dette kan potensielt føre til at barnets utvikling stagnerer. Det kan derfor være av spesiell klinisk interesse å utforske endring som et utviklingsmessig fenomen.

### **Avgrensning og Forskningsspørsmål**

Datagrunnlaget til oppgaven er del av et større forskningsprosjekt hvor barn med internaliserende vansker, mellom 9 og 13 år, deltok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB). Affektbevissthetsintervjuer (ABI) ble gjennomført før, rett etter og ett år etter behandling. Intervjuet er et mål på emosjonsregulerende evner og en operasjonalisering av begrepet affektintegring (Monsen, Taarvig, & Solbakken, 2013). Både TIB og ABI vil omtales mer grundig senere i teksten. Formålet med denne oppgaven er å utforske endringer i affektbevissthet. Hovedfokuset vil være på utviklingsprosesser som settes i gang av terapien, men det vil også argumenteres for betydningen av et utviklingsstøttende omsorgsmiljø. Ett barn er blitt plukket ut fordi han hverken har blitt tydelig bedre eller dårligere, men likevel endret seg på ulike måter. Dette gjør det vanskelig å plassere han i entydige kategorier som bedring eller ikke-bedring. Å utforske disse endringene kan gi økt forståelse for hvordan terapi bidrar til bevegelse når en utviklingsprosess har stagnert. Dette gir derfor følgende

forskningsspørsmål: Hva karakteriserer den atypiske endringen av affektbevissthet og påfølgende atferdsuttrykk? Hvordan kan dette forstås som følge av psykoterapi?

Atypiske endringer defineres i denne oppgaven som uvanlige og komplekse forandringer, som i utgangspunktet er vanskelig å tolke, og hverken kan beskrives som tydelig bedring eller forverring. Den teoretiske rammen for oppgaven er psykoterapeutisk endring innenfor et utviklingsperspektiv. Transaksjonell og intersubjektiv forståelse vil i hovedsak basere seg på teori av Sameroff (2009) og Johns og Svendsen (2012). For å beskrive affekters adaptive betydning for selvutvikling og sosial fungering, vektlegges blant annet teori av Mosen og Mosen (2000), Izard (2007, 2009) og Tomkins (1995).

## **Teori**

I realiteten vet man ikke nøyaktig hva den terapeutiske endringen består i, og antagelser om dette avhenger derfor av teoretisk ståsted. Psykoterapeutiske modeller og teorier styrer både hvilke endringer man ser etter og hvordan den påfølgende behandlingen legges opp. Noe forenklet, kan man si at kognitive tilnærminger fokuserer på endringer av dysfunksjonelle fortolkninger og manglende evner til problemløsning eller perspektivtakning (Shirk & Russel, 1996). Fokus på utviklingsprosesser er også en naturlig del av denne tradisjonen, men i utviklingsrettet psykoterapi med barn er dette et enda større hovedfokus (Johns & Svendsen, 2012).

## **Utviklingsperspektivet**

### **Transaksjonelle effekter.**

Utvikling skjer i et kontinuerlig, komplekst og gjensidig samspill mellom barnet og miljøet rundt (Sameroff, 2009). Dette er det sentrale rammeverket for å forstå endring i denne oppgaven. Sameroff (2009) bruker begrepene interaksjon og transaksjon for å beskrive påvirkninger og samspill med miljøet. Når sider av samspillet er innøvd og automatisert, favnes det av begrepet interaksjon. I en interaksjon skjer det fortløpende tilpasninger mellom partene ut i fra kjente samspillsregler, men det skjer ingen endringer utover det som er forventet. I transaksjonelle situasjoner forekommer det derimot noe erfaringsmessig nytt. Endringene fra det kjente samspillsmønsteret kan være veldig små, for eksempel at foreldre reagerer på et nytt ansiktsuttrykk hos barnet, som barnet igjen plukker opp og reagerer på. For barn vil mange situasjoner og opplevelser ha noe nytt ved seg, og derav gi transaksjonelle

effekter. En kontinuerlig prosess skaper ny kunnskap og læring om verden rundt dem. For eksempel vil evnen til selvregulering utvikles i et gjensidig samspill, med økende kompleksitet av transaksjoner, mellom barnets biologi, opplevelser og sosiale kontekst (Sameroff, 2009). Det skjer et samspill mellom den selvregulerende kapasiteten til individet og den andre-regulerende kapasiteten til miljøet, som enten kan vanskeliggjøre eller fasilitere utvikling av selvregulering. I følge den transaksjonelle forståelsen vil den regulerende evnen derfor ikke være ensidig iboende i individet. Dette er også gjeldende for affektbevissthetsbegrepet. Endring i barneterapi er derfor et forsøk på å fasilitere utviklingsrettede transaksjoner, gjennom å se barnet på nye måter, som igjen bidrar til nye erfaringer for barnet. Innenfor denne retningen kan terapeutisk endring forstås som positive eller negative transaksjonelle effekter.

### **Utvikling og intersubjektivitet.**

Barn utvikler relasjonell kompetanse, kunnskap om verden og selvforståelse i samspill med sine omsorgsgivere (Johns & Svendsen, 2012). For å oppnå en funksjonell utviklingsprosess er barn avhengig av sensitive voksenpersoner. Voksne bidrar aktivt ved å tilpasse opplevelser til barnets eget utviklingsnivå, eller det Vygotsky (1978, referert til i Johns & Svendsen, 2012) beskriver som den proksimale utviklingssone. På denne måten får barnet i økende grad, med støtte fra omgivelsene, kunnskap om verden rundt seg. Barnet bidrar også med egne initiativ i samspillet (Johns & Svendsen, 2012). I ansikt-til-ansikt-kontakt viser barnet initiativ i form av ansiktsuttrykk, gester og lydproduksjon (Hansen, 2010). Denne tidlige kommunikasjonen mellom omsorgsgivere og spedbarnet er en form for felles oppmerksomhet eller intersubjektivitet (Tetzchner, 2001). Oppmerksomhet forstås som intensjonell persepsjon av noe, og når begge parter er bevisst hverandres oppmerksomhet rundt dette *noe*, er oppmerksomheten felles. Delt oppmerksomhet gjør det mulig å kommunisere situasjonsbetinget informasjon, som ideer, følelser og oppfatninger. For et spedbarn vil kroppslige opplevelser være både kaotiske og utydelige, og det trenger derfor støtte i form av ytre regulering. Barnet øker sin relasjonelle kompetanse og selvforståelse, ved at kunnskapen og reguleringskompetansen til den voksne overføres i det intersubjektive samspillet. For eksempel vil en sensitiv voksenperson være oppmerksom på og regulere det som ligger bak den ytre atferden til barnet (Haugvik & Tanum, 2006). Omsorgspersonen begynner ikke å gråte selv, men møter derimot barnet med et bekymret ansikt. Han/hun tilpasser stemme og kroppsholdning, og tar barnet opp i egne armer og vugger det fram og

tilbake. Dette er en inntoning på den affektive tilstanden og blir en ytre regulering av gråten til barnet. Atferden fra omsorgsgiveren er altså ikke en ren imitasjon av affekttilstanden, men likheten oppstår i stedet i form av rytme, intensitet og varighet (Hansen, 2010). Barnet blir dermed bevisst ulike affekttilstander gjennom å observere likheten av disse i *den regulerende andre*. Forskjellen vil - i motsetning til ren imitering - gi barnet en mulighet til å fornemme seg selv i den andre, og dermed oppleve seg selv og sine emosjoner tydeligere.

I de første leveårene er kommunikasjonen helt og holdent nonverbal. Sroufe (1995) peker på hvordan det motoriske uttrykket av emosjoner oppstår samtidig som den subjektive følelsen, noe som viser at det førspråklige og emosjonelle samspillet i spedbarnsalderen er lite avhengig av kognisjoner. Betydningen av adaptive affekter i barns utvikling, understrekes spesielt av nyere affektteori og selvpsykologiske retninger (Izard, 2009; Monsen, 1997). Samspillet med omgivelsene skaper etter hvert bestemte mønstre av persepsjon, selvopplevelse og mellommenneskelig atferd (Monsen & Monsen, 2000). Dette favnes av begrepet *organiserende prinsipper*, som defineres på følgende måte: ”emosjonelle konklusjoner en person har trukket på bakgrunn av et livslangt emosjonelt miljø, og spesielt i en gjensidig tilknytning til nære omsorgspersoner” (Orange, Atwood, & Stolorow, 1997, s. 7). Videre vil dette omtales som *skript*, et begrep som kommer fra affekt- og skriptteorien til Tomkins (1995)

## **Affektintegrasjon**

### **Definisjon av affekter.**

Definisjonen av affekter og emosjoner har en tendens til å blandes sammen. Dette skyldes i stor grad manglende enighet om gjeldende definisjoner (Sroufe, 1995). Scherer (2000) tilnærmer seg affekter som et mer overgripende fenomen, som blant annet inkluderer emosjoner, humør og holdning. For eksempel skiller humør og emosjon seg i form av intensitet og varighet. Emosjoner kjennetegnes av å ha en episodisk natur, med en tydelig start og slutt, som er utløst av en indre eller ytre trigger (Scherer, 2000). Sroufe (1995) definerer emosjon som ”en subjektiv reaksjon på en fremtredende hendelse, karakterisert av fysiologisk endring, endring i opplevelse og endring i synlig atferd” (s.15, egen oversettelse). I følge Scherer (2000) er det generell enighet om at den subjektive reaksjonen består av denne fysiologiske, opplevelsesbaserte og atferdsmessige endringen. Han påpeker derimot at komponentene vektlegges ulikt på tvers av teoretiske retninger. Dette gjelder blant annet den kjente debatten om hvorvidt kognitive evalueringer (opplevelsen) kommer før fysiologiske

reaksjoner, eller motsatt. Sroufe (1995) tar høyde for begge mulighetene i sin definisjon, hvor rekkefølgen mellom fysiologisk aktivering, subjektiv opplevelse (deriblant kognisjon) og atferd ikke er bestemt. Den samme definisjonen vil bli brukt videre i oppgaven, og affekter og emosjoner vil brukes om en annen.

### **Affekters adaptive verdi.**

Emosjonsregulering omfatter ikke bare emosjoner, men også regulering av tanker og atferd. Denne tosidigheten blir lagt vekt på i Saarni, Mumme og Campos (1998) sin definisjon av emosjonsregulering: ”Å regulere en emosjon innebærer at den kraften som aktiveres i nervesystemet, møter kognisjon og skaper forståelse og retning på både oppmerksomhet og atferd” (Siteret i Johns & Svendsen, 2012, s. 53). Det tosidige ved emosjonsregulering gjelder også begrepet affektintegrasjon, som utdypes senere. Felles for begrepene er forståelsen av at emosjoner har en egen informasjonsverdi og motiverer til ulike typer atferd (Izard, 2009; Monsen & Solbakken, 2013; Saarni, Campos, Camras, & Witherington, 2006)

Teorien om affektbevissthet tar utgangspunkt i at et bestemt antall emosjoner har oppstått som følge av naturlig seleksjon, og er dermed fundert i evolusjonistisk teori (Izard & Ackerman, 2000). Disse *grunnemosjonene* har en bestemt spesifisitet som er universelt gjenkjennelige, men det er ingen enighet om nøyaktig antall grunnemosjoner. Spesifisiteten til sinne vil, i motsetning til andre emosjoner, være knyttet til enkelte type situasjoner, ha en avgrenset signalverdi og motivere for en bestemt type atferd (Izard, 2009). Empirisk støtte for grunnemosjoner baserer seg på forskning av ansiktsuttrykk, tonefall og biologiske prosesser (Izard, 2007). For å forklare ikke-grunnemosjoner tar Izard (2007) i bruk begrepet emosjons-skjemaer. Til forskjell fra grunnleggende emosjoner er disse en blanding av affekter og kognisjon. Emosjons-skjemaer finnes i uendelige varianter og varer over lengre tid (for eksempel humør). Til sammenligning er grunnemosjoner mindre frekvente og av kortere varighet. Dette samsvarer med Scherer (2000) sin forståelse av affekttilstander som et paraplybegrep for emosjoner. Grunnemosjoner har funksjonell betydning for menneskeartens overlevelse, men en funksjonalistisk tilnærming understreker samtidig en mer proksimal (hverdagsnær) verdi (Fridja, 2000). Campos, Mumme, Kermoian, og Campos (1994) representerer en funksjonalistisk tilnærming til emosjoner, og påpeker at emosjoner oppstår som følge av en hendelse, og at den hendelsen må ha en signifikant betydning for individet. Hvorvidt noe oppfattes som signifikant avgjøres av hendelsens relevans for personlige mål, eventuelle sosiale signaler, hedonisk verdi eller betydningsfulle minner. Basert på en

funksjonalistisk tilnærming vil for eksempel sinne, frykt eller glede, derfor kunne defineres ut i fra hva individet prøver å oppnå eller har oppnådd.

### **Selvutvikling og affektintegrasjon.**

Det er en tett sammenheng mellom utviklingen av *selvet* og integrasjon av affekter. I et selvpsykologisk perspektiv refererer selvet til ”organiseringen av opplevelser og erfaringer, og spesielt gjelder dette en persons opplevelse av seg selv” (Monsen, 1997, s. 132). I Tomkins sin affekt- og skriptteori understrekes betydningen affekter har for organiseringen av opplevelser, eller det han beskriver som scener (Monsen & Monsen, 2000; Tomkins, 1995). Affekter fungerer som et *psykologisk lim* i scenene, ved å knytte sammen en aktiveringskilde med påfølgende reaksjon. Det skjer en sammenkobling av tanker og sensomotorisk informasjon i opplevelsessekvenser og på tvers av modaliteter. Han påpeker også at affekter forsterker og forlenger opplevelser, og dermed er en *primær motiverende kraft*. Monsen og Monsen (2000) beskriver dette som at affekter forsterker scener ved å gjøre gode ting bedre og ubehagelige ting verre. En forsterket scene vil derfor ha en kortvarig men presserende virkning, og være én av flere grunnsteiner i et opplevende selv. *Psykologisk forstørring* er en prosess hvor flere forsterkede scener sammenkobles til et *skript*. Sammenkoblingen gir struktur og mening til opplevelser, gjennom å skape sammenheng og kontinuitet i forsterkede scener. Hvorav scener beskriver opplevelsesinnholdet i enkelthendelser, er skript styrende for hva man skal gjøre når disse hendelsene oppstår. Kognisjoner har mindre og mer tilfeldig betydning i forsterkningen av scener, men stor betydning i den psykologiske forstørringen til skript. Monsen og Monsen (2000) definerer skript som et ”sett av regler som individet danner for å forutsi, tolke, respondere på og kontrollere familier av forstørrede og sammenkoblede scener” ( s. 76). Denne beskrivelsen av skript sammenfaller som nevnt med begrepet organiserende prinsipper (Orange et al., 1997), men også det Izard (2007) beskriver som emosjonsskjemaer (Izard, 2007).

Affektintegrasjon baserer seg på teoriene til Tomkins, selvpsykologiske teorier og differensiell emosjonsteori av Izard (Monsen & Solbakken, 2013). Det defineres som ”den funksjonelle integrasjonen av kognisjon, affekt og atferd og viser til graden av adaptiv funksjon i et individs affektive prosesser” (Taarvig, Solbakken, & Monsen, 2016, s. 282). Affektintegrasjon kan derfor likestilles med en tosidig forståelse av emosjonsregulering, som nevnt tidligere. Affektbevissthetsintervjuet (ABI) er en operasjonalisering av dette begrepet (Monsen et al., 2013). Intervjuet er ment å måle evnen til å erfare affektoplevelser (scener)



og egne reaksjoner (script) på en bevisst og reflekterende måte. Hvordan affekter oppleves må i følge Taarvig, Solbakken, og Monsen (2016) forstås både som en følge av et livslangt emosjonelt miljø, men også som medfødte disposisjoner. Affektbevissthet blir forstått som en mental kapasitet, og deles inn i affektiv oppmerksomhet, toleranse, nonverbal og verbal ekspressivitet (Taarvig, Solbakken, & Monsen, 2016). Dette utdypes i videre i metodekapittelet.

Affektbevissthet kan også betraktes som en operasjonell utdypning av selvpsykologi (Monsen & Monsen, 2000). Inndelingen av affektbevissthet i affektiv oppmerksomhet, toleranse, nonverbal og verbal ekspressivitet, blir dermed å forstå som fire forskjellige affektintegrerende funksjoner i selvet. En funksjonell affektintegrasjon vil gi en sammenhengende og helhetlig opplevelse av selvet. Lav affektbevissthet vil i følge Monsen og Monsen (2000) komme ”i veien for det funksjonelle og adaptive ved affekter, og spesielt organisering av selvopplevelse”. Høy affektbevissthet handler om at individet er tydelig for seg selv, men også har et tydelig atferdsuttrykk ovenfor andre (Monsen & Monsen, 2000).

### **Affektintegrasjon i Psykoterapi – en Affektiv Dialog**

Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) tar utgangspunkt i at barnet har en iboende evne til å påvirke og bli påvirket, men trenger støtte fra miljøet rundt for å tilegne seg kunnskap og kompetanse (Johns & Svendsen, 2012; Sroufe, 1995). Så fremt det ikke skjer noe ekstraordinært vil denne prosessen gå av seg selv, men når dette ikke er tilfellet vil utviklingen til barnet stagnere. Sviktende emosjonsregulering og oppmerksomhet henger sammen med en utydelig opplevelse av selvet (Monsen & Monsen, 2000). Transaksjoner mellom barnet og miljøet forklarer hvorfor dette utvikler seg og opprettholdes (Sameroff, 2009). TIB jobber ut i fra forståelsen av terapeutrelasjonen som en affektiv dialog, som kan starte positive utviklingsprosesser og gi symptomlette (Hansen, 2010; Johns & Svendsen, 2012; Smerud, 2012). Terapien skaper transaksjonelle effekter gjennom nye relasjonelle erfaringer, hvor affekter brukes på en ny og mer adaptiv måte (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Det affektregulerende i dialogen handler om at barnets ulike følelsesuttrykk får kraft og retning. Uten denne reguleringen, kan aktiveringen som følger en affektiv tilstand bli overveldende og ”føre til sterk kroppslig uro istedenfor at aktiveringen gir retning” (Johns & Svendsen, 2012, s. 53). Et dysfunksjonelt aktiveringsmønster kan komme som følge av manglende evne til emosjonsregulering, og tyder på at barnet sliter med å styre egen spenning og avspenning. Dette henger ofte sammen med aggressiv atferd, konsentrasjonsvansker,

tilbaketrekning, unngåelse av kroppslig uro og andre dysfunksjonelle tilstander (Jacobsen, 2010). Målet for terapien er en tydeligere selvopplevelse, gjennom å skape intersubjektiv deling der den har brutt sammen (Svendsen, Johns, Brautaset, & Egebjerg, 2012). Oppgaven til terapeuten er å være sensitiv ovenfor ulike følelsesuttrykk, som ofte er både ordløse og tvetydige. Ved å vise barnet både engasjement og oppmerksomhet, får barnet mulighet til å dele subjektive opplevelser, inngå i et gjensidig påvirkende samspill og dermed kunne føle seg forstått. Det er derfor viktig å gi terapien en mening og ramme som er forståelig for barnet. Psykoterapi har en narrativ ramme, og *historien som fortelles* kan være meningsfylt uavhengig av om den formidles verbalt eller nonverbalt (Johns & Svendsen, 2012). TIB er ikke avhengig av den verbale dialogen, og fungerer derfor godt som terapimodell for barn. Opplevelsen av mening i den affektive dialog handler mindre om semantisk mening, men om opplevelsen av dialogisk samsvar og sammenheng (Trevarthen, 2001).

## Metode

Oppgaven baserer seg på data fra målinger av affektbevissthet før og etter terapi, videoopptak av anamnese og behandlingsforløp, samt journalnotater og symptomrapportering gjennom Child Behaviour Check List (CBCL). Datainnsamlingen er gjort i forbindelse med et større forskningsprosjekt ved Norges Tekniske Naturvitenskaplige Universitet (NTNU), Psykologisk Institutt. Forskningsstudiet er av barn mellom 9 og 13 år med internaliserende vansker, og er godkjent av regional etisk komité (rek. nr. 2013/953). Barna har gått igjennom et behandlingsforløp på 12 timer med tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (Johns & Svendsen, 2012). En av disse barna er valgt ut på bakgrunn av atypiske endringer av affektbevissthet. Foreldrene har godtatt bruk av data samlet inn i prosjektet til videre forskning. For å opprettholde barnets anonymitet er det brukt et fiktivt navn og annen identifiserende informasjon har blitt endret.

## Metodologi

En kasuistisk tilnærming er valgt for å undersøke endringer i affektbevissthet. Barn utvikler seg i et komplekst samspill med omgivelsene, og skillet mellom endring som fenomen og konteksten rundt, er dermed uklart. Kasusstudier har et spesielt godt utgangspunkt for å identifisere og analysere komplekse mønstre mellom ulike faktorer, og i større grad enn studier med mange deltagere, utforske den aktuelle konteksten (Baxter &

Jack, 2008; McLeod & Elliot, 2011). McLeod og Elliot (2011, s. 3) vektlegger også den narrative formen, som kan gjøre relevant kunnskap og forståelse lettere tilgjengelig i terapeutisk behandling. Formålet i dette studie er å forklare det komplekse og mangfoldige, fremfor dikotome endringer av typen positiv eller negativ. Studiet kan derfor defineres som et forklarende kasusstudie (Yin, 2014).

Det er flere mulige grep som kan styrke oppgavens troverdigheten. Blant annet er triangulering er et viktig verktøy for å styrke kvaliteten på et kasusstudie (Stake, 1995; Yin, 2014). Triangulering mellom flere forskjellige datakilder – bruken av både ABI, CBCL, journaler og terapivideoer - vil kunne belyse endring fra flere sider. Funn og observasjoner drøftes med en mer erfaren veileder og en medstudent som forsker på lignende tematikk/metodikk. I tillegg brukes journalnotater som er skrevet av behandlende terapeut, som belyser kasuset fra en annen side. Tydelige formuleringer og tankerekker vil i tillegg gjøre oppgaven mer gjennomiktig for leseren.

Epistemologi handler om hvordan man tilegner seg kunnskap, erkjennelse eller innsikt (Holmen, 2016). Den epistemologiske rammen for oppgaven er en blanding av en positivistisk og en fortolkende tilnærming. Positivister har som mål å finne kausale sammenhenger gjennom tester og observasjoner (Schwandt, 2007). Dette passer med en realistisk forståelse, som forholder seg til én objektiv sannhet (Schwandt, 2007; Willis, 2007). En fortolkende tilnærming forstår menneskelig atferd/kausaltitet ut i fra en subjektiv realitet – som påvirkes av den sosiale og kulturelle kontekst (Willis, 2007). Dette havner innenfor den relativistiske tradisjonen, hvor sannheten konstrueres og det dermed eksisterer flere sannheter. I oppgavens problemstilling stilles det spørsmålsteget ved hvordan endring og påfølgende affektuttrykk kan forstås. Dobson (1999) oppfordrer til å forklare framfor å produsere rene beskrivelser, og anbefaler i den sammenheng en realistisk tilnærming. Jeg velger å basere meg på *kritisk realisme*, som ikke primært er interessert i observerbare hendelser, men dypere strukturer og mekanismer som genererer fenomenet/hendelsen (Bhaskar, 1978, s. 25). Jeg ønsker å forklare endringene ut i fra underliggende mekanismer og strukturer, basert på teori om affektbevissthet og utviklingspsykologi. Forståelsen av underliggende strukturer passer med en *realistisk* forståelse. Samtidig åpner *kritisk realisme* for flere fortolkende elementer (Miles & Huberman, 1994, s. 4). Det betyr derfor at påfølgende diskusjon kun representerer ett perspektiv, som både er påvirket av teoretisk ståsted og en sosial/historisk kontekst.

## **Datainnsamling**

### **Affektbevissthetsintervju.**

Det ble gjennomført et affektbevissthetsintervju (ABI) før og etter behandling, samt ett år etter siste terapitime. Dette ble gjort av en psykolog som hadde god erfaring med intervjuet. ABI er utviklet for å måle affektintegrasjon hos voksne og kan brukes som utgangspunkt for terapeutiske intervensjoner (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996). I senere tid har intervjuet blitt tilpasset arbeid med barn fra 11 års alder (Taarvig, Solbakken, & Monsen, 2016). ABI er semistrukturert og måler affektbevisstheten for 11 ulike affekter: interesse, glede/behag, frykt/panikk, sinne/raseri, avsky, forakt, skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalusi, skyld/anger og ømhet/hengivenhet. I forskningsprosjektet slet barna med å forstå avsky og forakt. Disse affekten ble derfor ikke inkludert i resultatene. Affektintegrasjon deles inn i fire ulike aspekter: Oppmerksomhet, toleranse, emosjonelle (nonverbale) og begrepsmessige (verbale) uttrykk. Oppmerksomhetsfunksjonen omhandler evnen til å differensiere mellom og legge merke til ulike emosjonelle opplevelser. Affekttoleranse omhandler både differensiering og forståelse av spesifikke affekters funksjon og signalverdi, og hvordan dette kan bidra til å håndtere emosjonelle tilstander. Nonverbal ekspressivitet handler om hvorvidt personen vedkjenner seg følelsen og hvordan dette eventuelt vises. Begrepsmessig ekspressivitet er evnen til å uttrykke ulike nyanser av følelsen med ord. For å vurdere barnas evne til å oppleve og uttrykke affekter ble det brukt observatørbaserte skåringsskalaer (ABS) tilpasset intervjuet (Monsen et al., 2013). I et studie av Taarvig, Solbakken, og Monsen (2016) har intervjuet vist seg å ha en tilfredsstillende interreabilitet, samt god begrepsvaliditet med mål som Verbal IQ, sosial kompetanse og depresjon. Dette var et studie hvor intervjuet ble gjennomført på Barn. De fleste studiene er gjennomført på voksne, og er stort sett gjort av forskere med spesiell tilknytning til modellen. Det sistnevnte er ikke uvanlig i psykoterapeutisk forskning, men kan likevel være en svakhet. Se Taarvig, Solbakken, Grova, og Monsen (2014) for en oversikt over ulike studier.

### **Child behavior check list.**

*Child Behavior Check List*, CBCL (Achenbach, 1991), har blitt brukt for å gi supplerende informasjon om atferds- og symptombilde. Foreldrene til barnet har besvart skjemaet før, rett etter behandling og ett år etter siste time. CBCL har vist seg å ha god begrepsvaliditet og en god/svært god indre konsistens for hovedskalaene (Kornør & Jozefiak, 2012).

### **Journalnotater og video.**

Journalnotater og video av terapiforløpet ble også brukt for å vurdere endringen. Terapivideoene gir mulighet for selvstendige vurderinger gjennom direkte observasjoner, mens journalnotatene gir innblikk i terapeutens perspektiv. Til å begynne med ble kun anamneseopptak, samt første og siste time mellom pasient og terapeut studert i nærmere detalj. Journalnotatene ble etter hvert brukt for å peke ut spesielt relevante hendelser i terapien, som dermed kunne observeres på video. Den teoretiske forståelsesrammen som blir presentert i teorikapittelet er ledende for observasjonen av endring. Utover dette er observasjonene å regne som ustrukturerte. Dette har bakgrunn i råd fra veileder, og et ønske om å forholde meg til kasuset som unikt, i form av den bestemte kontekst og egenskaper ved barnet. Ustrukturerte observasjoner er også gunstig for å oppdage det komplekse fremfor det dikotome ved endringene. Strukturerte observasjoner kan gjøre forskeren mer låst til en bestemt metodisk forståelse og tolkning av data (Maxwell, 2013). De første observasjonene ble derfor gjort sammen med veileder, noe som anbefales hvis forskeren er uerfaren (Baxter & Jack, 2008).

### **Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi.**

Opgaven har som mål å belyse endring som følge av psykoterapeutisk behandling. Johns og Svendsen (2012) viser til bestemte rammer som kjennetegner utviklingsrettet tidsavgrenset intersubjektiv terapi, utover det som allerede er nevnt i teoridelen. Terapien er avgrenset til 12 behandlingstimer med barnet, samt parallelt foreldrearbeid (av annen terapeut). Det er tre initielle oppstartstimer for å bli kjent med foreldre og barn. Ut i fra hva barnet viser i de første timene, og den utviklingshistorien foreldrene presenterer, dannes det et felles terapifokus for de 12 resterende timene.

## **Resultat**

### **Henvisning**

Petter på 9 år henvises til psykologiske poliklinikker ved NTNU grunnet vansker med å forholde seg til egne emosjoner og en tendens til å stenge dem inne. Foreldrene forteller at han til tider kan være engstelig og nervøs, plutselig kan bli veldig sliten og nedstemt, og eventuelt være sint når han egentlig er lei seg. Han har selv beskrevet en følelse av at noe

eksploderer inni han og at han får behov for å trekke seg tilbake og være for seg selv. Hvordan han takler situasjoner avhenger likevel av form: ”Han takler alt når han har overskudd, men alt er galt når han ikke har overskudd”, sier foreldrene. Han har også utviklet sprøyteskrek, som har ført til at han ikke har klart å ta blodprøver eller vaksiner. I tillegg blir han sterkt engstelig for å snakke om og tenke på døden, noe som også fører til at han unngår temaet. Tidligere har Petter vært i kognitiv behandling, men opplevde selv at dette ikke var noe som fungerte for han. Foreldrene har ingen klar tanke om hva som er årsak til problemene. Etter en periode med kysseyken opplevde de en viss forverring. Blant annet var det etter dette han fikk sprøyteskrek. I tillegg til å være en sosial, skoleflink og godt likt gutt, er Petter svært aktiv i følge foreldrene. Han driver blant annet med snowboard, skating, fotball, turn og håndball. Begrensningene som følge av kysseyken gjorde at han i følge foreldrene ble nedstemt. Dette var 1 år før behandlingsstart, men han kan fortsatt være sliten til tider. Foreldrenes forventninger til terapien er at Petter skal få det bedre med seg selv og at han klarer å ta bedre valg i hverdagen.

### **Klinisk Observasjon og Valg av Terapifokus**

Petter synes å være en sosial kompetent gutt, og fremstår som fortrolig i terapisisituasjonen fra første stund. Han synes å være behagelig å ha i rommet; han snurrer noe på stolen, men har blikkontakt over lengre tid, nikker og sier ja/mhm på spørsmål fra terapeuten. Han tilpasser seg også godt til tur-taking i dialogen. Enkelte utsagn fra Petter gir holdepunkt for at han tar ekstra hensyn, eller tar en spesiell rolle i samspillet, noe utover det som kanskje er å forvente av en 9-åring. For eksempel når terapeuten ber far om å gå ut av rommet, og spøker noe med dette, hvorpå Petter ikke tar spøken og svarer at ”det skal nok gå fint”. Utsagnet synes å være rettet mot terapeut og far, for å berolige dem, men kan heller ikke utelukke at det er for å berolige seg selv. Under et ishockeyspill flytter terapeuten pukken slik at Petter kan spille videre, og han sier ”tak for det”. Når han går bort til sandkassen sier han at han skal være forsiktig og ikke ødelegge noe av det som allerede er laget der. Til å være en 9-årig gutt tenkes dette å være en uvanlig høflig atferd, som er karakteristisk for Petter. Videre har han ikke så mye å si om hvorfor han er her, men henvender seg til far og forblir passiv når det snakkes om vanskene hans. Petter tar derimot initiativ til å snakke om egne interesser og forteller med tydelige gestikuleringer om historier fra ulike aktiviteter han liker. I løpet av bli-kjent-timene har han en del fokus på disse interessene og det han mestrer. Terapeuten skriver selv at hun opplever at Petter ønsker å vise fram egne positive sider, og i

større grad er unnvikende når negative temaer blir tatt opp. Han gir ingen tydelig verbal motstand, men det er derimot usikkert hvor til stede han er i egne negative emosjoner.

I fjerde terapitime er både foreldre og Petter til stede. Det arbeides fram en felles enighet om videre terapifokus; Petter forholder seg noe stille og tilbaketrukket i løpet av timen. ”Å lete etter balanse i livet” blir valgt som terapifokus. I dette blir det vektlagt ”å finne balanse mellom å være den tøffe og den engstelige gutten og akseptere de engstelige sidene ved seg selv, for så å gjøre de mindre plagsomme”. Både Petter og foreldrene bekrefter at dette kan være et nyttig fokus.

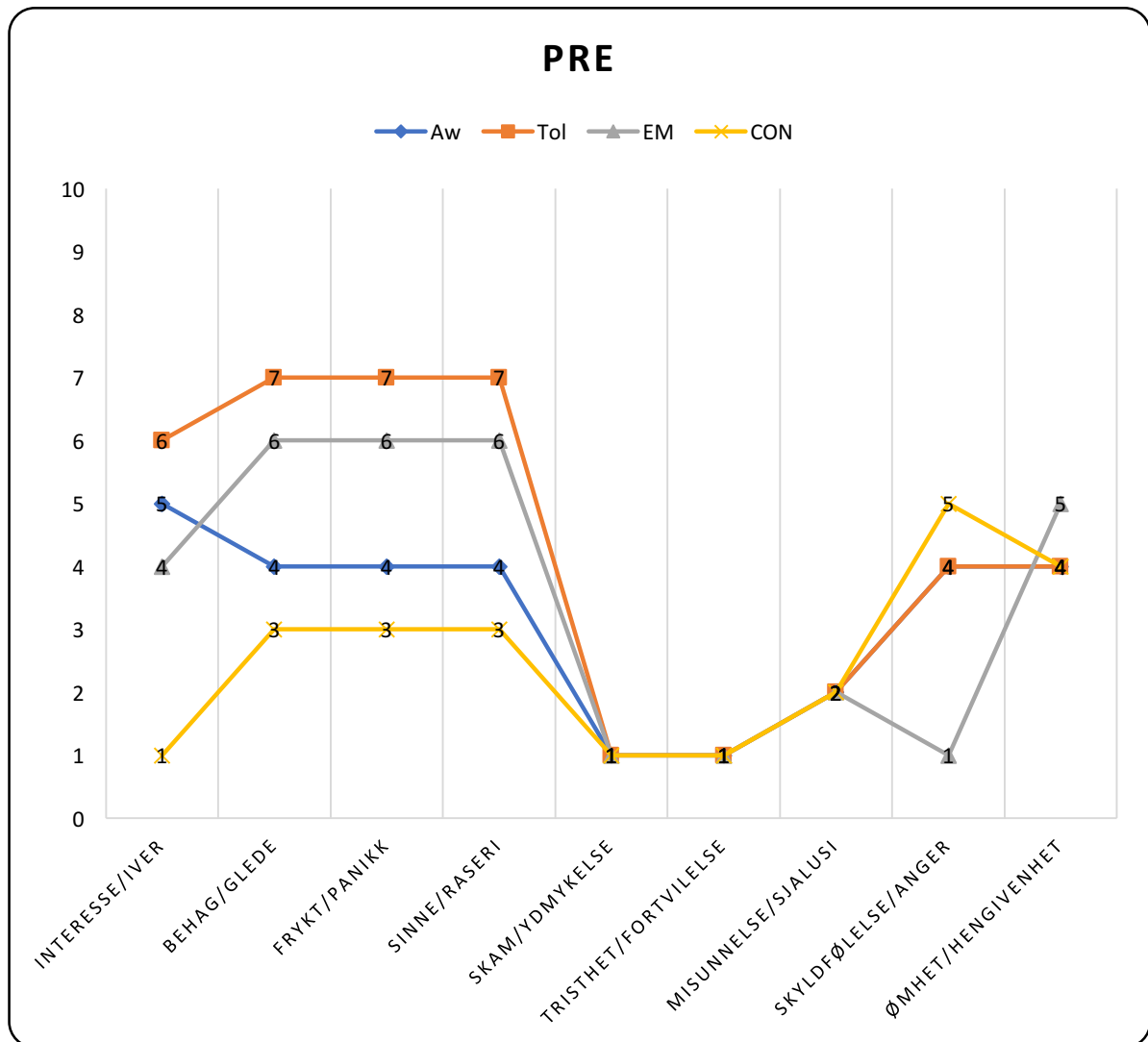
### **Klinisk Observasjon av Avslutningsfase**

Inntrykket av Petter som omgjengelig og sosial er det samme i den avsluttende fasen. Når ulike følelser tematiseres svarer han på direkte spørsmål, ofte kort og han styrer også en del over til andre temaer. Dette har vært gjennomgående i terapiløpet. Det er merkbart hvordan Petter sin tilstedeværelse i dialogen endrer seg når dette skjer. Han lytter mindre og overhører spørsmål fra terapeuten. Dette skiller seg fra andre dialoger hvor han lytter godt og svarer mer utfyllende. I sandkassen hender det at denne avledningen fra egne følelser blir noe mindre, noe som merkes på at han i større grad kan gi utdypende svar og holde i gang dialogen.

### **Affektbevissthetsintervju**

Skårene fra ABI varierer mellom 1-10, men 9-10 blir vanligvis bare oppnådd når intervjuet gjøres på voksne (Monsen et al., 2013). I rapporteringen av resultatene vil 1-3 ansees som lavt, 4-5 som middels og 6-8 som høye skårer. Gradering av oppmerksomhet avhenger av evnen til å gjenkjenne følelsesreaksjoner, differensiere dem fra andre reaksjoner, samt evne til å kunne fokusere på følelsesstilstandene. Lav toleranse betyr at personen ikke tar følelsen innover seg, men i varierende grad prøver å unngå affektendringen. Personen mister muligheten til å reflektere over følelsens signalverdi og hvordan dette skal håndteres i ulike kontekster. Høy skåre på toleranse muliggjør derimot refleksjon og ny forståelse av egne og andres interpersonlige motiver, eller egne forestillinger og trossystemer. Lav emosjonell ekspressivitet handler om at det aktuelle følelsesuttrykket ikke er vedstått, noe man i ulik grad ønsker eller klarer å vise. Høy skåre representerer en evne til et nyansert og variert uttrykk, avhengig av relasjon. Personen tar også ansvar for eget uttrykk, samtidig som han er uavhengig av aksept fra andre og kan vise emosjoner i de fleste sammenhenger. Begrenset evne til å uttrykke seg begrepsmessig viser seg ved at personen har unyanserte kategorier og

lav assosiasjon til eget følelsesinnhold, eventuelt indirekte uttrykk. Høyere skårer reflekterer en stor grad av nyanserte, varierte og innholdsfulle/mettede uttrykk (Monsen et al., 2013). Råskårer fra affektbevissthetsintervjuene til Petter ligger vedlagt.

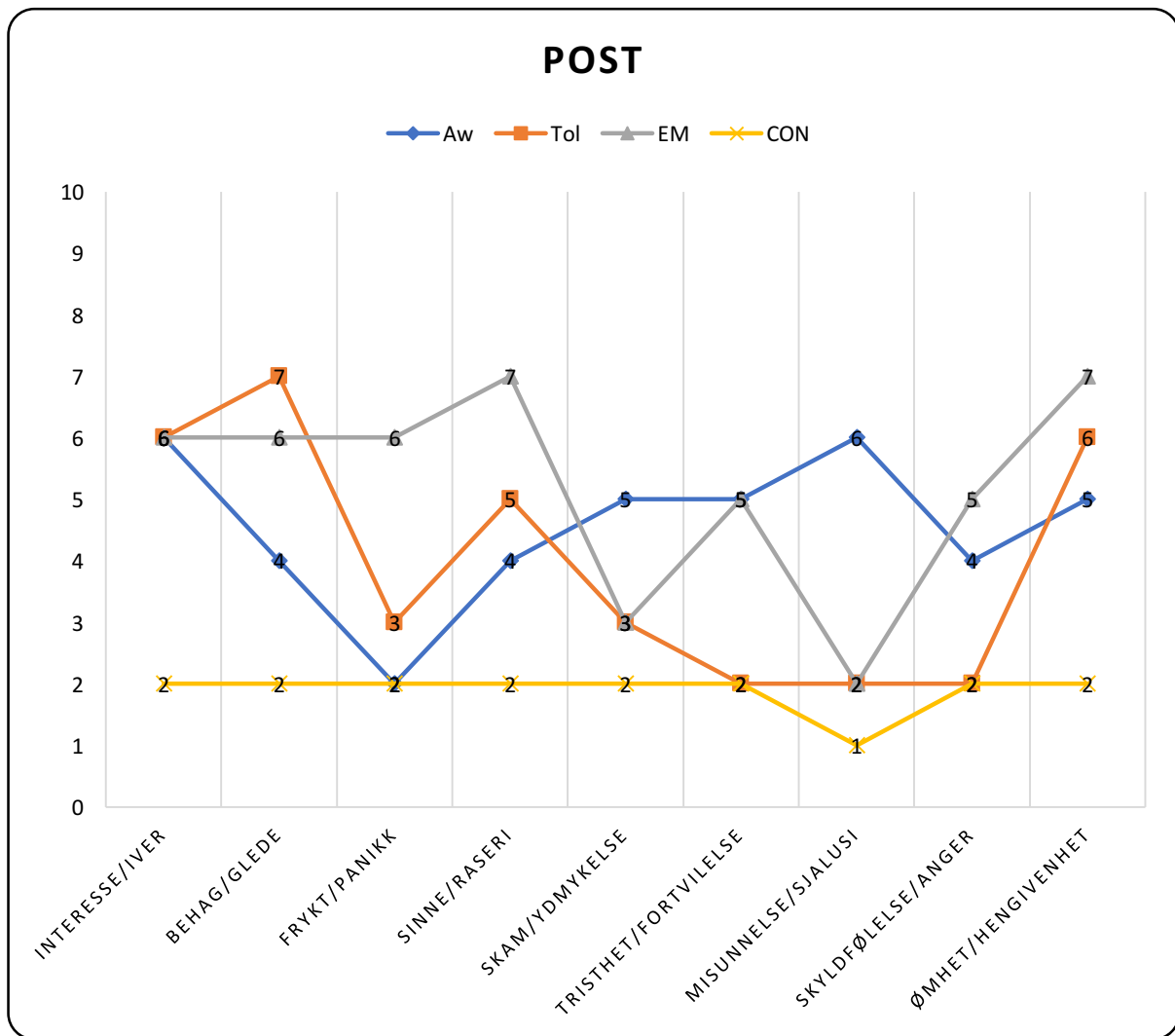


Figur 1 - Resultatene fra affektbevissthetsintervjuet før behandling.

### Før behandling.

Som vist i figur 1 får Petter svært lav skåre på alle fire aspektene ved skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse og misunnelse/sjalusi. Han skårer også stort sett lavt på verbal ekspressivitet. Der hvor Petter skårer høyt på negative følelser er affektene lite integrerte. Mønsteret er høye skårer for toleranse og emosjonelt uttrykk, men evnen til å kjenne på følelsene er lavere. Høy og middels skåre på positive følelser er mindre overraskende, og samsvarer godt med det karakteristiske uttrykket Petter viser i timene.

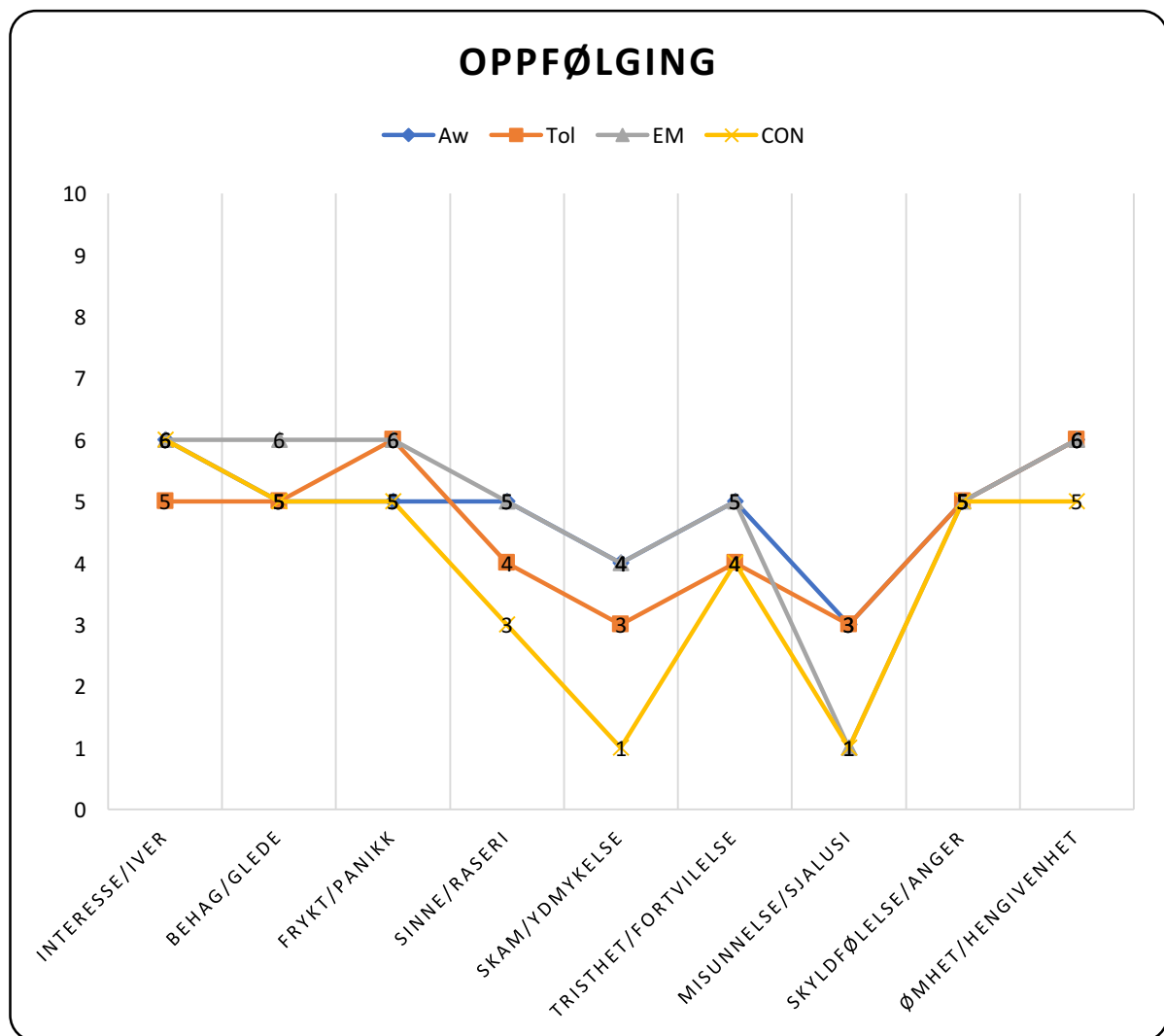




Figur 2 - Endring av affektbevissthet målt etter endt behandling.

### Etter behandling.

Mønsteret i grafen viser at noe går opp og noe går ned. Toleranse går ned for frykt/panikk og sinne/raseri, men opp for ømhet/hengivenhet. Det begrepsmessige uttrykket er gjennomgående dårligere, men Petter både kjenner og viser følelser tydeligere. Bevegelsen er størst for affektene han skåret dårlig på ved pretest. Endringene tyder på en begynnende integrering og viser en større balanse mellom affektene. Summert skårer han høyere på både positive og negative følelser.



Figur 3 - Skårer på affektbevissthetsintervjuet ett år etter behandling.

### Oppfølging.

Totalt skårer Petter høyere på nesten alle følelsene ved oppfølging når man sammenligner med pretest. Unntaket er sinne/raseri og misunnelse/sjalusi. Petter har et tydeligere begrepsmessig uttrykk, og i tillegg kjenner og viser han fortsatt følelsene tydeligere enn ved pretest. Han tolerer også ulike affekttilstander bedre, spesielt er endringene positive for negative følelser. Resultatene er balansert og affektintegrasjonen er langt bedre ved oppfølging, og mye tyder på at Petter i større grad er seg selv.

### Child Behavior Check List (CBCL)

Far skårer Petter innenfor klinisk område på internaliserende problemer (T=66), mens mor sin besvarelse havner på grensen mellom normal/klinisk område (T=61). Mor gir så vidt

litt høyere skårer på somatiske plager og tankeproblemer, mens far skårer Petter en del høyere på engstelig/deprimert og tilbaketrukket deprimert. Men det er kun somatiske plager som havner innen grenseområdet mellom normal- og klinisk område. Dette gjelder begge foreldres besvarelse.

Etter behandling skårer mor Petter innen normalområdet for internaliserende vansker (T=58), mens far skårer i grenseområdet (T=62). Bedringen knyttes tydeligst til en nedgang i somatiske plager og tankeproblemer, som rapporteres av begge foreldrene. Mor rapporterer ingen endring i grad av engstelse/depressivitet. Far skårer derimot Petter litt høyere, slik at han havner innenfor grenseområdet (T=66).

Ved oppfølging ett år etter endt behandling skårer foreldrene Petter godt innenfor normalen, med henholdsvis T=50 (Mor) og T=52 (Far) på internaliserende vansker.

## Diskusjon

De aktuelle skårene til Petter synes hverken å være en tydelig bedring eller forverring. Summen av alle skåringene tilsvarer derimot en økning, men det vil være unyansert å konkludere med at dette tilsvarer en bedring. Petter synes i mindre grad å ha integrert ulike affekter ved pretest, og etter behandling går enkelte skårer opp og andre går ned. Han får lavere toleranse for egen frykt og sinne, som begge trekkes fram som utfordringer i henvisningen. Resultatene etter terapi synes likevel å gjenspeile en økende affektintegrasjon. Terapien synes å ha satt i gang en bevegelse, men de tydeligste endringene vises ved oppfølging ett år etter terapi.

Hva karakteriserer den atypiske endringen av affektbevissthet og påfølgende atferdsuttrykk? Hvordan kan dette forstås som følge av psykoterapi? Formålet med oppgaven er å forklare den atypiske endringen og hvordan Petter uttrykker dette. Det er usikkert hvilke endringer som kommer av den spesifikke behandlingen, men det er naturlig at endringene som oppstår mellom pre- og posttest er knyttet til en pågående terapi. Samtidig drøftes sammenhenger mellom terapeutiske transaksjoner og videre utvikling utenfor terapirommet. Forskningsspørsmålet behandles under ett og drøftes fortløpende. Den teoretiske rammen for drøftingen er utviklingspsykologi (Johns & Svendsen, 2012; Sameroff, 2009; Sroufe, 1995) og teori bak affektbevissthetsmodellen (Izard, 2009; Monsen & Monsen, 2000; Tomkins, 1995).

## Å Finne Balanse i Livet

Det valgte terapifokuset handlet om at Petter skulle finne en balanse i livet. Spredningen mellom grafene i figur 1 (pre) og figur 2 (post), og hvordan dette samler seg i figur 3 (oppfølging), karakteriserer denne endringsprosessen. Selv om det ikke vises store positive endringer, tyder dette på at Petter har startet en integreringsprosess. Affektbevissthet for de ulike affektene er mer balansert. Det er hensiktsmessig med middels skåre på flere følelser framfor en variasjon mellom lave og høye skårer. Monsen og Solbakken (2013) viser til sammenhengen mellom generell psykologisk fungering og en funksjonell integrasjonen av atferd, affekt og kognisjon. Affekter som ikke er integrert vil være vanskelig å differensiere fra andre affektive tilstander, og dermed kunne gi en utydelig og forstyrret selvopplevelse (Monsen, 1997; Monsen & Monsen, 2000; Tomkins, 1995). Negative effekter som skam/ydmykelse og tristhet/fortvilelse, synes å være dårligst integrert hos Petter. Balanse mellom positive og negative emosjoner har en sentral betydning for god sosial fungering. Tomkins (1995) beskriver hvordan mennesker organiserer scener slik at fenomener får færrest mulig forklaringer. Det er viktig at organiseringen gir et skript som er best egnet til å skape en god ratio mellom gode og dårlige affektive opplevelser. Balanse, eller det Tomkins (1995) betegner som equilibrium, handler om å optimalisere positive affekttilstander gjennom også å forstå eller absorbere negative opplevelser. Et skript som bare søker å maksimere eller minimere affektive tilstander, vil mangle stabilitet. Ved pretest skårer Petter relativt høyt på positive følelser, til sammenligning med negative følelser. I tillegg synes han å ha et behov for å fremme egne prestasjoner for terapeuten. Dette blir dysfunksjonelt hvis han ikke er bevisst eller tar inn over seg negative følelser, noe de lave skårene kan tyde på. Et forsøk på å minimere negative affektoplevelser kan være kontraproduktivt, og føre til en intensivering av den samme affektoplevelsen. Funksjonelle skript vil derimot forsøke å *optimalisere* positive følelser, ikke maksimere dem. Ved oppfølging viser resultatene at de fleste følelsene er i ferd med å integreres, og at forskjellen mellom negative og positive affekter dermed også er mindre. Hvis Petter fortsetter å integrere negative følelser er det sannsynlig at han vil oppleve å *finne balanse i livet*.

## Toleranse

Petter sine høye toleranseskårer vurderes som atypiske. Ofte vil resultater på ABI vises som en u-formet graf (Lech et al., 2008), noe som betyr at personen skårer bedre på positive følelser enn negative følelser, slik det henvises til i det foregående avsnittet. Petter

viser kun en delvis u-formet graf. Han skårer lavt på flere negative følelser, men overraskende høyt på sinne og frykt. Dette stemmer ikke overens med den unngående og utagerende atferden som beskrives i henvisningen. Hyppige sinneutbrudd, tilbaketrekning og frykt for å snakke om døden, tyder på lav toleranse for sinne og frykt. En slik atferdsstil kan også knyttes til angstproblemer, i følge Cathy, Horesh, Apter, og Gross (2010). Resultatene gir derimot et motsatt bilde av Petter; et bilde av at han anerkjenner og har en funksjonell tilnærming til disse følelsene. I motsetning til gode resultater på toleranse, skårer Petter en del lavere på oppmerksomhet for sinne og frykt. Resultatene tyder på at Petter blir oppmerksom på affekttilstandene kun ved høy intensitet, og kan slite med å differensiere dette fra andre affekter. Lav skåre samsvarer med problembeskrivelsen i henvisningen og er derfor mindre overraskende. Dette gir støtte til tvilen om hvorvidt toleranseskårene stemmer overens med realiteten, etter som en viss evne til fokusert oppmerksomhet er nødvendig for å tolerere ulike affekttilstander. Det stilles derfor tvil ved den store forskjellen mellom toleranse og oppmerksomhet. De atypiske og høye toleranseskårene kan av den grunn gjenspeile en manglende integrasjon i forkant av terapien.

### **En Dysfunksjonell Spenningstilstand**

Det atferdsmessige uttrykket til Petter endrer seg lite i løpet av behandlingen, og skaper derfor tvil om effekten av terapien. Resultatene på CBCL viser derimot at foreldrene opplever bedring. Samtidig har Petter også gitt inntrykk av å være sosialt kompetent og fortrolig i terapien selv når resultatene på CBCL har vært dårligere. Det synes derfor å være en diskrepans mellom hva han viser og hva han kjenner. Fremtoningen til Petter kan tenkes å komme av at han i høy grad observerer miljøet rundt for å vite hva som er *riktig å si og tenke*. Det eksplisitte uttrykket til Petter tilsier at frykt og sinne er relativt uproblematisk og tolererbart. Fremtoningen går på flere måter utover det som er naturlig å forvente av en 9-åring, og i terapien har Petter ved enkelte anledninger tilpasset seg miljøet rundt i en uhensiktsmessig stor grad. Han synes i slike tilfeller å være uforholdsmessig hensynsfull, og kan virke å ta på seg en betryggende rolle ovenfor voksenpersoner. Dette kan forklares av en underliggende og dysfunksjonell aktiveringstilstand hos Petter. Det kan tenkes at han bruker uforholdsmessig mye energi på å opprettholde et positivt inntrykk for omverdenen. Dette skaper et forhøyet spenningsnivå, som over tid blir dysfunksjonelt. Foreldrene sier om Petter: ”Han takler alt når han har overskudd, men alt er galt når han ikke har overskudd”. Avstanden mellom å takle *alt* eller *ingenting* tyder på et høyt aktivering- og beredskapsnivå over lengre

tid, som faller sammen til slutt. Å tone seg inn på et slikt spenningsmønsteret er en viktig terapeutisk oppgave, i følge Jacobsen (2010).

### **Kobling av Affekter**

Det kroniske spenningsnivået kan tenkes å være opprettholdt av en underliggende angsttilstand. Det beskrives i henvisningen at Petter har store bekymringer knyttet til både sprøyter og døden. I følge Taarvig, Solbakken, Grova, og Monsen (2016) vil barn med angstproblemer ofte ha vansker med en større gruppe affekter som sammenkobles med frykt/panikk. Resultatene ved pretest viser at Petter har dårlig affektbevissthet for flere følelser. Udifferensierte følelser kan dermed skape en indre uro, som forblir uløst, og dermed bidrar til opprettholdelsen av et dysfunksjonelt spenningsmønster. Monsen og Solbakken (2013) snakker om hvordan en klynge av udifferensierte følelser, som skaper utydelighet og ubehag, blir en vedvarende beredskap for opplevelses av selvtap og overveldelse. Den *indre eksplosjonen* Petter snakker om kan således forstås som en gruppe sammenkoblede, og dermed utydelige affekter, som skaper indre uro og en opplevelse av å være truet. Dårlig evne til å differensiere spesifikke affekttilstander fra hverandre, kan også forsterke intensiteten i selve affektoplevelse (Tomkins, 1963). Å innrømme at han ikke har kontroll på eller takler egen frykt, kan derfor være svært angstprovoserende, og for overveldende til å være et reelt alternativ. En slik trussel mot egen opplevelse av kontroll, kan bidra til å forstå dødsangsten til Petter. Han løser angsten med å opprettholde et kompensierende atferdsuttrykk, som samtidig bidrar til et dysfunksjonelt spenningsmønster. Dette fører til en utviklingsmessig stagnasjon. Utfordringen for Petter vil være å innrømme egen bristende kontroll og eksponere seg for problematiske affekttilstander. Nedgangen i toleranse for både sinne og frykt, kan således representere en atypisk bedring, tross lavere skårer på affektbevissthetsintervjuet. Resultatene på CBCL tyder på en begynnende endring, hvor begge foreldrene rapporterer lavere somatiske plager i etterkant av terapien. Det ser ut til at Petter i større grad klarer å differensiere følelser og oppleve dem tydeligere. Dette bidrar til at han kjenner mindre på en diffus indre uro, som potensielt kan forklare de somatiske endringene på CBCL.

### **Terapeutiske Transaksjoner**

Terapeutiske transaksjoner kan forklare økende toleranse og generell affektbevissthet. I terapien utfordres Petter til å stå i følelser, bli oppmerksom på den kroppslige virkningen og reflektere over ulike måter å håndtere den på. Når emosjoner både differensieres og reguleres, vil den kroppslige spenningen (sympatisk aktivering) kunne spilles ut i en funksjonell atferd

og gi rom for avspenning (parasympatisk aktivering) (Saarni et al., 2006). Svært lave skårer på skam/ydmykelse tyder på at Petter har hatt problemer med å bruke denne følelsen på en funksjonell måte. Han forteller i løpet av terapien om en opplevelse av å ikke være verdt noe, som potensielt kan handle om et underliggende skamskript. Ved å dele denne opplevelsen av skam, får han utfordret tolkninger og forventninger som ligger i skriptet. Når sluttresultatet til skamskriptet endrer seg, kan Petter kjenne på mestring og økt vitalitet. Dette er en terapeutisk transaksjon som i følge Monsen og Solbakken (2013) kan forstås som *implisitt prosesslæring*. Den affektive belønningen som følger forståelse, håndtering og uttrykk av egne affekter, styrker læringseffekten. Petter opplever å være verdt noe, og at skam er en følelse han både kan stå i og dele med andre. En enkelt terapitime vil sannsynligvis ikke medføre en overskridelse eller endring av et innarbeidet og dysfunksjonelt skript. Petter vil likevel kunne få det Monsen og Solbakken (2013) kaller en *overskridelseserfaring*, og dermed sette i gang en nødvendig bevegelse.

### **Et Utviklingsstøttende Omsorgsmiljø**

Terapien setter i gang en bevegelse, men det er familien som bidrar til varige endringer. Parallelt arbeid med foreldre ansees derfor som en viktig del av TIB. Resultatene i etterkant av terapien er kompliserte og sammensatte, og utviklingen videre kunne ha gått flere veier. Petter er oppmerksom på flere negative affektilstander, men har samtidig på et generelt nivå lavere toleranse for negative følelser. Lav toleranse og høyere oppmerksomhet etter terapi, kan gi et bilde av en kaotisk og overveldende situasjon for Petter. Sannsynligvis har ytre regulering fra omsorgsmiljøet vært avgjørende for integrasjonen som vises ved oppfølging. Resultatene i etterkant av terapien viser også at Petter har hatt vansker med å begrepsfeste de affektive endringene. Han synes derimot å gi uttrykk for det indre kaoset gjennom nonverbal atferd. Denne fasen har derfor vært avhengig av at foreldrene er sensitiv for hva som ligger bak den ytre atferden. Sannsynligvis har den foreldrerettede delen av TIB hjulpet foreldrene til bedre å forstå atferdsuttrykket til Petter. Dette handler om at den regulerende kapasiteten til miljøet blir større. Samtidig vil den økende affektbevissthet bidra til en mer funksjonell utnyttelse av emosjoner, slik at Petter blir flinkere til å regulere avstand og nærhet. For eksempel er Petter blitt mer oppmerksom på tristhet, uten at det fusjoneres med sinne. Tidligere har han derimot vist sinne når han er trist, som i motsetning til tristhet vil regulere avstand til omsorgsmiljøet. Et tydeligere kroppslig uttrykk for tristhet vil i større grad vise behov for nærhet. Petter skårer også høyere på ømhet/hengivenhet. Denne

affekttilstanden motiverer til å søke nærhet og kan dermed være en buffer mot tendensen han har til å trekke seg tilbake. Integrasjonen av ulike affekttilstander har derfor gjort Petter tydeligere og mer stabil i kontakten med foreldrene. Sammen med en større regulerende kapasitet fra miljøet, gir dette et grunnlag for gode samspillserfaringer og dermed positive transaksjoner. Det indre kaoset Petter har opplevd under terapien og ved posttest, har blitt møtt med oppmerksomhet og engasjement, fra både foreldre og terapeut. Subjektive opplevelser har fått felles oppmerksomhet i et gjensidig påvirkende samspill, og Petter har derfor følt seg forstått. Terapien har således skapt en bevegelse og plattform for videre utvikling. Balanserte resultater ved oppfølging, tyder også på at foreldrene og Petter har funnet nye måter å se hverandre på, og dermed sannsynligvis vil opprettholde den positive utviklingsprosessen.

### **Implikasjoner**

Forskning på terapeutiske endringer og effektiv behandling skaper et behov for å kategorisere. Jeg tenker at kategoriene ikke er et problem i seg selv, men er viktige både for forskningen på og praktiseringen av faget. Samtidig viser dette kasuset at endring er et komplekst fenomen, og av en natur som ikke fullt ut kan kvantifiseres. Manglende nyansering vil potensielt begrense forståelsen av hvordan psykoterapi fungerer og hvilke endringer det fører til. Dette gjelder kanskje spesielt for pasienter med atypiske endringer. Samtidig fokuserer kasusmetoden på enkeltindivider og muliggjør derfor ikke en generalisering til større grupper. Forståelsen av endring er også påvirket av et teoretisk ståsted, og representerer derfor kun ett perspektiv. Samtidig er dette fullverdig kunnskap, så fremt argumentasjonen er basert på relevant teori, har tydelige og gjennomsiktede tankerekker og er tilknyttet flere datakilder. Den narrative stilen gjør i tillegg kunnskapen mer tilgjengelig i den kliniske hverdagen. Dette kan være spesielt avgjørende i møte med enkeltpersoner, hvor stereotype forventninger kan skape stagnasjon fremfor gode utviklingsprosesser. Kasusstudier er derfor viktig for å styrke den kliniske ekspertisen i møte med enkeltindividet, og dermed støtte opp under evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007)

Kasuset viser betydningen av å tone seg inn på underliggende spenningsmønstre. I utgangspunktet kan manglende endringer og kompetent atferd gjøre det vanskelig å danne seg en terapeutisk problemforståelse. Petter er et eksempel på hvordan balanserte skårer gjenspeiler en mer reell affektbevissthet, i motsetning til høye enkeltskårer. For å oppdage



dysfunksjonelle spenningstilstander og forklare motstridende funn, er det derfor nødvendig med god kjennskap til barnets problemområder, samt kunnskap om ABI og hvordan dette skal tolkes.

Kasuset viser også at oppfølgingstimer med terapeut kan være spesielt nødvendig ved atypiske endringer. Ved posttest viser Petter tvetydige og varierte skårer, som kan tyde på en ustabil tilstand. Dette forstås som en fase hvor han *slipper opp på egen kontroll*. Terapien er en igangsetter, men bedringen forsinkes av et underliggende spenningsmønster. Dette spenningsmønsteret har ikke blitt fokusert eksplisitt på i behandlingen. Terapien har fokusert på funksjonelle uttrykk av følelser, og oppfølgingsresultatene tyder på at dette har hatt en positiv, men indirekte effekt på spenningstilstanden. Poenget er at spenningstilstanden like godt kunne ha bidratt til en negativ utvikling. Som nevnt i diskusjonen, har sannsynligvis omsorgssystemet gitt Petter den utviklingsstøtten han hadde behov for i etterkant av terapien. Muligheten for negative utviklingsprosesser fremmer derfor viktigheten av oppfølgingstimer, og kanskje spesielt for barn med atypiske endringer.

Ved manglende eierskap til terapifokuset, kan pasienter vise midlertidige endringer som ikke representerer en reell affektintegrasjon. Dette kan også forklare de varierte resultatene som vises i etterkant av terapien. Petter var tilbakeholden og stille da fokuset ble valgt, og det er derfor uklart hvorvidt han opplevde et reelt eierskap. Slike endringer kan komme av at pasienten tilpasser seg ytre krav om bedring. Dette vil kunne være tilfellet om terapifokuset ikke fanger barnets opplevelse av egen livssituasjon. Barnet vil da forsøke å tilpasse seg og forstå hva de voksne forventer. Når dette blir belønnet, skapes det en operant betingning av atferden, fremfor en reell integrasjon.

### **Kritikk av Oppgaven**

Datamaterialet gir et begrenset grunnlag for å komme med sterke hypoteser. Dette gjelder hovedsakelig manglende videoobservasjoner ved oppfølgingstidspunktet. Grunnlaget for å vurdere sammenhengen mellom endringer på ABI ved oppfølging, og hvordan dette uttrykkes, blir av denne grunn svakere. Fysiologiske målinger ved pretest, posttest og oppfølging, hadde også bidratt til å styrke datagrunnlaget. Til sammen kunne dette ha styrket eller svekket hypotesen om et dysfunksjonelt spenningsmønster.

Ved tidspunktet for gjennomføringen av ABI er Petter 9 år. Taarvig, Solbakken, Grova, og Monsen (2014) anbefaler derimot at barn som tar intervjuet er minst 11 år. Det kan

derfor stilles spørsmålstegn ved hvorvidt resultatene til Petter er valide. Den som gjennomfører intervjuet må selv vurdere sammenhengen mellom utviklingsnivå og hvordan svarene skåres, for å oppnå god validitet. Det kan ikke utelukkes at enkelte lave skårer forklares bedre av alder enn av psykiske vansker. I et studie av Solbakken, Hansen, Havik, og Monsen (2011) var lav bevissthet for sjalusi/misunnelse et generelt problem på tvers av grupper, og kan således knyttes til alder. Dette viser hvordan det er vanskelig å skille mellom barns generelle utvikling og hva som henger sammen med terapeutiske transaksjoner. Spesielt når barnet er under 11 år.



## Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behaviour checklist/4-18 and 1991 profile.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.  
Hentet fra <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Sussex: Harvester Press.
- Binder, P., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G., Hjeltnes, A., Stige, S. H., . . . Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3. doi:10.15714/scandpsychol.3.e8
- Brautaset, H., & Egebjerg, I. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med ungdom. I B. Svendsen, U. Tanum Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A Functionalist Perspective on the Nature of Emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 284-303. doi:10.2307/1166150
- Cathy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 23-36. doi:10.1007/s10862-009-9167-8
- Dobson, P. J. (1999). *Approaches to theory use in interpretive case studies – a critical realist perspective*. Paper presented at the the Australasian Conference on Information System, Wellington, New Zealand.
- Fridja, N. H. (2000). The psychologist's point of view. I M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Red.), *Handbook of emotions* (2 utg., s. 59-74). New York: The Guilford Press.

- Hansen, B. R. (2010). Affektive dialoger. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (1 utg., s. 116-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugvik, M., & Tanum, J. U. (2006). Betydningen av felles fokus i tidsavgrenset psykoterapi med barn: En kvalitativ studie av psykoterapi med barn som opplever vanskelige familieforhold. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(1), 19-29.
- Holmen, H. (2016). Epistemologi. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/epistemologi>
- Izard, C. E. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260-280. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x
- Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual review of psychology*, 60, 1-25. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163539
- Izard, C. E., & Ackerman, B. P. (2000). Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. I M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Red.), *Handbook of Emotions* (2 utg., s. 253-254). The Guilford Press: New York.
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og Oppmerksomhet. Grunnfenomener i terapi med barn og ungdom* (s. 25-36). Oslo: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). Innledning. I K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og Oppmerksomhet. Grunnfenomener i terapi med barn og ungdom* (s. 15-24). Oslo: Fagbokforlaget.

- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I B. Svendsen, J. U. Tanum, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 35-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kornør, H., & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn*, 2012, 1:3.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive* (3 Utg.). Los Angeles: SAGE Publications.
- McLeod, J., & Elliot, 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.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitativ data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi - Utviklingen etter Kohut* (s. 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- 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), 238-249.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen, & M. H. Rønnestad (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning - Teori, empiri og praksis* (1 utg., s. 71-90). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskift 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), Affektbevissthetsskalene for barn (ABS-B): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier. *Upublisert manual*. Universitetet i Oslo.
- Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology-Science and Practice, 10*(1), 1-28.  
doi:10.1093/clipsy.10.1.1
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(9), 1127-1128.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. New York: The Analytic Press.
- Ryum, T., & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterapiforskning. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (1 utg., s. 25-48). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(4), 444-454.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (1 utg., s. 3-22). Washington: American Psychological Association.
- Scherer, K. R. (2000). Psychological models of emotion. I J. C. Borod (Red.), *The neuropsychology of emotion* (s. 137-162). New York: Oxford University Press.
- Schwandt, T. A. (2007). Epistemology. *The SAGE dictionary of qualitative inquiry*. 3. Hentet fra <http://methods.sagepub.com/Reference/the-sage-dictionary-of-qualitative-inquiry>
- Shirk, S. R., & Russel, R. L. (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy*. New York: The Guildford Press.

- Smerud, H. S. (2012). Kasusformulering og behandlingskvalitet. I B. Svendsen, U. Tanum Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Solbakken, O. A., Hansen, R., S., Havik, O., D., & Mosen, J. T. (2011). Assessment of Affect Integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. *Journal of personality assessment*, 93(3), 257-265. doi:10.1080/00223891.2011.558874
- Solbakken, O. A., Hansen, R., S., & Mosen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy research*, 21(4), 482-496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Sroufe, A. L. (1995). *Emotional development - The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Svendsen, B., Johns, U. T., Brautaset, H., & Egebjerg, I. H. (2012). Innledning. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. H. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og ungdom* (s. 17-21). Bergen: Fagbokforlaget.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. I N. Eisenberg (Red.), *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development* (6 utg., Vol. 3). New Jersey, United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi - Barne- og ungdomsalderen* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect imagery consciousness: Vol. 2. The negative affects*. New York: Springer, Inc.
- Tomkins, S. S. (1995). Script Theory. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect - The selected writings of Silvan S Tomkins* (s. 312-388). Cambridge: Cambridge University Press.



- Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 95-131. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<95::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-6
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2014). Affect Consciousness in children with internalizing problems: Assessment of affect integration. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(4), 1-20. doi:10.1177/1359104514538434
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2016). Exploring Affect Integration in Children With Anxiety Disorders: A Pilot Study. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(4), 338-356. doi:10.1037/cns0000108
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., & Monsen, J. T. (2016). Vurdering av affektintegrasjon med affektbevissthetsintervju for barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 53(4), 282-289.
- Willis, J. W. (2007). *Foundations of Qualitative Research: Interpretive and Critical Approaches*. Hentet fra <http://methods.sagepub.com/Book/foundations-of-qualitative-research>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research - design and methods* (5 utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

## Vedlegg

### Råskårer Fra Affektbevissthetsintervjuet

---

<b>Pretest</b>	<b>AW</b>	<b>TOL</b>	<b>EM</b>	<b>CON</b>
Interesse/iver	5	6	4	1
Behag/glede	4	7	6	3
Frykt/panikk	4	7	6	3
Sinne/raseri	4	7	6	3
Skam/ydmykelse	1	1	1	1
Tristhet/fortvilelse	1	1	1	1
Misunnelse/sjalusi	2	2	2	2
Skyldfølelse/anger	4	4	1	5
Ømhet/hengivenhet	4	4	5	4

---

---

<b>Posttest</b>	<b>AW</b>	<b>TOL</b>	<b>EM</b>	<b>CON</b>
Interesse/iver	5	6	6	2
Behag/glede	6	7	6	2
Frykt/panikk	4	3	6	2
Sinne/raseri	5	5	7	2
Skam/ydmykelse	6	3	3	2
Tristhet/fortvilelse	4	2	5	2
Misunnelse/sjalusi	2	2	2	1
Skyldfølelse/anger	4	2	5	2
Ømhet/hengivenhet	5	6	7	2

---

---

<b>Oppfølging</b>	AW	TOL	EM	CON
Interesse/iver	6	5	6	6
Behag/glede	5	5	6	5
Frykt/panikk	5	6	6	5
Sinne/raseri	5	4	5	3
Skam/ydmykelse	4	3	4	1
Tristhet/fortvilelse	5	4	5	4
Misunnelse/sjalusi	3	3	1	1
Skyldfølelse/anger	5	5	5	5
Ømhet/hengivenhet	6	6	6	5

---