

Erika Sletten Hanisch

En kasusstudie av endring i affektbevissthet gjennom et terapiforløp

Sinnets kraft

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Karl Jacobsen og Tønje Grønning Andersen

Mars 2019

Erika Sletten Hanisch

En kasusstudie av endring i affektbevissthet gjennom et terapiforløp

Sinnets kraft

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Karl Jacobsen og Tonje Grønning Andersen
Mars 2019

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

Sammendrag

Denne kasestudien formål er å forstå endringer i affektbevissthet som følge av et terapiforløp, hos ei jente med internaliserende vansker. Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) ble brukt som behandlingsmetode, og besto av 14 møter inkludert fellessamtaler med foreldre. Kasuset er hentet fra et større forskningsprosjekt ved Psykologisk institutt ved NTNU. Kasuistisk metode er brukt for å gi en dybdeforståelse av dataene. Affektbevissthet er brukt for å operasjonalisere affektintegrering, og brukes for å måle endring pre- og post terapi. Resultatet fra studiet viser positiv endring i affektbevissthets-skåre på tvers av affekter, hvilket antas å være heldig for psykisk helse. Sinne er en affekt som anses å være sentral for selvhevdelse, og diskuteres nærmere enn andre affekter. Studien viser viktigheten av arbeid med grunnfunksjoner og samtidig arbeid med omsorgssystemet for å forandre transaksjonsmønstre så endring kan finne sted.

Innhold

Forord	1
Innledning	2
Forskningsspørsmål og avgrensninger	2
Teori	3
Samspill og tilknytning	3
Transaksjonsmodellen	4
Det tidlige samspillet: Affektinntoning, vitalitet og selvregulering	4
Affekter og grunnfunksjoner	5
Når samspillet feiler	6
Indre arbeidsmodeller og tilknytningsstiler	7
Videre utvikling.....	8
Internaliserende vansker og mobbing.....	8
Sinne og skam	9
Affektintegrering	11
Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi.....	12
Metode	14
Kasuistisk metode.....	14
Tilnærminger og epistemologisk forankring	15
Rigorøsitet	16
Datainnsamling.....	16
Affektbevissthetsintervjuet.....	16
Child Behavior Checklist	18
Video-observasjon.....	18
Journalnotat	19
Resultater	19
Informasjon fra henvisning og anamnese.....	19
Første individualsamtale.....	20
Behandlingsfokus	20
Følelsestimene – mellomfasen	22
Foreldrearbeid	23
Observasjon ved avslutningsfase.....	23
Siste fellessamtale	24
Affektbevissthetskårer før og etter terapiforløpet.....	25
CBCL	27
Diskusjon	27
Hvordan forstå vanskene til Signe med bakgrunn i gjennomgått teori?.....	27

Transaksjonseffekter gjennom terapi	29
Medvirkende faktor for endring	32
Konklusjon	33
Begrensninger og implikasjoner	34
Litteraturliste	36

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende. Det falt naturlig for meg å velge et tema om barn da jeg lenge har vært opptatt av å hjelpe barn og unge som strever i hverdagen. Ikke minst er det tydelig for meg at man er nødt til å involvere omgivelsene for å skape varig endring. Det har vært en verdifull erfaring å få gå i dybden av et kasus for å studere endring, og få en økt forståelse av terapiprosesser.

Hovedoppgaven er med på å markere avslutningen på et viktig kapittel i livet mitt. Jeg er veldig takknemlig for utdannelsen min, som har vært med på å forme meg og som gir meg mange muligheter i årene framover.

Takk til veiledere Karl Jacobsen og Tonje Grønning Andersen for faglige diskusjoner og veiledning underveis. Og takk til alle gode venner og familie som har heiet på meg når arbeidet har gått trått. Dere er uvurderlige!

Innledning

Signe på 13 år bor sammen med foreldrene sine og en av sine to eldre brødre. Foreldrene beskriver henne som utrygg og engstelig. Hun var ikke et planlagt barn, og moren følte seg ferdig med å få barn da hun ble gravid med Signe. De forteller at hun krever mye oppmerksomhet, og mye fysisk nærhet fra mor. Dette synes foreldrene er slitsomt. Hun kvier seg for å ta direkte kontakt med venner, er mørkeredd og vil ikke gå på butikken alene. I store deler av tiden på barneskolen har hun blitt mobbet. Hun har vært mye ensom og sjeldent truffet venner. For ett år siden byttet hun skole, og har fått det bedre, men er fremdeles redd for å bli avvist hvis hun prøver å ta kontakt med venner. Signe er nå henvist til Psykologiske poliklinikker ved NTNU med bakgrunn i internaliserende vansker.

Internaliserende vansker kan innebære et subklinisk nivå av angst og depressive plager (Zahn-Waxler, Klimes–Dougan & Slattery, 2000). Slike vansker kan ha store implikasjoner for akademisk prestasjon, øke risikoen for utvikling av atferdsvansker, og ses i sammenheng med sårbarhet for senere psykopatologi, og økt risiko for suicid (Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998). Zahn-Waxler og kolleger (2000) forsterker viktigheten av å fokusere på affekt i forbindelse med internaliserende vansker, fordi de har regulerende og adaptive funksjoner som hjelper oss å navigere i omgivelsene på en hensiktsmessig måte (Campos, Frankel & Camras, 2004), og det kan se ut til at hensiktsmessige måter å håndtere affektoplevelser på kan være en beskyttende faktor mot psykopatologi (Taarvig, Solbakken, Grova & Monsen, 2016). Grad av affektintegrering har på flere nivå blitt assosiert med indikatorer på symptomtrykk og interpersonlige problemer blant annet (Lech, Andersson & Holmqvist, 2008), samtidig som det ser ut til at god affektintegrering kan være med på å predikere god psykisk helse (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011a). Derfor er det viktig å øke kunnskapen om hvordan affektintegrering henger sammen med internaliserende vansker, og hvilke mekanismer som kan bidra til å øke evnen til affektintegrering.

Forskningsspørsmål og avgrensninger

Med utgangspunkt i kasuistisk metode, vil denne oppgaven beskrive en terapiprosess for et barn med internaliserende vansker. For å forstå endringsprosessen som Signe går gjennom i løpet av terapien vil det i oppgaven benyttes teori fra utviklingspsykologien. Utvikling er et komplekst begrep og lar seg ikke enkelt redusere til noen få teoretiske begreper. Likevel kan tilknytningsteori og et transaksjonsperspektiv på samspill,

emosjonsregulering og affektbevissthet, gi en helhetlig ramme for å forstå god utvikling og skjevutvikling. I tillegg kan det gi et bilde av hva slags intervensjoner man bør sette i gang for å skape endring. Jeg velger å gå grundig inn i teorien for å kunne diskutere kasuset i dybden, hvilket anses som en styrke i kasuistisk metode. I prosjektet hvor dataene er hentet fra er Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi brukt som behandlingsmetode. Intervensjonene i forløpet retter seg mot barnet og mot omsorgssystemet. Endring vil måles ved affektbevissthetsintervjuet for barn (ABI-B). Hensiktsmessige uttrykk av sinne er viktig for selvheldelse (Normann-Eide et al., 2013; Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011a). Hos barn med internaliserende vansker knyttes det ofte skam til denne affekten. Skam inhiberer hensiktsmessige uttrykk og dette går utover vitalitet og kan være med på å opprettholde vanskene. Internaliserende vansker kan også gjøre barn sårbare for mobbing (Egan & Perry, 1998). Derfor vil det legges et særlig fokus på sinne i denne oppgaven, og skam vil i denne forbindelse fokuseres på som en reaksjon på sinne. Forsknings spørsmålet som stilles i denne oppgaven er:

«Hvordan forstå endringer i affektbevissthet, med særlig fokus på affekten sinne, som barnet viser etter et terapiforløp?».

Teori

Samspill og tilknytning

Tilknytning defineres av Bowlby (1982) som et barns sterke disposisjon til å søke nærhet til, og kontakt med mennesket det er knyttet til, i spesielle situasjoner. Særlig når barnet er engstelig, trøtt eller sykt, viser det tilknytningsatferd. Dette er atferd som sett fra et evolusjonspsykologisk perspektiv øker sjansen for overlevelse hos dem som søker trygghet hos omsorgsgiveren (Smith, 2002). Eksempel på tilknytningsatferd kan være smil, gråt eller å fysisk oppsøke omsorgsgiveren. Barnet vil forsøke å gjøre det som er mest adaptivt i øyeblikket. Hvor stor avstand barnet tåler å ha til omsorgsgiveren sin vil variere mellom situasjoner (Smith, 2002). Bowlby (1982) fremhever at både indre og ytre tilstander kan skape stress hos barnet og utløse tilknytningsatferd.

Et grunnleggende premiss er at spedbarn ikke har medfødte evner til roe seg selv. De er født med lite evne til å regulere stress og utfordrende hendelser, og er avhengig av en omsorgsgiver for trygghet og regulering av emosjoner og atferd. Etersom barnet vokser til vil det oppdage nye måter å søke nærhet på. Et barn som kan krabbe og bevege seg rundt vil i

større grad kunne redusere den fysiske avstanden selv, i stedet for å gråte for at omsorgsgiver skal komme nærmere (Smith, 2002). Foreldrene må tilpasse seg barnets økende fysiske, kognitive og emosjonelle kapasitet. Evnen omsorgsgiveren har til å gi spedbarnet kontinuitet, stabilitet og trygghet, vil være helt sentralt for utvikling av gode selvreguleringsstrategier og vellykket utvikling. (Sameroff & Fiese, 2000).

Transaksjonsmodellen

Når en aktørs atferd fører til at en annen aktør gjør noe den ellers ikke ville gjort blir en transaksjon til. En transaksjon medfører *endring* og er mer enn bare gjensidig påvirkning. Transaksjonsmodellen kan ses på som et sett med generelle regler for hvordan individets egenskaper og konteksten rundt er med på å forme hverandre (Smith, 2018). Her legges det vekt på at barnet ikke blir passivt formet av sine omgivelser og gener, men deltar aktivt sammen med omsorgsgiveren i å regulere samspillet mellom dem (Johns & Svendsen, 2016; Smith, 2018). Dermed er det vanskelig å skille mellom arv og miljø. Dette ses på som et utviklingsprinsipp som hjelper oss å forklare normativ utvikling og skjevutvikling (Smith, 2018). Vi kan si at et barn reagerer på sine indre tilstander eller ytre impulser. Omsorgsgiveren reagerer ut ifra sine fortolkninger av barnet. Noen ganger forstår omsorgspersonen barnets behov, og i andre tilfeller ikke. Dette bidrar til organisering av barnets utvikling.

Barn er født med ulikt temperament. Noen barn er svært sensitive for miljøet rundt seg, og er derfor mer påvirkbare (Tronick, 1989). Disse barna er mer utsatt når det gjelder vanskelige oppvekstkår, men har større utviklingsmuligheter med gode miljøbetingelser. På samme måte er andre barn mindre sensitive, og mer robuste møte med omgivelsene sine. Disse vil kanskje utvikle mindre vansker i møte med dårlige miljøbetingelser, men er også mindre mottakelige for påvirkning. Temperamentet er også med på å forme foreldrestilen (Sameroff, 2009). Transaksjonsmodellen inkorporerer altså trekk og atferd hos både barnet og omsorgsgiveren og de indre arbeidsmodellene som er utviklet om seg selv, den andre og konteksten for samspillet (Sameroff, 2009). Indre arbeidsmodeller vil presenteres nærmere i et senere avsnitt.

Det tidlige samspillet: Affektinntoning, vitalitet og selvregulering

Affektinntoning er en omsorgsgivers forsøk på å dele barnets indre opplevelser (Stern, 2010). Dette gjøres ved å matche og dele dynamiske vitalitetsformer, men med ulike sansemodaliteter (Stern, 2010). Bevegelse, tid, kraft, rom og intensjon gir til sammen opphav til opplevelsen av vitalitet og kraft. Vitalitet er dynamisk og stadig skiftende. God kraft

tillegger energi, styrke og vigør til menneskelig bevegelse (Stern, 2010). Deling av hverandres vitalitetsform er kanskje den tidligste, enkleste og mest direkte veien til andres subjektive opplevelse (Stern, 2010). I samspill med andre tar vi inn deres kraft og vitalitet som skaper en synkronisering av affekter (Hansen, 2010). Med dette får barnet en opplevelse av å kunne påvirke sine omgivelser. Dette ligger til grunn for utviklingen av agens, som er viktig for selvopplevelsen (Stern, 2000). I disse møtene med deling av indre tilstand og opplevelse av agens vil det oppstå intersubjektivitet, en deling av det subjektive og nære (Johns & Svendsen, 2016).

Andre- reguleringen og den intersubjektive konteksten gjør barnet etter hvert i stand til å regulere seg selv. Selvreguleringen foregår kontinuerlig, og modulerer oppmerksomhet, atferd og emosjonelle responser på en måte som kan skape hensiktsmessige sosiale interaksjoner (Kopp, 1982, 1989; Posner & Rothbart, 2000; Thompson, 1994). Både emosjonsregulering og oppmerksomhet er viktige prosesser her (Svendsen, Johns, Brautaset & Egebjerg, 2012). En god selvregulering er sentralt for sunn sosial og emosjonell funksjon livet gjennom (Diamond & Aspinwall, 2003).

Affekter og grunnfunksjoner

Affekter, eller emosjoner, er et komplekst begrep og det finnes ikke én definisjon som det er generell enighet om (Sroufe, 1995). Begrepene brukes om hverandre i litteraturen, hvilket også vil gjenspeiles i oppgaven. Følelser vil gjenspeile den subjektive opplevelsen som oppstår ved emosjonsaktivering. Affekt er en del av affektsystemet, som anses for å være det primære motivasjonssystem ifølge Tomkins (1995 referert i Monsen og Solbakken, 2013). Campos og kolleger (2004) definerer affekter som et menneskes forsøk på etablere, opprettholde eller endre en relasjon mellom personen og dens omgivelser, og som oppstår som en følge av en hendelse av signifikant betydning for den det gjelder. De er evolusjonært forankret, og derfor iboende, de er spesifikke og innehar stor motivasjons- og informasjonsverdi. Systemet skal være raskt og gjøre det mulig for individet å ta avgjørelser hurtig og å tilpasse seg sine omgivelser. Vet man ikke hva man føler vil ikke informasjonen som følger av affektene bidra til å navigere på en hensiktsmessig måte i omgivelsene. Å ha evne til å regulere måten man uttrykker affekt på gjør det mulig å skape meningsfull sosial samhandling mellom barnet og andre (Smith, 2002).

Emosjonsregulering er en grunnfunksjon og kan defineres som hvordan den fysiologiske aktiveringen ved en emosjon blir forstått og satt i sammenheng gjennom kognitive prosesser, og ut ifra dette blir regulert i den gitte konteksten (Jakobsen, 2010;

Sameroff 2009). Oppmerksomhet er også en grunnfunksjon som er sentral for god fungering. Den er avhengig av en god emosjonsregulering for å fungere optimalt (Jacobsen, 2010). Det vil si at når det reaktive i en emosjon og kognisjon er integrert på en slik måte at kraften fra begge informasjonskildene rettes i samme retning får vi en god og rettet oppmerksomhet. Emosjonsregulering og oppmerksomhet påvirker hverandre, og begge er vesentlige for god funksjon og utvikling (Saarni, Mumme & Campos, 1998 referert i Jacobsen & Svendsen, 2010, s. 36). Ved at de bidrar til integrering av kognisjon og emosjon blir de helt sentrale for tenkning, følelser, atferd, retting av kraft og vitalitet (Campos et al., 2004). Slik kan vi se at tidlige samspillsopplevelser og arbeidsmodeller spiller inn på emosjonsregulering, kraft og vitalitet. Om integreringen av disse ikke skjer på en hensiktsmessig måte vil emosjonsregulering og oppmerksomhet bli dysfunksjonelle og over tid kan det skape symptomer (Svendsen et al., 2012; Jacobsen & Svendsen, 2010).

Når samspillet feiler

Samspill er ikke perfekte, og små justeringer og reparasjoner må til underveis. Reparasjoner kan være gode i seg selv, fordi de kan gi barnet erfaring med at interaktivt stress vil gå over. Mikroreparasjonene gjør at barnet blir sett og forstått også gjennom repareringen. Om omsorgsgiveren ikke inntoner seg til barnet eller reparerer samspillet når det trengs blir barnet alene med stressreguleringen sin. Dette anses å være uheldig for barnets psykiske helse og tilknytning (Tronick, referert i Brandtzæg et al., 2011).

Noen omsorgsgivere responderer kun med inntonning til enkelte følelser. Slik selektiv inntonning kan føre til at barnet oppfatter at ikke alle emosjonelle tilstander er lov å dele (Stern, 1985). Om en følelse ikke blir inntonet til får ikke barnet hjelp til å regulere sin indre tilstand på en måte som skaper vitalitet og positiv affekt (Brandtzæg et al., 2011). De får heller ikke hjelp til å skape mening av aktiveringen. Barn som blir mye avvist av omsorgsgiver når det uttrykker enkelte følelser, vil forsøke å finne andre strategier for å håndtere dem. Resultatet av det kan være å unngå følelsene eller å forfalske uttrykket sitt i håp om å bli møtt på en tilfredsstillende måte (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011; Hansen, 2010). Dette vil ha konsekvenser for utvikling av emosjons- og selvregulering. Hos barn hvor emosjonsreguleringen ikke er god, kan det være utfordringer med å skille emosjonell aktivering fra annen fysiologisk aktivering, og det kan oppleves som kroppslig uro. Når emosjonsuttrykket ikke blir tydelig og differensiert og rettet utover, flyttes fokuset ofte innover på den kroppslige uroen. De får heller ikke den hensiktsmessige reduksjonen i aktivering, og blir gående med en forhøyet aktivering som det er vanskelig å skape mening av.

Noen barn som blir svært tilbaketrukkne og som inhiberer affektive uttrykk kan få en hvileaktivering som er under det som er funksjonelt. De får lite variasjon i aktiveringen sin, og mangler den emosjonelle kraften og vitaliteten som skal til for å bli tydelig for seg selv og andre. Dette kan føre til nedstemthet (Jacobsen, 2010). I tråd med et transaksjonsperspektiv vil barnets selvregulerende atferd aktivt være med på å endre sine omgivelser, samtidig som det kontinuerlig påvirkes av dem. Dette kan skape sykluser av samspillsmønstre og være med på å opprettholde eller forsterke reguleringsvansker (Olson & Lunkenheimer, 2009).

Indre arbeidsmodeller og tilknytningsstiler

Ut ifra samspillet mellom barn og omsorgspersoner vil det utvikles indre arbeidsmodeller, eller representasjoner med forventninger om hvilken atferd som utløser en reaksjon hos den andre (Bowlby, 1982). Mentale representasjoner av en opplevelse, som etter gjentatte ganger vil bli generalisert og det dannes skripter. Når tilknytningsrelevante samhandlinger med omsorgsgiveren gjentas flere ganger vil de bli innlemmet i de indre arbeidsmodellene. Et skript inneholder både affektive og kognitive komponenter (Smith, 2002).

Begrepet om arbeidsmodellene flytter fokuset fra regulering av fysisk avstand til å gjelde barnets indre opplevelse av relasjonen og trygghet. En visshet om at omsorgsgiveren er tilgjengelig og responderende når barnet har behov for det skaper ønske om å opprettholde relasjonen (Smith, 2002). Hvordan viktige andre reagerer, vil påvirke barnets opplevelse av agens. Dette preger utviklingen av tilknytningsstil. I arbeidsmodellene skaper barnet seg bilde av hvem omsorgsgiveren er, og i hvilken grad den vil imøtekomme barnets behov. Vissheten om omsorgsgiveren som tilgjengelig vil påvirke opplevelsen av stress og hvordan stressreaksjonene kommer til uttrykk (Smith, 2002).

Barnet vil samtidig danne en komplementær arbeidsmodell av selvet sitt (Bowlby, 1982). Denne kan handle om i hvilken grad barnet føler seg verdsatt og velkommen. Det kan også handle om en arbeidsmodell av selvet som kompetent eller inkompetent. I praksis vil arbeidsmodellen av andre og av seg selv være avhengig av hverandre. Hva de indre arbeidsmodellene forteller oss om relasjonen til andre vil påvirke både den kognitive og den affektive fortolkningen av framtidige erfaringer og dermed våre handlinger i møte med omgivelsene våre (Smith, 2002).

Når det gjelder håndtering av stress vil strategiene variere mellom barn. De som er trygge på at de kan henvende seg til omsorgsgiveren og få støtte derfra, utvikler gjerne en trygg tilknytning. Andre barn kan være mer utrygge på at omsorgsgiveren er tilgjengelig, og

kan utvikle en unnvikende eller ambivalent tilknytningsstil. En unnvikende stil kan ses i sammenheng med omsorgsgivere som oppfattes som emosjonelt fraværende eller avvisende i møte med barnet. Ved ambivalent tilknytning kan omsorgsgiveren ofte vise lite konsistens i samspillet (Smith, 2002). Både når det gjelder unnvikende og ambivalent stil antas det at barna ikke har forutsetninger for å integrere kognisjon og affekt på samme måte som de trygge barna (Crittenden, 1995) hvilket kan gjøre emosjonsreguleringen vanskelig. Både de med unnvikende og ambivalent stil beveger seg på et kontinuum mellom å minimere eller maksimere tilknytningsatferden (Stovall-McClough & Dozier, 2016). De som har minimering som strategi beskytter seg selv ved å unngå å ha oppmerksomhet på sitt ubehag og omsorgsgiverens mangel på tilgjengelighet. Disse har ofte begrenset tilgang til egne følelser, og skaper et urealistisk bilde av omsorgsgiverens tilgjengelighet. Denne strategien er forbundet med utviklingen av eksternaliserende vansker fordi fokuset er rettet bort fra selvet. Barn som maksimerer sine uttrykk av tilknytningsbehov vil fokusere oppmerksomheten mot ubehaget de opplever. Det kan se ut til at de blir så opptatt av omsorgsgiverens tilgjengelighet at de ikke evner å gjøre en korrekt vurdering av hvor vidt trusler faktisk er reelle, og om omsorgsgiveren faktisk er tilgjengelig. Ofte kan de virke svært fokusert på om de får behovene møtt, slik at negative representasjoner av omsorgsgiveren kan bli forsterket og opprettholdt. Denne stilen kan knyttes til utviklingen av internaliserende vansker (Stovall-McClough & Dozier, 2016).

Videre utvikling

Barna tar med seg den etablerte tilknytningsstilen videre i utviklingen sin. Modning spiller en viktig rolle for å nyansere og reorganisere sin oppfatning av tilknytningsrelasjoner. Etter hvert som de vokser til vil evnen til kompleks tenkning øke i takt med hjernens utvikling. I møte med situasjoner hvor det er en uoverensstemmelse mellom affektiv og kognitiv informasjon vil de trygt tilknyttede barna som er gode på integrering, flette inn ny kunnskap og revidere arbeidsmodellene sine. Slik vil de utvide forståelsen av seg selv og omverdenen, og utvikle mer komplekse indre arbeidsmodeller. Unnvikende barn vil i større grad unngå og avfeie den affektive informasjonen de registrerer, mens ambivalente vil se på kognitiv informasjon som upålitelige. Begge parter vil streve med integrering og selvopplevelse (Crittenden, 1995).

Internaliserende vansker og mobbing

Internaliserende vansker kan sies å fokusere på emosjonelle komponenter som tristhet, skyld og bekymring, og brukes ofte som beskrivelse på subklinisk nivå av depressive eller

angstsymptomer (Graber, 2004; Zahn–Waxler et al., 2000). Det vil si at de ofte er lei seg, føler seg isolert og sinte uten at det blir oppdaget, fordi det ikke uttrykkes tydelig til andre. Å ha internaliserende vansker er en faktor som kan være med på å gjøre barn sårbare for mobbing. De kan vise tegn på tilbaketrekning, engstelse og depresjon, har ofte lavere selvspekt, og er lite tydelige og bestemte. En mulig forklaring på at disse barna er mer utsatte kan være at de sender signaler om å være lette bytter, som ikke kommer til å gjøre motstand (Egan & Perry, 1998).

Samtidig kan mobbing føre til internaliserende vansker. Å oppleve mobbing som ung kan være med på å endre tolkningen av informasjon om interpersonlige forhold. Barn kan attribuere årsaker til negative hendelser til dem selv, eller tro at årsakene gjelder for en rekke situasjoner i deres liv (Kinderman & Bentall, 1996). Mobbing over tid kan predikere angst og depresjonsutvikling (Bond et al., 2001; Hawker & Bouton, 2000; Hodges & Perry, 1999). Denne resiproke koblingen utgjør en ond spiral som er med på å opprettholde mobbingen og de emosjonelle vanskene. (Hodges & Perry, 1999).

Studien til Leary, Tambor, Terdal & Downs (1995) viste negativ sammenheng mellom sosial ekskludering og selvtillit. De fant også en resiprok sammenheng mellom selvtillit og oppfatning av avvisning. Mennesker med dårlig selvtillit kan ha en tendens til å tolke andres reaksjoner som avvisning enn mennesker med høyere selvtillit vil gjøre (Leary et al., 1995). Slik kan et barn med internaliserende vansker og dårlig selvtillit også være med på å opprettholde skjevutviklingen og kan være utsatt for mer mobbing senere.

Sinne og skam

Ortega og kolleger (2012) viser til at barns sterkeste emosjonelle reaksjon på å bli mobbet er sinne. Hva skjer om man opplever at man ikke har lov til å være sint, eller ikke vet hvordan man skal uttrykke det på en hensiktsmessig måte? Mange knytter skam til sinneuttrykk (Golden, 2003; Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall & Gramzow, 1996). Dette kan resultere i at de negative følelsene vendes inn mot selvet og forsterker de internaliserende vanskene.

Skam er en selvevaluerende emosjon, og kan defineres som «et emosjonelt aksjonsmønster som barn viser når de skjønner at de selv er ansvarlige for ikke å lykkes i å nå en moralsk standard» (Smith, 2018, s.62). Dette kan medføre omfattende negativ selvevaluering og oppleves smertefullt, hvilket fører til en impuls om å trekke seg tilbake. Om skammen dekker over sinnet, vil det hindre et hensiktsmessig uttrykk av affekten. Dette kan implisere inhibering av affekt, redusert vitalitet og kraft.

Fra et evolusjonspsykologisk perspektiv kan sinne defineres som et medfødt adaptivt emosjonelt aksjonsmønster, utviklet for å overkomme hindringer som står i veien for et mål (Smith, 2018). Det kan beskrives som en sterk, ukomfortabel emosjonell respons til en uønsket provokasjon (Thomas, referert i Thomas, 2001) og det er en emosjon vi opplever ofte i hverdagslivet (Tangney og kolleger, 1996) og som varierer i intensitet på et kontinuum fra mild irritasjon, til moderat sinne og raseri (Golden, 2003). Sinne er en altså en universell emosjon, men måten vi uttrykker den på varierer (Tangney, et al., 1996).

De som opplever mye skam i forbindelse med sinne utvikler ofte uhensiktsmessige måter å håndtere det på. En av disse kan innebære å trekke seg tilbake og undertrykke sinnet. Dette er en passiv strategi, hvor de vonde følelsene kan bli rettet innover, og kan skape grubling og fiendtlighet rettet mot seg selv. Tangney og kolleger (1996). Dette kan vi tenke oss henger sammen med utviklingen av internaliserende vansker. Golden (2003) beskriver hvordan mange av de han har jobbet med har angst og depresjon som er sterkt koblet til deres vansker med å gjenkjenne, forstå, akseptere og håndtere sinnet sitt. De har ofte utviklet frykt for både sitt eget og andres sinne. Mange blir paralyisert av skyld og skam og undertrykker sinnet sitt, i frykt for å bli avvist eller forlatt. I ungdomstiden har man et ekstra stort behov for å bli anerkjent og akseptert. Da er det lett å skjule følelser som sinne for å ikke avsløre egen sårbarhet. Ved å vise fram sinnet viser man også andre at de får påvirke oss. For noen som strever mye vil det kanskje føre til at man maskerer sinnet helt. Disse tenåringene kan bli voksne som strever med å bli klar over egne behov og ønsker. (Golden, 2003).

Tangney og kolleger (1996) argumenterer for at ved både eksternalisering og internalisering av skyld som strategi for håndtering av sinnet, kan man bli gående i en uhensiktsmessig runddans, hvor man opplever mer sinne og opplevelse av avstanden mellom «meg og dem» forsterkes. Når vi uttrykker sinne, vil avstanden i første omgang øke, fordi vi setter grenser for hvor tett innpå andre får lov til å komme. Om vi derimot reflekterer over sinnet kan vi tydeligere identifisere våre behov, motivasjon, ønsker, og forventninger. Hvis vi gjenkjenner, reflekterer over og lytter til sinnet kan vi bli klar over hva vi trenger og ønsker, og hvilke forventninger vi har til å få disse oppfylt (Golden, 2003). Med andre ord kan sinnet hjelpe oss å bli tydeligere for både oss selv og for andre når vi oppdager kraften i følelsen og hva den forteller oss om ønsker og behov. Det er kilden til det gode, selvhevdende sinnet som gir oss kraft og retning og evne til å sette grenser.

Evnen til å akseptere og uttrykke sinne uten ubehag er en sentral del av vår kapasitet til å trøste oss selv under stress. Har man en konstruktiv måte å håndtere spenningen som

følger av sinne, kan man være fleksibel i møte med nye utfordringer, både i seg selv og i møte med andre (Golden, 2003). Et barn som tolererer den emosjonelle og fysiske spenningen som vekkes av sinne, er et barn som har større forutsetning for å utvikle en indre følelse av å være god nok, kompetent og som kan oppleve å ha evne til å regulere seg selv (Golden, 2003). Gjennom dette vil barnet utvikle en økt kapasitet for å trøste seg selv og evne til å håndtere konflikt og spenning generelt (Golden, 2003). Sinnet kan bli en emosjonell ressurs som motiverer til å rette opp i det som har vært galt og gir evne til å møte motgang på en adekvat måte og å tørre å jobbe for å lykkes. «I en meningsfull relasjon vil sunn selvhevdelse reflektere et konstruktivt uttrykk av sinne» (Golden, 2003 s.6, egen oversettelse). Selvhevdelse vil fremme økt deling, intimitet og gjensidig forståelse. Dermed vil en emosjon som ofte kan oppleves som ubehagelig også kunne være med på å danne grunnlag for gode relasjoner.

Affektintegrering

Affektintegrering er kapasiteten til å dra nytte av motivasjonen og signaleffekten affekt har for å tilpasse seg omgivelsene. Med affektintegrering menes den funksjonelle og flytende integreringen av affekt, kognisjon og atferd, hvilket antas å være viktig for psykisk helse (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011a). Sentralt i forståelsen av affektintegrering står grunnfenomener som emosjonsregulering og oppmerksomhet, og i tillegg til selvorganisering og mentalisering (Solbakken et al. 2011b). Hos mennesker hvor affektintegreringen er god, vil de kunne kjenne igjen, sette ord på, vise og tåle sine følelser godt, og videre bruke dem som veivisere for å tilpasse seg omgivelsene sine. Å ha en god affektintegrering fører gjerne til at man har adaptive responser i miljøet sitt, og antas gjennom dette å være en beskyttende faktor mot psykopatologi (Solbakken, et al., 2011a; Taarvig et al., 2016).

Manglende integrering av spesifikke følelser vil kunne føre til ulike problemer for individet, fordi det påvirker evnen til å ta inn informasjon fra forskjellige sosiale situasjoner og det kan skape vansker med å nå fram til andre (Monsen & Solbakken, 2013). En lav affektbevissthet kan ses i sammenheng med en forstyrrelse av affektens adaptive funksjoner. Dette går utover evnen til å fungere godt i sosiale samspill fordi evnen til å bruke affekt som signal og meningsbærer er svekket. Man blir utydelig i egen atferd, og klarer ikke tolke andres på en korrekt måte. Konsekvensen av dette kan være å få problemer med å fleksibelt navigere i omgivelsene (Monsen & Monsen, 1999). Problemer med integrering av sinne, som henger tett sammen med selvhevdelse, vil kunne føre til lavere evne til å sette sunne grenser for seg

selv (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011a). Mangelen på grensesetting går utover den sosiale funksjonen fordi det blir vanskelig å skape gjensidige relasjoner (Monsen & Monsen, 1999). Hos mennesker hvor affektintegreringen er god, vil de kunne kjenne igjen, sette ord på, vise og tåle sine følelser godt, og videre bruke dem som veivisere for å tilpasse seg i omgivelsene sine. I praksis handler det om kapasiteten til å ta i bruk motivasjons- og signaleffekten affekt har så man evner å tilpasse seg omgivelsene på en hensiktsmessig måte.

Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi

Tidlige samspillserfaringer danner grunnlaget for hvilke relasjonsmønstre barnet utvikler, og påvirker dermed hvordan man møter andre videre i livet (Sroufe & Rutter, 1984). Fra et intersubjektivt perspektiv har skjevutvikling årsak i gjentatte mistilpasninger av transaksjoner over tid. Hvis ikke samspill eller kontekst endrer seg vil vansker opprettholdes (Johns & Svendsen, 2016).

Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) er en terapiform som fokuserer på å aktivt bruke relasjonen mellom terapeut og barn, med affektiv nonverbal dialog som et helende verktøy for å hjelpe barnet tilbake på rett utviklingsspor (Svendsen et al., 2012). Med bakgrunn i tilknytningsteori og transaksjonsperspektiv tenker man at barnet kan endre sin opplevelse av seg selv, og hvordan det blir oppfattet av andre gjennom nye relasjonelle erfaringer.

Gjensidig påvirkning anses for å være en medfødt kapasitet innen det intersubjektive perspektivet. At barnet blir født med en iboende trang til å dele opplevelser og indre tilstander med en annen ses på som sentralt for å utvikle sosial samhörighet (Bruner, 1990). Det å skape et felles engasjement og mening er selve kjernen (Hansen, 2010). Man inngår i et samspill hvor begge parter kontinuerlig påvirker hverandres atferd og autonome aktivering og hvor ønsket er å skape balanse mellom emosjoner og kognitive funksjoner. (Jacobsen & Svendsen, 2010).

Som nevnt over handler intersubjektivitet om deling av en indre tilstand - det som foregår mellom mennesker som deler et felles fokus. Det subjektive og opplevelsesnære får stå i sentrum (Hansen, 2012). Her vil de nye relasjonelle erfaringene som dannes mellom behandler og barn anses som terapeutiske i seg selv. Dette er en grunnstein i tilnærmingen.

Barns opplevelsesverden står i fokus i TIB. Når barn får komme med sine opplevelser og bli tatt imot av en affektivt inntonet voksen, kan det føre til utvidelse i opplevelsen av selvet, økt selvforståelse og en felles mening. Barn organiserer sine samspillserfaringer ut ifra dette. Identitet, mening og kontinuitet skapes ettersom barnet opplever forutsigbarhet og

sammenheng, eller brudd i kontakten med andre og opplevelsene sine (Stern 2000, referert i Svendsen et al., 2012, s. 38). Det er viktig å skape en ramme i terapien hvor barnet opplever sin deltakelse som meningsfull, og hvor det er plass til barnets følelser, tanker og opplevelser. Da kan representasjoner endres og nye konstrueres. På denne måten kan psykoterapi virke helende ved å gi barnet en utvidet forståelse av seg selv, relasjonene sin og omverdenen, og dermed også større handlingsrom.

Det er viktig å fange opp bevegelser, ansiktsuttrykk, tonefall, rytme og intensitet og tempo som varierer gjennom timen. Anledningen benyttes til å skape nye mønstre for samspill og dermed etter hvert også endre arbeidsmodellene om selvet, andre, og hvordan de vil møte oss. Ved at terapeuten kobler seg på og forstår signalene barnet sender, skapes en samstemthet, forståelse og deling av øyeblikket mellom terapeut og barn hvor barnet kan få en ny relasjonell erfaring som kan virke rekonstruerende på uhensiktsmessige arbeidsmodeller. Fokuset er «her og nå» i det terapeutiske møtet og på fenomener som gir utviklingskraft (Hansen, 2012). Gjennom fine mikroprosesser utvikles evnen til selvregulering i en intersubjektiv kontekst. Her inngår emosjonsregulering og oppmerksomhet som sentrale deler, og i en vellykket terapi vil man ha satt i gang prosesser som gjør at grunnfunksjonene blir hensiktsmessige og adaptive.

Det er tre viktige kjennetegn for metoden. Tidsavgrensning, et tydelig terapifokus og parallelt foreldrearbeid. Tidsavgrensningen er viktig for å skape en ramme for terapien og gjøre det forutsigbart for familien. Her brukes ofte en kalender som barnet får fylle ut selv etter hver time for å symbolisere hva timen er blitt brukt på. Det hjelper barnet å holde oversikt, og kan være med å lette prosessen rundt avslutning av terapien. Utviklingen av et terapifokus skjer i samarbeid med barnet og foreldrene. Det øker eierskapet til terapien når alle er med på å definere terapifokuset. Ofte brukes en metafor som barnet skal kunne kjenne seg igjen i. Det bør formuleres med ord som er naturlige for barnet. Å ha et felles terapifokus tydeliggjør den felles oppmerksomheten i terapien som er en grunnleggende form for deling. Lek brukes aktivt i terapi med barn og ses på som et mulighetsrom for utvikling av selvet og relasjoner. Parallelt med barnets individualterapi får foreldrene samtaler, gjerne med en annen behandler. Arbeid med barnets omsorgssystem er helt vesentlig for en vellykket behandling (Johns & Svendsen, 2016). Teorien indikerer altså at man må sørge for at omsorgssystemet møter barnet på en ny måte, da man tenker seg at transaksjonene må forandres for å skape endring over tid.

Biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er sammen med på å forme utvikling over tid. Et biopsykososialt perspektiv på utvikling vil sammen med en intersubjektivt innfallsvinkel gi et grunnlag for å se terapi som en utviklingsprosess. Gjennom terapien er målet å få barnet tilbake på et godt utviklingsspor. For å oppnå dette ønsker man å tilpasse forløpet etter den enkeltes behov og funksjon. Det vil si at et TIB- forløp er fleksibelt innenfor de rammene som ligger til grunn (Johns & Svendsen, 2016).

Metode

Dataene i oppgaven er hentet fra forskningsprosjektet «Psykofysiologiske mål i psykoterapi», ved Psykologiske Poliklinikker, NTNU. Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nr. 2013/953). Barn som deltok, gjennomgikk et forløp i Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB). Utvalget var barn mellom 9 – 13 år, med internaliserende vansker som henvisningsgrunn. Barnet som denne kausstudien har tatt utgangspunkt i, hadde totalt 15 møter med terapeuten. 12 var individuelle møter, og tre var fellessamtaler med foreldre og barnets og foreldrenes terapeuter. Det var en psykologstudent i slutten av studieforløpet som behandlet saken under veiledning av psykologspesialist. Det samme gjaldt foreldreterapeuten. Kasuset ble valgt ut ifra deltakeren som hadde rapportert størst positiv endring på affekten «sinne» på affektbevissthetsintervjuet for barn (ABI-B) etter terapi. Child Behavior Check List (CBCL) ble fylt ut av foreldre før og etter terapi. ABI-B ble fylt ut før, rett etter og ett år etter terapi. Videre er journalnotat tatt med i datainnsamlingen, i tillegg til video-observasjoner av foreldresamtalene og individualltimene. Undertegnede har ikke vært involvert i terapiprosessen, eller prosjektet for øvrig, da det ble gjennomført.

Kasuistisk metode

I denne hovedoppgaven er formålet å beskrive endring i en enkelt sak. Kasuistisk metode er brukt mye i klinisk praksis og behandlingsforskning (Crowe et al., 2011). Blant annet kan den brukes til å beskrive fenomener som handler om pasienters behandlingsforløp, behandleres holdninger, eller opplevelser av intervensjoner. Metoden gir noen fordeler som skiller seg fra andre. Blant annet kan denne typen studier være med på å bygge et kunnskapsgrunnlag i utviklingen av teori og praksis innen psykoterapi og rådgivning (McLeod & Elliot, 2011). En teoribasert problemstilling kan bidra til å generere kunnskap som potensielt kan overføres til mange kliniske kontekster og atferd. Blant annet kan det gi kunnskap hvordan og hvorfor intervensjoner har fungert eller ikke (Eccles, 2006 referert i

Crowe et al., 2011). Videre gjør metoden det mulig å studere dataene i dybden. Det åpner for å studere komplekse mønstre og samspillet mellom ulike faktorer og prosesser i sin naturlige kontekst, i sin samtid (McLeod & Elliot, 2011; Yin, 2014).

Det temporale elementet i kasestudier er også sentralt. Gjennom gjentatte observasjoner er denne typen studier velegnet til å studere endring over tid. Disse egenskapene gjør det mulig å fortelle en historie gjennom studien. Å skape et narrativ gjennom studien er viktig for at leseren lettere skal kunne huske historien. En rikt narrativ vil være lettere å koble til skjema man har fra før. Dette er særlig nyttig i klinisk sammenheng hvor terapeuten kan koble den nye kunnskapen med den man allerede har (McLeod & Elliot, 2011).

Tilnæringer og epistemologisk forankring

Det er mange måter å utføre en kasestudie på. Deskriptive, forklarende og utforskende kasestudier er ulike tilnæringer som belyser fenomen fra ulike perspektiver (Yin, 2014). I denne hovedoppgaven vil jeg bruke en forklarende tilnærming. Ønsket er å avdekke mønstre og sammenhenger i kaset med forankring i utviklings- og emosjonsteori. Et kasestudie vil også ha en epistemologisk forankring. Tradisjonelt sett vil *positivisme* anta at det finnes en sann virkelighet som vi kan studere (Howitt, 2013). Ekte kunnskap er basert på empiri og naturvitenskapelige metoder. Innenfor kvantitativ forskning vil man gå ut ifra at dataene gjenspeiler virkeligheten. Her tar man mindre høyde for hvordan for eksempel språket er et sosialt konstrukt og at betydningen av ord og mening er personlig og kulturelt betinget. Slik står en stram form for positivisme i sterk kontrast til *sosialkonstruktivismen* som mener at alle ser verden gjennom ulike vindu. Kunnskap skapes av mennesker i interaksjon med hverandre. Derfor vil vår kunnskap være et produkt av språket gjennom samtalen. Dermed kan det ikke finnes én reell virkelighet som er uavhengig av observatøren og det vinduet man ser gjennom når man studerer et fenomen (Howitt, 2013). *Kritisk realisme* ble utviklet som et alternativ til positivismen og sosialkonstruktivismen. (Denzin & Lincoln, 2011). Det er en posisjon som antar at det finnes en reell verden som kan forskes på, men påpeker at forskerens observasjoner aldri er fri for egne fortolkninger, og at man derfor ikke kan gjengi virkeligheten presist. Innen kritisk realisme er man opptatt av å finne den forklaringen på fenomenet man studerer som ligger nærest mulig en objektiv virkelighet gjennom arbeid med eksisterende teori (Fletcher, 2017). Denne oppgaven tar utgangspunkt i et kritisk realistisk epistemologisk rammeverk. Forskerens virkelighetsbilde vil være formet av kultur, interesser og personlig perspektiv på livet (Howitt, 2013). Dette må tas høyde for i tolkningene i

resultatene. Det vil ikke konkluderes med bastante årsakssammenhenger, det snakkes om tendenser i stedet (Danermark, Ekström, Jakobsen & Karlsson, 2002).

Rigorøsitet

Kasuistisk metode er kritisert for blant annet å mangle rigorøsitet. Det finnes flere tiltak for å motvirke dette i kasusstudier. Sentralt for metoden er å studere og beskrive kompleksiteten i et fenomen ved hjelp av flere datakilder (Baxter & Jack, 2008; McLeod & Elliot, 2011; Yin, 2014). Datatriangulering gir et solid grunnlag for analysene, og øker begrepsvaliditeten til studien (Yin, 2014). Å forankre studien i etablert teori bidrar til ekstern validitet og faglig tyngde. For å sikre reliabilitet er det viktig med en transparent beskrivelse av utførelsen av studiet. Dette gjelder for framgangsmåten i valg av kasus, datainnsamling, hvorfor den aktuelle metoden er valgt og forskerens grad av involvering i datainnsamlingen. Ved å undersøke alternative forklaringer til resultatene og være eksplisitt om hvordan man har kommet fram til slutningene som er trukket, øker troverdigheten til studien (Crowe et al., 2011).

Datainnsamling

For å få en god datatriangulering argumenterer Howitt (2013) for at det bør være forskjellige informanter til de ulike datakildene. I denne kasusstudien er dette dekket gjennom affektbevissthetsintervjuet som er utført av en uavhengig psykolog, foreldrenes rapportering av barnets vansker ved CBCL, journalnotater skrevet av behandler, og barnets egne uttalelser i terapitimene som er observert på video-opptak og fortolket av undertegnede i samråd med veileder Karl Henry Jacobsen. Det er viktig å sørge for å se på de ulike datakildene under ett, og ikke hver for seg. Slik vil vi få en helhetlig forståelse av saken. Identifiserbar informasjon om kasuset i denne studien er blitt anonymisert.

Affektbevissthetsintervjuet

Affektbevissthetsintervjuet (ABI) er operasjonaliseringen av affektbevissthetsmodellen. Taarvig, Solbakken, Grova og Monsen (2015) har aldersjustert ABI til barn (ABI-B). Det er et semistrukturert intervju som ble gjennomført med pasienten før og rett etter terapi. Innenfor modellen skilles det mellom elleve distinkte følelser; interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Monsen, Monsen, Solbakken og Hansen, 2008; Solbakken, Hansen og Monsen, 2011). Forakt og avsky ble slått sammen til en kategori i forskningsprosjektet som dataene er hentet fra i samsvar med Taarvig og kollegers studie (2015). Dette er affekter som viser seg er vanskelig for barn å forstå, og er derfor utelatt av tolkningen i denne oppgaven i samråd med veileder. Modellen er

bygget ut ifra flere teoretiske perspektiver, deriblant Tomkins affekt- og skriptteori (Tomkins, 1978, referert i Monsen og Solbakken, 2013; Monsen & Monsen, 1999). Affektene måles med grader av oppmerksomhet, toleranse, begrepsmessig ekspressivitet og emosjonell ekspressivitet.

Oppmerksomhet handler om hvordan deltakeren/pasienten blir klar over og gjenkjenner affekten og klarer å skille mellom dem (Lech et al., 2008). Hvordan pasienten lar seg påvirke av affekten, hvordan den fortolkes og håndteres faller innunder toleranse. Videre vil emosjonelt uttrykk handle om hvordan pasienten bevisst viser affekten emosjonelt gjennom ansiktsuttrykk, kroppsspråk og intonasjon på en adekvat måte for situasjonen. En høy skåre på verbal ekspressivitet vil indikere at pasienten er tydelig og differensiert i beskrivelsen av emosjonelle opplevelser (Lech et al., 2008).

En valideringsstudie av voksenversjonen viser at affektbevissthets-skårer på alle nivå var assosiert med økt symptomtrykk og interpersonlige problemer. Dette underbygger at affektintegrering er et stabilt korrelat for psykopatologi og psykologisk dysfunksjon på flere nivåer (Solbakken et al., 2011a). Toleranse var det aspektet med høyest assosiasjon til psykopatologi. Det vil si at lav toleranse for opplevelse av affekter henger sammen med dårligere psykisk helse.

Affektbevissthetsintervjuet for barn (ABI-B) viser tilfredsstillende interrater reliabilitet, og at skårer er konsekvent relatert til psykisk helse mål på angst, depresjon og sosial kompetanse (Taarvig et al., 2016?). Dette støtter funnene til Solbakken og kolleger (2011a). Det vil si at evne til å reagere adekvat på affektive endringer i kroppen ser ut til å være et viktig bidrag i utviklingen av sosial kompetanse, og muligens en beskyttende faktor mot psykopatologi hos barn. Studien viser at ABI-B ser ut til å være et nyttig mål å bruke i behandlingsplanlegging ved barn, i alle fall fra elleve år. Skalaene skåres fra 1-9, hvor 1-3 vil være lav skåre, 3-4 middels, 6-8 tilsvarer høye skårer. Skårer på 9 oppnås som regel bare av voksne. En lav til middels skåre vil kunne indikere vanskeligheter med å forstå egne reaksjoner og med å bruke den affektive informasjonen kroppen gir til å bli tydelig i uttrykkene sine. En høy skåre vil kunne indikere en velfungerende emosjonsregulering ved at barnet anerkjenner sine emosjoner og bruker informasjonen de gir på en hensiktsmessig måte. Det beregnes gjennomsnitt for hver av de fire aspektene på tvers av affekter, og for hver affekt på tvers av aspektene. I tillegg regnes det ut et totalt gjennomsnitt.

Affektintegreringsskårer har på ulike nivå blitt assosiert med indikatorer på symptomtrykk, interpersonlige problemer, alvorlighetsgrad av personlighetsproblematikk og psykosomatiske problemer. Dette er tegn på god ekstern validitet (Lech et al., 2008).

Child Behavior Checklist

CBCL brukes for å kartlegge problem- og kompetanseområder hos barn fra 1,5-18 år og fylles ut av barnets foresatte (Kornør & Jozefiak, 2012). Skjemaet som er brukt i denne saken er for jenter 6-18 år. Én del kartlegger kompetanse, med subskårer for sosial- og akademisk kompetanse og aktiviteter. Den inneholder også en total kompetanseskåre. Den andre delen kartlegger emosjonelle problemer og atferdsproblemer. Normgrunnlaget som er brukt er jenter 12-18 år.

Kartleggingsverktøyet ble utviklet av Thomas Achenbach og Leslie Rescorla. Den siste versjonen kom ut på norsk i 2002. Det har vist god begrepsvaliditet og lovende kriterievaliditet. Indre konsistens for hovedskalaene er god til svært godt. Måleegenskapene er bedre for de eldre aldersgruppene enn for de yngste (Kornør og Jozefiak, 2012).

Video-observasjon

Observasjon som datakilde har flere fordeler. Direkte observasjoner kan dekke konteksten, og reaksjonene til deltakerne i øyeblikket (Yin, 2014). Når det gjelder video-observasjoner blir fordelene flere. Man risikerer ikke å påvirke deltakeren i situasjonen på samme måte som man ville gjort i en deltakende observasjon. I tillegg kan man se på opptakene gjentatte ganger, som øker stabiliteten til datakilden. Gjennom observasjonsdata får man også informasjon om omgivelsene og konteksten som ikke lar seg gjengi i skriftlige kilder på samme måte (Yin, 2014).

Når det gjelder denne kasusstudien har konteksten relativt klare rammer. Rollene er fordelt mellom terapeut og pasient, og finner sted i det samme rommet med de samme mulighetene hver gang. Kameraene blir introdusert i starten av første møte og det kan antas at pasienten venner seg til dem og framstår naturlig i den gitte konteksten etter hvert som hun blir trygg sammen med terapeuten.

For å øke reliabiliteten til observasjonen er det vanlig å ha flere observatører (Yin, 2014). Dette gjelder særlig for studier med uerfarne forskere hvor det er anbefalt at mer erfarne forskere er med for å veilede observasjonene (Baxter & Jack, 2008). Hovedveileder Karl Henry Jacobsen har bidratt i fortolkningen av observasjonene i innledningsfasen.

Teorien som er presentert over ligger som bakteppet for observasjonene som er gjort. Initialt ble det tatt utgangspunkt i første og siste individuelltime for å studere endring. Videre

har en time midt i forløpet blitt nevnt av pasienten som en viktig time. Derfor er denne også blitt vektlagt i analysen. Det er også sett på opptak av foreldresamtaler for å få anamnestic informasjon og informasjon om tiltak rettet mot omsorgssystemet.

I samarbeid med veileder ble det valgt ut fire løst definerte kategorier for å lede an observasjonene. Disse er valgt for å beskrive kvaliteter ved samspill, og som bidrag i forståelsen av endring fra et transaksjonsperspektiv. Disse kategoriene er kun ment som hjelp til observasjonen og skal ikke begrense fleksibiliteten i undersøkelsen av endring.

Stabilitet i oppmerksomhet viser til barnets evne til å holde oppmerksomhet rundt ett eller flere tema. *Varighet på samspill* handler om tiden barnet blir i tema som tas opp. Dette kan relateres til blant annet toleranseaspektet i affektbevissthet. *Initiativ* er tredje samspillskvalitet som omhandler i hvilken grad barnet tar initiativ til samspill og om barnet tør å åpne situasjoner og tema. *Gjensidighet* sier noe om flyten, rytmen i samspillet, og overlapper til en viss grad med initiativ. Disse to siste kan vi tenke oss gir nyttig informasjon om barnet tør å ta plass i situasjonen, med sine ønsker og behov.

Journalnotat

Journalnotat som datamateriale er stabilt og lar seg lese mange ganger (Yin, 2014). Det er nyttig å følge behandlerens tanker og opplevelser av samspillet og hendelsene i terapien. Som behandler er man både deltaker og observatør i terapien, og opplever følelsene og samspillet direkte og i kontakt på en måte som ikke er tilgjengelig for en tredjeperson.

Resultater

Informasjon fra henvisning og anamnese

Signe har nettopp fylt 13 år. Hun bor sammen med foreldrene sine og en av sine to eldre brødre. Henvisningen forteller om ei jente som kvier seg for å ta kontakt med jevnaldrende og som er engstelig for å snakke høyt i timen og holde framføringer. Foreldrene beskriver ei jente som utrygg og engstelig generelt. Blant annet står det at Signe mørkredd og ikke vil gå på butikken alene. Hun har opplevd mobbing i store deler av barneskoletiden og byttet skole for ett år siden. Gjennom årene på den første skolen har hun vært mye ensom, og sjeldent truffet venner på fritiden. Hun er redd for å bli avvist og kvier seg for å gå bort til venner, særlig om de står sammen i grupper. Signe har også anstrengelsesastma som blir verre under stress, og det er uvisst om det egentlig dreier seg om angstsymptomer. Bestillingen er at Signe ønsker å bli modigere og få styrket selvtillit.

Ved behandlingsoppstart beskriver Signe og foreldrene at hun trives godt på den nye skolen og har fått venner i klassen som også bor i nærheten. Disse kommer og ringer på hos henne. Hun kan også ta kontakt med dem, men mor beskriver at dette fremdeles er vanskelig.

Mor beskriver ei jente som trenger mye oppmerksomhet og nærhet fra henne, og at det kan bli litt voldsomt i blant. Hun beskriver at hun skulle ønske datteren var modigere.

Under den første fellessamtalen blir Signe spurt om hvorfor det er vanskelig å gå bort til venner. Hun svarer: «Det er nok bare sånn». Signe beskriver selv at hun har lav selvtillit, og at det hemmer henne i hverdagen. «Man tør liksom ikke like mye som man har lyst til», sier hun lavt.

Av anamnestisk informasjon om spedbarnstiden kommer det frem at Signe ikke var planlagt, og at mor i utgangspunktet følte seg ferdig med å få barn. Om de skulle gjennomføre svangerskapet måtte far ta permisjonen. Far opplevde ingen bekymring rundt hennes utvikling den første tiden. Det fortelles videre at det er noe angstproblematikk i familien til far.

Første individualsamtale

Signe framstår som ei forsiktig jente. Hun bruker lav stemme og ser ut til å være opptatt av å imøtekomme terapeutens spørsmål og initiativ, men tar ingen selv. Signe er mye motorisk urolig. Hun flytter seg i sofaen hele tiden, beina hit og dit og hun fikler på sokkene. Samtidig har hun god utholdenhet når det kommer til varighet på samspillene. De blir lenge i hvert tema og Signe er god på å utbrodere når de snakker om ting hun liker. Hun forteller fritt og lenge om familien sin og om interessene sine blant annet. Hun kan også fortelle om hva hun synes har vært vanskelig, dog på en generell måte: «Jeg liker ikke når folk mobber». Selv om hun er flink til å fortelle, er det vanskelig for Signe å sette ord på følelsene sine. Hun sier ofte «vet ikke» eller blir stille når det blir spurt konkret om opplevelser av hendelser.

Om familien sin sier Signe at pappaen er snill, glad i fotball og humoristisk. De pleier å tulle en del sammen. Om moren sier Signe at hun er snill, kjærlig og streng, og at dette er ting Signe liker ved henne. Hun utbroderer at mammaen er rettferdig, og at hun er trygg på at moren vil henne vel. Dette sier Signe med varme i stemmen. Hun forteller også at hun ikke pleier å oppsøke mor eller far når hun er lei seg. Signe fremstår som ei snill jente, som er lett å ha med å gjøre, hun virker opptatt av å følge andres forventninger.

Behandlingsfokus

Etter tre innledende timer skal det formuleres et behandlingsfokus, hvor begge foreldrene og foreldreterapeuten også er tilstede. «Å bli kjent med de modige kreftene» blir i denne timen formulert som behandlingsfokus. Det innebærer å tørre å kjenne på følelsene

sine, forstå dem og vise dem fram. Signe sitter stort sett med bøyd hode og en forsiktig framtoning. Terapeutene spør Signe om hvordan fokuset høres ut. Hun trekker på skuldrene og skotter på begge foreldrene. Pappen smiler avventende tilbake. Signe sier ingenting. Mor spør «Var det ubehagelig? Å bli sett på nå?». Signe nikker og smiler litt til mor. Terapeuten spør foreldrene hva de tenker. Mor er kjapt på banen. Hun snakker mye og virker bastant i framtoningen, og samtalen bærer preg av å være en monolog. Hun sier hun er opptatt av at Signe skal ha med seg venninner hjem og ønsker at datteren skal bli enda modigere på å ta kontakt med venner. Signe sier hun opplever at hun allerede har kommet langt. Mor sier seg enig i at hun har blitt mer modig den siste tiden før behandlingsoppstart, og forsøker å skryte av datteren. Terapeutene spør hvordan det er å få skryt, og Signe svarer: «Rart.». Far forteller at han syns Signe i mindre grad enn før forsøker å tekkes andre, og at dette er et tegn på at det har skjedd en endring.

Mor tar stor plass i rommet og terapeutene blir litt passiviserte i det hele, stille og tilbakelente. Det virker som de forsøker å ramme inn mor og flytte fokuset tilbake til Signe selv. Foreldreterapeuten spør om Signe syns det er rart å bruke «modige krefter»? Signe nikker og sier: «Ja», med et avvæpnende smil, hun syns hun er modig nok. Mor svarer med å si: «Jeg syns det virket greit jeg! Du *sa* du hadde blitt modigere, det *sa* du til meg». Hun er bestemt og overtalende i tonen. Signe svarer med å strekke begge hendene ut, en mot far og en mot mor. Hun sier forsiktig og mumlende: «Jeg liker ikke å prate om det til *alle*». Det ser ut som hun forsøker å sette grenser for seg selv. Terapeutene melder seg på igjen og bekrefter at de ser at det var ubehagelig med så mye oppmerksomhet. Mor sier: «Men det er jo du som skal være i fokus her».

Moren forteller videre i samtalen at hun skulle ønske Signe tok mer kontakt med venner. Hun syns hun er *på vei*, og signaliserer at hun ikke er helt fornøyd. Signe sier: «Jeg er jo der». Hun virker oppgitt, og sier nå tydelig imot mor. Moren betviler dette, og de blir gående i en slags runddans med uenighet hvor Signe forsøker å stå opp mot moren uten å lykkes helt.

Terapeuten forsterker at det er greit å være uenige. Og fortsetter med å si at det ikke er sånn at man alltid skal være modig. Da setter mor seg litt tilbake i stolen og sier: «Jeg er en sånn pusher, det er min utfordring, jeg må lene meg litt tilbake». Det virker som dette har en forløsende effekt på dynamikken og det blir mer plass til alles opplevelser i slutten av timen. Terapeuten sier også at det er mange måter å jobbe med modighet, og hvordan de skal gjøre det blir opptil henne og Signe. Mor sier hun syns det er fint, og at det trenger de ikke å vite heller. Det virker som at hun tar poenget med å flytte fokuset over til Signe uten å ta så stor plass selv.

Følelestimene – mellomfasen

I timen etter bekrefter Signe at hun var uenig med moren sin, og sier at moren ikke får med seg alt Signe gjør som er modig. Både terapeuten og Signe sitter framoverlent og fokusert på hverandre. Signe sitter ganske stille og rører seg bare innimellom. Terapeuten spør hvordan det er å være uenig med moren sin? Signe sier at hun synes det er bedre å si noe enn å ikke si noe. Dette berømmer terapeuten henne for: «Du har så mange modige krefter i deg du! For det der er det ikke alle som tør!». Gjennom intonasjonen forsterker terapeuten at hun er imponert. Signe smiler og ler litt, hun virker fornøyd med denne måten å få skryt på. Terapeuten forsterker videre at det bare er Signe som kan vite hvordan det er å være henne. Signe nikker, og er enig. Terapeuten sier: «Du synes du er ganske modig på mange ting». Signe nikker igjen, kraftigere denne gangen. De snakker videre om terapifokuset, og terapeuten spør om dette er noe hun har lyst til å jobbe med, eller ikke. Signe sier ja, og at hun «vil jo bli litt modigere og få litt mer selvtillit». Dette bekrefter at hun er enig i behandlingsfokuset.

Signe forteller videre at hun føler seg bedre på mange måter. Hun trives bedre med framføring og kan glede seg litt om hun liker temaet. Hun beskriver seg som håpefull til skolen og sier at hun ikke lenger har vondt i magen. Denne timen spiller de Hei- spillet, et spill om følelser, og fortsetter videre på det terapifokuset skulle handle om.

Den neste timen nevner Signe flere ganger mot slutten av forløpet som noe viktig. Det var timen hvor de tegnet de ulike følelser og snakket om hvordan de kjennes i kroppen og gjenkjennes hos seg selv og andre. Signe forteller at hun blir betegnet som ei følsom jente, og at hun har sterke følelsesmessige reaksjoner om noen fornærmer henne. Glede, tristhet og redsel forteller hun at hun kjenner og kan kjenne igjen hos andre og kan beskrive hvordan de kjennes i kroppen. Når det gjelder sinne klarer hun ikke å beskrive hvordan det kjennes og sier at hun ikke viser det til noen. Hun sier etterpå at hun pleier å vise det, men klarer ikke å fortelle om hvordan. Hun sier at hun nesten aldri er sint, og at det i så fall ikke varer så lenge. Hun skifter raskt bort fra denne følelsen og tilbake til tristhet. Når terapeuten etter hvert leder henne tilbake til sinne beskriver Signe en hendelse. En venninne hadde tatt fra henne telefonen, og ville gå inn i skogen med den, hun visste at Signe var mørkredd. Signe tok telefonen tilbake fra venninnen. Dette fikk hun skyldfølelse for. Videre beskrev hun at hun ble redd, og at de endte med å skremme noen andre. Hun ler av dette, «Det ble så morsomt».

Timen etter skjer det noe nytt. Signe tar initiativ på en måte hun ikke har gjort før. Hun stiller terapeuten personlige spørsmål. Hun tar plass på en ny måte. Hun virker både tryggere og rettet utover i større grad enn før.

Foreldrearbeid

Det er i stor grad mor som møter til timene og er mest aktiv når begge er tilstede. Far er gjennom forløpet mer tilbaketrukket og sier lite. Begge foreldrene oppfatter Signe som oppmerksomhetskrevende. Mor synes at Signe klenger mye og at hun har et stort behov for nærhet. Hun setter seg på fanget til mor, og vil ikke gå av når mor har fått nok, og hun må dytte henne av. Dette ender at mor blir irritert og Signe oppnår ikke den nærheten som hun kanskje ønsket seg mest. Signe kan også hoppe foran tv-et når foreldrene ser på og begynne med turnøvelser for å få deres oppmerksomhet. Dette opplever foreldrene som slitsomt. Når Signe maser på at mor skal se på turningen hennes svarer hun først nei, og så sier hun ja etterpå. Det virker som hun sender blandede signaler til Signe. Dette kan underbygge at masing er løsningen, hun tar i mer for å bli hørt. Man kan se for seg at behovet hun har er at foreldrene skal glede seg over henne.

I foreldrearbeidet blir det lagt fokus på hvordan foreldrene kan møte Signe og hva oppmerksomhetsbehovet kan være uttrykk for. Det tematiseres at Signe kan ha behov for bekreftelse på det hun gjør og at denne må oppleves genuin. For at den skal oppfattes ekte foreslår foreldreterapeuten at de kommer henne i forkjøpet. Et tiltak som blir satt i gang er å sette av litt tid til å fokusere på Signe hver kveld, hvor Signe kan få lov til å vise frem det hun har øvd på i forbindelse med fritidsaktiviteter.

Foreldrene sier seg enige i terapifokuset, og at Signe har behov for å bli modigere, både på å ta kontakt med venninner og for å redusere redselen for mørket. Gjennom forløpet beskriver de at de ser en tydelig endring og særlig mor er veldig fornøyd med utviklingen til Signe. Ved slutten av terapiforløpet forteller foreldrene at Signe ikke krever like mye oppmerksomhet og nærhet lenger, og dette gjør at mor selv kan få behovet for å være nær datteren og oppsøke kontakt med henne.

Observasjon ved avslutningsfase

I den avsluttende fasen er det tydelig at Signe er trygg i rommet og på relasjonen til terapeuten. Gjennom forløpet har mye av samhandlingen foregått mye i sandkassa, men Signe har ofte ventet på terapeuten og hatt en introduksjon i sofaen først. Den siste individuelle timen går hun direkte bort i sandkassen, med jakken på, og uten å sjekke inn med terapeuten først. De bygger en by de har bygget før. Signe tar initiativ flere ganger, hun spør blant annet om hvor skiltet med 90-sona skal stå. Hun virker opptatt av at de skal bli enige, at dette er noe de gjør i fellesskap. Terapeuten er mild i stemmen, undrende. Hun fokuserer på Signe. De har et felles fokus. De snakker om hvordan forløpet har vært. Signe sier hun synes det var «fint når

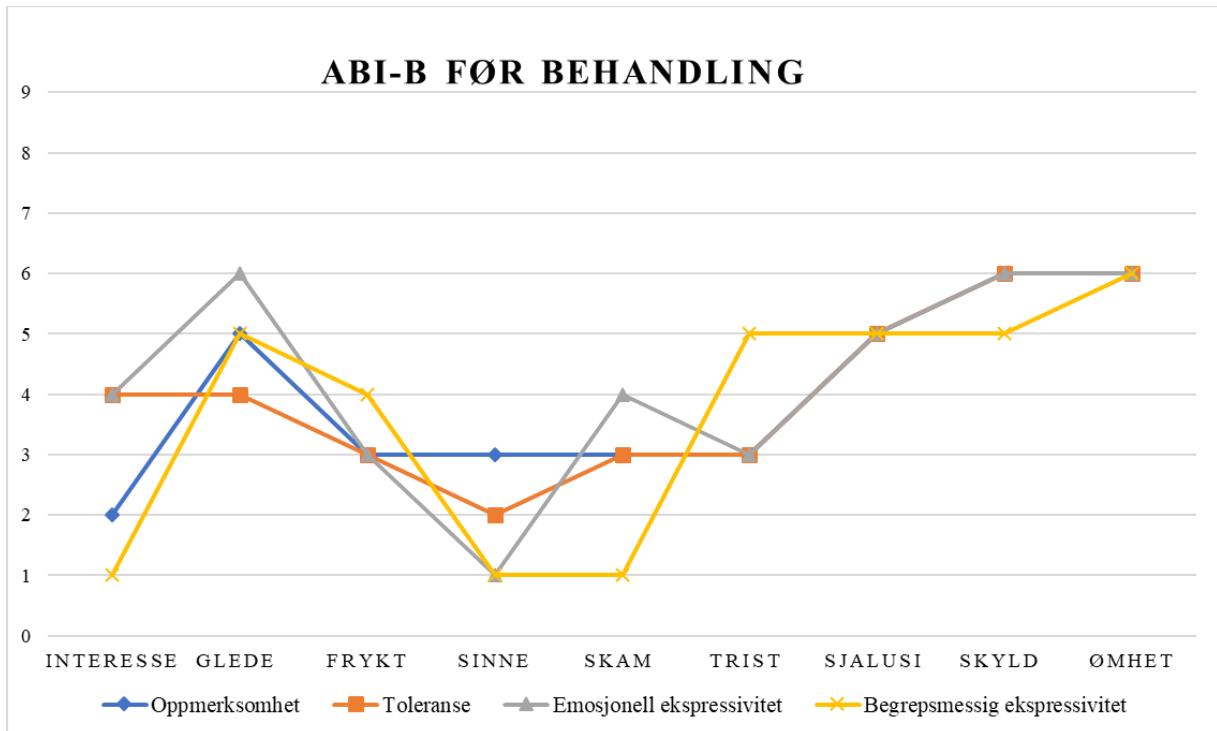
vi tegna og snakka om følelser og hvordan de kjennes og sånn». Terapeuten spør om hun kjenner dem bedre nå, og det bekrefter Signe. Hun fremstår mindre selvbevisst og mindre opptatt av å gjøre det som er korrekt og forventet av andre. I starten av forløpet er Signe mye motorisk urolig, med mye fikling med ting og forflytninger i sofaen eller rundt air hockey bordet. Den siste timen er uttrykket svært annerledes. Hun er fremdeles aktiv og bruker kroppen sin, men på en annen måte. Fiklingen er borte. Bevegelsene hennes er friere og målrettede, og uttrykket fremstår nå helhetlig og rettet og dermed kraftfullt og vitalt. Det er blitt samsvar mellom det kroppslige uttrykket og det hun snakker om. Samtidig er oppmerksomheten hennes mer skiftende. Hun kan koble av det terapeuten snakker om, og vise tydeligere hva hun selv ønsker å gjøre. På et vis kan dette fremstå som mer umodent enn tidligere, men det tolkes i denne sammenhengen som at Signe bare kan «være», uten å vurdere situasjonen så nøye. Hun følger sine ønsker og behov. Hun tar en naturlig plass i rommet og virker tilfreds. Selv sier hun at hun har det bra og at hun føler seg ferdig i terapi og så modig som hun ønsker å være. De spiller airhockey til slutt. Signe gir terapeuten beskjed om at hun må registrere målene Signe scorer. Når kampen er over strekker Signe armene i været fritt og herlig, og sier høyt: «Jeg vant!».

Siste fellessamtale

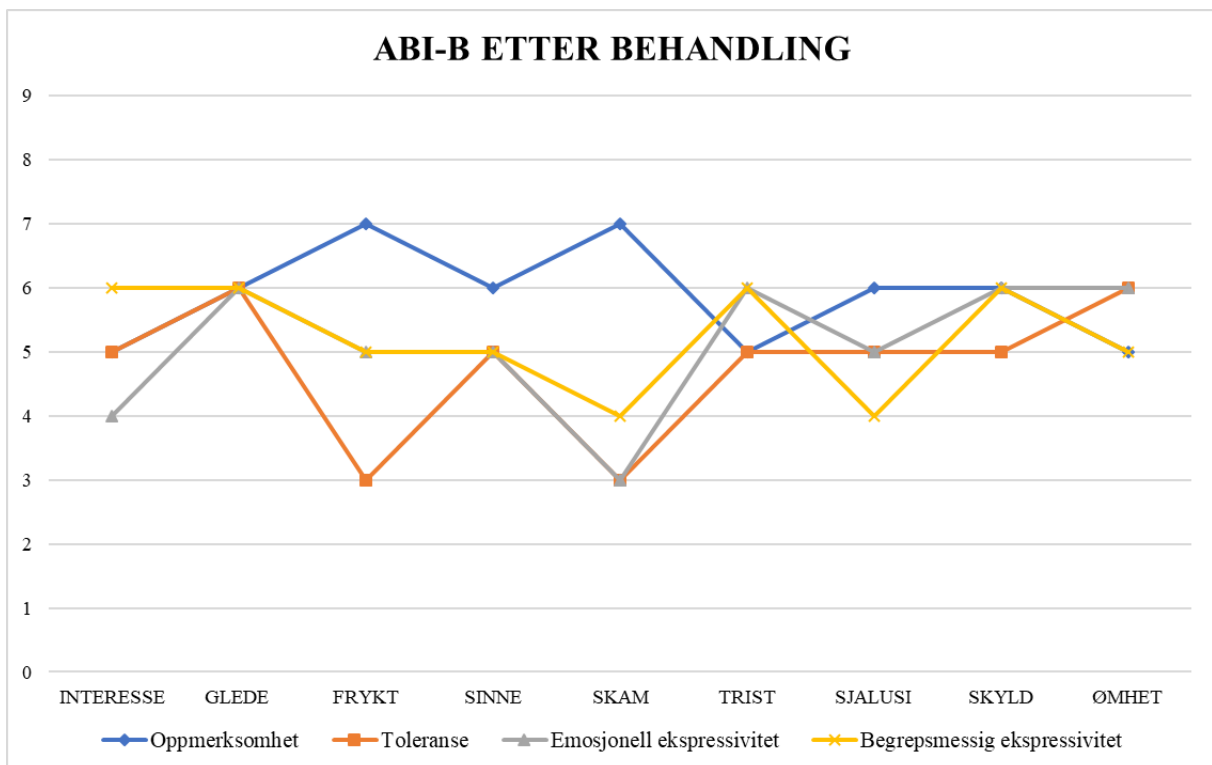
I den avsluttende fellessamtalen er det mor og Signe som møter. De sitter tett i sofaen, moren med armen rundt Signe. Signe har et åpent blikk, og holder blikkontakten med terapeuten lenge av gangen. Hun lytter aktivt mens terapeuten forteller om hva de har holdt på med. Signe lener seg godt inntil moren og legger hodet på skulderen hennes. Mor smiler et ekte og godt smil. Hun stryker på dattera og sier: «Du er et fantastisk menneske», «Jeg er stolt av deg». Signe møter blikket til moren og smiler. Terapeuten spør om det er fint å få skryt sier Signe: «Litt». Dette er en endring fra tidligere. Når moren forteller om en bytur de har hatt, hvor de så noen av venninnene til Signe opptre, bryter Signe ut: «Dere skulle hørt henne, hun er såå flink!». «Ja, hun er flink», bekrefter moren. Det er en annen dynamikk mellom dem. Det virker som de er på lag, og at samspillet virker preget av en annen nærhet enn tidligere. Mor utbroderer at Signe har begynt å bli en voksen jente. Signe trekker seg unna, lager mer distanse til moren, ser på henne og skjærer en grimase. Hun rynker brynene og sier «voksen?», tydelig uenig. Denne korrigeringen er tydeligere enn de tidligere, og ansiktsuttrykket er mer i samsvar med uenighet enn tidligere, hvor hun først og fremst har smilt når hun har korrigert moren. Moren tar seg i det, og sier «voksnere», og smiler.

Affektbevissthetskårer før og etter terapiforløpet

Figur 1 og 2 under viser Signes skårer på affektbevissthetsintervjuet i forkant av terapi og rett etter avslutning av forløpet.



Figur 1: Skårer på ABI-B rett før oppstart av terapi.

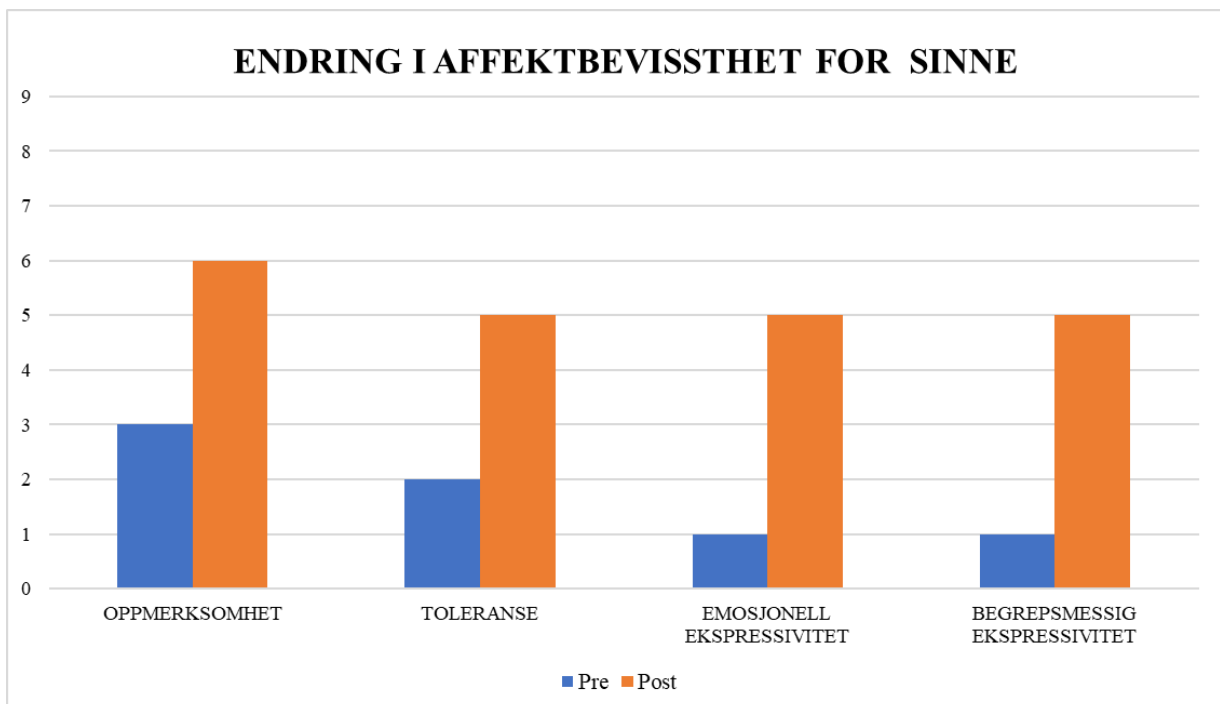


Figur 2: Skårer på ABI-B rett etter avslutning av terapiforløpet.

Før behandlingsstart ser vi stor variasjon i skårene, og gjennomsnittlig total affektbevissthetsskåre er 3.97. Signe har skårer som indikerer aldersadekvat integrering av enkelte følelser, særlig skyld og ømhet. Glede er også relativt samlet, og hun ser ut til å gjenkjenne og uttrykke denne følelsen på en god måte, på tross av en noe lav toleranse. Ellers er det større sprik mellom de ulike aspektene for hver affekt. Når det gjelder både sinne og skam har hun skårer som indikerer at hun både strever med å tåle og uttrykke dem. Særlig er den begrepsmessige ekspressiviteten svært lav for begge affekter, og det samme gjelder emosjonell ekspressivitet for sinne.

Etter terapi ser vi flere endringer. Hun har positiv endring på alle aspekter og alle affekter, og det nye gjennomsnittet er nå 5.25 for total affektbevissthetsskåre. Særlig har oppmerksomheten for frykt, sinne og skam bedret seg betraktelig. På sinne har også toleransen og begrepsmessig ekspressivitet økt med henholdsvis tre og fire poeng. Hun klarer altså i større grad å kjenne igjen disse følelsene. Det er større sprik på skårene for flere av affektene enn tidligere, dette kan fortelle noe om at en endringsprosess er i gang.

Signe ble valgt som kasus på bakgrunn av at hun var den deltakeren i studien med størst positiv endring på affekten sinne. Skårene vises i figur 3 under. Det var en av affektene som var dårligst integrert og hadde et gjennomsnitt på 1.75. Skårene ligger etter terapi på 5 for toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet, kun oppmerksomhet skiller seg ut og ligger ett poeng over med en skåre på 6. Gjennomsnittet øker til 5.25.



Figur 3: ABI-B skårer for sinne før og etter terapi.

CBCL

På kompetanse skårer begge foreldrene Signes atferd innenfor normalområdet. Dette gjelder alle de tre kompetanseområdene, sosial kompetanse, aktivitet og skoleprestasjoner. Som det gjenspeiles i henvisningen kommer vanskene mer til syne på skalaene som måler emosjonelle vansker.

Mor skårer Signe innenfor klinisk område for angst og depresjonsproblematikk (T-skåre = 76), mens far rapporterer en subklinisk skåre, (T-skåre = 67). Problematikken gjør seg særlig gjeldende på spørsmål om angst og selvvverd. Videre skårer mor henne innenfor klinisk område på somatiske plager (T-skåre = 72). Fars skåre indikerer plager, men de ligger akkurat under subklinisk område. Når det gjelder sosiale problemer, rapporterer begge foreldrene en subklinisk skåre (T-skåre = 68). På skalaen for internaliserende vansker skårer begge foreldrene henne innenfor klinisk område, hvor mors skåre tilsvarer (T-skåre = 71) og fars skåre tilsvarer (T-skåre = 64).

Etter behandling er det stor endring i rapporteringen av plager. Begge foreldrene skårer nå Signe innenfor normalområdet på alle de nevnte problemområdene. Eksempelvis har skåren på angstproblematikk og depresjon sunket til (T-skåre = 52) hos både mor og far. Internaliserings-skåren er nede på (T-skåre = 50) for mor og (T-skåre = 53) for far. Dette underbygger den betydelige endringen som ellers beskrives av foreldre, terapeut, ABI-B og observasjon av terapien.

Diskusjon

Hvordan forstå vanskene til Signe med bakgrunn i gjennomgått teori?

Affektbevissthetintervjuet virker å være et godt mål for å studere endring, da grad av affektintegrering ser ut til å være relatert til flere psykiske helse mål (Solbakken et al., 2011a; Taarvig, et al., 2015). En god affektintegrering kan bidra til å modulere affekten og skape mening av signaleffekten den gir (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011b) En generelt lav affektbevissthets-skåre vil derimot kunne indikere vansker med å bruke informasjonen affekten gir på en hensiktsmessig måte. Dette kan tyde på en dysfunksjonell emosjonsregulering og vansker med retting av oppmerksomheten, som igjen fører til problemer med vitalitet, kraft og tydelighet. Ofte kan dette handle om at man ikke har fått tilstrekkelig reguleringsstøtte fra tidlig alder av, og henge sammen med utviklingen av en noe utrygg tilknytningsstil. Dysfunksjonelle grunnfunksjoner og utrygg tilknytning kan være elementer i utviklingen av internaliserende vansker, som Signe var henvist for.

Signes tilknytningsstil er ikke kartlagt gjennom terapiforløpet og det foreligger ikke nok informasjon til å uttale seg spesifikt om den. Likevel er det flere holdepunkter for at hun kanskje hadde en noe utrygg stil, med maksimering av tilknytningsuttrykket sitt som strategi. At hun hopper foran tv-et for å vise fram turnøvelser og klenger til moren er tegn på dette. Det oppfattes som at Signe har behov for at foreldrene i større grad viser glede i samspillene med henne. Fryd og glede over barnet er med på å øke selvfølelsen til barnet, og gleden over å være sammen med omsorgsgiveren (Cooper, Hoffman og Pavel, referert i Brandtzæg et al., 2011). Far var hjemme med Signe det første leveåret. I terapitimene framstår han noe innesluttet og lite ekspressiv. Kanskje har det første leveåret vært preget av et samspillsmønster med lite matching av vitalitetsaffekter, hvilket kan ha ført til at hun i mindre grad var i stand til å regulere seg på en hensiktsmessig måte. Mor rapporterte en noe ambivalent holdning til barnet, i og med at hun ikke ønsket seg flere barn, noe som kan ha påvirket kvaliteten på tilknytningen mellom dem. Signe fortalte at hun ikke oppsøkte noen av foreldrene når hun var lei seg. Dette kan være et på tegn selektiv inntonning og på at negative affekter ikke ble inntonet til på en tilfredsstillende måte for Signe. Utrygge barn i omgivelser hvor deling av indre tilstander skjer sjeldnere, har mindre mulighet til å bli regulert på en måte som skaper vitalitet og positiv affekt, hvilket kan tenkes å være med på å skape en annen grunnstemning enn hos trygt tilknyttede barn (Brandtzæg et al., 2011).

Signes skårer på ABI-B var lave på flere affekter. Dette kan styrke hypotesen om vansker med selvregulering. Hun forteller selv at hun får sterke følelsesmessige reaksjoner om hun blir fornærma. Ifølge Taarvig og kolleger (2016) kan det å bli overveldet av følelser være et tegn på manglende affektintegrering og føre til forsøk på å inhibere uttrykket eller bruke distraksjon som strategi for å hankses med opplevelsen.

Signe hadde særlig lave skårer for sinne på tvers av aspekter. Dette stemmer overens med hennes mangel på tydelighet i uttrykket sitt. Skåren indikerer at hun til en viss grad kunne gjenkjenne affekten når den kom. I følge Taarvig og kolleger (2016) kan den lave toleranseskåren indikere at hun opplevde den som nokså uakseptabel, og vanskelig å reflektere over (Taarvig et al., 2015). Undertrykkelse av sinne ser ut til å være tett knyttet til angstproblematikk, og toleranse ser ut til å være det aspektet som var sterkest knyttet til denne typen vansker (Taarvig et al., 2015; Taarvig et al., 2016). Når sinneaktivering ikke fungerer som meningsbærer blir den vanskelig å uttrykke, hvilket man kan se for seg gjenspeiles i aspektene for verbale- og nonverbale uttrykk. Selvhevdelse kan ses på som viktig for en god sosial fungering, ved at det kan fremme økt deling, intimitet og gjensidighet i relasjoner

(Golden, 2003) og mangel på integrering av sinne kan ses i sammenheng med lav evne til å sette grenser for seg selv (Normann-Eide et al., 2013; Taarvig et al., 2016). Slik kan en lav toleranse for sinne kunne tenkes å være med på å forklare de internaliserende vanskene som kom til uttrykk og kan utgjøre en sårbarhetsfaktor for å bli utsatt for mobbing (Egan & Perry, 1998).

I situasjonen hvor venninnen tok telefonen til Signe og ville løpe av gårde med den, selv om hun visste at Signe var mørkredd, kan man se for seg at sinneaktivering ville være på sin plass. Signe så ut til å sette grener for seg selv ved å ta telefonen tilbake fra venninnen. Dette fikk hun skyldfølelse for, hvilket man kan se på som nok et eksempel på at sinne var uakseptabelt. Det er ikke så lett å vite om hun opplevde skyldfølelse eller skam. At hun undertrykker sinnet og distraherer seg bort ved å begynne å løpe kan vise tegn på en aktivering av skam da hun kjente på sinnet. I tråd med Tangney og kolleger (1996) kan de vonde følelsene da ha blitt rettet mot selvet og hemmet et hensiktsmessig uttrykk. Skårene på ABI-B viste at en svært svak integrering av skam, mens skyldfølelse var integrert i større grad. Kanskje er det lettere å sette ord på en skyldfølelse? Dette stemmer i så fall overens med de aldersadekvate skårene for emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet ved skyld.

Ved å være i kontakt med sinnet sitt blir man direkte og tydelig. Når man viser fram at man blir preget av andres handlinger kan man kanskje også bli sårbar for deres reaksjon. Man kan se for seg at det er lettere å holde seg i usynlig i bakgrunnen når man står i fare for å bli mobbet. Å sette tydelige grenser vil være å gjøre seg selv synlig. Dermed kan inhibering av tydelige affektive uttrykk ha vært en strategi Signe har forsøkt å bruke i sitt sosiale miljø.

Transaksjonseffekter gjennom terapi

Ifølge Signes skårer på CBCL så problemene hennes særlig ut til å være koblet til engstelse og selvverd. Hun framsto blyg og utydelig gjennom å virke motorisk urolig samtidig som hun holdt en lang varighet på samspillet. Det virket som hun var opptatt av å tilfredsstille terapeutens ønsker i terapien. Det virket viktig for terapeuten å styrke hennes selvagens gjennom å gi henne plass til å uttrykke seg.

Samspillet mellom Signe og foreldrene, og særlig med mor, så ut til å ha vært preget av ambivalens. Signe ønsket oppmerksomhet og nærhet, og fikk det ved at mor ga etter, men det var uten deling av vitalitetsaffekter. Hos Signe kan det se ut til å ha ført til en maksimeringsstrategi, hvor hun gjorde det hun kunne for å oppnå nærhet til mor. For at terapien skulle ha effekt var det vesentlig at omsorgssystemet også forandret seg i takt med Signes utvikling, så varig endring kunne skje.

I arbeidet med omsorgssystemet var det fokus på å sette av noe tid til Signe hver dag hvor hun kan få vise fram turnøvelser. Det var også tematisert hvordan samspillene måtte virke genuine for at Signes behov skulle bli møtt. I starten sa moren fine ting om at Signe var blitt modigere, men intonasjonen hennes tydet på at det var med et forbehold. Det var fremdeles rom for forbedring. Signes reaksjon på skrytet hun fikk da, var at det kjentes rart og noe ubehagelig. I slutten av terapien snakker moren om hvor stolt hun er av datteren, varmen i stemmen viser at det ektefølt og uten et «men». Da terapeuten spurte om det var fint å få skryt denne gangen, svarte hun «litt». Hun møtte også blikket til moren og smilte da hun sa det. Å sette av tid til datteren viste seg også å ha god effekt. Når samspillene i større grad ble preget av positiv affekt kunne det oppstå intersubjektivitet – en deling av de indre tilstandene i øyeblikket.

I timen om behandlingsfokuset sa Signe gjennomgående lite i timen, men de gangene hun ytret seg, kom mor kjapt på banen med sine egne tanker. Hun virket til tider belærende og lite undrende sammen med datteren. Dette kan man se for seg at motvirket utvikling selvagens, og kan dermed ha hatt motsatt virkning av det moren egentlig ønsket for datteren.

Terapeuten forsterket at det er greit å være uenig, og at man ikke alltid må være modig. Å kjenne at man er uenig og å si ifra om det, vil være å kjenne på den affektive aktivering som følger med sinne, og la seg påvirke av den. Det gir kraft og større evne til selvheldelse. Trolig kan disse samspillene ha vært med på å øke toleransen for sinne, og redusere skammen som fulgte med. Fokuset, «å bli kjent med de modige kreftene» innebar i seg selv en øvelse i affektintegrering. Terapeuten jobbet aktivt med å koble det å vise fram følelsene til modighet. Man kan se for seg at man ved å skape mer aksept for følelser kan redusere noe av skammen rundt sterke uttrykk av dem. Dette synes sentralt i arbeidet for å øke toleranse for de ulike affektene, og kanskje særlig sinne i dette tilfellet.

Terapeutens påpekning av at uenighet var greit endret dynamikken i rommet. Moren trakk seg mer tilbake og Signe kunne uttale seg tydeligere om sine meninger. Slik gjorde terapeuten det tydelig at hun og Signe var på lag. At terapeuten og Signe skulle finne ut hvordan de skulle jobbe sammen kan også ha vært med på å styrke Signes rolle i rommet. Dette er viktig fordi dette trolig kan ha vært med på å øke Signes opplevelse av selvagens.

Terapiforløpet har vært preget av en affektivt inntonet terapeut. Å dele Signes indre tilstand var sentralt. Det var en transaksjonsprosess mellom dem, hvor begge forsøkte å tone seg inn på den andre. Terapeuten satt fremoverlent gjennom timene. Etter hvert satt Signe også mer og mer fremoverlent de stundene de hadde sammen. Signe har vært blyg og

forsiktig, og terapeuten har delt hennes vitalitetsaffekt gjennom en mild intonasjon, og matching av tempo. Samtidig har hun hjulpet Signe til å utvide forståelsen av de affektive opplevelsene ved å benevne opplevelsen til Signe, og gi henne et språk for følelsene sine. Dette kan tenkes å bidra til økningen vi ser på aspektet begrepsmessig ekspressivitet.

Terapeuten fortsatte å styrke at det er lov, og ikke minst modig å være uenig. Kun Signe kan vite hvordan det er å være Signe. Særlig viktig virket øyeblikket da hun tonet seg inn på Signes egen opplevelse av å være modig ved å si «Du har så mange modige krefter i deg du!», og «Du synes du er modig nok». Det var noe usikkert hvor mye eierskap Signe hadde til fokuset selv. Hun opplevde at hun hadde blitt mye modigere allerede, og det kan kanskje virke som at ved å legge fokuset her, kunne Signe oppfatte det som at de voksne ikke anerkjente den utviklingen hun allerede hadde hatt. At terapeuten anerkjente Signes opplevelse framsto viktig, og så ut til å virke forløsende på Signe. Hun sa seg enig i fokuset. I samsvar med TIB var det viktig for et godt behandlingsresultat (Johns & Svendsen, 2016). Man kan kanskje si at motstanden mot fokuset som Signe viste i situasjonen, var en reaksjon på at mor var tydelig og bestemt i en sak som handlet om Signe. I og med at hun beveger seg inn i ungdomstiden er det naturlig at hun hadde behov for å motsi foreldrene sine.

Gjennom den affektive inntoning ga terapeuten større plass til Signes opplevelse og det kan ha virket styrkende på selvagensen hennes. Dannelsen av den intersubjektive delingen la grunnlaget for å utvikle en samhørighet mellom dem (Bruner, 1990). Når dette grunnleggende behovet blir møtt hos Signe får hun en ny relasjonell erfaring med å kunne ta plass og at alle hennes indre tilstander er lov å dele, og prosesser som gjør grunnfunksjonene mer adaptive kan ha blitt satt i gang. Slik blir relasjonen mellom henne og terapeuten helende og kan bidra til å restrukturerer de indre arbeidsmodellene og øke evnen til selvregulering. Dette er i tråd med Hansen (2010).

Mot slutten av terapien tar Signe en økt og mer adekvat plass i rommet. Oppmerksomheten virker rettet utover mot samspillet framfor innover mot seg selv. Hun virker friere og mindre opptatt av hvordan hun framstår. Dette stemmer godt overens med den økte affektintegreringen og skårene på CBCL som nå er i normalområdet. Hun stiller personlige spørsmål, holder blikkontakten i større grad og uttrykker i større grad hva hun ønsker å gjøre. Det er en økt dynamikk i samspillet. Dette tolkes som en økning i både initiativ og gjensidighet. I tillegg korrigerer hun moren på en mer uttrykksfull og tydelig måte. Det virker som hun har fått en økt selvagens.

Etter terapien har det skjedd en stor endring i affektbevissthet. Alle de fire aspektene er løftet for de fleste affektene og skårene viser nå en jevnere profil. En balanse mellom integreringen av positive og negative følelser er fordelaktig, da man gjennom å akseptere, forstå og uttrykke de negative følelsene kan optimalisere de positive følelsene (Tomkins, 1995). Særlig har oppmerksomheten for frykt, sinne og skam økt betraktelig. Toleransen henger noe igjen for frykt og skam. De affektene ble ikke tematisert i samme grad i terapien som grensesetting og sinne ble. Det kan være at oppmerksomheten kommer først, og at toleransen vil følge etter, om hun får erfaringer med å uttrykke dem og at de blir inntonet til på en hensiktsmessig måte. Slik er endringen i oppmerksomhet tegn på begynnende integrering.

Affektintegreringen for sinne er nå bedre enn, eller like god som for de andre affektene. Ved å gjenkjenne den affektive aktivering ved sinne, forstår man bedre egne behov og kan hente kraft i affekten. Fiklingen og den motoriske uroen er borte. Det er nå samsvar mellom motorikken og det verbale uttrykket, som gjør at hun framstår mer kraftfull og vital. Dette medfører en økt tydelighet. Hun irettesetter moren på en mer bestemt måte den siste timen av terapien, og moren tar imot uten å fortsette å snakke sin sak. Signe kan også si ifra til terapeuten hva hun ønsker at terapeuten skal gjøre, uten blyghet. I samsvar med Solbakken og kolleger (2011a) og Normann-Eide og kolleger (2013) vil dette kunne være tegn på økt selvagens og selvhevdelse. Ved å bli tryggere på at hun kan påvirke andre trenger hun ikke lenger maksimeringen som en strategi. Dette ble tydelig mot slutten av forløpet hvor mor beskriver at hun er tryggere på å ta kontakt med andre, og at hun ikke klenger seg til moren lenger. Mor kan nå få ønske om å være nær datteren, og det har oppstått en genuin gjensidighet mellom dem.

Medvirkende faktor for endring

I tillegg til terapi har det skjedd en annen stor intervensjon for at Signe skulle få det bedre. Hun byttet skole for et år siden. Mobbing kan ha store konsekvenser for psykisk helse. Mennesker har et medfødt behov for å føle tilhørighet og mangelen på mulighet til å delta i det sosiale fellesskapet kan føre til både engstelse, nedstemthet og ensomhet (Baumeister & Leary, 1995).

Både foreldrene og Signe opplever at det skjedde en endring gjennom skolebyttet. Hun ble tatt ut av miljøet som forsterket vanskene hennes. Det virker som at skolebyttet ga henne erfaring med å bli tatt godt imot. Samtidig var hun fremdeles engstelig for å ta kontakt med venner og skåret innen klinisk område for internaliserende vansker og angstproblematikk ved

behandlingsstart. Dette tyder på at hun tok med seg de indre arbeidsmodellene for relasjoner som hun hadde fra den forrige skolen.

Man kan se for seg at hun kunne endre transaksjonene gjennom å endre atferd, men man kan også se for seg at forsøk på tydelighet og grensesetting ville blitt møtt med avvisning. Å skulle endre de indre arbeidsmodellene mens hun fremdeles var i et miljø som opprettholdt vanskene hennes ville vært mye mer krevende, og man kunne risikere at vanskene forble og at hun fikk en enda mer svekket tro på egen påvirkningskraft. Et barn trenger også sosiale arenaer hvor det kan få delta på egne premisser, og for å utvikle evne til å uttrykke og forstå sin egne følelser i relasjon til andre (Svendsen et al., 2012). Dette underbygger at endring i det sosiale miljøet var nødvendig for at Signe kunne få mer fleksibilitet i sine sosiale samspill i form av blant annet økt selvagens og mindre selvbevissthet.

Med tanke på at hun fremdeles hadde en del vansker ett år etter skolebyttet var det også viktig med en terapeutisk intervensjon. Som nevnt kan internaliserende vansker være en sårbarhetsfaktor for mobbing (Egan & Perry, 1998). Gjennom dårlig selvtillit, lav selvagens og lite selvhevdelse ville hun kunne vist en atferd som til slutt endte med at hun ble utsatt for det samme igjen.

Det kan se ut til at kombinasjonen av skolebytte og terapi har vært en suksessfaktor for Signe. Hun hadde allerede fått noen gode opplevelser av å bli tatt imot. Gjennom terapien fikk hun hjelp til å restrukturere indre arbeidsmodeller av seg selv og andre, både skolekamerater og foreldre. Hun har fått økende erfaring med å bli tatt imot, at hun har agens, hvilket kan føre til økt selvtillit på sikt. De økte skårene på ABI-I indikerer at hun har en bedre integrering av sinne. Hun virker å sette grenser for seg selv på en mer effektiv måte, og har en økt vitalitet. Hennes økte tydelighet som følge av affektintegreringen kan også gjøre henne bedre i stand til å inngå i meningsfulle relasjoner, hvor sunn selvhevdelse er sentralt ifølge Golden (2003). Faren hennes bekrefter også dette ved å si at hun tekkes andre i mindre grad enn før. Det ser ut som at hun er tilstede uten å vurdere omgivelsenes forventninger til henne så nøye. Hun virker friere til å følge egne ønsker, og bare «er». Den økte affektintegreringen og hennes vitalitet tyder på en styrket selvregulering, og at hun er tilbake på et godt utviklingsspor.

Konklusjon

Denne kasusstudien har gjennom en dybdebeskrivelse av et kasus forsøkt å forstå hvordan endring i affektbevissthet kan skapes gjennom terapi. Terapien fokuserte på integrering av affekter gjennom behandlingsfokuset «å bli kjent med de modige kreftene».

Zahn-Waxler og kolleger (2000) understreket betydningen av arbeid med affekt og deres regulerende egenskaper, når internaliserende vansker var problemstillingen.

Behandlingsfokuset er også i samsvar med forskning som viser sammenheng mellom økt affektintegrering god psykisk helse (Solbakken et al., 2011a; Taarvig et al, 2016).

Resultatene fra på ABI-B indikerer at en integreringsprosess er godt i gang og skårer på CBCL underbygger at hun nå har det bedre ved de normaliserte skårene. Video-observasjon av timene støtter oppunder dette ved at Signe ser ut til å sette grenser for seg selv på en tydeligere måte og at hun virker mer vital og rettet i oppmerksomheten sin. Samlet sett kan dette tolkes som en bedring i selvregulering, som anses å være sentralt for god utvikling (Diamond & Aspinwall, 2003; Sameroff & Fiese, 2000).

Resultatene ser ut til styrke antakelsen om at TIB er en god behandlingsmetode for internaliserende vansker, hvor ett kjennetegn vil være en affektivt inntonet terapeut. Gjennom å bidra med andre-regulering kan barnets evne til selvregulering og opplevelse av agens økes. Som Johns og Svendsen (2016) påpeker var også det parallelle foreldrearbeidet vist seg å være sentralt for bedring hos dette kasuset ved å endre transaksjonsmønstre. Avslutningsvis ser det dermed ut til at tilknytning, transaksjonsperspektiver, affektbevissthet og emosjonsregulering tilbyr et nyttig teoretiske rammeverk for å forstå utvikling og skjevutvikling.

Begrensninger og implikasjoner

Kasuistisk metode har noen begrensninger. Med tanke på at det kun er ett kasus som er valgt kan resultatene ikke generaliseres. Det er også vanskelig å argumentere for kausalitet, da man ikke kan kontrollere for alle variabler som spiller inn (McLeod & Elliot, 2011). Dataene vil også være preget av forskerens egne fortolkninger, og en annen forsker ville kanskje fokusert på andre aspekter ved kasuset. For å veie opp for disse svakhetene brukes datatriangulering og forankring i etablert teori for å øke validiteten til studien. Samtidig gir kasuistisk metode et innblikk i prosesser i terapi, og som kan gi dybdeforståelse for elementer i hver enkelt sak som en kvantitativ studie ikke vil kunne gi. Derfor er kasusstudier også viktige i terapiforskning (McCloud & Elliot, 2011).

En annen begrensning ved denne oppgaven er at familien ikke har deltatt ved oppfølgingstidspunkt. Derfor er det vanskelig å si noe om hvordan langtidseffekten har vært. Likevel kan det argumenteres for at arbeidet med integrering av emosjon og kognisjon fører til bedre selvregulering, og at god affektintegrering og selvregulering kan være beskyttende faktorer for psykopatologi (Solbakken et al., 2011a; Monsen & Monsen, 1999).

En implikasjon av denne studien er betydningen av arbeid med omsorgssystemet og forhold rundt barnet. Fra et transaksjonsperspektiv vil det være svært vanskelig å opprettholde endring om ikke miljøet endrer seg samtidig. En affektivt inntonet og responsiv terapeut og vektlegges også som en særlig sentralt for at endring skal finne sted, fordi økt evne til regulering er avhengig av andre-regulering.

Litteraturliste

- Baumeister, R., Leary, M., & Steinberg, Robert J. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. DOI:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Attachment* (Vol. 1, 2. utg.) New York: Basic Books
<https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>
- Brandtzæg, I. Smith, I. & Torsteinson, S.(2011). *Mikroseparatorer. Tilknytning og behandling*. Fagbokforlaget: Bergen
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning* (Vol. 3). Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394. DOI:10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- Crittenden, P. M. (1995) Attachment and psychopathology. I: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (red.) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (s. 367-406). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 11(1), 100. DOI:10.1186/1471-2288-11-100
- Danermark, B., Ekstrom, M., Jakobsen, L. & Karlsson, J. C. (2005). *Explaining society: An introduction to critical realism in the social sciences*. London og New York: Routledge.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125-156.
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (1998). Does low self-regard invite victimization? *Developmental Psychology*, 34(2), 299-309. DOI:10.1037/0012-1649.34.2.299
- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method, *International Journal of Social Research Methodology*, 20 (2), 181-194, DOI: 10.1080/13645579.2016.1144401

- Hansen, B. R., (2010). Fra regulering til mentalisering. I V. Moe, K. Slinning og B. R. Hansen (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 116- 136). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B. (2012). *I dialog med barnet : Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hodges, E. V & Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality and Social Psychology* 76, 677–685. DOI: 10.1037//0022-3514.76.4.677
- Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative methods in psychology* (2. utg.). Haralow: Pearson Education Limited.
- Jacobsen, K. (2010) Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet i behandling av barn: grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U., & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) : Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- 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.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus : the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences* 20, 261–264. DOI:10.1016/0191-8869(95)00186-7
- Kornør, H., & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn*, 2012, 1:3.
- Liu, J., Chen, X., & Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 884-894. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 68(3), 518. DOI: 10.1037/0022-3514.68.3.518

- Lech, B., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2008). Consciousness about own and others' affects: A study of the validity of a revised version of the Affect Consciousness Interview. *Scandinavian journal of psychology*, 49(6), 515-521. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2008.00666.x
- MacKenzie, M. J., & McDonough, S. C. (2009). Transactions between perception and reality: Maternal beliefs and infant regulatory behavior. I A. Sameroff (red.) *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*, 35-54. Washington, DC: American Psychological Association. DOI:10.1037/11877-003
- 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: 10.1080/14733145.2011.548954
- Monsen, J.T. og Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. I A.E. Goldberg (red.), *Pluralism in Self Psychology: Progress in self psychology*, (s. 287–306). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier. *Upublisert manual*.
- Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50, 741-751.
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(2), 149-157. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.07.003
- Olsen & Lunkenheimer, (2009) Expanding concepts of self-regulation to social relationships. I A. Sameroff (red.) *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association. DOI: 10.1037/11877-004
- Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J. A., Genta, M. L., Brighi, A., Guarini, A., ... Tippet, N. (2012). The Emotional Impact of Bullying and Cyberbullying on Victims: A

- European Cross-National Study. *Aggressive Behavior*, 38(5), 342–356.
DOI:10.1002/ab.21440
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56-64. DOI:10.1001/archpsyc.55.1.56
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and psychopathology*, 12(3), 427-441.
DOI:10.1017/s0954579400003096
- Rosenblum, K. L., McDonough, S., Muzik, M., Miller, A., & Sameroff, A. (2002). Maternal representations of the infant: Associations with infant response to the still face. *Child development*, 73(4), 999-1015. DOI: 10.1111/1467-8624.00453
- 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
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. I J. P. Shonkoff & S. M. Meisels (red.) *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159. DOI:10.1017/cbo9780511529320.009
- Sameroff, A.(2009), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
DOI: 10.1037/11877-000
- Smith, L. (2002), *Tilknytning og barns utvikling*. Høyskoleforlaget: Kristiansand
- Smith, L. (2018) *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*. Fagbokforlaget: Bergen
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011b). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496. DOI: 10.1080/10503307.2011.583696
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E. & Monsen, J. T. (2011a). The assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 257–265. DOI:10.1080/00223891.2011.558874.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1984.tb00271.x
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books

- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press: Oxford.
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (s. 715-738). Guilford Press, New York, NY.
- Svendsen, Johns, Brautaset & Egebjerg, (2012). *Utviklingsrettet Intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Fagbokforlaget: Bergen.
- 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. 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
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 797-809.
DOI:10.1037//0022-3514.70.4.797
- Thomas, S. P. (2001). Teaching healthy anger management. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(2), 41-48. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2001.tb00617.x
- Tomkins, S. S. (1995). Script Theroy. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect - The selected writings of Silvan S Tomkins* (s. 312-388). Cambridge: Cambridge University Press.
DOI: 10.1017/cbo9780511663994.021
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5 utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Zahn–Waxler, C., Klimes–Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and psychopathology*, 12(3), 443-466. DOI: 10.1017/s0954579400003102

