

Uforståelige følelser

AFFEKTIV KOMMUNIKASJON I TERAPI MED BARN

**BIDRAG TIL FORSTÅELSE AV SYMPTOMER OG UTFORMING AV
BEHANDLING**

Marianne Pedersen

Stud. Psychol.

Hovedveileder: Birgit Svendsen

Biveileder: Jon Aarseth

HOVEDOPPGAVE

VÅR 2011

PSYKOLOGISK INSTITUTT

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	5
INNLEDNING.....	6
TEORETISK RAMMEVERK.....	9
Utvikling av emosjonell differensiering og regulering.....	12
<i>Affektiv kommunikasjon mellom barn og voksen</i>	14
<i>Betydningen av tidlig reguleringserfaring</i>	18
Psykoterapi med barn.....	20
<i>Lek som samspillsform</i>	21
<i>Det affektive samspillet mellom terapeuten og barnet</i>	22
<i>Endringsmekanismer i leketerapi med barn</i>	25
<i>Involvering av hele barnets kontekst</i>	26
METODE.....	28
Metodisk gjennomføring.....	30
KASUSPRESENTASJON.....	32
Hvem er Hanna?.....	32
De første møtene med Hanna.....	33
Komparentopplysninger – samtale med personalet i Hannas barnehage.....	34
Klinisk vurdering og tanker om videre behandling.....	35
Behandlingsforløpet.....	39
<i>Affektiv kommunikasjon i lek</i>	42
<i>Samarbeid med familie og barnehage</i>	44
Kliniske vurderinger.....	46
Avslutningstime med foreldre.....	49
Ti uker senere - fortsatt positiv utvikling.....	49
DISKUSJON.....	50
Affektiv kommunikasjon som informasjon og intervensjon.....	51
<i>Å møte, ta imot og romme, eller begrense og regulere?</i>	52
<i>Symptomlette og symptomforståelse – to sider av samme sak?</i>	56
<i>Nytte og begrensninger ved bruk av affektiv kommunikasjon som verktøy i terapi</i>	59
Å benytte seg av barnets omsorgspersoner og øvrige arenaer.....	60
KONKLUSJON.....	61
REFERANSELISTE.....	64

SAMMENDRAG

Mange barn som henvises til behandling innenfor psykiske helsevern har emosjonelle reguleringsvansker. Ny kunnskap fra utviklingspsykologisk og nevropsykologisk teori og empiri har hatt innflytelse på hva en anser som virkningsfullt i terapi med barn. Barns evne til emosjonell differensiering og regulering utvikles i transaksjonen mellom barnets disposisjoner og barnets miljø. I terapi vektlegges relasjonelle og emosjonelle erfaringer med terapeuten, hvor terapeuten forsøker å støtte opp under barnets emosjonelle utvikling og slik gjøre barnet i bedre stand til å regulere og integrere følelsesmessige opplevelser og å kunne dele disse med andre. Et tett samarbeid med barnets omsorgspersoner vektlegges. Denne oppgaven tar for seg hvordan affektiv kommunikasjon i samspillet mellom barnet og terapeuten kan bidra i forståelsen og behandlingen av det individuelle barnets vansker. Temaet belyses av et kasus bestående av et behandlingsforløp med ei fem år gammel jente som utviste symptomer på uro, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker, et behandlingsløp hvor den affektive kommunikasjonen mellom barnet og terapeuten fikk stor betydning for symptomforståelse og utformingen av behandling. En induktiv tilnærming til denne problemstillingen ble valgt for å kunne få større innsikt i hvordan affektiv kommunikasjon kan bidra til positiv endring i terapi. Implikasjoner av en slik behandlingstilnærming diskuteres. Flere studier trengs for å kunne si noe om i hvor stor grad følelsesmessig kommunikasjon er en medierende faktor for behandlingsresultat og for hvilken type problematikk et slikt fokus kan være spesielt viktig.

INNLEDNING

Hanna var fem år da hun kom til poliklinikken. Hun ble beskrevet som urolig, uoppmerksom, hyperaktiv og følelsesmessig svingende. Jeg opplevde ei jente som hadde store vansker med å regulere egen emosjonell aktivering, og de tvetydige affektive uttrykkene kunne tyde på at den emosjonelle aktiveringen heller ikke ga særlig mening for Hanna.

Den mest dominerende diagnosegruppen innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Norge er diagnoseblokken F90-98 Adferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser. I 2009 fikk 62 prosent av barna som havnet i denne gruppen diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (Helsedirektoratet, 2010). Kjernesymptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse, eller AD/HD, består av konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. Symptomene vises på tvers av situasjoner og er vanligvis tilstede før fylte fem år (ICD-10, 1999; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) vektlegger kvalitetssikring og evidensbasert behandling – ”rett tjeneste til rett bruker, til rett tid” (side 64), og sier at nasjonale veiledere og retningslinjer bør legges til grunn for utredning og behandling. Veileder for behandling av AD/HD (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005) beskriver at behandlingens hovedmål er å redusere symptomer, bedre funksjon i hverdagen og hindre eller begrense utvikling av tilleggsvansker. Tiltakene som anbefales er behandling ved hjelp av legemidler, tilrettelegging i hjem og skole eller barnehage og eventuelt behandling av komorbide tilstander. AD/HD anses som en nevrobiologisk

utviklingsforstyrrelse, og behandlingen er rettet mot symptomreduksjon, men i veilederen presiseres det at mange ulike årsaker kan føre til de samme symptomene. For å sikre adekvat behandling er god differensialdiagnostikk særdeles viktig.

Barn som av ulike årsaker har vansker med emosjonell differensiering og regulering kan fremstå som urolige, ukonsentrerte og hyperaktive (Perry, 1997). De kan ha store svingninger i affekt og være svært fysiologisk reaktive (Sroufe, 1995), og samlet oppmerksomhet utover oppmerksomhet på egen indre aktivering blir vanskelig (Jacobsen, 2010). Mangelfull emosjonell utvikling, eller skjevutvikling, kan dermed bidra til at barnet tilfredsstiller en AD/HD diagnose. Diagnosen er basert på en rekke atferdsmål, har ingen bestemt biologisk markør og sier ingenting om årsaken til symptomene (Wender, 2002).

Rask symptomlette kan være viktig om symptomtrykket er stort, men om vi utelukkende behandler med mål om symptomreduksjon, uten å forstå hva symptomene representerer, kan vi risikere å få et ytre regulert barn, uten at noe er gjort med den underliggende tilstanden (Jacobsen & Svendsen, 2010), og det er rimelig å anta at symptomer vil dukke opp igjen, kanskje på en ny måte. Eksempelvis kan et barn med emosjonelle reguleringsvansker kunne fremstå som velregulert ved å ha tilegnet seg strategier for tankemessig regulering eller unngåelse av aktivitetsøkning (Jacobsen, 2010), men når følelsesmessig aktivering unngås tillegges den ingen betydning; barnet blir utydelig for seg selv og omverden. Barnets vansker bør forstås ut i fra barnets naturlige utviklingsprosess, og behandlingen bør rettes mot nettopp det å få barnet tilbake på rett utviklingsspor, ikke kun å behandle følgetilstander av en utvikling på avveie (Jacobsen & Svendsen, 2010). Om terapi med barn skal ta utgangspunkt i barns naturlige utviklingsprosess, kreves det kunnskap om barns utvikling, og denne kunnskapen må få implikasjoner for behandling.

Vi vet at utvikling av evnen til å differensiere og regulere egne følelsesmessige opplevelser er noe som skjer i interaksjonen mellom barnets disposisjoner og det affektive samspillet med barnets omgivelser (Fonagy & Target, 2002; Mæhle, 2000; Shore, 2006; Sroufe, 1995; Stern, 2003). Vi vet også at om denne utviklingen av ulike årsaker hindres eller tar en mindre hensiktsmessig retning vil barnet kunne utvise symptomer som overaktivering (Shuder & Lyon-Ruth, 2007; Perry, 1997), oppmerksomhetsvansker (Jacobsen, 2010) og svingende affekt (Sroufe, 1995). Det blir da nærliggende og undersøke hvordan den affektive kommunikasjonen i samspillet mellom barn og terapeut kan bidra til forståelse av og utforming av behandling av denne typen problematikk. I denne oppgaven vil dette temaet belyses med en dyptgående kasantalyse av behandlingsforløpet med Hanna, ei fem år gammel jente som utviste symptomer på hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og store svingninger i affekt, symptomer som basert på atferdsmål ville ha kvalifisert for en AD/HD diagnose. Gjennom utredning og behandling ble symptomforståelse etterstrebet, og den affektive kommunikasjonen mellom Hanna og terapeuten ble en av de viktigste kanalene både for å forstå Hannas vansker og intervensjoner for å kunne støtte opp under en mer hensiktsmessig emosjonell utvikling. Ved behandlingens avslutning, og ved oppfølgingssamtale ti uker etter endt behandling, var alle symptomer redusert. Hanna tilfredsstilte ikke lenger noen AD/HD diagnose, og foreldrene rapporterte om gode samspill i møte med Hanna.

Problemstillingen er ”Hvordan kan den affektive kommunikasjonen i samspillet mellom barn og terapeut bidra til forståelse av symptomer og utforming av behandling?” Et teoretisk rammeverk av relevant utviklingspsykologisk kunnskap om barns emosjonelle utvikling vil bli gjennomgått, og noen prinsipper og

endringsmekanismer i psykoterapi med barn vil bli beskrevet. Videre vil kasuset presenteres og deretter diskuteres i lys av relevant teori.

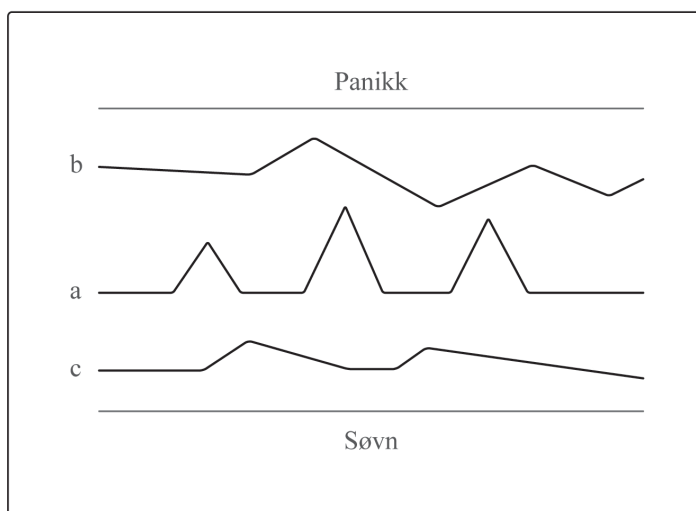
TEORETISK RAMMEVERK

Emosjoner, og evnen til å differensiere mellom ulike emosjoner, er nært knyttet til og gjensidig avhengig av evnen til emosjonell regulering (Campos, Frankel & Camras, 2004). Svendsen (2010) beskriver hvordan ”*adekvat emosjonsregulering gir grunnlag for å kjenne, akseptere, spille ut og forstå egne kroppssignaler som følelser*” (side 57), og sier videre at det å kunne dele følelsesmessige tilstander for at disse skal bli forstått er første trinn for regulering av følelser. Emosjonell regulering kan defineres som evnen til å initiere, unngå, inhibere, opprettholde og modulere tilstedeværelsen, formen, intensiteten og varigheten av indre følelsetilstander og følelsesmessig fysiologisk aktivering, og vil ha konsekvenser for oppmerksomhet, motivasjon og atferd (Eisenberg & Spinrad, 2004). Som nyfødte har vi i begrenset grad evne til emosjonell differensiering og regulering (Sroufe, 1995), dette er egenskaper som utvikles i løpet av de første leveårene i nært samspill med miljøet (Fonagy & Target, 2002; Shore, 2006; Sroufe, 1995; Stern, 2003).

Barn blir født med noe ulik grad av emosjonell reaktivitet (Gerhardt, 2004; Rothbart & Bates, 1998; Sroufe, 1985), og denne emosjonelle reaktiviteten preger hvordan barnet møter verden, og hvordan personer i barnets miljø møter barnet (Sameroff, 2009; Tronick, 1989). Et barn med et vanskelig temperament som lett overveldes av emosjonell aktivering vil kunne fremkalle andre reaksjoner hos den voksne enn et barn som tåler mer stimulering og uttrykker emosjoner med lavere intensitet. Således vil barnets medfødte disposisjoner ha stor innvirkning på barnets

videre utvikling, og den videre transaksjonen med barnets miljø vil gjøre det vanskelig å skille mellom individuelle forskjeller som er medfødte og erfaringsbaserte (Moe, 1996; Sroufe, 1995).

I denne oppgaven vil begrepene følelse, emosjoner og affekt bli brukt som synonymer, noe som er vanlig også i øvrig litteratur (se McCullough et al., 2003) til tross for noe ulike definisjoner (Kvellido, 2010), eller kanskje *på grunn av* den store variasjonen i definisjoner. Affekt kan defineres som *”a biologically endowed set of psychological, bodily/physiological, facial, and hormonal responses that motivate us or move us to act”* (McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf, & Hursley, 2003, s 18). Oppgaven vil ta utgangspunkt i Campos (1998) sin beskrivelse av emosjoner og emosjoners funksjon: Emosjoner skal 1) forsterke opplevelsen, 2) rette oppmerksomheten, 3) gjennom sympatisk aktivering rette kraft og gjøre oss tydelige, og 4) bidra til å regulere nærhet og avstand (Saarni, Mumme, & Campos, 1998). For at emosjoner skal kunne ha slike funksjoner, må de være godt differensierte og regulerte. Emosjonssystemet må også bidra til en spenning og avspenning, samt en god hvileaktivering (Jacobsen, 2010). Et barn som i samspill med mor fryder seg når mor titter frem mellom hendene hun holder foran ansiktet, vil oppleve en forhøyet aktivering og tydelig signalisere fryd og iver og søke etter å opprettholde nærheten dette samspillet skaper. For at dette skal skje, må barnet kunne oppleve aktiveringen som positiv og få regulert aktiveringen til et passende nivå slik at det ikke blir emosjonelt overveldet. Et velfungerende emosjonssystem alternerer mellom hviletilstand og høyere aktivering. Jacobsen (2010) illustrerer dette ved hjelp av det han kaller aktiveringsbånd.



Figur 1. Aktiveringsbånd i våken tilstand. Hentet fra Jacobsen (2010). Kurve a) illustrerer et sunt aktiveringsmønster, som veksler mellom aktivering og avspenning. Kurve b) viser en person som er overaktivert, ingen avspenning finner sted. Kurve c) viser en person som er underaktivert.

Når barnet er emosjonelt aktivert, vil den økte spenningen som ligger i emosjonsutløsningen benyttes før det parasympatiske systemet skaper avspenning, og barnet kan gjenfinne hvileaktiveringen (Gerhardt, 2004; Jacobsen, 2010). Barnet vil ha en spenningskurve som likner kurve a) på figur 1. Om dette systemet ikke fungerer og avspenning ikke oppnås, vil barnet kunne gå med en kontinuerlig forhøyet aktivering, og dermed få en spenningskurve som likner kurve b). Oppmerksomheten rettes da mot den kroppslige aktiveringen (Jacobsen, 2010), og det vil være vanskelig å fortolke, integrere og nyttiggjøre seg av sansestimuleringen. Den kroppslige uroen gir ingen emosjonell mening, og barnet blir utydelig for seg selv og for omverden. Enkelte barn som har vansker med å regulere seg opp, eller som har utviklet en rekke strategier for å unngå kroppslig uro forbundet med forhøyet aktivering, vil kunne ha spenningskurve lik kurve c). Ytre hendelser får liten innvirkning på barnet, og barnet mister informasjon og motivasjon til handling som følelsesreaksjonene er ment å gi.

Adekvat utvikling av emosjonell differensiering og regulering er av stor betydning for barns psykologiske fungering; Shore (2006) anser nettopp utviklingen av evnen til å oppleve, kommunisere og regulere emosjoner som barndommens viktigste begivenhet.

Utvikling av emosjonell differensiering og regulering

Fra fødselen av er følelsesmessige reaksjoner preget av globale reaksjoner til generell stimulering i øyeblikket, men i løpet av det første leveåret vil følelsesreaksjoner og følelsesopplevelser bli mer presise og oftere direkte knyttet til spesifikke, meningsfulle hendelser. Denne endringen skjer i takt med biologisk modning.

Udifferensiert hjernestammeaktivering blir mer differensiert ved at corticolimbiske forbindelser utvikles i løpet av det første leveåret, med utstrakte forbindelser mellom amygdala og korteks (Shore, 1994). Utvikling av hukommelsen gjør at minner fra tidligere opplevelser kan gi nye situasjoner et meningsfullt innhold (Sroufe, 1995).

Ved slutten av første leveår er det ikke hendelser i seg selv, men hvordan barnet tolker hendelsen, som bestemmer den emosjonelle reaksjonen. Sroufe (1995) beskriver hvordan barnets følelsesmessige opplevelse nå avhenger av opplevd aktivering og hva han kaller kontekstbasert evaluering. Kontekstbasert evaluering innebærer tidligere erfaring med likende situasjoner, samt evnen til å regulere egen aktivering og opplevd trygghet i situasjonen. Et spedbarn har få muligheter til å regulere egen aktivering, og er dermed avhengig av omsorgspersoner for reguleringshjelp. Opplevd trygghet vil kunne avhenge av om barnets omsorgsperson er tilstede, og hvorvidt barnet har tiltro til at denne kommer til unnsetning for reguleringshjelp ved behov og faktisk er i stand til å skape regulering hos barnet. En

ser at den emosjonelle opplevelsen er nært knyttet til evnen til emosjonell regulering, og at omsorgsgiveren er av avgjørende betydning for at slik regulering skal skje.

Etter hvert utvikles barnets kapasitet til egenregulering, barnet responderer på omsorgsgiveren og handler aktivt eller uttrykker seg på måter som initierer handling fra omsorgsgiveren (Campos et al., 2004; Grolnick, McMenemy, & Kurowski, 2006; Sroufe, 1995). Når den voksne er sensitiv på barnets signaler, støtter opp under barnets affektive opplevelse ved å tone seg inn og matche barnets emosjonelle uttrykk (Stern, 2003), responderer adekvat på barnets uttrykk og tillater så mye selvregulering som mulig, vil barnet tilegne seg erfaringer med egen emosjonell aktivering og oppleve å mestre egen regulering (Sroufe, 1995). Når følelser tas imot og forstås av omsorgspersonen blir følelser utholdelige, håndterlige og meningsfulle (Eide-Midsand, 2002a), og barnet blir stadig mer selvregulert. Ved fire-fem års alder tar barn stor del av ansvaret for egen emosjonell regulering (Sroufe, 1995). Selv om det fremdeles ansees som normalt å trenge voksne for reguleringshjelp i tilfeller hvor barnet eksempelvis er sliten og trøtt, forventes det at barn i større grad kan beskytte seg selv fra å bli overveldet av ytre stimulering eller egne følelser, og det forventes at barnet skal kunne ferdes i et miljø uten å trenge konstant oppmerksomhet, veiledning eller omsorg fra voksne (Sroufe, 1995).

Nevrologisk modning av områder knyttet til følelsesprosessering er en forutsetning for at den emosjonelle utviklingen skal finne sted, eksempelvis områder som anterior cingulate cortex, dorsolaterale prefrontale cortex og orbitofrontale cortex. Anterior cingulate cortex er antatt å være involvert ved oppmerksomhet på og selvregulering av følelser (Posner & Rothbart, 1998). Dorsolaterale prefrontale cortex er en forutsetning for å kunne tenke om følelser og gir med sine nære forbindelser til hippocampus mulighet til å tenke om hendelser i tid. Orbitofrontale cortex antas å

være viktig for evnen til å sette seg inn i og forstå andres emosjonelle uttrykk (Gerhardt, 2004). Dette sammenfaller med hva Fonagy og Target (2002) anser som en forutsetning for økt evne til emosjonell regulering, nemlig utviklingen av oppmerksomhet og mentaliseringsevne. Med økt evne til å fokusere og skifte av oppmerksomhet kan emosjonelle opplevelser filtreres og gjøres større eller mindre avhengig av oppmerksomhetsfokus, og med økende mulighet til å tenke om egne og andres tanker, følelser og intensjoner, vil både egne og andres emosjonelle uttrykk gis mer mening. Utviklingen av språket vil også ha stor betydning for den emosjonelle utviklingen, ved at emosjoner nå kan kommuniseres og gis mening på flere måter enn gjennom kroppsspråk (Campos et al., 2004; Gerhardt, 2004).

Genetisk programmering alene kan ikke kan skape et velfungerende nervesystem, interaktive erfaringer er nødvendig og vil ha innvirkning på hjernens videre utvikling ved å påvirke genetiske disposisjoner (Gerhardt, 2004; Hart & Kæreby, 2009; Shore, 1994; Shore & Shore, 2008). Slik vil den affektive kommunikasjonen mellom barn og voksen, i møte med barnets disposisjoner, danne grunnlaget for barnets emosjonelle utvikling (Shore, 2006). Hvordan foregår så denne emosjonelle kommunikasjonen mellom barnet og barnets omsorgsgiver, og hvordan påvirker det barnets utvikling?

Affektiv kommunikasjon mellom barn og voksen

Shore og Shore (2008) beskriver tilknytning som et bånd av emosjonell kommunikasjon mellom barnet og barnets omsorgsgiver. Barnets tilknytningsatferd er all atferd som medierer opplevelsen av trygghet og reduserer indre aktivisering hos barnet, ved å opprettholde nærhet til omsorgsgiver (Schuder & Lyon-Ruth, 2007), og i denne tilknytningsrelasjonen utvikles barns evne til emosjonell differensiering og

regulering (Sroufe, 1995; Fonagy & Target, 2002). Fonagy og Targets (2002, 2006) henviser til studier som viser at tilknytningsrelasjoner former hjernens videre utvikling og med det individets kapasitet til emosjonell regulering. De vektlegger evnen til å regulere stressreaksjoner, kapasitet til å opprettholde oppmerksomhet og kapasitet til å tyde mentale tilstander hos seg selv og andre, som avgjørende faktorer for evnen til emosjonell regulering, og alle disse utvikles i transaksjonen mellom barnets disposisjoner og interaksjonen med omsorgsgivere. Emosjonell regulering blir tilknytningens viktigste funksjon. Sammenfallende med dette har Shore og Shore (2008) introdusert hva de kaller en ”oppdatering” av Bowlbys tilknytningsteori fra 1969. Den moderne tilknytningsteorien, kalt reguleringsteori, bygger på utviklingspsykologisk og nevrobiologisk forskning og viser at den affektive tilknytningskommunikasjonen, herunder ubevisst, interaktiv regulering, fasiliterer modning av hjernesystemer involvert i affekt- og selvregulering.

Tilknytningsbåndet av emosjonell kommunikasjon dannes mellom barnet og omsorgsgiveren over det første leveåret, ved at omsorgsgiveren toner seg inn på barnets kroppsbaserte indre aktivering. Gjennom tilknytningsbåndet medieres dermed den dyadiske reguleringen av følelser, ved at omsorgsgiveren bistår i regulering av barnets aktivering, og dermed nervesystemets utvikling (Shore & Shore, 2008).

For at omsorgsgiveren skal kunne bistå i regulering av barnets aktivering, må han eller hun kunne oppfatte barnets non-verbale uttrykk, og for at dyadisk regulering skal kunne skje, må barnet også kunne fange opp affektiv informasjon fra omsorgsgiveren. Nevropsykologisk forskning viser at den menneskelige hjerne er tilpasset akkurat dette i stor grad allerede fra spedbarnsalder av (Saarni et al., 1998; Tronick, 1998). Spesifikke hjerneområder aktiveres selektivt for å fange opp emosjonelle signaler hos andre mennesker, både ved å avlese affekt i en annens

stemme (Belin, Zatorre, & Ahad, 2002) og avlese affekt i en annens ansiktsuttrykk (Nakamura et al., 1999). Studier har også vist at store deler av det samme nevralt nettverket som aktiveres når vi selv opplever en emosjon aktiveres når vi observerer en annen person uttrykke den samme emosjonen (Gallese, 2003; Jackson, Brunet, Metzoff, & Decety, 2006). Dette gir oss en automatisk, implisitt opplevelse av hvordan den andre har det, en slags "limbisk resonans" (Hart & Kæreby, 2009), uten å eksplisitt måtte vurdere eller kognitivt forstå det vi ser (Gallese, 2003). Kun deler av det samme nettverket aktiveres, og slik kan vi dele en opplevelse med en annen, og likevel klare å skille egne følelser fra andres (Jackson et al., 2006).

Mennesker søker affektiv synkronisering med andre mennesker (Hart & Kæreby, 2009; Shore, 2006; Tronick, 1998), og dette forutsetter muligheten til å kunne dele og være sammen i en emosjonell tilstand, og å kunne påvirke hverandres subjektive opplevelse, hva Stern (2003) kaller "intersubjektiv relatering". Til tross for begrensede evner til emosjonell differensiering og egenregulering, evner spedbarn å avlese og nyttiggjøre seg av omsorgspersonens affektive uttrykk (Saarni et al., 1998; Tronick, 1998). Omsorgspersonen kan regulere barnet ved å modulere sin egen affektive tilstand (Shore, 2006), og slik får barnet en utvidet reguleringskapasitet (Tronick, 1998). Barnet er også selv en aktiv deltaker i den affektive kommunikasjonen; barnet og omsorgspersonen inngår i en interaksjon av gjensidig affektiv regulering (Tronick, 1989, 1998). Tronicks "still-face" eksperiment (1989) illustrerer dette: Om omsorgspersoner instrueres til å interagere med barnet sitt med et helt uttrykksløst, nøytralt ansikt, blir barnet raskt urolig, og intensiverer først sine affektive uttrykk i et forsøk på å engasjere omsorgsgiveren, for så etter en kort stund gi opp, trekke seg unna interaksjonen, og selv blir uttrykksløs, noe som vedvarer også noen minutter etter at omsorgspersonen har gjenopptatt normal interaksjon.

Dette finner sted allerede fra barnet er tre måneder gammel, og vi ser at barnet selv er en aktiv deltaker i den affektive kommunikasjonen. Barnet søker intersubjektivitet og synkronisert samspill, og brudd på intersubjektivitet skaper ubehag og emosjonell aktivering hos barnet. Tronick (1989, 1998) understreker at normale samspill inneholder mange ”interaktive feil” og usynkroniserte samspill, men når disse feilene oppdages og repareres ved at omsorgspersonen plukker opp barnets signaler på ubehag, får barnet erfaring med at emosjonelt ubehag går over, og at det selv har innvirkning på egen emosjonell tilstand. En viss selektiv intersubjektiv mottakelighet hos omsorgspersoner vil også kunne være vanlig, avhengig av hva slags forhold de selv har til sine egne emosjonelle opplevelser, og omsorgspersonens selektive intersubjektive mottakelighet legger føringer for hva slags opplevelser barnet faktisk får (Stern, 2003; Tronick, 1998). Om et barn uttrykker frustrasjon og tristhet over å ikke mestre noe, og omsorgspersonene møter situasjonen og barnets uttrykk med iver og nysgjerrighet i stemmen, vil den emosjonelle opplevelsen til barnet kunne endres og en helt annen affektiv tilstand skapes. Barn søker intersubjektivitet, og foreldrenes selektive inntonning vil derfor være avgjørende for hva slags affekter barnet opplever og uttrykker. Følelser som ikke kan deles blir mindre tilgjengelige for barnet, holdes private, eller kan fortrenses helt fra bevisstheten (Stern, 2003).

Fra å ha stor aksept for barnets mange følelsesuttrykk det første leveåret, begynner omsorgsgivere etter hvert å møte barnets affekt og atferd med ulik respons, og grad av instruksjoner og forbud øker (Gerhardt, 2004; Sroufe, 1995). Gjennom denne sosialiseringprosessen lærer barnet hva som er akseptabel atferd og akseptabel uttrykkelse av affekt, og dette har stor betydning for barnets forutsetninger for å inngå i relasjon til andre. Hvordan omsorgspersoner møter barnets atferd og affektive uttrykk vil også påvirke hva slags forhold barnet får til seg selv og egne emosjonelle

opplevelser. Om omsorgsgiveren viser toleranse og aksept for negativ affekt, vil barnet oppleve at følelsene kan håndteres og at også de vanskelige følelsene har sin verdi (Malatesta-Magani, 1991). Moe (1996) bemerker viktigheten av å ikke forlate barnet når det opplever vanskelige følelser, men forbli emosjonelt tilgjengelig og kommunisere at også slike følelser kan deles. Om omsorgsgiveren slår ned på, avviser eller reagerer med sterk negativ affekt på barnets emosjonelle uttrykk, vil følelsesopplevelsen i seg selv kunne vekke skam og uro hos barnet (Gerhardt, 2004; McCullough et al., 2003) og gi en opplevelse av at det er følelsen, ikke atferden, som bør inhiberes (Malatesta-Magani, 1991). Ved å inhibere affekt vil barnet kunne regulere den voksne ved å skjerme den voksne fra sine følelser. Ofte vil disse barna kunne virke rolige og ubemerkede fordi de lærer seg å inhibere det emosjonelle uttrykket, men når den autonome aktiveringen måles (e.g. hjerterytme) viser det seg at denne inhiberingen vanskeliggjør emosjonell regulering, og at den indre aktiveringen forblir skyhøy (Gerhardt, 2004). Et annet mulig utfall av mangel på aksept og toleranse for følelsesuttrykk kan være at barnet hele tiden søker etter denne aksepten, ved å være sint, opposisjonell og provoserende, og slik stadig prøve ut sine affektive uttrykk på nye omgivelser (Eide-Midtsand, 2002a).

Menneskets søken etter affektiv deling og synkronisering ser ut til å være en drivkraft ikke bare i kommunikasjonen mellom barn og voksen; emosjonell avstemning foregår som en ubevisst reguleringsprosess mennesker imellom hele livet igjennom (Hart & Kæreby, 2009).

Betydningen av tidlig reguleringserfaring

Som beskrevet over utvikles barn emosjonssystem i transaksjonen mellom barnets disposisjoner og samspillet med omsorgsgivere. Modningen av barnets nervesystem

medieres gjennom den dyadiske regulering av affektiv aktivering, og under gode miljøbetingelser vil barnet som følge av den nevrofysiologiske utviklingen bli stadig mer selvregulert (Shore & Shore, 2008) og reguleringsprosessen mer internalisert (Eide-Midtsand, 2002a). Forskning på betydningen av tidlig tilknytning for barns utvikling (se Fonagy & Target, 2002; Shore & Shore, 2008) har i de senere år fremhevet nettopp emosjonsregulering som tilknytningens hovedfunksjon og medierende faktor for senere emosjonell og relasjonell tilpasning. Fonagy og Target (2002) reformulerer med dette tilknytningsteorien noe; de hevder at tilknytningserfaringer påvirker barnets fremtidige relasjoner gjennom å påvirke barnets reguleringskapasitet, ikke gjennom dannelse av ”relasjonelle skript” eller indre representasjoner av selvet og selvet i relasjon til andre.

Studier viser at barn som opplever å mestre regulering i samspill med omsorgsgiveren senere i større grad viser effektiv emosjonell regulering også utenfor denne relasjonen (Gerhard, 2004; Sroufe, 1995). Om barnet får gjentatt erfaring med økt affektiv aktivering og påfølgende modulering vil hjernen bli bedre tilpasset til å dempe høy aktivering også i fremtiden (Fonagy & Target, 2002; Sroufe, 1995). Et barn som forventer at omsorgsgiveren vil komme til unnsetning ved behov, og har erfaringer med at sterk emosjonell aktivering går over, vil ha høyere toleranse for og dermed få mer erfaring med egen emosjonell aktivering (Sroufe, 1995). Om affektive uttrykk tas imot og gis mening vil aktiveringen bli mer forståelig og lettere å regulere for barnet (Eide-Midtsand, 2002a). Dette støtter barnets emosjonelle differensiering, og gjør med det barnet tydeligere for seg selv og for omverdenen. Om tidlig opplevd høyt stressnivå ikke blir regulert, vil dette kunne resultere i et høyt utslipp av steroider som cortisol og direkte påvirke genuttrykk og videre utvikling av det nevroendokrine stressresponssystem. Dette kan gjøre at barnet får et mer sensitivt stresssystem og blir

mer emosjonelt reaktiv (Coplan et al., 1996; Fonagy & Target, 2002; Gerhardt, 2004; Shuder & Lyons-Ruth, 2007). Et barn som i liten eller varierende grad blir respondert på og får bistand til emosjonell regulering, vil derfor kunne ha sterke affektive uttrykk (Saarni et al., 1998). Med liten toleranse for egne følelser vil barnet ha få muligheter til å gradere og bringe følelser under kontroll. Følelser blir truende når de ikke kan reguleres, og små skuffelser kan bli til eskalerende raseri (Eide-Midsand, 2002a). Økt affektiv intensitet kan også være et forsøk på å optimalisere respons fra omsorgspersonen, men med lite erfaring med og toleranse for egen emosjonell aktivering vil de affektive uttrykkene kunne være diffuse og utydelige både for barnet selv og barnets omsorgsgivere. Ved stadig overveldelse av affekt på grunn av høy aktivering som ikke reguleres tilstrekkelig, vil barnet få vansker med å forstå og integrere de emosjonelle opplevelsene (Jacobsen, 2010). Barnet vil kunne utvikle en fundamental tvil på egen reguleringsevne, og det antas at barn som ikke får hjelp til å regulere eget aktiveringsnivå vil kunne utvikle sårbarhet for dramatiske svingninger i emosjoner og fysiologisk aktivering (Sroufe, 1995), eller ha et kontinuerlig forhøyet aktiveringsnivå og utvise symptomer i tråd med AD/HD (Perry, 1997). Symptomer som uro, hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og impulsivitet er vanlige når barn henvises til psykologiske behandling (Helsedirektoratet, 2010), og kunnskap om betydningen av barns emosjonelle utvikling for psykologisk fungering og hvordan en kan legge til rette for god utvikling vil være viktig i terapeutiske møter med disse barna.

Psykoterapi med barn

For å ha barn i psykoterapi er kunnskap om barns psykologiske utvikling en forutsetning (Mæhle, 2000), og vi ser at økt kunnskap om barns utvikling, med særlig

innflytelse fra nevropsykologisk forskning, har påvirket hva vi ser på som virkningsfullt i terapi med barn (Eide-Midtsand, 2007; Gerhardt, 2004; Jacobsen & Svendsen, 2010; Russ, 2004). Tradisjonelt, innenfor analytisk tenkning spesielt, ble nøytralitet og tilbakeholdenhet fra terapeutens side særlig vektlagt; terapeuten skulle være observatør til barnets lek i en standardisert setting og samhandle så lite som mulig med barnet (Hansen, 2002). Med innflytelse fra nyere forskning har psykodynamisk tenkning beveget seg mot å fokusere mer på samspillet mellom barnet og terapeuten, og terapeutens nøytralitet og tilbakeholdenhet er tilsidesatt til fordel for empatisk tilstedeværelse, speiling og bekreftelse (Hansen, 1994). Menneskers relasjonelle behov, ikke drifter, blir sett på som det sentrale motivasjonssystem (Hansen, 1994, 2002), og barnet anses som aktivt interagerende og relasjonssøkende (Moe, 1996). Fra å vektlegge innsikt overført fra terapeut til pasient som det helende i terapi, vektlegges relasjonelle og emosjonelle erfaringer i samspill med terapeut (Eide-Midtsand, 2007), med fokus på å legge til rette for utviklingsfremmende prosesser og å få barnet tilbake på rett utviklingsspor (Hansen, 2002; Jacobsen & Svendsen, 2010; Mæhle, 2000; Russ, 2004; Svendsen, 2007).

Lek som samspillsform

Hva som er riktig og viktig for det enkelte barn blir tydeliggjort i samspill med barnet. Det blir da viktig å ta hensyn til barnets foretrukne samspillsform. Eide-Midtsand (2002a) beskriver hvordan *”terapeutiske møter med barn forutsetter at vi også tar i bruk andre kanaler enn de som vi voksne er mest fortrolige med”* (side 595). En voksen-barn relasjon er kunnskapsmessig og evnemessig skjev dersom språket blir viktigste måte å formidle seg på (Hansen, 2002). For barn er lek den mest naturlige, spontane og fyldige formidlingsformen for hvordan de opplever seg og sin verden

(Eide-Midtsand, 2002c; Schaefer, 1993). Gjennom lek kan de uttrykke tanker og følelser (Russ, 2004), og med lek som kommunikasjon blir det asymmetriske i relasjonen nedtonet; barnet blir en mer kompetent samspillspartner (Hansen, 2002). Lek som samspillsform vil også kunne bidra til å skape engasjement for terapien. Barn henvises oftest av andre, og har ikke nødvendigvis selv noen opplevelse av å trenge hjelp. Det vil derfor være desto viktigere å gjøre situasjonen så meningsfull som mulig også for barnet (Haavind, 1996; Hansen, 2002; Schaefer, 1993; Svendsen, 2007a, 2007b).

Lekens ”som-om” kvalitet gir utprøvningsmuligheter (Schaefer, 1993); temaer som opptar barnet kan utforskes på en trygg måte med en viss emosjonell distanse, ubundet av virkelighetens begrensninger (Haavind, 1996). For barnet vil lek derfor kunne være en måte å nærme seg problemer og konflikt, en måte å forsøke å finne løsninger, og gjennom samhandling i lek og affektiv utveksling med terapeuten kan det legges til rette for emosjonell integrering og regulering.

Det affektive samspillet mellom terapeuten og barnet

I lek med den voksne kan barnet dele følelser, tanker, fantasier og ideer, og oppleve at disse blir representert i en annens sinn og speilet tilbake uten at det får konsekvenser for den ytre verden (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Barnet blir forstått som intensjonelt, som gjennom ulike kommunikasjonskanaler formidler sin historie og sin opplevelse, og hva barnet formidler vil avhenge av grad av samstemthet og gjensidig affektiv regulering med terapeuten (Hansen, 2002). En må som terapeut rette oppmerksomheten dit barnet retter sin (Haavind, 1996), og la seg påvirke av følelser og delta i gjensidig konkret utveksling, være medopplevende, og forsøke å gi følelsesmessig mening i usikkerheten (Hansen, 1994). Det handler om å være tilstede

i barnets formidling (Hansen, 2002) og formidle tilbake at signalene er oppfattet, at de bakenforliggende følelser og behov er legitime, utholdelige, og meningsfulle (Eide-Midsand, 2002c), og gyldige også for andre (Haavind, 1996). Det terapeutiske møtet kan bli en plass hvor barnet får mulighet til å uttrykke og realisere det som ikke er mulig i andre sammenhenger (Eide-Midsand, 2002a). *”Terapeuten gir barnet mulighet til å delta i relasjonelle mønstre som ikke bekrefter vanskene barnet har, men utvider og reorganiserer barnets forståelse av sine erfaringer”* (Svendsen, 2010, side 45). Ved at terapeuten forsøker å forstå barnets vansker og behov og tilpasser sitt samspill ut i fra denne forståelsen, kan det legges til rette for barnets videre utvikling. Dette krever en terapeut som bruker tid med barnet, som lar seg involvere av det unike barnet med dets unike behov, og er aktivt deltakende i samhandlingen (Hansen, 2002; Svendsen, 2007a).

Samspillet vil kunne gi unik innsikt i barnets vansker. Barnets affektive uttrykk i lek, og hvordan og hva barnet leker med, kan fortelle oss noe om barnets subjektive opplevelsesverden (Hansen, 2002). Eide-Midsand (2002c) vektlegger at meningsinnholdet i barns lek kan virke motsetningsfylt og uforståelige for den rasjonelle tanke, og at vi som terapeuter må være forsiktig med å tolke symbollek direkte. Vi kan da ende opp med å fokusere på det som er viktig for oss, eller som kan virke forklarende ut i fra et teoretisk perspektiv, men kanskje er mindre viktig for barnet. Oversettelsesarbeidet terapeuten gjør handler ikke om å tolke lekens innhold, men hva leken representerer, ved å forstå leken som barnets uttrykksform (Svendsen, 2010). Lekens affektive innhold blir viktig for å forstå hva barnet formidler, og terapeutens opplevelser i samspillet blir en viktig kilde til informasjon. Hansen (2002) beskriver at *”hvordan barnet posisjonerer seg i forhold til terapeuten, slik samspillet utfolder seg over tid, blir en innfallsvinkel til å utvikle hypoteser og tanker om sider*

ved barnets egen tilknytningshistorie og forståelse av seg selv og andre” (s 200).

Sammen med barnet kan terapeuten få innblikk i hva akkurat dette barnet gjør med sine omgivelser (Haavind, 1996). Av og til kan barnets problematferd, provokasjoner og affektive utbrudd være den viktigste formidlingsformen (Hansen, 2002), og det er viktig å utforske følelsene og reaksjonene som vekkes i oss i møte med barnet.

Menneskers evne til intuitivt å plukke opp emosjonelle signaler i møte med andre (Gallese, 2003; Jackson et al., 2006), og den naturlige søken etter affektiv deling og synkrone affektive opplevelser (Hart & Kæreby, 2009), gjør terapeutens egne kroppsbaserte intuitive responser på barnets kommunikasjon til verdifull informasjon om barnet (Hart & Kæreby, 2009; Shore & Shore, 2008). Den implisitte, emosjonelle kommunikasjonen blir viktigere enn den bevisste og eksplisitte. Eide-Midsand (2002b) kaller det induktiv formidling når følelser som tilhører barnet oppstår hos terapeuten. Han beskriver dette som en naturlig del av kommunikasjonen mellom barn og voksen; fra før barnet får språk som formidlingsform vil barnet med sin atferd og sine uttrykk frembringe reaksjoner hos omsorgsgiveren som forteller dem nøyaktig hvordan det har det, slik at de er i stand til å gi barnet den omsorgen det trenger.

Mennesker som har vanskeligheter med å formidle følelser gjennom ord og symboler også etter å ha tilegnet seg språk kan ofte indusere følelser de har i andre (Eide-Midsand, 2002b; Amlund, 2008). Følelser som uttrykkes nettopp gjennom affektive utbrudd, provokasjoner, gråteanfallet, eller tilbaketrekninger, kan effektivt vekke følelser hos terapeuten som barnet selv har vansker med å kommunisere på annet vis. Terapeuten må bære følelser barnet selv ikke mestrer, gjennom induksjon eller mer direkte gjennom roller som barnet tildeler en. Som terapeut kan dette være tungt å bære, men det er også en verdifull kilde til informasjon, ved at det gir en mulighet til å

forstå hvordan barnet har det og bringer det vanskelige og uhåndterbare inn i den terapeutiske dialogen (Eide-Midtsand, 2002b).

Endringsmekanismer i leketerapi med barn

Studier viser at lek i psykoterapeutisk behandling av barn har positiv effekt (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005; Russ, 2004). Leketerapi er funnet å fremme problemløsning og fleksibel tenkning, øke evne til å føle positive emosjoner, øke evne til å tenke om og uttrykke positive og negative affekter i andre situasjoner, øke evnen til å forstå andres følelser og ta andres perspektiv (Russ, 2004), og gi symptomreduksjon på tvers av problematikk (Haugsvik & Johns, 2006). Hvordan kan lek skape denne endringen? En kan tenke seg at flere mekanismer gjør endring mulig. Russ (2004) beskriver hvordan naturlige utviklingsprosesser drives frem gjennom barns lek, både når det gjelder den interpersonlige, kognitive og affektive utviklingen. I lek med andre utvikles og differensieres barnets indre representasjoner om seg selv i relasjon til andre, ved at forventninger til relasjoner aktualiseres og modifiseres, og med det utruker barnet med noe endrede forventninger til relasjoner også utenfor den terapeutiske konteksten. Gjennom lek i en "som om" verden får barn muligheten til å trene på kognitiv organisering; å lage narrativer med komplekse detaljer, logiske tidssekvenser og forhold vedrørende årsak-virkning. De utvikler evnen til divergent tenkning gjennom å generere stadig nye ideer, temaer og symboler, og utvikler symbolsk tenkning ved at objekter kan transformeres fra å være en ting til noe annet på et øyeblikk. Gjennom lek får barnet erfaringer med egne emosjoner, ved å kunne "fanges" av lekens emosjonelle innhold og ha mulighet for å uttrykke følelser direkte gjennom affektive uttrykk eller gjennom å uttrykke leketemaer ladet av affekt. Slik blir leken en naturlig arena hvor barnet får trening i emosjonell regulering.

Terapeutens deltakelse og affektive tilstedeværelse blir viktig i denne prosessen, og den affektive kommunikasjonen mellom barnet og terapeuten vektlegges som en viktig faktor i terapi med barn. Svendsen (2007a) fremhever lekens helende potensiale gjennom at barnet i leken blir møtt og regulert. Gjennom intersubjektive møter med en emosjonelt tilgjengelig annen (Shore, 2006; Stern, 2003) og gjensidig dyadisk regulering (Tronick, 1989, 1998), utvikler barnet evnen til emosjonell regulering og får erfaring med egen aktivering (Fonagy & Target, 2002b; Sroufe, 1995). Ved at terapeuten aksepterer og navngir følelser gjøres de mer forståelige og mindre overveldende (Eide-Midtsand, 2002a; Russ, 2004). I leken har barnet innflytelse det ellers ikke har, og leketerapien kan legge til rette for at barnet i trygge omgivelser kan bearbeide vanskelige opplevelser, utvikle mestringsstrategier og oppleve mestring (Haugsvik & Johns, 2006; Russ, 2004). Gjennom samspillet med terapeuten kan barnet få styrket kapasitet til å dele sine emosjonelle erfaringer med andre, og dette øker barnets utviklingsmuligheter. Barnet blir mindre sårbart, og kan integrere kognitive og følelsesmessige sider av løpende erfaring inn i meningsfulle strukturer (Haavind, 1996). Russ (2004) nevner også økt innsikt i egen atferd og eget indre liv som en mulig virkningsfull faktor, men påpeker at den kognitive forståelsen av egne vansker antageligvis betyr mindre for barnets fremgang enn samspillserfaringene barnet gjør seg i terapi, særlig når det gjelder de yngre barna. Faktorer som for eksempel håp om endring og følelsen av å ikke lenger være alene med vanskene spiller også inn, og særlig vil foreldreinvolvering være av avgjørende betydning.

Involvering av hele barnets kontekst

Barn utvikles i et samspill mellom barnets egne disposisjoner og miljøet det utvikles i, og dette vil nødvendigvis få implikasjoner for utforming av behandling. Sameroff og

Fiese (2002) beskriver tre ulike kategorier av intervensjon, nemlig; korreksjon/endring ("remediation"), redefinerings ("redefinition") og relæring ("reeducation"). Med *korreksjon/endring* menes intervensjon hvor en prøver å endre barnet direkte, uten å intervensjonere på familienivå. En anser barnets vansker å ligge hos barnet, og målet er å tilpasse barnet dets eksisterende omsorgssituasjon. Et eksempel på dette kan være å behandle barn med AD/HD medikamentelt. En antar da at barnet har en god omsorgssituasjon som legger til rette for god utvikling, og intervensjonen gjør barnet i bedre stand til å nyttiggjøre seg av dette miljøet.

Med *redefinerings* menes intervensjoner rettet mot å optimalisere omsorgspersoners interaksjon med barnet ved å endre oppfatninger og antagelser de har om barnet. Barn blir ofte tilskrevet roller i familien (Hansen, 2002), og det vil derfor være av stor verdi å få tak i familiens beskrivelser av barnet og hvordan dette påvirker deres interaksjon (Mæhle, 2000, 2001). Like viktig vil det være å ta seg tid til selv å bli kjent med barnet uavhengig av familiens beskrivelse. Det er rimelig å anta at omsorgspersoner som oppfatter barnet sitt som trassig og tenker "han gjør det bare for å irritere meg" vil møte barnet på en ganske annerledes måte enn omsorgspersoner som oppfatter barnet sitt å ha vansker med regulering av egen indre aktivitet. Med en ny forståelse av barnets atferd får omsorgspersonene muligheten til å møte barnet sitt på en mer hensiktsmessig måte (Sameroff & Fiese, 2000).

Relæring er rettet mot omsorgspersonene og ment å gi kunnskap om hvordan de kan støtte opp under barnets utvikling. Et eksempel kan være å gi kunnskap om barns emosjonelle utvikling og foreldreatferd som støtter slik utvikling, og veilede dem i samspill med barnet. Dette krever også at terapeuten tilbringer tid med barnet, for slik å kunne formidle sin forståelse av det unike barnet til barnets omsorgspersoner (Sameroff & Fiese, 2000).

Sjelden vil individualterapi med barn foregå i isolasjon (Russ, 2004; Svendsen, 2010); når barn kommer til terapi bør hele barnets kontekst involveres (Haavind, 1996; Hansen, 2002). I tilfeller hvor individualterapi med barn iverksettes, bør det være ut i fra et samarbeid mellom terapeuten og barnets omsorgspersoner fra begynnelsen av, med en felles forståelse av hvorfor dette er viktig for barnet (Haugsvik & Johns, 2006; Svendsen, 2007a, 2007b). Studier viser at nettopp foreldres involvering i barnets terapiprosess har avgjørende betydning for behandlingsutfall (Bratton et al., 2005). Omsorgspersoner må føle seg trygg på personen som skal tilbringe tid med barnet deres, og for barnet vil det være av stor betydning at omsorgspersonene anerkjenner terapeuten og terapiprosessen som noe viktig for barnet (Svendsen, 2007b). Uavhengig av hva slags vansker barnet har og hva vanskene skyldes, vil de nødvendigvis spilles ut i og påvirke og påvirkes av barnets familie og skole- eller barnehagehverdag. Det vil derfor være nødvendig å involvere alle barnets arenaer (Russ, 2004), både for å få økt forståelse for barnet og barnets vansker og i samarbeid med barnets øvrige viktige voksenpersoner tilrettelegge for barnets utvikling.

METODE

Problemstillingen ”Hvordan kan den affektive kommunikasjonen i samspillet mellom barn og terapeut bidra til forståelse av symptomer og utforming av behandling?” belyses gjennom en kasstudie av et behandlingsforløp med ei fem år gammel jente, et behandlingsforløp hvor relevant utviklingspsykologisk og nevropsykologisk teori og empiri ble lagt til grunn for symptomforståelse og terapeutisk intervensjon.

I kausstudiedesignet er hensikten å utvikle kunnskap basert på en eller flere enkeltstående tilfeller (Eisenhardt & Graebner, 2007; Malterud, 1996). Forskeren tar utgangspunkt i relevant litteratur, for deretter å gå dypt inn i et empirisk materiale som er valgt ut nettopp fordi det egner seg godt til å utdype og nyansere forståelsen av gjeldende kunnskap. I klinisk psykologarbeid er det krav om bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2008), og behandlingsforskning i form av kontrollerte, kvantitative studier med store utvalg benyttes for å kunne si noe om hva slags behandling som har beviselig best effekt på ulike typer problematikk og diagnoser. Slike studier egner seg godt til å si noe om generelle tendenser om *hva* som virker for *hvem*, mens kausstudier gir større muligheter for å gå i dybden og vil derfor kunne være bedre egnet til å si noe om *hvordan*. En slik induktiv tilnærming vil kunne gi et innblikk i komplekse prosesser som kvantitative data i mindre grad kan avdekke. I likhet med deduktiv forskning som tar utgangspunkt i store utvalg er også induktiv forskning ment å utvikle teori med testbare hypoteser. Induktiv og deduktiv forskning kan således sees på som komplementære metoder, hvor induktiv forskning bygger teori og testbare teoretiske hypoteser, mens deduktiv forskning egner seg godt for å teste hypotesene og undersøke generaliserbarheten av den utviklede teorien (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Denne kausstudien er retrospektiv, og bygger på journalnotater fra et behandlingsforløp. En ofte nevnt svakhet med retrospektive studier er at forskeren kan preges av forutinntatte antagelser og eksisterende kunnskap i analyseprosessen og tolkningen av resultatene (Mann, 2003). Denne kritikken er verdt å ta på alvor, men det ligger i bruken av kausstikk som metode at en viss antagelse om materialets anvendelighet til å belyse et fenomen vil være en forutsetning for utvelgelse.

Forskerens videre subjektive innflytelse kan reduseres ved hjelp av stadig tilbakevending og troskap til datamaterialet (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Hensikten med studiet er å gi et bilde av hvordan kunnskap om barns emosjonelle utvikling, kan benyttes i behandling. Viktigheten av interaktiv affektiv kommunikasjon i utviklingen av emosjonell differensiering og regulering og betydningen av dette for barnets psykologiske utvikling er sterkt fundamentert i utviklingspsykologisk og nevropsykologisk forskning og teori (Fonagy & Target, 2002; Shore, 2006; Shore & Shore, 2008; Sroufe, 1995; Tronick, 1989, 1998) og gir således kasusforståelsen et stødig vitenskapelig grunnlag.

Metodisk gjennomføring

Kasuset i oppgaven er hentet fra studentbehandling ved Psykologiske Poliklinikker ved NTNU. Samtykke fra barnets foresatte om bruk av informasjon fra behandlingen i vitenskapelig arbeid ble mottatt før behandlingens oppstart. Behandlingen ble gjennomført med meg som behandler, men drøfting av behandlingsforløpet ble gjort i et team bestående av tre psykologstudenter veiledet av en erfaren terapeut med spesialisering i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Utredning og behandling bestod av samtaler med barnets foreldre, samtale med barnet og foreldrene sammen, innledende individuelle møter med barnet med påfølgende åtte timer individualterapi, samarbeidsmøter med foreldre og barnehage, samt hjemmebesøk. Individualterapien ble gitt i form av tidsavgrenset psykoterapi. Tidsavgrenset psykoterapi er ingen forkortet eller moderert variant av langtidsterapi, men anses som en egen terapiform kjennetegnet av tidsavgrensning, bruk av felles fokus og parallelt foreldrearbeid (Haugsvik & Johns, 2006). Antall timer og fokus for terapien ble avtalt og drøftet med foreldre før oppstart av behandling.

Alle behandlingstimer ble tatt opp på DVD etter samtykke fra barnets foreldre. Etter hver time ble det skrevet journalnotat basert DVD-opptaket og drøftinger med veileder. Journalnotatene inneholdt rene beskrivelser av barnet og foreldrenes verbale og non-verbale atferd, samt vurderinger og tolkninger av denne.

For å registrere endringer i jentas fungering, ble Child Behavior Checklist (CBCL) benyttet, med første gangs måling ved oppstart av behandling, og andre gangs måling ved avslutning av behandling. CBCL er et standardisert, empirisk basert screeninginstrument som er ment å kartlegge barnets psykiske helse.

Screeninginstrumentet er normert for barn mellom halvannet til fem år og har dokumentert god reliabilitet og validitet (Achenbach & Rescorla 2000).

Administrering skjer ved at barnets omsorgspersoner eller andre voksenpersoner som omgås barnet rangerer barnet på ulike problemområder. Skjemaet fylles ofte ut ved oppstart av og ved avslutning av behandling. Resultatene oppgis i internaliserende og eksterntaliserende vansker, hvor internaliserende vansker består av emosjonell reaktivitet, engstelse/depresjon, somatiske plager, tilbaketrukkethet og søvnvansker, mens eksterntaliserende vansker består av oppmerksomhetsvansker og aggressiv atferd. Skårene sammenliknes med en demografisk lik normgruppe, og deles inn i tre områder; normalt, grenseområde mellom normalt og klinisk, og klinisk, hvor grenseområdet viser til mellom en og to standardavvik fra gjennomsnittet, og klinisk viser til over to standardavvik fra gjennomsnittet.

Behandlingsforløpet vil bli presentert med kliniske vurderinger inkludert. CBCL ble utfylt av Hannas far og en ansatt i Hannas barnehage, resultater fra dette blir gjengitt i kasespresentasjon.

KASUSPRESENTASJON

Hvem er Hanna?

Hanna var fem år da hun fikk tilbud om behandling på klinikken. Hun ble henvist for vansker med uro og hyperaktivitet. Mor og far fremstod på første møte som varme, omsorgsfulle foreldre, som var bekymret for barnet sitt. Hanna hadde en storebror på åtte år, og hun ble beskrevet som ganske annerledes enn sin storebror, Hanna hadde alltid vært mer aktiv en ham. ”Det er så mye av henne”, kommenterte foreldrene. De hadde hørt om diagnosen AD/HD, og de lurte på om det kunne forklare Hannas vansker. Hun ble omtalt som ei jente med mye følelser og sterke følelsesutbrudd, som forløp med en viss uforutsigbarhet. Videre ble hun beskrevet som veldig lett distraherbar, alltid med en stor del av oppmerksomheten rettet mot omgivelsene, og det kunne derfor være vanskelig for henne å samle seg om en aktivitet over lengre tid av gangen. Foreldrene sa at Hanna av og til ble avvist av andre barn. Hun kunne være veldig styrende og kontrollerende, og selv om hun nå hadde flere gode venner var de var bekymret for hva slags konsekvenser dette kunne ha for henne på lengre sikt. Foreldrene var også bekymret for skolestart, for selv om Hanna var ei oppvakt jente, antok de at det ville bli vanskelig for henne å tilpasse seg en skolehverdag med stillesitting og krav om samlet oppmerksomhet. Hannas far fylte ut CBCL før behandlingsstart og resultatene viste at hun lå innenfor det kliniske området for emosjonell reaktivitet. Ellers var alle andre variabler innenfor normalen. Med dette kom foreldrene til klinikken, med ønske om en utredning, for å finne ut hva det var med Hanna.

De første møtene med Hanna

Da jeg først møtte Hanna kom hun til klinikken sammen med mor og far. I tre kvarter var vi sammen, og Hanna fremstod på alle måter som en helt adekvat femåring. Hun var oppmerksom og nysgjerrig, og hun opplevdes som lett å få kontakt med. Mens jeg pratet med foreldrene ga Hanna seg i kast med tegnesakene jeg hadde gitt henne, og hun holdt fokus på egen aktivitet og avbrøt ikke de voksnes samtale. I møte med meg var Hanna forsiktig, men tydelig interessert, og hun ble raskt engasjert i å tegne og fortelle om familien sin.

De tre påfølgende timene møtte jeg Hanna alene på lekerommet, og jeg fikk da oppleve henne på en annen måte. Generelt var timene preget av høy aktivitet og raske brudd; Hanna tok lett initiativ til ulike aktiviteter og benyttet seg av hele rommet, nye aktiviteter ble stadig påbegynt for så å brytes av uten naturlig avslutning. Av og til hadde leken tydelig handling, da ofte sentrert rundt foreldre og barn. Innholdet i leken var preget av mye negativ affekt, som redsel, sinne og skremsel; det var barn som måtte være uten foreldrene sine, barn som fikk kjeft for å ha gjort noe galt, og søsken som behandlet hverandre svært dårlig. Hanna virket å være veldig opptatt av rett og galt, og barna i historiene ble stadig latterliggjort om de gjorde noe de ikke burde ha gjort. En rigid gjentakelse av denne tematikken utspilte seg, og Hanna fremstod som svært aktivert og oppjaget.

Hanna opplevdes å ha noe motstridende affektuttrykk, hva hun uttrykte med ansikt og kropp stemte ikke overens med innholdet i leken; Hanna utviste en hektisk og oppkavet glede når leken var preget av sinne, skremsel og ødeleggelse. Hele tiden beholdt Hanna kontrollen, i leken og overfor meg, ved å fortelle hva som skulle skje og hvordan jeg skulle te meg. Hun opplevdes å være lite sensitiv på meg og mine

signaler, selv om hun hele tiden var orientert mot meg og uttrykte hva jeg opplevde som et stort behov for å bli sett.

Situasjonen i de to første timene var preget av relativt frie rammer og mange muligheter, i tråd med tradisjonell lekeobservasjon. Det kunne virke som om mangel på tydelige ytre rammer gjorde indre regulering vanskelig for Hanna. Den siste timen ble gjennomført med tydeligere rammer, og jeg bestemte aktivitet. Vi skulle leke med dukkehuset, men Hanna fikk ha regien. Gjennom hele timen holdt Hanna fokus på denne ene aktiviteten, men også da var leken tidvis svært oppkavet, preget av rigiditet og motstridende affektive uttrykk. Med hektisk gjentakelse ropte Hanna høyt at dukkene var skitne, og de ble aldri rene nok, uansett hvor mye de vasket seg. Hannas dukke "ødela" møbler i huset, slo de andre dukkene og nektet de mat. Barna måtte legge seg sultne. Hanna uttrykte med dukken at hun var så sint, så sint, mens hun lo høyt og oppkavet.

Komparentopplysninger – samtale med personalet i Hannas barnehage

Barnehagen beskrev Hanna, på linje med foreldrene, som ei oppvakt jente med masse energi og som elsket å være i sentrum av oppmerksomheten. De fortalte at hun hadde svært mange positive egenskaper, egenskaper som ofte havnet i skyggen av irretesettelse og tilsnakk. Hun ble beskrevet som motorisk urolig og lett distraherbar, og de gav uttrykk for at hun hadde et stort behov for kontroll på sine omgivelser, at det virket som om hun trengte oversikt. De fortalte at hun var veldig opptatt av rett og galt, og raskt korrigerende både voksne og barn om noe ble gjort feil. I lek fortalte de at hun kunne bli veldig styrende, og tidvis kunne dette føre til avvising, men hun hadde også venninner hun lekte mye med. Videre fortalte de om ei jente som hadde et stort behov for å bli sett og bekreftet og som ble veldig lei seg ved avvising. Hun ble

beskrevet som ei jente som aldri virket å få nok oppmerksomhet, som stadig strebet etter ros, bekreftelse og hengivenhet, og som ved emosjonell overveldelse hadde stort behov for vedvarende voksenkontakt. En ansatt i barnehagen som hadde mye med Hanna å gjøre i det daglige fylte ut CBCL ved oppstart av behandling og rapporterte om oppmerksomhetsvansker innenfor grenseområdet.

Klinisk vurdering og tanker om videre behandling

Gjennom de første møtene med Hanna fikk jeg et lite innblikk i Hannas vansker, og jeg fikk oppleve noe av det foreldrene og barnehagen fortalte om. Hanna fremstod som ei jente med svært høy følelsesmessig og atferdsmessig aktivering, og Hannas evner til å regulere denne aktiveringen virket å være begrenset til en ytre form for regulering som i beste fall var ineffektiv, men antageligvis også bidro til ytterligere forhøyet aktivering.

Spørsmålet om hvorvidt Hannas vansker kunne skyldes AD/HD ble raskt tatt opp av foreldrene, og i beskrivelsene av Hannas symptomer virket det sannsynlig at det kunne være tilfelle. Etter første møte med Hanna opplevde jeg imidlertid ei jente som verken var spesielt urolig, hyperaktiv eller ukonsentrert. En AD/HD-diagnose krever at barnets symptomer skal opptre på tvers av situasjoner, og vanskene anses å være ”i barnet” mer enn å være et resultat av barnets møte med omgivelsene. Etter flere møter med Hanna hvor vanskene foreldrene beskrev kom tydelig frem, fikk vi tanker om at hennes symptomer kanskje bedre kunne forklares som noe som oppstod i møte mellom omgivelsene og Hannas reaktivitet og manglende evne til emosjonell regulering. Hun hadde sterke umiddelbare følelsesuttrykk som gjennom leken stadig eskalerte, og hun virket å ha store vansker med å regulere seg ned. Hun var voldsom og uvøren; små lekefigurer ble kastet rundt, og hun gravde i sandkassen med en

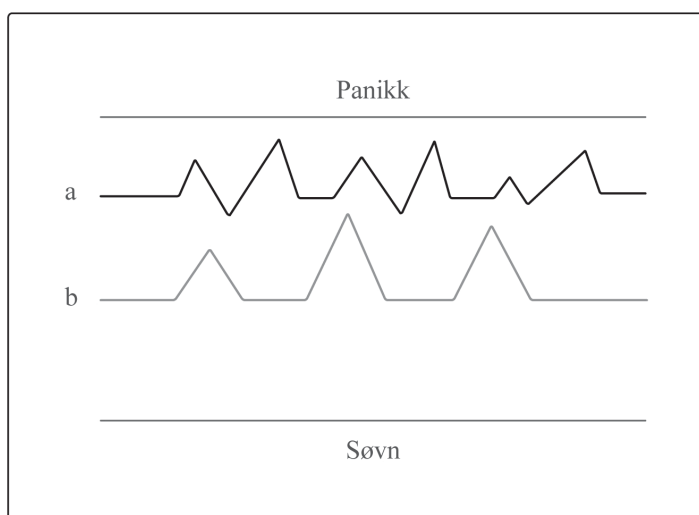
intensitet så høy at sand sprutet til alle kanter. Jeg kjente på et sterkt behov for å begrense henne, roe henne ned. Jeg tenkte at denne ekstreme atferden også kunne være en slags grensetesting. For henne var jeg foreløpig en relativt ukjent person, og situasjonen var ulik noen annen. Kanskje ville hun vite hvor grensene gikk. Kanskje var det et uttrykk for et behov for grenser. Fravær av grenser vil kunne oppleves som svært skremmende for alle barn, og kanskje søkte Hanna etter grenser i et forsøk på å regulere seg selv og egen atferd.

Hanna uttrykte hele tiden et behov for kontroll over meg. Hun gav tydelige beskjeder om hva jeg skulle gjøre, med hvem og hvordan, og protesterte når jeg forsøkte å styre leken i en annen retning. Hun oppleves å ha bestemte oppfatninger om hvordan hun ville ha det, og hun gav aldri fra seg denne kontrollen. Jeg satt igjen med en opplevelse av begrenset handlingsfrihet, og jeg undret meg om kontrollen over meg gav henne en slags oversikt over den ytre verden. Kanskje var det et forsøk på å regulere egen indre aktivering.

Hannas følelsesuttrykk virket både uregulerte og tvetydige, og den oppkavede latteren virket tilgjort. Oftest oppstod denne latteren når noe i leken ble ødelagt, noen dummet seg ut, eller om noen var redde. Det kunne virke som om Hanna hadde vansker med å forstå egen følelsesmessig aktivering og det å skille ulike følelser fra hverandre. Glede og sinne virket å gli over i hverandre, og det hun uttrykte av følelser syntes ikke å passe med det hun fortalte om og det hun viste meg gjennom lek. Hanna uttrykte noe jeg ikke kunne forstå og derfor noe jeg hadde vansker med å ta imot og romme. Jeg undret meg over hvordan dette måtte føles for henne når det skapte både uro og forvirring hos meg.

Jacobsen (2010) beskriver hvordan dårlige utviklede evner til emosjonell regulering gjør emosjonell differensiering vanskelig. Når følelser ikke kan

differensieres blir den emosjonelle aktiveringen uforståelig, og en generell forhøyet kroppslig aktivering og uro opprettholdes. Samlet oppmerksomhet blir da vanskelig, og uten differensierte følelser som guide får oppmerksomheten heller ingen retning. For Hanna virket det som om kontroll på de ytre omgivelsene var viktig, og det kan tenkes at dette også bidro til at hun klarte å regulere egen indre aktivering noe. Det er også rimelig å anta at dette behovet for kontroll og oversikt, og med det en intens årvåkenheten overfor omgivelsene, er såpass aktiverende i seg selv at indre aktivering øker og hvileaktivering aldri nås. Vi kan tenke oss at Hannas aktiveringsbånd ville sett slik ut:



Figur 2. Hannas aktiveringsbånd.

Kurve a) viser hvordan Hannas aktiveringmønster kan se ut, med vekselvis høy aktivering og enda høyere aktivering. Ingen avspenning finner sted. Kurve b) viser et sunt aktiveringmønster som veksler mellom aktivering og avspenning.

Figur 2 viser hvordan Hannas reguleringsstrategi fører til relativ nedregulering, men når all oppmerksomhet vendes utover blir det lite oppmerksomhet tilgjengelig for

differensiering og integrering av den emosjonelle aktiveringen. Aktiveringen forblir uforståelig, og den forblir dermed også forhøyet.

Forståelsen vi hadde dannet oss av Hannas vansker, at hun hadde vansker med emosjonell differensiering og regulering, ble lagt frem for foreldrene. Dette er evner som utvikles de første leveårene gjennom samspill med omsorgsgivere, og vil således være et resultat av barnets disposisjoner (e.g. temperament) og omverdenens evne til å møte akkurat disse disposisjonene. Med et slikt perspektiv kunne Hanna beskrives som ei jente med høy grad av emosjonell reaktivitet; følelser aktiveres lett og blir raskt intense, og med det som utgangspunkt trenger hun desto mer hjelp fra omverden til å utvikle evnen til emosjonell differensiering, integrering og regulering. Hannas foreldre beskrev hvordan de ofte kunne bli sint på Hanna om gjentatt tilsnakk ikke hjalp, og at de da håndterte hennes utfordrende atferd og emosjonsuttrykk ved å be henne gå og komme tilbake når hun hadde roet seg og var i bedre humør. Av og til kom hun tilbake og var roligere. Hva hun gjorde for å roe seg ned visste de ikke. Foreldrene ønsket ikke å forsterke de upassende emosjonelle uttrykkene og den upassende atferden. De ønsket å skjerme andre barn, og dermed også Hanna selv, ved å begrense uheldige interaksjoner. Det kan tenkes at Hanna med dette forstod at atferden ikke var akseptabel, men følelsene hun opplevde ble avvist av omverden, de ble ikke gitt noen mening og forble dermed uforståelige. Hun fikk heller ingen hjelp til regulering, annet enn ytre avskjerming, og det kunne virke som om det også var denne formen for regulering Hanna satte sin lit til; uten kapasitet til indre regulering ble regulering ved å kontrollere de ytre omgivelsene eneste strategi.

Hanna fikk tilbud om tidsavgrenset individualterapi med ukentlige møter over åtte uker, som foreldrene takket ja til. Vi valgte å tilby dette med bakgrunn i forståelsen vi hadde dannet oss av Hannas vansker; slik vi forstod det virket det som

om Hanna hadde liten kjennskap til og erfaring med egne emosjoner, og at hun var avhengig av ytre kontroll for å regulere egen emosjonell aktivering i større grad enn hva som er forventet for alderen. Det ble vurdert som viktig å bekrefte og anerkjenne Hannas emosjonelle uttrykk slik at det kunne dannes en arena hvor Hanna kunne få muligheten til større integrering og forståelse av eget følelsesliv. Fokuset for terapien ble ”å bli kjent med Hanna og Hannas kraft”. Dette innebar at både Hanna og jeg skulle bli bedre kjent med hvordan det var å være Hanna, både når hun var glad, sint og trist, og det innebar at jeg måtte kunne ta imot det hun hadde å vise meg av seg selv og sin verden. Hanna skulle få erfare seg selv og bli møtt for den hun er. Ved å legge til rette for økt erfaring med, og dermed også større toleranse og forståelse for egen emosjonell aktivering, ønsket jeg å støtte opp under utviklingen av emosjonell reguleringssevne. I tillegg ble flere samarbeidsmøter med foreldre og barnehage avtalt for sammen å øke vår forståelse av Hanna, og samtale om hvordan best møte henne for å støtte opp om utvikling av emosjonell differensiering og regulering.

Behandlingsforløpet

I lekerommet ble min oppgave som terapeut å møte Hanna ved å følge henne og tillate og romme ”kraften” hun innehadde, dele opplevelser sammen med henne, og møte og bekrefte hennes følelser ved å forsøke å tone meg inn på og sette ord på hennes affektive uttrykk. Innholdet i timene var forskjellig fra gang til gang med unntak av visse rutiner. På slutten av hver time tegnet Hanna i en rute i en kalender med åtte ruter. Disse skulle illustrere antall ganger vi skulle være sammen, og slik fikk Hanna hjelp til å strukturere tiden og forberede avslutning. Hver eneste time avsluttet Hanna med å be meg gjette hva hun hadde tegnet.

Gjennom terapiforløpet endret Hannas atferd seg mye og leken fikk gradvis større plass. Den første timen brukte Hanna det meste av tiden til å tømme hele-verden-skabet for samtlige leker og kaste de hardt i sandkassen, rundt om i rommet og på meg. Dette var noe som gjentok seg; Hanna startet timene med å kaste leker utover i rommet eller velte flere kasser med Lego før noen form for lek kunne igangsettes. Tiden hun brukte på å kaste om seg med leker minket fra gang til gang, for så å forsvinne helt den sjette timen. Etter å ha kastet fra seg samlet Hanna seg ofte om dukkelek. Hun laget en stor familie som fulgte oss gjennom flere timer, og hun tildelte meg villig roller i leken og instruerte meg om hvordan de skulle spilles. Familien bestod av mor, far og mange barn, men kun et av barna fikk en tydelig rolle, nemlig Storesøster, som alltid ble spilt av Hanna selv. I begynnelsen bestod leken av rigide repetisjoner av korte handlingssekvenser, ofte sekvenser hvor barna skulle legge seg eller stå opp og vaske seg. Deretter fikk leken lengre tydelige handlingssekvenser, fremdeles sentrert rundt den samme familien. Uavhengig av scenarioer som ble regissert var temaet i leken den samme; Storesøster, spilt av Hanna, hadde en unik plass i familien. Hun kontrollerte alle, kjeftet, skremte og gjorde narr av de andre barna, og hun fikk privilegier unndratt alle andre.

Hanna var voldsom og uvøren i lek, men ettersom timene gikk vekslet Hanna mellom stadig kortere perioder med voldsom og utagerende atferd og lengre perioder med rolig lek. Ved en anledning litt lengre ut i terapiforløpet håndterte Hanna dukkene og figurene med en varsomhet hun aldri tidligere hadde utvist; i lengre tid satt hun med en lekehund som hun forsiktig forsøkte å sette et halsbånd på. Hunden var liten og løkken hun skulle ha rundt halsen på den enda mindre, men Hanna ble ikke frustrert og urolig; hun var tålmodig og satt stille i mange minutter med en for meg hittil ukjent ro over seg. Jeg var begynt å venne meg til Hannas uvørenhet og

voldsomme atferd, og roen og varsomheten overrasket meg. Det slo meg at denne rolige atferden var noe jeg kanskje ellers ville ha forventet av en hvilken som helst fem år gammel jente, i møte med små, søte lekefigurer.

De siste timene ble tegning den foretrukne aktivitet. Vi startet ut med å tegne hver for oss, før Hanna raskt ble mer interessert i min tegning enn sin egen. Hanna knakk alle blyantspisser i tur og orden ettersom hun skulle lage lyn og torden ved å ”kakke” de på blomstene jeg hadde tegnet. Hun fremstod som svært agitert og selvhevdende, og hun ropte at blomsten min døde. Dette gjentok seg flere ganger før tegneaktiviteten utviklet seg til noe nytt; jeg skulle tegne i blinde, av og til også i mørket, mens Hanna skulle instruere meg. Jeg lot meg styre og etter hvert ble dette en aktivitet preget av engasjement og glede, Hanna frydet seg over min uvitenhet og underdanighet, og hun begynte å hjelpe til når jeg stod fast og uttrykte at hun var fornøyd med resultatet vi hadde utrettet sammen. I tillegg til at store deler av de resterende timene fra nå av gikk med til denne tegneaktiviteten, fikk også en ny type lek plass. Vi begynte å flytte om på møbler i rommet, laget bruer, hus og senger, i en verden hvor vi selv spilte rollene. Familien Hanna hadde skapt, og dukkeleken som hadde fulgt oss hele veien frem til nå, virket ikke lenger å være av interesse. Hanna laget til ”køyesenger”, og la en pute frem til meg slik at jeg skulle ligge godt. Hun la seg i ”overkøya”, jeg la meg i ”underkøya”, og slik lå vi og småpratet. Hun befant seg nå stadig i fysisk nærhet til meg, og jeg opplevde en samlek jeg tidligere hadde sett lite av. I perioder var vi sammen i lek, i motsetning til tidligere hvor vi lekte ”mot hverandre”, selv om Hanna til enhver tid hadde regien. Den aller siste timen avsluttet Hanna med å spørre om jeg kunne tegne i den siste kalenderruten hennes.

Affektiv kommunikasjon i lek

Hanna hadde sterke, motstridende affektive uttrykk som vekte sterke følelsesmessige reaksjoner hos meg, og med et emosjonelt reguleringsperspektiv som utgangspunkt for å forstå Hannas vansker ble den affektive kommunikasjonen i lek særlig vektlagt gjennom behandlingsforløpet.

Den første timen var svært hektisk og Hanna var hele tiden veldig oppkavet. Hun kastet om seg med leker mens hun sa at hun ikke gjorde noe galt, for det var hun som bestemte. På et tidspunkt fant hun en prinsessefigur. Hun sa ”Den var snill”, før hun kastet den med stor kraft i sandkassen og ropte ”Jeg vil at den skal dø!”. Intensiteten økte stadig, og jeg var usikker på hvordan jeg skulle møte henne. Skulle jeg ta i mot og romme kraften hun viste meg, eller skulle jeg begrense for å støtte henne i regulering av egen aktivering og atferd? Aktivitetsnivået og oppkavetheten økte til det ganske ubehagelige, antageligvis både for meg og for Hanna, men jeg valgte å romme og å ta i mot alt ”guffet” hun gav meg. Jeg var tilstede, benevnte Hannas atferd og forsøkte å møte og speile affekt. Etersom timene gikk ble den voldsomme, utfordrende atferden gradvis redusert, og stadig mindre tid gikk med til å kaste ting rundt om i rommet. Mange av timene var likevel preget av gjentatte affektive ”utbrudd”, hvor intensiteten i aktivitet brått økte. Disse utbruddene virket å være knyttet til at noe gikk galt i leken (e.g. noe ble ødelagt), eller mine forsøk på å endre lekens retning eller på annen måte begrenset Hannas atferd. Oftest forsvant intensiteten like raskt som den kom.

Hanna gav tydelig uttrykk for å ønske min oppmerksomhet hele tiden, men hun virket å behandle meg på linje med dukkene hun gav liv gjennom leken, hun tok full kontroll over min atferd. Jeg forsøkte å benevne kontrollen hun utøvet og ikke la meg kontrollere, men Hannas intensitet økte til hun til slutt ropte av full hals at jeg

måtte gjøre som hun sa. Hun kom stadig med nedsettende kommentarer; hun sa jeg var dum, at jeg aldri fikk til noe, at jeg var en baby. Jeg kjente på et stort ubehag, en følelse av tristhet som satt i meg også etter timens avslutning.

Hannas blandede og udifferensierte affektuttrykk ble særlig tydelige i dukkeleken. Lekens innhold var preget av skremsel, redsel og håpløshet. Dukkene ble dyttet og slo hverandre, de ble jaget, kjeftet på og forlatt, og av og til ble de kastet rundt i rommet. Hanna viste meg dette mens hun lo oppkavet. I lek med Hanna forsøkte jeg å matche hva jeg opplevde var den emosjonelle stemningen i det hun formidlet, og tillegge den tydelig mening med stemme, kroppsholdning og atferd. Med dette håpet jeg å gi Hannas emosjonelle uttrykk tilbake i en tydeligere, mer differensiert form. Hanna skapte situasjoner fylt av trusler og uforutsigbarhet, eksempelvis en situasjon hvor de små barna i familien ble jaget av Storesøster som lurte alle ved å kle seg ut som en stor og farlig bjørn. Uansett hvor barna forsøkte å gjemme seg fant Storesøster dem og barna måtte flykte. Barna var redde og skadet seg stadig. Hanna beskrev dette med en intens og hektisk glede, og lo høyt. Når Hannas affektive uttrykk var så tvetydige var det til tider vanskelig å vite hva hun forsøkte å uttrykke. Min naturlige respons var å forsøke å matche gleden og intensiteten, for å føle et slags samspill og en "tosomhet" i leken med Hanna. Men i stedet matchet jeg redselen, jeg uttrykte frykt med hele meg i det jeg spilte ut rollene jeg hadde fått tildelt i leken. Ettersom følelsen av håpløshet vokste i meg fikk jeg et enormt behov for å endre kurs i leken, å fjerne de vonde følelsene jeg antok Hanna kjente på, og skape trygghet og forutsigbarhet. Jeg forsøkte å tilføre elementer i leken som kunne være en form for redning for de redde barna, men alle mine forsøk på å bringe inn nye løsninger ble blankt avvist.

Innholdet i leken endret seg i løpet av terapiforløpet og fikk større innslag av varme, glede og omsorg. Hannas affektive uttrykk virket etter hvert ekte og ”på sin plass”; intonasjonen i stemmen og atferden hun utviste stemte mer overens med det emosjonelle innholdet i historien hun regisserte. Hanna fremstod som mer regulert både i atferd og affekt. Også den kontrollerende atferden og det høye intensitetsnivået avtok noe etter hvert som timene skred frem; den generelle kontrollen og kommanderingen ble avløst av tidvise, kortvarige utbrudd av kjeft og korrigering, mellom perioder av nært og mer jevnbyrdig samspill hvor jeg fikk mer handlingsrom. De siste timene bar mer preg av samlek, og jeg opplevde glede, varme og engasjement mellom oss; det var godt å være sammen med Hanna.

Samarbeid med familie og barnehage

Gjennom hele terapiforløpet samarbeidet jeg tett med Hannas foreldre og personalet i Hannas barnehage, og gjennom dette samarbeidet fikk jeg uvurderlig informasjon som kunne nyansere og tilføye mer til forståelsen av Hannas atferd. Flere ganger møtte jeg Hannas foreldre alene på klinikken for å samtale om Hannas vansker og deres forståelse av disse, samt dele tanker og vurderinger jeg selv hadde gjort meg etter møter med Hanna. Midtveis i individualterapien dro jeg på hjemmebesøk, og fikk møte hele familien. Hanna fremstod da som ganske annerledes enn hva hun hadde gjort i timene på klinikken. Hun var hele tiden svært opptatt av meg, ville vise meg tingene sine, leke med meg og være nær meg. Storebroren var ofte i nærheten, men deltok lite, han så ut til å observere det som foregikk. Stadig kom han med korrigerende kommentarer til Hanna av typen ”nei, ikke gjør sånn, Hanna”, ”Nei, Hanna”, ”gjør sånn, Hanna”. Hanna fremstod som glad og ganske energisk, og beveget seg mye frem og tilbake i stua. Mor forsøkte stadig å redusere

intensitetsnivået og korrigere atferd uten nevneverdig effekt. Ellers virket mor og Hannas forhold som nært og omsorgsfullt, Hanna tilbrakte mye tid på mors fang. Jeg opplevde en varm og omsorgsfull familie, men jeg satt også igjen med tanker om at Hanna mottok svært mye korrigerende og irettesettelse, både fra moren og storebroren. Den kontrollerende atferden hun vanligvis utspilte ovenfor meg i terapitimene var ikke å se, hun forsøkte på ingen måte direkte å påvirke min atferd, men hun ønsket tydelig oppmerksomhet og nærhet.

Flere samarbeidsmøter med Hannas foreldre og personalet i barnehagen ble arrangert hvor vi diskuterte hvordan Hannas vansker kunne forstås, og hvordan vi best kunne møte Hanna. Mor fortalte at de ofte måtte være tydelige og strenge med Hanna for at hun ikke skulle bli for voldsom, at de ofte gikk ekstra hardt ut, for så å slakke rammene. Det vanskelige med dette var at Hanna forstod at de var strengere mot henne enn de andre barna. Foreldrene handlet ut ifra forståelsen de hadde av Hanna og hva hun trengte. I møtene snakket vi om alternative måter å forstå Hannas atferd på. Hennes overaktivitet og distraherbarhet ble forsøkt forstått ut i fra et emosjonelt reguleringsperspektiv, og vi snakket om mulige måter å hjelpe til med Hannas utvikling av egen emosjonell regulering. Alle var enige om at Hanna mottok mye kjeft og irettesettelse uten særlig effekt. Vi diskuterte hvordan vi alle kunne forsøke å møte, romme og bekrefte opplevelse heller enn å prøve å korrigere og endre, og dermed unngå å avvise hennes emosjonelle opplevelse og frarøve henne muligheten til å forstå og regulere egen emosjonelle aktivitet. Med en ny forståelse av Hannas vansker kunne de viktigste voksenpersoner i Hannas liv konsistent møte henne på en ny måte.

Kliniske vurderinger

Måten jeg møtte Hanna på i lekerommet var preget av den forståelsen jeg hadde av Hannas verden og hennes vansker, og jeg var åpen for at denne forståelsen kunne endre seg ettersom jeg tilbragte tid med Hanna. Relasjonen og den affektive kommunikasjonen mellom meg og Hanna viste seg å bli en viktig rettesnor for forståelse og intervensjon.

Etter den første timen med individualterapi var jeg overveldet. Hanna utviste svært utagerende og uvøren atferd, atferd som antageligvis ikke ville ha blitt møtt med aksept noe annet sted. Følelser ble uttrykt med enorm intensitet, og med liten match mellom hva hun sa med ord og hva hun uttrykte med kropp, stemme og ansikt. Etter timen kjente jeg selv på et emosjonelt kaos hvor ingenting lot seg plassere. Jeg var på forhånd innstilt på å forsøke å ta imot og romme det Hanna gav meg av seg og sin emosjonalitet. I dette rommet skulle reglene være annerledes, Hanna skulle få erfaring med seg selv, ikke korrigeres. Som terapeut så jeg som min oppgave å møte affekt og forsøke å gi den mening, slik at Hanna kunne bli tydeligere for seg selv og oppleve å bli anerkjent for den hun er, med alt hun har å gi. Tanken var at Hanna trengte å føle aksept for sine følelsesuttrykk og få erfaring med de for å øke affektiv integrering og differensiering, men kanskje hadde hun i flere tilfeller også kunnet trengt å bli begrenset fordi hun ikke mestret å regulere seg selv. En ting er å få erfaring med egne følelser, noe helt annet er det å bli fullstendig overveldet i mangel på strategier for egenregulering og med det miste muligheten for følelsesmessig integrering og regulering.

Hannas lek var i begynnelsen svært dyster og preget av skremsel, håpløshet og uforutsigbarhet, og underveis kjente jeg på et stort behov for å tilføre noen positive elementer inn i leken. Mine forsøk på dette ble avvist, og dermed sluttet jeg å forsøke.

I ettertid undret jeg meg over hva det ville gjort med Hanna å få tilføyd nye elementer og ny affekt i leken. Ville jeg med det ha avvist hennes følelser? Avviste jeg hennes opplevelse bare ved å forsøke å endre historien hun formidlet? Var det mitt behov, ikke Hannas, å ta vekk de vonde følelsene?

I møte med Hanna fikk jeg erfaring med hvordan hun tok kontroll over sine omgivelser, inkludert meg. Jeg fikk behov for å protestere og gjenvinne kontrollen over meg selv, og jeg kjente et voksende sinne og en irritasjon overfor Hanna som jeg hadde vansker med å akseptere. Hvordan kunne jeg føle sinne overfor denne lille jenta på fem år? Mitt umiddelbare behov for å innta en ”voksenrolle” ovenfor Hanna, og forsøke å korrigere den kontrollerende atferden som ville blitt vurdert som høyst upassende i andre situasjoner, reflekterte kanskje i noen grad hva slags reaksjoner Hanna kunne fremkalle hos voksenpersonene i sin nærhet. Med en tanke om at korreksjon og begrensning fra min side antageligvis ville virke forsterkende på Hannas kontrollerende atferd, på samme måte som relasjonelle forhold i familien så ut til å virke forsterkende, lot jeg være å korrigere. Allikevel kjente jeg på et behov for å protestere, å ikke godta å bli behandlet på den måten. Jeg tenkte at slik måtte det være for Hanna også, og behovet hun virket å ha for selv å ta kontrollen over sine omgivelser virket ikke lenger så rart.

De plutselige affektive ”utbruddene” som var tilstede gjennom store deler av behandlingsforløpet virket å bli stadig mer rettet, og etter hvert oftest knyttet til mine forsøk på å begrense eller endre kursen i leken. Den etter hvert mer situasjonsspesifikke aktiveringen kan tyde på at Hanna gradvis begynte å utvikle egen evne til selvregulering. Med mer dempede affektive uttrykk opplevde jeg også at måten Hanna og jeg var sammen på endret seg. Selv om Hanna fremdeles hadde kontroll over sine omgivelser ved å hele tiden ha regien i lek, opplevde jeg å få mer

spillerom mot slutten av terapien. Hun lot meg sette mitt eget preg på leken. Etter hvert fikk også leken flere innslag av positive følelser, og disse ble uttrykt med større tydelighet. Kanskje virket det regulerende for henne at jeg lot henne ha kontrollen over meg og hendelsesforløpet i leken. Det er også rimelig å tenke at aktiveringen hun opplevde fikk større mening ved at den ble forsøkt benevnt og forstått, og at dette gjorde nedreguleringen av den indre aktiveringen lettere. Endringene jeg opplevde hos Hanna var små, men de var svært merkbare i samspillet, og denne endringen kan tyde på at noe nytt ble skapt i disse relasjonelle møtene som var annerledes enn relasjonelle møter i Hannas hverdag. Alle Hannas relasjonelle møter forandret seg, hos meg, med personalet i barnehagen, og med foreldrene hjemme. Også Hannas storebror ble så smått inkludert i tanken om at Hanna ikke alltid skulle begrenses. Alle forsøkte vi å møte henne på en annen måte for å støtte opp under Hannas emosjonelle utvikling. Kanskje gav den nye måten å møte henne på, den emosjonelle bekreftelsen, tilfredsstillelse av Hannas tilsynelatende umettelige behov for bekreftelse. Kanskje var Hannas behov for voksenkontakt, og kontrollen hun utøvde, nettopp et uttrykk for at hun trengte reguleringshjelp og hjelp til å forstå og håndtere egen aktivering. Å være sammen med Hanna de siste timene var noe ganske annet enn å være sammen henne i oppstarten av behandlingen. Generelt fremstod Hanna gjennom terapiforløpet som mer og mer samlet. Hun var fremdeles ei jente med høyt energinivå og et stort behov for å bli sett og bekreftet. Hun var tidvis impulsiv og kommanderende, og hun hadde av og til brå skifter i affekt, men endringen av atferd og uttrykk i terapiforløpet kunne antyde at endrede miljøbetingelser hadde positiv virkning på Hannas kapasitet til egen indre regulering.

Avslutningstime med foreldre

I avslutningssamtalen med Hannas foreldre ga jeg tilbakemelding fra individualterapien og beskrev hvordan jeg hadde opplevd at Hannas atferd hadde endret seg over terapiforløpet. Foreldrene fremstod som motiverte for å fortsette arbeidet de hadde påbegynt, ved å møte Hannas affekt og atferd heller enn å forsøke å endre den. På den måten kunne de tillate ”mer Hanna”, dette for at Hanna skulle få mer erfaring med seg selv og bli møtt for den hun er, og for å forsøke å endre mønsteret av kontroll og korreksjon som så ut til å bidra sterkt til Hannas kontrollerende og utfordrende atferd. De ønsket også å jobbe med storebroren som så ut til å ha tatt på seg en voksen, oppdragende rolle ovenfor Hanna, og vi diskuterte hvordan dette kunne gjøres uten selv å kontrollere og korrigere.

Ved utfylling av CBCL ved avslutning av behandling rapporterte personalet i barnehagen nedgang i oppmerksomhetsvansker, men skåren lå fremdeles innenfor grenseområdet. Far rapporterte nedgang i emosjonell reaktivitet fra klinisk område til normalområdet. Alle andre variabler lå innenfor normalområdet.

Hannas foreldre fortalte ved avslutning at de ikke forventet at Hanna skulle bli like rolig som sin storebror, men de ønsket at det skulle bli litt mindre ”kaos”, og mindre negative konsekvenser for Hanna, som sosial avvisning, vanskelig skolesituasjon, og dårlig selvbilde. En oppfølgingssamtale ble satt opp ti uker etter avsluttet behandling.

Ti uker senere - fortsatt positiv utvikling

Ved oppfølgingssamtale fortalte mor og far om stor fremgang etter avsluttet behandling; de opplevde Hanna som roligere, mer fokusert og lettere å samhandle med. Tilbakemeldinger de hadde fått fra foreldre av Hannas venner, samt ansatte i

barnehagen, bekreftet dette. De fortalte at de nå hadde en annen innstilling til Hanna, og far bemerket nettopp at han følte det mest verdifulle han hadde fått ut av terapien var at han så Hanna på en litt annen måte enn tidligere. Fremdeles var Hanna ei aktiv jente, men de uttrykte at de for det meste fikk til å møte henne på en mer hensiktsmessig måte, og opplevde at det å ”tillate mer Hanna” gjorde henne roligere.

DISKUSJON

Mange barn som kommer i terapi har emosjonelle reguleringsvansker (Helsedirektoratet, 2010), og menneskers søken etter affektiv synkronisering og gjensidig regulering kan gjøre barnets relasjonelle møter utfordrende; i barnets hverdag og i terapirommet. Om endringspotensialet ikke ligger i hva som sies til pasienten, men hvordan en er sammen med pasienten (Shore & Shore, 2007), blir den affektive kommunikasjonen i samspillet mellom barnet og terapeuten spesielt viktig. Problemstillingen for denne oppgaven er ”Hvordan kan den affektive kommunikasjonen i samspillet mellom barn og terapeut bidra til forståelse av symptomer og utforming av behandling?”, og denne vil i det følgende bli diskutert. Det blir da også nødvendig å ta stilling til hvordan en forstår forholdet mellom symptomforståelse og behandling. Er utarbeiding av symptomforståelse og intervensjon to distinkte faser i terapi? Hvor går grensen mellom bruk av affektiv kommunikasjon som informasjon og intervensjon? Når affektiv kommunikasjon, intersubjektiv deling av opplevelse og samspill blir viktig for forståelse av barnet, kan det skilles fra hva vi kaller behandling? Er symptomforståelse i denne sammenheng behandling? Disse spørsmålene vil bli tatt opp i diskusjonen.

Affektiv kommunikasjon som informasjon og intervensjon

Gjennom affektive uttrykk kan barnet formidle sine opplevelser, og via affektiv utveksling og synkronisering med en emosjonelt tilgjengelig annen kan denne få en opplevelse av hvordan barnet har det (Hart & Kæreby, 2009; Shore & Shore, 2008). Gjennom å dele og være sammen i affektive opplevelser kan barnet få utvidet reguleringskapasitet (Tronick, 1998), følelser blir mer meningsfulle og mer håndterbare (Eide-Midtsand, 2002a, 2002c), og slik kan barnet få hjelp til å integrere egne opplevelser. Med økt dyadisk reguleringserfaring fasiliteres modningen av barnets nervesystem slik at barnet utvikler egen reguleringskapasitet (Coplan et al. 1996; Fonagy & Target, 2002; Gerhardt, 2004; Shuder & Lyons-Ruth, 2007; Sroufe, 1995). For at følelser skal kunne deles og reguleres i møte med en annen er det å kunne formidle egen emosjonell tilstand, og den andres evne til å fange opp dette, en forutsetning. Barn som har vansker med emosjonell differensiering og regulering vil kunne ha diffuse eller tvetydige affektive uttrykk, og følelsesopplevelsen og følelsesuttrykket kan virke uforståelig både for barnet selv og de som er i barnets nærhet. Kanskje blir, paradoksalt nok, den affektive kommunikasjonen i møte med nettopp disse barna spesielt viktig. Det krever en terapeut som er villig til å ta i bruk og lytte til sitt eget følelsesregister. Ved å indusere følelser i den voksne kan barnet indirekte gi uttrykk for og dele følelser det selv ikke mestrer (Eide-Midtsand, 2002b), og således kan induktiv formidling være en form for emosjonell regulering når andre reguleringsmekanismer svikter eller er dårlig utviklet. Affektiv kommunikasjon via induktiv formidling, og dermed *opplevelsene* terapeuten har i samspill med barnet, kan da være en mulighet for å få innblikk i barnets verden. Terapeutens egne kroppsbaserte intuitive responser på barnets affektive kommunikasjon kan bli en viktig informasjonskanal.

I møte med Hannas kontrollerende atferd vektet sterke følelser i meg, følelser av tristhet og irritasjon, av å bli dårlig behandlet. Jeg fikk et enormt behov for å hevde meg, sette opp grenser og selv ta kontroll over situasjonen. Hvordan bør en som terapeut forholde seg til følelsene som vekkes? I dette behandlingsforløpet opplevde jeg at mine egne følelsesopplevelser i samspillet med Hanna fikk stor betydning for min forståelse av henne, og dermed preget min måte å møte henne på. Jeg antok at følelsene jeg kjente på kunne fortelle meg noe om hvordan andre kunne oppleve Hanna, hva slags reaksjoner hun kunne fremkalle, men viktigst av alt; jeg opplevde at Hanna ved å indusere følelser i meg gav meg et innblikk i sin verden. Ikke som et bevisst valg, men med et behov for å dele sin opplevelse og gjøre den mer forståelig og mer håndterbar. Og kanskje var dette den eneste måten hun hadde å formidle seg på. Jeg fikk kjenne på kroppen hvordan det var å være Hanna; hun uttrykte sinne og utøvde stor grad av kontroll som hemmet mine handlingsvalg, regulerte min aktivitet, og gav meg et sterkt behov for å protestere, og en følelse av tristhet jeg i begynnelsen hadde vanskeligheter med å forstå. Etter samtaler med Hannas foreldre og barnehagepersonalet gav følelsene mer og mer mening. For kanskje var følelsene av tristhet, frustrasjon og irritasjon jeg kjente på i møte med Hanna nettopp Hannas følelser. Ved å være nysgjerrig på hva Hannas atferd og følelsene som vektet hos meg kunne fortelle meg om Hanna og hennes situasjon kunne jeg forsøke å hemme den naturlige responsen og reagere på en annen måte; jeg kunne tåle å ta imot det hun hadde å gi, jeg kunne stå i kaoset lengre, uten å begrense og korrigere.

Å møte, ta imot og romme, eller begrense og regulere?

I terapien med Hanna ble fokuset å møte affekt, å ta imot og romme, for at Hanna selv skulle kunne få erfaring med egen ”kraft”, og på den måten støtte følelsesmessig

differensiering og regulering. Med et utviklingsperspektiv på psykoterapeutisk behandling må følelser få plass og aksepteres for å gjøres forståelige og håndterlige. Men hvor går grensen? Når bør den voksne med større reguleringskapasitet gå aktivt inn for å begrense og regulere barnet? Stadig overveldelse kan gjøre at barnets stressystem utvikles til å bli mer sensitivt (Coplan et al., 2002; Gerhardt, 2004). Ved forhøyet aktivering vil all oppmerksomhet vies til nettopp den indre kroppslige aktiveringen; emosjonell differensiering og forståelse vanskeliggjøres (Jacobsen, 2010), og informasjonen den følelsesmessige opplevelsen er ment å gi får ingen plass. I begynnelse av terapien valgte jeg å ta i mot og romme, benevne og bekrefte det jeg forstod som Hannas følelsesuttrykk, for å gjøre disse tydeligere, mer forståelige, og mer håndterbare for Hanna selv. Etter hvert som den affektive intensiteten økte til ubehagelige høyder var jeg redd det skulle bli for mye for Hanna. Det opplevdes som mye for meg, og jeg valgte etter hvert å yte motstand mot kontrollen hun utøvde, ved å uttrykke eget ubehag og benevne egne grenser, som et forsøk på å hjelpe henne og regulere seg, men også som en respons på frustrasjonen og ubehaget som bare økte i meg etter som Hanna fortsatte å kjefte, korrigere og kontrollere. Hanna reagerte med å eskalere ytterligere til hun til slutt skrek av full hals. Ganske eksplisitt kommuniserte hun at det jeg gjorde var galt. Jeg tok ikke del i opplevelsen hennes, jeg tok ikke imot følelsene hun forsøkte å dele med meg, tvert i mot, så gjorde jeg det alle andre voksenpersoner gjorde i møte med Hannas ”kraft”. Hun var ikke klar for å bli regulert. Dette ble også tydelig da jeg forsøkte å bringe positive og trygge elementer inn i den ellers så skremmende lekeverden hun skapte. Hun avviste alle forsøk. Igjen tok jeg ikke imot det hun hadde å gi. Signaliserte jeg med dette at jeg ikke kunne tåle hennes opplevelser? At de faktisk ikke var håndterbare, heller ikke for meg? Hanna fikk fortsette å ha kontrollen, jeg sluttet å forsøke å bringe nye elementer inn i leken,

og jeg fortsatte å forsøke å ta imot, benevne og bekrefte følelsene hun uttrykte. Vi begynte å tegne sammen, og Hanna fikk beholde regien. I flere timer tegnet jeg i blinde etter hennes instruks, og dette ble etter hvert en aktivitet preget av engasjement og iver. Jeg lot meg kontrollere og beskrev høyt hvordan det var vanskelig å tegne i blinde, at jeg ikke visste hva jeg holdt på med, og at det var ekkelt å ikke ha kontroll. Hanna lurte meg ofte ved å si at jeg valgte riktig farge, mens jeg egentlig tegnet med feil. Hun lo høyt og frydefullt, og jeg lo med, men uttrykte frustrasjon over å bli lurert til stadighet. Ettersom tiden gikk fikk jeg mer handlingsrom. Hun fulgte ivrig med mens jeg tegnet, og hjalp meg villig når jeg stod fast. Hun begynte å vise omsorg og hun kom ikke lenger med nedsettende kommentarer. Kanskje opplevde hun at jeg forstod hvordan hun hadde det, at jeg tok del i hennes opplevelse, ved at jeg lot meg kontrollere og styre. Kanskje ga følelsene hun bar på mer mening, når jeg uttrykte og satte ord på mine følelser med stor tydelighet, og kanskje ble følelsene da mer håndterbare. Hanna ble roligere, de affektive ”utbruddene” ble færre og stadig mer kortvarige. Den siste timen spurte hun om jeg kunne tegne i kalenderruten hennes. Den aller siste ruten. Det følte som en betydningsfull vending; tegning i kalenderruten var inntil nå konsekvent benyttet på en måte som gav henne kontroll og gjorde meg uvitende. Hun tegnet alltid slik at jeg ikke skulle se, og jeg klarte aldri å gjette riktig. Men den siste gangen gav hun meg all kontroll. På dette tidspunktet tok hun også mine forsøk på begrensning uten store vansker, men jeg opplevde også at jeg ikke trengte å begrense henne like mye. Hanna klarte å regulere seg selv. Hun var ikke lenger like aktivert, og kanskje gav aktivering mer mening slik at hun ikke lenger trengte å inducere følelser i meg for å gjøre de håndterbare.

Jeg gikk inn i behandlingsløpet med en tanke om å ta imot, men jeg ble etter hvert redd for at kaoset skulle ta overhånd og gjøre vondt verre for Hannas

reguleringskapasitet. Dette vil antageligvis være et dilemma en ofte støter på, særlig i møte med barn med emosjonelle reguleringsvansker. Det terapeutiske møtet skal være noe annerledes, og kanskje vil terapirommets rammer, som ofte antageligvis er friere enn hva barnet er vant til, gjøre egenregulering vanskeligere for mange. I terapien med Hanna ryddet jeg rommet før hver time, og fjernet noen av lekene, de samme lekene hver gang, slik at Hanna ikke skulle ha alt for mange stimulerende leker å forholde seg til. Jeg var nøye på å overholde det som absolutt ikke var tillatt, eksempelvis det å ødelegge leker eller være fysisk aggressiv overfor meg. Denne ytre reguleringen tok jeg ansvaret for, med en tanke om at det skulle hjelpe Hanna å regulere seg selv noe. Utover dette var det meste tillatt. Hvor går så grensen? Hvor lenge kan hva en som terapeut kanskje opplever som kaos være produktivt? Hvordan kan en vite når det å stå i og ta imot er skadelig, og når det er helt nødvendig? Eide-Midsand (2002a) beskriver *"hvordan terapi er noe unikt, en verden for seg – med sine egne innfallsvinkler, sine egne rammebetingelser, sin egen virkelighet"* (side 602). Han sier videre at en må lytte seg frem til hva barnet selv opplever som det riktige neste skritt. I det ligger det at det ikke finnes noen på forhånd bestemt fasit for hvordan en skal møte barnet i terapi. Den affektive kommunikasjonen i samspillet med barnet vil kunne være av uvurderlig betydning for å få en forståelse av hva det aktuelle barnet trenger. Som terapeut må en være villig til å lytte til sine egne følelser og barnets affektive gjensvar til følelsene en selv uttrykker.

Hva barnet formidler gjennom mer eller mindre tydelige affektive uttrykk, og hva barnet formidler gjennom induksjon, vil ikke alltid være like lett å forstå. En intersubjektiv deling av affekt vil nettopp være et møte mellom to sinn, og som terapeut er en ingen tom container som kun tar i mot det barnet formidler og således kan vurdere dette objektivt. Terapeuten vil nødvendigvis ta med seg egne følelser og

erfaringer, og i møte med barnet må en også tørre å være nysgjerrig på hva en selv skaper i det affektive møtet. Når det gjelder dilemmaet å ta imot og romme versus å begrense og regulere blir det da viktig å stille seg følgende spørsmål; hvem sitt behov er det å begrense? I møte med Hannas destruktivitet og uttrykk for håpløshet fikk jeg et intenst behov for å endre kursen i leken, å bringe inn noe trygt og forutsigbart. Hanna avviste mine forsøk umiddelbart. Hvem sitt behov var det å ta vekk de vonde følelsene? Handlet dette om min egen toleranse for disse følelsene? Stern (2003) beskriver hvordan det å inngå i en intersubjektiv deling av affekt krever at en deltar i den andres pågående subjektive erfaring uten å forsøke å endre eller påvirke tilstanden den andre er i. Dette innebærer å tolerere forvirring, angst og uro, og å kunne stå i det og vise at det er tålelig, og terapeutens aksept for egne følelser vil nødvendigvis være av betydning for kapasiteten til å ta imot og dele følelser med barnet.

Symptomlette og symptomforståelse – to sider av samme sak?

Av og til, om symptomtrykket er stort, vil rask symptomlette være helt nødvendig (Jacobsen & Svendsen, 2010), og en kan tenke seg at symptomlette alene kan ha en rekke positive konsekvenser, også uten å etterstrebe forståelse av symptomene og symptomenes funksjon for individet, ved at en kan redusere negative ringvirkninger. Eksempelvis kan en tenke seg at et barn med symptomer på depresjon ville ha fått det mye bedre om de depressive symptomene ble redusert, uavhengig av hva de depressive symptomene kom av. Kanskje ville dette barnet i større grad oppsøke aktivitet og oppleve glede i møte med jevnaldrende, fremfor å isolere seg og oppleve ytterligere følelse av tristhet, tomhet og håpløshet. Men kanskje ville det deprimerte barnet fremdeles oppleve vansker i hverdagen, og kanskje ville de depressive

symptomene dukket opp igjen. Likeledes kan en tenke seg et barn med AD/HD som fikk medikamentell behandling. Når symptomene reduseres vil livet rimeligvis kunne bli enklere å mestre, på skolen og i møte med jevnaldrende og familie, ved at oppmerksomheten og konsentrasjonen er bedre og den indre uroen mindre. Men kanskje hadde det urolige, uoppmerksomme barnet store emosjonelle reguleringsvansker som ikke kunne tilskrives en AD/HD-diagnose. Hva ville så ha skjedd? Med utgangspunkt i Hannas historie, kan en se for seg at en alternativ behandlingstilnærming kunne vært rettet mot symptomreduksjon og atferdskorreksjon, kanskje ved hjelp av medikamentell behandling, foreldreveiledning og tilrettelegging i barnehage/skole. Og antageligvis ville dette ha kunnet gitt positive resultater i form av symptomreduksjon og bedre sosial tilpasning. Men med en slik tilnærming ville ingenting ha blitt gjort med de grunnleggende vanskene. En AD/HD-behandling tar heller ikke sikte på å gjøre noe med grunnlidelsen, fordi vi per nå ikke har noen enhetlig forståelse av hva som forårsaker AD/HD. Behandling er derfor nødvendigvis rettet mot symptomreduksjon (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005), og er med det antageligvis den beste tilnærmingen vi har til AD/HD. Men om symptomene forklares bedre av noen annet enn AD/HD, vil en annen behandling kunne være bedre. Hanna ville, med behandling rettet mot symptomreduksjon alene uten fokus på hva symptomene representerer, kunnet ha tilegnet seg strategier for inhibering av egen aktivering, eller inhibering av uttrykket av aktiveringen. Med det ville hun fremstått som mer regulert og bedre tilpasset, men informasjonen aktiveringen var ment å gi ville antageligvis ha gått tapt. Hanna ville kunnet blitt et ytre regulert barn med dårlig utviklet emosjonell differensiering og forståelse av eget følelsesliv.

Hvordan en tenker om symptomer vil være av betydning for hvordan en tilnærmer seg behandling, men sjelden vil en velge mellom å etterstrebe

symptomreduksjon eller symptomforståelse; gjennom behandling ønsker vi å redusere symptomer, og all behandling vil, eller i det minste bør, utformes på bakgrunn av forståelsen en har av symptomene og hva de kommer av. En mer kognitivt orientert tilnærming til terapi og bruk av behandlingsmanualer hvor de psykoterapeutiske intervensjonene avgjøres på bakgrunn av diagnosen som er stilt vil også ta utgangspunkt i hva en tenker forårsaker og/eller opprettholder symptomene. Men slike manualer er oftest utformet på bakgrunn av en generell symptomforståelse som individuelt tilpasses, eksempelvis hvordan negative automatiske tanker kan skape depresjonssymptomer (Stark et al., 2006) eller hvordan feilaktig persepsjon av og tanker om trusler og frustrasjoner kan bidra til aggressivetsproblematikk (Nelson III, Finch, & Cash Chee, 2006). Men hva om det som tolkes som depresjonssymptomene representerer noe annet for Lise enn for Peder? Hva om sinnet hos Lasse kommer av noe helt annet enn sinnet hos Emma? Det er rimelig å anta at disse barna kunne profitert på symptomreduksjon, og at symptomene ville ha blitt redusert også med behandling basert på en generell symptomforståelse. Det er imidlertid også rimelig å tro at de ulike barna hadde profitert bedre på en behandling basert på symptomforståelsen for det individuelle barnet. Affektiv kommunikasjon mellom barnet og terapeuten kan være et nyttig ”verktøy” i søken etter forståelsen av hva symptomene representerer hos det enkelte barn og utforming og utførelse av behandling. Kan man da, for å vende tilbake til spørsmålene stilt i begynnelsen av denne diskusjonen, med fokus på affektiv kommunikasjon forstå symptomforståelse og intervensjon rettet mot symptomreduksjon som to sider av samme sak? Basert på oppgavens teoretiske rammeverk og kasuspresentasjon vil jeg hevde at det kan være nyttig å tenke om affektiv kommunikasjon i terapi både som verktøy for symptomforståelse og intervensjon for symptomreduksjon. Når terapeuten inngår i et

intersubjektivt opplevelsesfellesskap med barnet, i søken etter å forstå hvordan dette barnet har det, vil barnet få et emosjonelt gjensvar og bli tydeligere for seg selv. Følelser gis plass og mening, erfaringer og opplevelser kan emosjonelt forstås og integreres, og toleransen for og evnen til å regulere emosjonell aktivisering blir større. Slik det blir beskrevet her vil hvordan den affektive kommunikasjonen preger forståelsen en har av barnet og måten en med det velger å møte barnet (e.g. ta imot og romme affektive uttrykk, benevne og forstørre) være uløselig knyttet til hverandre, også i tid. Utredning og behandling blir ikke to distinkte, tidsavgrensede faser; terapeuten inngår i et affektivt, intersubjektivt fellesskap i søken etter å forstå barnets vansker og møter det ut i fra den pågående opplevde forståelsen av barnet og hva barnet trenger. Når terapeuten handler på en bestemt måte, vil barnet umiddelbart gi et affektivt gjensvar. Muligens et uregulert, forvirrende og fordekt gjensvar, men like fullt et gjensvar, som affektivt må tas imot for å forstås, og kanskje kan dette gjensvaret fortelle noe om hvorvidt ens hypoteser om barnet kan stemme, og om det er akkurat slik barnet trenger å bli møtt. Men det krever en affektivt lyttende terapeut.

Nytte og begrensninger ved bruk av affektiv kommunikasjon som verktøy i terapi

Om affektiv kommunikasjon i møtet mellom barnet og terapeuten kan forstås som et verktøy for forståelse og intervensjon, vil denne være tilstrekkelig for å redusere symptomer og få barnet inn på rett utviklingsspor? Når vil annen type intervensjon være nødvendig? Vil for eksempel et barn med spesifikke fobier eller separasjonsangst kunne bli mindre engstelig ved at følelser blir møtt, tatt imot, benevnt og akseptert? Vil et barn med sosiale vansker kunne utvikle evnen til å danne og opprettholde gode relasjoner? Kanskje, om vanskene bunner i et mer generelt reguleringsproblem, men kanskje trenger det engstelige barnet også gradvis

eksponering for det hun frykter for å få toleranse for og redusere angstreaksjonen, og kanskje trenger barnet med sosiale vansker å få trene på sosiale ferdigheter fordi han tidligere aldri har tilegnet seg disse. Men antageligvis vil den affektive kommunikasjonen være av uvurderlig nytte uavhengig av problematikk og teoretisk tilnærming. Dette gjelder både for terapeuten som ønsker å forstå barnets vansker, og for barnet som i møte med en emosjonelt tilgjengelig terapeut kan formidle egne opplevelser på den måten som barnet mestrer, og oppleve at disse blir tatt imot, tolerert og representert i en annens sinn. Slik kan barnet utvikle egen forståelse av og toleranse for egen emosjonell aktivering og oppleve at det som kanskje tidligere var udelelig og uhåndterbart kan deles og håndteres.

Å benytte seg av barnets omsorgspersoner og øvrige arenaer

I psykoterapeutisk arbeid med barn er ofte en like stor andel av behandlingen rettet mot barnets omsorgspersoner og personer i barnets hverdag som personalet i barnets barnehage/skole. Hva slags samarbeid en kan få til med barnets nettverk vil ha stor betydning, og i noen tilfeller kanskje være helt avgjørende, for utfallet av behandlingen med barnet. Hannas foreldre var inkludert i hele behandlingsprosessen, og de tok aktivt del i den. Mye tid og krefter ble viet til å følge opp terapien, ved å møte opp på individuelle samtaler med meg, delta på samarbeidsmøter med barnehagen, og hver dag forsøke å møte Hannas sterke affektive uttrykk; ta imot og romme, benevne og akseptere det Hanna hadde å gi. De ønsket å forstå datteren sin, og de var villige til å endre sin forståelse av henne og deres måte å møte henne på for å kunne hjelpe henne. Og deres forståelse av Hanna endret seg; fra å forstå hennes vansker som noe i Hanna, så de nå hennes vansker som noe som oppstod i møte med Hanna. Også barnehagen, med sin travle hverdag og mange barn med ulike behov å ta

hensyn til, ønsket å bidra. De forsøkte på lik linje med foreldrene å skape gode affektive møter med Hanna, å ta i mot heller enn å begrense. Timene i terapirrommet var høyst sannsynlig svært viktig tid for Hanna, men uten foreldre og barnehage som støttespillere utenfor terapitimene, ville endringen vi så hos Hanna over disse ukene antageligvis ikke funnet sted, i alle fall ikke i samme grad. Ikke alle barn har muligheten til å bringe disse ressursene med seg inn i terapiprosessen. Ikke alle foreldre har tid og kapasitet til å følge opp like mye, og kanskje ser ikke alltid foreldrene barnas behov for hjelp eller er uenig i hva slags hjelp barnet trenger. Kanskje ønsker ikke foreldrene å være inkludert i prosessen, eller kanskje barnet ikke lever i en stabil nok omsorgssituasjon hvor dette er mulig, og det er nettopp omsorgssituasjonen en først må jobbe med. Å ha barnas viktige voksenpersoner med på ”laget” er av uvurderlig betydning, og når et barn kommer i terapi må en finne ut av hva slags ressurser barnet har i sine nære relasjoner og hvordan de best kan benyttes, for sammen å forstå barnet og barnets vansker, og for å kunne gi barnet best mulig hjelp.

KONKLUSJON

Kunnskap om barns utvikling gir retningslinjer for terapeutisk fokus og ideer til terapeutisk utforskning, men denne kunnskapen må ikke betraktes som lovmessigheter som gjør de samme intervensjonene riktige for ethvert barn (Mæhle, 2000, 2001). Denne oppgaven har tatt for seg hvordan affektiv kommunikasjon i samspillet mellom barnet og terapeuten kan bidra i forståelsen og behandlingen av det individuelle barnets vansker, og den har vært spesielt rettet mot behandling av barn med mangelfull emosjonell utvikling og reguleringsvansker som gir utslag i

symptomer som uro, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker. Behandlingsforløpet med Hanna, ei fem år gammel jente, ble benyttet for å belyse dette. Hannas symptomer; uro, hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og sterke og motstridende affektive uttrykk ble forstått som udifferensierte og uregulerte følelser. Atferden Hanna utviste; den kontrollerende atferden, de sterke affektive utbruddene, de raske aktivitetsbruddene og den lite sensitive relasjonelle orienteringen, ble forstått som den måten Hanna mestret å være i verden på, som et forsøk på å ta kontroll over tilværelsen og egen indre aktivering med de mulighetene hun hadde. Terapiprosessen ble en prosess hvor terapeuten forsøkte å differensiere følelser gjennom å benevne affekt og forstørre Hannas uttrykk. I lek deltok terapeuten i de følelsesmessige opplevelsene sammen med henne, lot seg bevege og påvirke, og ga tilbake den emosjonelle opplevelsen ved å benevne, undre seg, utforske og forstørre. Gjennom gjensidig affektiv utveksling fikk Hanna erfaring med egen emosjonalitet og muligheten til å trene på og mestre regulering av egen aktivering. Behandlingsforløpet ble utformet på bakgrunn av den til enhver tid gjeldende forståelsen av Hannas vansker, og den affektive kommunikasjonen mellom Hanna og terapeuten ble viktig for forståelse av symptomer og utforming av behandling.

Studier av leketerapi med barn viser til god effekt og symptomreduksjon på tvers av problematikk. Denne effekten kan skyldes mange ulike variabler (jf. kapittel ”Endringsmekanismer i psykoterapi med barn”), og denne kasusstudien viser hvordan variabler som delt opplevelse i lek, gjensidig affektiv utveksling, bekreftelse, intersubjektiv relatering og dyadisk regulering, i tillegg til å være verdifulle ”verktøy” for terapeuten for å forstå det individuelle barnets vansker, kan være potensielle kilder til mye av endringen vi ser i terapi. Flere studier trengs imidlertid for å kunne skille ulike elementer i denne formen for terapi fra hverandre, for å kunne si noe om i

hvilken grad den affektive kommunikasjonen mellom barnet og terapeuten er en medierende faktor for behandlingsresultatet, og for å finne ut av for hvilke barn og hva slags type problematikk denne tilnærmingen til behandling er spesielt viktig. Ny kunnskap på dette området vil også kunne bidra til å si noe om hvorvidt eksisterende behandlingsmetoder og tilnærminger kan dra nytte av å i større grad fokusere på den affektive kommunikasjonen i samhandling med barnet, både fra et utrednings- og et behandlingsperspektiv. Forhåpentligvis kan denne kasusstudien bidra til å stimulere til slik forskning. I møte med andre mennesker, være seg i eller utenfor terapirommet, preges vi emosjonelt. Vi inngår i en gjensidig affektiv utveksling og reguleres av hverandre. Spørsmålet vil derfor aldri være hvorvidt vi ”benytter” affektive kommunikasjonen i terapi eller ikke, men heller hva slags verdi vi tillegger denne formen for kommunikasjon, og hvordan vi velger å forholde oss til den.

REFERANSELISTE

Amlund, E. (2008). Forståelsen av depriverte pasienter gjennom dyp empati.

Tidsskrift for norsk psykologforening, 45, 949-957.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Belin, P., Zatorre, R. J., & Ahad, P. (2002). Human temporal-lobe response to vocal sounds. *Cognitive Brain Research, 13, 17-26.*

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36, 376-390.*

Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development, 75, 377-394.*

- Coplan, J.D., Andrews, M. W., Owens, M. J., Friedman, S., Gorman, J. M., & Nemeroff, C. B. (1996). Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 93, 1619-1623.
- Eide-Midtsand, N. (2002a). Den barneterapeutiske dialogen: I. Formidling gjennom handling og tilrettelegging. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 39, 595-603.
- Eide-Midtsand, N. (2002b). Den barneterapeutiske dialogen: II. Induktiv formidling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 39, 707-714.
- Eide-Midtsand, N. (2002c). Den barneterapeutiske dialogen: III. Formidling gjennom symbollek og induktivt drama. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 39, 806-814.
- Eide-Midtsand, N. (2007). Boltrelek og lekeslåsing: I. Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44, 1459-1466.
- Eide-Midtsand, N. (2010). Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponssystem. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, 1098-1102.

Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development, 75*, 334-339.

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal, 50*, 25-32.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*, 307-335.

Fonagy, P., & Target, M. (2006). Tidlig indsats og udviklingen af selvregulering. I Sørensen, J. H. (Red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. (s. 166-185). Hans Reitzels forlag.

Gallese, V. (2003). The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology, 36*, 171-180.

Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Hove, East Sussex; New York: Brunner-Routledge.

Grolnick, W. S., McMenemy, J. M., & Kurowski, C. O. (2006). Emotional self-regulation in infancy and toddlerhood. I Balter, L., & Tamis-LeMonda, C. S. (Red.), *Child Psychology. A Handbook of Contemporary Issues*. (s.3-25). New York: Psychology Press.

Haavind, H. (1996). Leken som virkemiddel i psykoterapi med barn. I Reichelt S. &

Haavind, H. (Red.), *Aktiv psykoterapi*. (s 245-280). Oslo: Gyldendal.

Hansen, B. R. (1994). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn.

Implikasjoner fra nyere spedbarnsforskning. I Kjær, M. &

Moe, E. (Red.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn*. (s. 79-96). Oslo: Nic

Waals insititutt.

Hansen, B. R. (2002). Møtet med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et

intersubjektivt perspektiv. I Rønnestad, M. H. & Lippe, A. L. v.d. (Red.), *Det kliniske intervjuet*. (s. 185-216). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hart, S., & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix*, 3, 289-291.

Haugsvik, M., & Johns, U. T. (2006). Betydningen av felles fokus i

tidsavgrenset psykoterapi med barn: En kvalitativ studie av psykoterapi med barn som opplever vanskelige familieforhold. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 19-29.

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo.

Helsedirektoratet (2010). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009.

Norsk pasientregister. Oslo.

ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. (1999). Oslo: Universitetsforlaget.

Jackson, P., Brunet, E., Metzoff, A., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, 44, 752-761.

Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge.* (s. 25-40) Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge.* Bergen: Fagbokforlaget.

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner.* Oslo: Gyldendal akademisk.

- Malatesta-Magani, C. (1991). Emotional socialization: It's role in personality and developmental psychopathology I Cicchetti D. & Toth S. L. (Red.), *Internalizing and externalizing expression of dysfunction*. (Vol. 2 Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, s. 203-224): Routledge.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency medicine journal*, 20, 54-60.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L., (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Moe, V. (1996). Selvutvikling og det affective samspillet. I Kjær, M. (Red.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn*. (s. 21-47). Oslo: Kommuneforlaget.
- Mæhle, M. (2000). Bruk av barnespesifikk kunnskap i familietarpi I. *Fokus*, 1, 19-37.
- Mæhle, M. (2001). Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi II. *Fokus*, 29, 3-21.

- Nakamura, K., Kawashima, R., Ito, K., Sugiura, M., Kato, T., Nakamura, A., et al. (1999). Activation of the Right Inferior Frontal Cortex During Assessment of Facial Emotion. *Journal of Neurophysiology*, 82, 1610-1614.
- Nelson III, W. M., Finch, A. J., & Cash Ghee, A. (2006). Anger Management with Children and Adolescents: Cognitive-Behavioral Therapy. I Kendall P. C. (Red.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. (s. 114-165). New York: The Guilford Press.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 353, 1915-1927.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. I Damon, W., & Eisenberg, N. (Red.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personal development*. (s. 105-175). New York: Wiley.
- Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Sameroff, A. J. (2009). The Transactional Model. I Sameroff, A. J. (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. (s. 3-21). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I Zeanah, C. H. (Red.), *Handbook of infant mental health*. (s. 3-19). New York: Guilford press.
- Saarni, C., Mumme, D. L., Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. I Damon, W., & Eisenberg, N. (Red.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personal development*. (s. 237- 309). New York: Wiley.
- Schaefer, C. E. (1993). What Is Play and Why Is It Therapeutic? I Shaefer, C. E. (Red.) *The therapeutic powers of play*. (s. 1-15). London: Jason Aronson Inc.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Shore, A. (2006). Kommunikasjon mellom forældre og spædbarn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udviklingen. I Sørensen, J. H. (Red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. (s. 166-185). Hans Reitzels forlag.
- Shore, J. R., & Shore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 26, 9-20.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD.*

Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. Oslo.

Sroufe, A. L., Schork, E., Motti, F., Lawroski, N., & LaFreniere,

P. (1988). The role of affect in social competence. I Izard, C. E., Kagan, J. & Zajonc, R. B. (Red.), *Emotions, cognition, and behavior.* (s. 289-319). CUP Archive.

Shuder, M. R., & Lyon-Ruth, K. (2007). "Hidden Trauma" in Infancy. Attachment,

Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System. I

Osofsky, J. D. (Red.), *Young children and trauma. Intervention and treatment.* (s. 69-104). New York: The Guilford Press.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional*

life in the early years. Cambridge; New York: Cambridge University Press.

Stark, K. D., Hargrave, J., Saner, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., et al.

(2006). Treatment of Childhood Depression: The ACTION Treatment

Program. I Kendall P. C. (Red.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-Behavioral Procedures.* (s. 169-216). New York: The Guilford Press.

Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden.* Oslo: Gyldendal

akademisk.

- Svendsen, B. (2007a). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene*. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Svendsen, B. (2007b) Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I Haavind H. & Øvereide, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og forståelse*. (s. 294-327). Oslo: Gyldendal.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge*. (s. 41-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotion and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.
- Wender, E. H. (2002). Editorial: Attention-deficit/hyperactivity disorder: Is it common? Is it overtreated? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 209-210.