

” Den idylliserende familien”
- En strukturering av foreldrenes forståelse av guttens uttrykk

Av: Katrine Trongkleiv
Stud. Psychol.

Hovedoppgave
Trondheim, høsten 2014
Psykologisk Institutt

Hovedveileder: Karl Jacobsen

Forord

Det er flere som har bidratt til fullførelsen av denne oppgaven og de fortjener alle en stor takk, da denne oppgaven ikke ville eksistert slik den er uten deres veiledning og støtte. Først og fremst en kjempetakk til min kunnskapsrike veileder Karl Jacobsen for tilbakemeldinger, innspill, inspirasjon og god humor gjennom denne perioden. Jeg vil også takke Katrin Glatz Brubakk for god veiledning i den terapeutiske prosessen som ledet frem til oppgaven, Birgit Svendsen for faglige innspill, og venner og familie for korrekturlesning og generell godhet.

Innhold

Sammendrag	4
Innledning	5
Mål for oppgaven og forskningsspørsmål.....	8
Emosjoner og emosjonell utvikling	9
Emosjonsregulering.....	10
Affektive samspill som grunnlag for utvikling.....	10
Fra ytre til indre regulering.....	13
Temperament.....	14
Det neurobiologiske grunnlaget for emosjoner og emosjonsregulering	16
MacLeans hierarkiske oppdeling av den emosjonelle hjerne.....	16
Neurobiologi og samspill med andre.....	18
Implikasjoner for terapi	20
Lek i terapi med barn.....	21
Foreldrearbeid.....	23
Kasusdelen	24
Metode.....	24
Henvisning og innledende samtale med foreldrene.....	24
CBCL.....	26
De første møtene med Tobias.....	27
Klinisk vurdering og tanker om videre behandling og forståelse av Tobias sine vansker.....	29
Behandlingsforløpet.....	32
Litt tiger og Litt menneske.....	34
Fortløpende samtaler med foreldrene.....	37
Endring ved behandlingsavslutning.....	39
Avsluttende diskusjon.....	40
Referanser	43

Sammendrag

I senere år har en mer helhetlig tenkemåte blitt vanligere innen barneterapi. Nyere kunnskap fra utviklingspsykologisk og nevropsykologisk teori og forskning har hatt betydning for hva en anser som virkningsfullt i terapi med barn. Forskning har vist at barn med like symptomer ofte har hatt svært ulike utviklingsveier frem mot symptomene. Det er også en stor variasjon når det kommer til faktorer i miljøet og medfødte sårbarheter hos barn med like diagnoser. En vet at barns evne til å regulere og differensiere emosjoner utvikles i samspillet mellom barnets disposisjoner og barnets miljø. Behandlingsformer som bygger på kunnskap fra utviklingspsykologien betrakter symptomer som et resultat av at ulike utviklingsbehov ikke er blitt møtt. Fokus blir derfor lagt på å forstå og endre underliggende dysfunksjonelle prosesser og mangler, som blant annet omsorgsvariabler og grunnfunksjoner. Dersom en i et terapiløp med barn ikke tar hensyn til dette, kan en risikere at viktige bakenforliggende faktorer blir oversett, og slik stå i fare for å ikke gi tilstrekkelig behandling. Pasienten som presenteres i denne oppgaven er ni år gamle Tobias som ble henvist til universitetsklinikken på psykologisk institutt - NTNU for depresjon og atferdsproblemer. Tobias sin situasjon og endringene gjennom hans terapiløp blir integrert med og diskutert opp mot relevant teori og forskning. I terapien med Tobias ble det sentralt å støtte opp under hans emosjonelle utvikling og evne til å selv kunne regulere og integrere sine emosjonelle opplevelser. I denne sammenheng ble et relasjonelt fokus vektlagt og et viktig mål ble å etablere intersubjektive deling mellom foreldrene og Tobias, øke foreldrenes forståelse av ham, og utvide deres perspektiv på betydningen av hvordan de som foreldre møtte gutten sin.

Innledning

Tobias på 9 år er henvist til klinikken for emosjonelle og atferdsmessige vansker. I henvisningen fremkommer det at han i utetiden på skolen ofte ender i konflikter. Han har mareritt og sover dårlig om nettene. Selv sier han at det er helt mørkt inni ham. Foreldrene har kommet til et punkt hvor de er helt rådville og har behov for hjelp. Tobias er redd for å mislykkes og for situasjoner der han opplever at noe forventes av ham. Han har mye kroppslig uro, er mye redd og når han er redd kan han bli aggressiv. Etter mine første møter med Tobias er det tydelig at han utviser en rekke symptomer på depresjon, men også symptomer på angst. Jeg opplevde en gutt som hadde problemer med å regulere sine emosjoner og som var svært redd for å ikke være god nok.

Hovedsymptomet ved depresjon er senket stemningsleie. De diagnostiske kriteriene for depressive lidelser er like for barn og voksne (Sund, Bjelland, & Jessica Plessen, 2012). Andre typiske symptomer på depresjon er manglende interesse og glede, energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Videre ser man ofte redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse, skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, pessimistiske tanker om fremtiden, og søvnforstyrrelser. Det kliniske bildet kan vise store individuelle forskjeller. I noen tilfeller kan angst, bekymringer og motorisk agitasjon være mer fremtredende enn depresjon, og endringer i stemningsleiet kan også skjules av andre tilstander, som irritabilitet, teatralsk atferd og forverring av tidligere symptomer på fobiske, tvangs - eller hypokondriske tanker. Ved depressive episoder kreves en varighet på to uker for at diagnosen kan stilles. Mild Tilbakevendende depressiv lidelse F.33 er karakterisert ved gjentatte episoder med depresjon (ICD-10).

Barn med affektive tilstander har ekstreme, vedvarende eller dårlig regulerte emosjonelle tilstander, som overdreven ulykkelighet eller svingninger i humør (Mash & Wolfe, 2010). Ved både selvrappormål og objektive nevrofysiologiske mål har en funnet det som ser ut til å være en underliggende dysfunksjon i emosjonsregulering hos barn og unge med eksternaliserende, internaliserende og komorbid psykopatologi (Jacobsen & Svendsen, 2010; Vasilev, Crowell, Beauchaine, Mead, & Gatzke-Kopp, 2009). Barns uttrykk for dysfunksjonell fungering er dynamisk og forandrer seg i takt med utviklingen til individet (Essau & Petermann, 1997) og tilsvarende vet en at

barns depresjon kommer til uttrykk på ulike måter på ulike alderstrinn. Deprimerte førskolebarn kan fremstå som ekstremt dystre og gråtelabile. De mangler ofte den vitaliteten og entusiasmen i lek som generelt kjennetegner aldersgruppen. De kan ha overdreven klenging og klagete adferd rundt mødre sine, så vel som redsel for separasjon og det å bli forlatt. I tillegg til å bli opprørt når ting ikke går deres vei er mange irritable tilsynelatende uten årsak (Luby et al., 2003). Barn i skolealder med depresjon har mange av de samme symptomene som førskolebarn i tillegg til økt irritasjon, utagerende atferd og sinneutbrudd (Mash & Wolfe, 2010). Irritabilitet er et av de vanligste symptomene på depresjon blant barn (Goodyer, Ashby, Altham, Vize, & Cooper, 1993). Skolebarna kan se triste ut, men er ofte ikke villige til å snakke om sine triste følelser. Fysiske plager kan inkludere vekttap, hodepine og søvnforstyrrelser. Akademiske og sosiale problemer er også vanlig, som jevnlig slåssing og krangling. Videre er det ikke uvanlig at disse barna klager over å ikke ha venner, bli mobbet eller plaget av andre (Mash & Wolfe, 2010).

Hos barn og unge med depresjon er det viktig å forebygge, tidlig identifisere og gi riktig behandling, da det ser ut til at depresjon i tidlig alder viser en betydelig grad av kontinuitet inn i voksenalder (Sund et al., 2012). I klinisk praksis blir valg av behandling ofte gjort i lys av dagens diagnosesystemer og symptomatologi blir dermed grunnlaget for de behandlingsstrategiene man velger å bruke (Svendsen & Johns, 2012). I tillegg til diagnosers kommunikative funksjon er diagnoser et sentralt hjelpemiddel innen forskning og i klinikkene generelt. Det har imidlertid blitt argumentert for at det å ta utgangspunkt i kunnskap om barns utviklingsprosess kan være et bedre grunnlag for behandling, enn det å plassere dem i diagnostiske grupper (Shirk & Russell, 1996). I diagnosesystemene blir det ikke tatt med i betraktning at det er stor variasjon når det gjelder miljøfaktorer, medfødte sårbarheter, ressurser og symptomenes funksjon, hos barn med lik diagnose (Svendsen & Johns, 2012). Gjennom forskning har en funnet at ulike utviklingsveier kan føre til samme symptomer, men også at de samme risikofaktorene kan gi ulike symptomer, henholdsvis ekvifinalitet og multifinalitet (Cicchetti & Rogosch, 1996). For eksempel vil en tenke at tristheten hos deprimerte ungdommer kan se lik ut, selv om utviklingen og veien frem til depresjonen har vært ulik for hvert enkelt individ (Svendsen & Johns, 2012).

Transaksjonsmodellen representerer et dynamisk systemperspektiv og kan i denne sammenheng anvendes for å forstå gjensidigheten mellom individ og miljø (Smith, 2010). I modellen belyses det kontinuerlige og gjensidige forholdet mellom biologiske og miljøbaserte egenskaper, og deres interaktive forandring over tid (Sameroff, 1975). Som Smith (2010) påpeker bidrar dette perspektivet med et alternativ til å se utviklingsmessige utfall kun som et resultat av egenskaper ved individet, som påført av andre personer eller miljøet eller som en konsekvens av en tidligere tilstedeværende risiko. Utviklingspsykologisk forskning har vist hvordan det komplekse samspillet mellom psykologisk, sosiale og biologiske prosesser over tid er med på å forklare psykiske lidelser hos barn og unge (Sameroff, 2010). Dersom det overordnede fokus blir lagt på symptomer og diagnoser, vil også symptomlette bli hovedmålet for terapien (Jacobsen & Svendsen, 2010). En kan da risikere å overse viktige bakenforliggende faktorer (Svendsen & Johns, 2012), og dermed stå i fare for å få et ytre regulert barn, uten at noe er gjort med den underliggende årsaken (Jacobsen & Svendsen, 2010). En mer helhetlig tenkemåte har i senere tid fått større plass innenfor barneterapi, hvor man i større grad fokuserer på å endre underliggende dysfunksjonelle prosesser og mangler, som blant annet emosjonsregulering, omsorgsvariabler og tydelighet i interpersonlige forhold (Stricker, 2006).

Dersom kunnskap om barns utviklingsprosess skal ligge til grunn for terapi, er det nødvendig med inngående kunnskap om barns utvikling, og i tillegg må denne kunnskapen få implikasjoner for behandlingen (Sameroff, 2010). Sroufe & Rutter (1984) argumenterte for at ”bare ved å forstå den naturlige utviklingsprosessen – med progressive endringer og reorganiseringer av atferd gjennom organismens kontinuerlige transaksjoner med miljøet – er det mulig å forstå de komplekse sammenhengene mellom tidlig tilpasning og senere patologi”. Normative studier har gitt oss informasjon om hva en kan forvente på ulike alderstrinn og har i så henseende vært med på å utvide vår kunnskap om dysfunksjonell fungering, da det ser ut til å være en tett forbindelse mellom studiet av normalutvikling og patologi (Essau & Petermann, 1997). Når en vet at viktige emosjonelle grunnfunksjoner og mekanismer utvikles i de tidlige og nære relasjonen (Jacobsen & Svendsen, 2010; Sroufe, 1995; Daniel Stern, 2003), blir kunnskap om hvordan disse relasjonene påvirker utviklingsprosesser sentral.

Mål for oppgaven og forskningsspørsmål

I denne oppgaven skal jeg i første del presentere utviklingspsykologisk teori og forskning som jeg anser som relevant for kasesstudien av Tobias. Særlig vil jeg legge vekt på betydningen av det relasjonelle aspektet, både i foreldre - barn situasjonen, men også i terapi med barn. I andre del vil jeg presentere behandlingsløpet som jeg hadde med Tobias. Jeg vil beskrive Tobias sin situasjon og endringene i løpet av hans terapiløp sett i lys av utviklingspsykologisk kunnskap og teori. Gjennom kasesstudien ønsker jeg å belyse hvordan utvikling av viktige mekanismer, med særlig vekt på emosjonsregulering, er helt grunnleggende for at et barn skal fungere optimalt i samhandling med andre. En har inngående kunnskap om at foreldre-barn relasjonen og erfaringer tidlig i livet påvirker og former utviklingen av viktige grunnmekanismer for emosjonsregulering og samhandling. I kaset vil jeg se nærmere på hvordan Tobias sin manglende emosjonsreguleringskapasitet var grunnleggende for hans vansker, og hvordan miljømessige faktorer og individuelle karakteristikker ved ham selv kan ha interagert og bidratt til de vanskene han utviste ved henvisningstidspunkt. Videre vil jeg belyse hvorfor det ikke hadde vært nok å fjerne symptomene, og hvorfor det ble viktig å forstå de underliggende dysfunksjonelle mekanismene og årsakene til dette. Sentralt i behandlingen var å utvide Tobias sin emosjonelle forståelse og differensiering, samt hans evne til emosjonsregulering. Det ble viktig å jobbe med foreldrenes forståelse av Tobias, deres aksept og toleranse for hans emosjonelle reaksjoner, men også å øke deres forståelse av hvilken rolle de selv spilte i Tobias sine vansker. Ved behandlingsavslutning, og ved oppfølgingssamtale 12 uker etterpå var alle symptomer redusert. Han sov ikke lenger sammen med foreldrene, ønsket å gå på skolen, tics var forsvunnet og foreldrene rapporterte om gode samspill med Tobias.

I lys av dette vil jeg stille spørsmålet: når foreldre og barn har hatt et dysfunksjonelt samspill over tid, er det da tilstrekkelig å ta vekk symptomene, eller må man gjøre noe for å få samspillet funksjonelt igjen?

Emosjoner og emosjonell utvikling

Det finnes ingen enkel definisjon av emosjoner. Sroufe (1995) definerer emosjoner som subjektive reaksjoner på en signifikant hendelse, karakterisert av fysiologisk, opplevelsesmessig og atferdsmessig endring. Emosjoner og følelseslivet er flersidig, og en må ta i betraktning fysiologiske, sosiale og kognitive faktorer, samt ekspressive og interne komponenter. Uavhengig av fokus eller teoretisk perspektiv, vil de fleste forskere og teoretikere legge vekt på at emosjoner må bli ansett som komplekse transaksjoner med miljøet (Schore, 1994). Emosjoner utgjør sentrale funksjoner for mennesker og evolusjonsteori bidrar med en viktig bakgrunn for å studere utviklingen av emosjoner og da særlig i forhold til emosjoners funksjon (Plutchik, 1983). Nyfødte barn er kanskje det beste eksemplet, da spedbarnet gjennom sine emosjonelle reaksjoner kommuniserer sine behov til omsorgsgiver, som igjen vil gi et emosjonelt gjensvar, og dermed effektiv omsorg og overlevelse (Fogel, 1993). Emosjonelle reaksjoner er gjennom hele livet med på å kommunisere behov, intensjon eller ønsker og er av den grunn fundamentale for oss mennesker som lever i grupper og er en sosialt avhengig art (Sroufe, 1995). Videre blir det sagt at delte emosjoner er limet i menneskelige sosiale forhold, da det bidrar med rytme og punktlighet i den menneskelige interaksjonen og kommunikasjonen (Fogel, 1993; Daniel Stern, 1974). Emosjoner spiller også en stor rolle i atferdsregulering. Ikke bare guider emosjoner oss, men dirigerer også handling og atferd mot eller vekk fra ulike aspekter ved miljøet, de er også med på å forsterke, farge og forme handling. Emosjoner informerer barnet om sine indre tilstander, potensialer og konsekvensene av handlingene deres (Izard, 1991; Schore, 1994; Thompson, 1991). Campos (2004) sin funksjonelle modell for emosjoner fremhever fire viktige grunner til at vi har emosjoner; den første går ut på at emosjoner er med på å forsterke opplevelser, den andre at emosjoner hjelper oss med å rette oppmerksomheten, den tredje at emosjoner er med på å rette kraften som kommer fra autonom aktivering og gjør oss tydelige, og den fjerde at emosjoner er med på å regulere nærhet og avstand. Videre fremmer han ulike forutsetninger for at emosjoner skal kunne fungere på denne måten, nemlig; godt differensierte emosjoner, emosjonsreguleringsevner, og at emosjonene bidrar til en god veksling mellom spenning, avspenning og hvileaktivering (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Det er imidlertid ikke slik at emosjoner alltid er hjelpsomme, de kan både hjelpe og skade oss. Emosjoner er lite hensiktsmessig når de er av feil type, når de dukker opp til feil tidspunkt, eller når de kommer med feil intensitetsnivå. For

at emosjoner skal fungere optimalt er det altså nødvendig å kunne håndtere dem på en adaptiv måte (Parrott, 1993).

Emosjonsregulering

Forskning på barns emosjonelle kompetanse har lagt vekt på viktigheten av emosjonsreguleringsevner i forhold til barns sosiale og emosjonelle fungering (Barrett & Campos, 1987; Saarni, 1999) og redusert emosjonsreguleringsevne har av flere blitt fremhevet som en av de mest sentrale årsakene til psykiske lidelser hos barn og unge (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling, & Tuschen-Caffier, 2008; Jacobsen & Svendsen, 2010; Schore & Schore, 2008). Sammen med oppmerksomhet har emosjonsregulering blitt betraktet som et grunnfenomen i barns utvikling (Jacobsen & Svendsen, 2010), og når disse grunnfunksjonene fungerer optimalt vil barnet evne å ha kontakt med egne og andres følelser, samt være i stand til å inngå i utviklingsfremmende relasjoner (Johns & Svendsen, 2014). Emosjonsregulering blir i denne sammenheng ofte definert som barns evne til å monitorere, evaluere og modifisere emosjonelle reaksjoner for å oppnå individuelle mål og for å fasilitere tilpassing til det sosiale miljøet (Campos, Mumme, Kermoian, & Campos, 1994; Thompson, 1991). Integrasjon av emosjonelle og kognitive prosesser er en sentral komponent i utviklingen av adekvat emosjonsregulering og oppmerksomhet (Johns & Svendsen, 2014; Svendsen & Jacobsen, 2013). Affektbevissthet, som kan defineres som evnen til å identifisere, tolerere, samt å emosjonelt og begrepsmessig uttrykke ti spesifikke følelser: interesse, glede, frykt, sinne, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet, blir ansett som viktig for denne affektintegrasjonen (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Når affektintegrasjonen er vellykket vil emosjonell aktivisering oppleves som forståelig og meningsfull (Saarni, Mumme & Campos, 1998; Campos, Frankel & Camera, 2004, Sameroff & Fiese, 2000).

Affektive samspill som grunnlag for utvikling

Emosjonsreguleringsevner ser ut til å begynne sin utvikling innenfor foreldre-barn relasjonen (Parke et al, 1992; Sameroff & Fiese, 2000). I sosialiseringprosessen sammen med omsorgsgiver skal barnet gradvis lære å kjenne igjen og tolke emosjoner, når det er hensiktsmessig å uttrykke emosjoner og hvordan man skal håndtere emosjoner (Saarni, 1999). Fra fødselen av har spedbarnet en veldig

begrenset evne til å regulere seg selv og er derfor avhengig av den dyadiske reguleringen som omsorgsgiver tilbyr. I dette tidlige samspillet hvor den affektive kommunikasjonen mellom omsorgsgiver og spedbarn står sentralt blir alt fra barnets våkenhet, sult, oppmerksomhet, motoriske aktivitet og affekter regulert av omsorgsgiver (Hansen, 2010) og det er i dette perspektivet Stern kaller omsorgsgiver for den selvregulerende annen (Stern, 2003).

Daniel Sterns (2003) selvutviklingsmodell bygger på en antagelse om at selvet utvikler seg gjennom relasjonelle erfaringer og at intersubjektiv deling og møter med andres sinn er grunnleggende for barns utvikling. Modellen består av fem ulike relasjonsdomener som han antar er med på å organisere utviklingen av selvet og ulike selvopplevelser. I de tidlige domenene legger Stern (2003) vekt på den nonverbale og implisitte kommunikasjonen og hvordan omsorgsgiver regulerer og reagerer på spedbarnets vitalitetsaffekter eller følelstone. Vitalitetsaffekter refererer til følelsenes intensitet og varighet og kan beskrives ved hjelp av bevegelsesmetaforer som stormende, eksplosiv og synkende. Spedbarnets måte å oppleve på blir farget av disse vitalitetsaffektene og er forskjellige fra de mer velkjente kategoriaffektene, som sinne og glede (Stern, 2003; Hansen, 2010). I denne tidligste perioden er det å regulere spedbarnets tilstander den mest fremtredende delen av samspillet (Stern, 2003; Jacobsen og Svendsen, 2010; Svendsen & Johns, 2012) og måten omsorgsgiver roer, trøster, snakker og beveger seg i forhold til barnet bidrar i reguleringen av barnets vitalitetsaffekt (Stern, 2003; Hansen 2010). Dette regulerende samspillet blir av Tronick (1998) beskrevet som et affektivt kommunikasjonssystem.

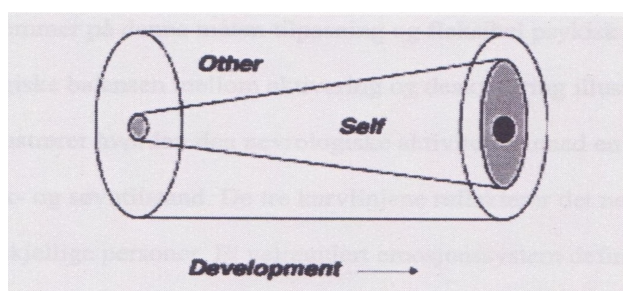
Etterhvert får spedbarnet i økende grad evne til å regulere egen aktivering ved for eksempel å snu seg bort og defokusere en liten stund, for så å vende seg tilbake til en ny samspillsekvens. Når omsorgsgiver tar hensyn til og reagerer på et slikt signal og ved det gir barnet rom til å ta en pause fra samspillet vil barnet lære at det har evne til å påvirke. Barnets opplevelse og erfaring med at en kan påvirke omgivelsene sine og få gjensvar, danner grunnlag for selvagens (Stern 2003; Hansen 2010). Tronick (1989) antar at denne erfaringen med å kunne påvirke andres tilstander og handlinger, samt regulering av egen tilstand, vil fremme utviklingen av barnets emosjonelle ferdigheter og reguleringsevne. Videre vektlegger Tronick (1989) betydningen av det han betegner som interaktive feil og reparasjoner i samspillet. Dette innebærer at en

omsorgsgiver aldri vil kunne respondere perfekt på alle barnets affektive signaler, men heller gjentatte ganger feile i sine responser, for så å rette opp feilen. Det at samspillet gjenopprettes blir ansett som viktig for om det oppstår samspillsproblemer eller ikke. Når feilen blir reparert lærer barnet at interaktivt stress er midlertidig og at man fortsatt kan bli forstått av andre (Hansen, 2010). I samspillet med omsorgsgiver vil barnet vise et spekter av følelser og positive affekter vil bli mer stabile og ha lenger varighet da barnet i samspillet får hjelp med reguleringen av disse emosjonene. En selvregulerende annen og samspill med denne personen vil dermed danne grunnlag for utvidede erfaringer og opplevelser (Hansen, 2010; Stern, 2003).

I siste halvdel av det første leveåret legger Stern (2003) vekt på barnets økte forståelse for at det er den indre verden av følelser og intensjoner som omsorgsgiver responderer og reagerer på. Dette antar Stern at danner utgangspunktet for intersubjektiv kommunikasjon, hvor det å kunne dele oppmerksomhet, følelser og intensjoner med en annen er nøkkelmomenter. Også her understreker han at den nonverbale kommunikasjonen er sentral, og at det i stor grad dreier seg om at omsorgsgiver toner seg inn på barnets opplevelsestilstand. Gjennom omsorgsgivers inntoning på barnets følelstone og måten de deler et felles fokus på, får barnet erfaring med at følelser og erfaringer kan deles. Det essensielle i forbindelse med affektinntoning er at det er barnets indre tilstand som fanges opp, og omsorgsgiver registrerer den og formidler den tilbake i en annen uttrykksform. Ved å endre uttrykksform formidler omsorgsgiver at det er barnets indre tilstand som kommuniseres og ikke en objektiv hendelse. Den utviklingsfremmende funksjonen ved at barnet og omsorgsgiver deler felles oppmerksomhet på barnets indre tilstander, gjør seg gjeldene ved at barnet får hjelp med å gi mening til tilstanden, og lærer at den ikke er farlig og at den kan reguleres (Johns & Svendsen, 2014; Stern, 2003). Videre vil omsorgsgivers inntoning på barnets tilstand hjelpe barnet med å rette oppmerksomheten, men også til å holde oppmerksomheten på det den formidler (Stern, 2003). På denne måten får barnet økt toleranse for stressende aktivering, i tillegg til at ubehaget blir mindre overveldende (Johns & Svendsen, 2014). Denne gjensidige påvirkning mellom omsorgsgiver og barn innvirker på utviklingen av selvet, samt på hvordan relasjonelle erfaringer blir organisert og hvordan indre opplevelser blir regulert (Stern, 2003).

Fra ytre til indre regulering

Forskjellige teorier om emosjonell utvikling tar utgangspunkt i at det skjer en utvikling fra et begrenset antall emosjoner eller diffuse opphisselsestilstander til mer modne og differensierte emosjoner (Tetzchner, 2001). En forutsetning for at barnet etter hvert skal utvikle en mer autonom og selvstendig reguleringsevne er at det har fått erfaring med å bli regulert på en tilfredsstillende måte i det tidlige samspillet og dermed fått internalisert denne erfaringen (Hansen, 2010). Sterns (2003) sentrale tanke er at samspillsopplevelsene utgjør grunnlaget for det han kaller indre representasjoner, som kan forklares som et type gjennomsnitt av erfaringer i generalisert form av ”måter å være sammen med en annen på”. Slike indre representasjoner lagres i hjernens hukommelsesstrukturer og vil påvirke personlighetsutviklingen, hvordan barnet i fremtiden forholder seg til sine omgivelser, samt barnets evne til å regulere egne emosjoner (Hart & Schwartz, 2009). I fremtidige situasjoner hvor et slikt minne vekkes vil det som Stern betegner om som en indre ledsager, et minne om en selvregulerende annen, påvirke hvordan barnet møter og forholder seg til denne situasjonen (Stern, 2003). Sameroff (2004) presenterer en modell som illustrerer hvordan det gjennom utviklingen skjer en endring i balansen mellom ytre regulering og indre regulering. Ytre regulering refererer til reguleringen som omsorgspersonene tilbyr i det tidlige samspillet, mens indre regulering representerer den mer og mer autonome og selvstendige reguleringen av egne tilstander (Sameroff, 2004).



Figur 1: Utvikling i et tidsperspektiv. Endring i balansen mellom ytre og indre styrt regulering (Sameroff, 2004).

For barn med differensiering - og reguleringsvansker kan man anta at samhandlingen med miljøet ikke har vært funksjonell for integrering av emosjonelle og kognitive prosesser (Jacobsen & Svendsen, 2010), og at internaliseringen av ytre regulering har

feilet. Disse barna vil ha manglende evne til å modulere følelsenes intensitet og varighet. Følelsene vil kunne fremstå som diffuse, udifferensierte og kaotiske, istedenfor som atskilte og differensierbare, og dermed vil barnet lettere overveldes av den somatiske og viscerale aktiveringen som ledsager de ulike følelsene (Schore, 2001). Poenget er at det blir vanskelig for barnet å forstå hva følelsene betyr og hvordan de skal bevege seg fra en tilstand av spenning til en tilstand av ro. Samtidig vil reguleringen som barnet benytter seg av bli lite tilpasset den situasjonen det befinner seg i (Campos, Campos, & Barret, 1989). Hvis en ser dette i sammenheng med Campos (2004) sin beskrivelse av emosjoners funksjonelle virkning, vil emosjoner for barn med mangelfull reguleringsevne kunne bidra til forvirring heller enn en forsterkning av opplevelse. Videre vil oppmerksomheten istedenfor å rettes utover, vendes innover mot den fysiske uroen og slik være med på å øke denne. I slike tilfeller vil en kunne fremstå som utydelige ovenfor andre og en vil heller ikke være i stand til å opprettholde en gunstig regulering av nærhet og avstand til andre (Johns & Svendsen, 2014). I forhold til Stern (2003) sin selvutviklingsmodell er det tenkt at det er de to første domenene som er sterkest berørt hos barn med emosjonsreguleringsvansker, da den tidlige erfaringen med nonverbal og implisitt, fysisk og emosjonell regulering, som er så fremtredende ved det tidlige samspillet, ser ut til å være særlig viktig i utviklingen av denne evnen (Johns & Svendsen, 2014). Stern (2003) understreker at de ulike domenene i hans utviklingsmodell ikke skal betraktes som faser, men heller ulike lag av selvfornekkelser som starter sin utvikling på forskjellige tidspunkter og fortsetter å påvirke og videreutvikles gjennom hele livet. Selv om han understreker at det er sensitive perioder knyttet til utviklingen av hvert av de ulike domenene, hvor kvaliteten på de relasjonelle erfaringene er viktige, vil det som følge av barnets kontinuerlige utvikling og fleksibilitet være mulig å videreutvikle disse evnene ved hjelp av nye relasjonelle erfaringer.

Temperament

Når en vet at det tidlige samspillet mellom omsorgsgiver og barn er grunnleggende for barns emosjonelle utvikling, er det således interessant å undersøke hvilke egenskaper ved individet som kan påvirke hvordan dette samspillet utarter seg. I forhold til barns utvikling og foreldrenes bidrag i barnets ulike utviklingsprosesser er det viktig å huske på at det ikke bare er hvordan omsorgsgiver forholder seg til barnet,

men også barnets egne gener og temperamentstil som påvirker hvordan omsorgsgiver og barn interagerer, og følgelig også hvilken type samspillserfaring og tilknytning barnet vil få (Torgersen, 2013).

Temperament blir ofte sett i sammenheng med emosjoner og emosjonsregulering. Temperament er et flersidig konsept og er assosiert med mange problemer i forhold til definisjon og måling, men er allikevel nyttig for å forstå noen av faktorene som bidrar til at ulike barn utvikler forskjellige emosjonsregulerings- og mestringsstrategier (Saarni et al., 1998). Rothbart (2007) anser temperament som et sett av hypotetiske konstrukter som beskriver individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering. Temperament kan sees som en samling av disposisjoner som karakteriserer individets responsstil til miljømessige endringer (eller mangel på det). Disse disposisjonene inkluderer reaktivitet, aktivering og temporale disposisjoner som latensrespons (Saarni et al., 1998). Slike atferdsmønstre er biologisk basert, både på genetisk og nevralt nivå. De blir tydelige relativt tidlig i livet, men er allikevel ikke fullstendig utviklet ved fødselen. Etter hvert som hjernen og atferdsrepertoaret utvikler seg vil temperamentstilen komme frem og stabilisere seg (Bates, Goodnight, & Fite, 2008).

Emosjonalitet har typisk blitt brukt for å referere til temperamentets påvirkning på emosjonell opplevelse. Høy emosjonalitet refererer til høy intensitet i emosjonelle reaksjoner, ofte kombinert med en negativ følelstone. Ved å ta i bruk temperament som en disposisjon som er med på å modulere våre emosjonelle reaksjoner, kan vi altså undersøke hvordan individuelle forskjeller i temperament kan påvirke hvordan ulike mennesker mestrer ting og hvordan de responderer emosjonelt på ulike former for stimulering. En kan undersøke intensiteten av de emosjonelle responsene (både positive og negative), terskelen for visse emosjonelle responser, varigheten av den emosjonelle responsen og til og med hvilken tone de emosjonelle responsene tenderer mot (Saarni et al., 1998). Selv om temperament er et individs generelle tendens til tilnærming eller tilbaketrekning fra en situasjon, er ikke temperament det samme som individets emosjonelle respons som trenger regulering. Temperament kan heller tenkes på som bakgrunnen der emosjonene spilles ut. Metaforisk er temperament heller som en årstid, mens emosjonene er været som kan skifte fra dag til dag. Årstiden bidrar således med begrensninger i forhold til det daglige været, akkurat som temperament til en viss grad bidrar med begrensninger i forhold til opplevelsen av en

emosjonell respons (Saarni et al., 1998). På denne måten antar en at ulike individer med ulike temperament har forskjellige utgangspunkt for å inngå i relasjoner og samspill med andre, for hvordan de møter verden, men også for hvordan de blir møtt av verden. Dette vil igjen være bestemmende for hvilke erfaringer et individ får og dermed kan en tenke seg at grunnleggende temperament vil påvirke utviklingsprosesser.

Det neurobiologiske grunnlaget for emosjoner og emosjonsregulering

Schore & Schore (2008) argumenterer for at enhver teori om utvikling og korresponderende teorier om terapi må inkludere neurobiologiske funn som omhandler hvordan tidlige transaksjoner med omsorgsgiver påvirker utviklingen av en psykisk struktur, altså hvordan affektiv kommunikasjon fasiliterer modningen av hjernesystemer involvert i affekt og selvregulering. I senere år har det innen forskningen skjedd en utvikling hvor en i økende grad forsøker å integrere psykologi og nevrovitenskap. En slik vinkling har blant annet gjort det mulig å undersøke hvordan emosjoner og kognisjon gjensidig påvirker hverandre (Fox, 2008). Susan Hart (2008) peker på hvordan ulike tilknytningsteorier kan inngå i en dialog med den nyere hjerneforskningen og hvordan denne dialogen kan gi et perspektiv på barnets psykologiske utvikling. Spedbarnsperioden er av mange betraktet som kritisk og er en periode kjennetegnet av økt synaptogenese og nevronal pruning, da nevronale nettverk og forbindelser i hjernen blir dannet hyppig i denne perioden. Individuelle forskjeller i disse forbindelsene og nettverkene ser igjen ut til å være et resultat av miljøets påvirkning (Kolb & Whishaw, 2009), og ulike nettverk vil etableres og oppløses avhengig av hvor mye de brukes (Perry, 2006). I nyere tid har en fått ulike verktøy som gjør det enklere å studere aktivitet i hjernen. Ved hjelp av bla PET, MRI og fMRI har man fått muligheten til å studere nevrone nettverk og ulike forbindelser i hjernen som tenkes å være involvert i psykologiske prosesser (Fox, 2008).

MacLeans hierarkiske oppdeling av den emosjonelle hjerne

En antar at grunnleggende emosjonelle prosessers opphav er lokalisert i subkortikale deler av hjernen, men i senere tid har også kortikale områder fått en større plass innen forskning på emosjoner (Fox, 2008). MacLean (1970,1990) har utviklet en teori om en tredelt hjerne, med en hierarkisk oppdeling av hjernestrukturer. Det første laget,

som han kalte for ”krypdyrhjernen” består av strukturer i mellomhjernen og hjernestammen, og inkluderer blant annet det autonome nervesystemet. Primitive og instinktive emosjoner som angst, aggresjon og drifter er nedfelt i denne delen. Disse dyptliggende områdene av hjernen utgjør selve opphavet til menneskers følelsesliv og det er her det fysiologiske grunnlaget til menneskers sansing befinner seg. Det andre laget kalte MacLean for ”den eldre pattedyrs hjerne” eller det limbiske system. I denne delen er hukommelsesfunksjoner involvert, samt mer avanserte og sosiale følelser som glede, sorg, tristhet og henrykkelse. Midt imellom den autonome og sansende delen av hjernen, der de primitive overlevelsesimpulsene finner sted og den mer overordnede, tenkende hjerne, der mer kompliserte og avanserte analyser av sanseintrykk foregår, ligger det limbiske system. Dette området i hjernen har som oppgave og integrere perseptuelle og kognitive prosesser, og bidrar også i videreprosesseringen og nyanseringen av affekter (Lewis, 2001). Det tredje laget kalte MacLean for ”den nye pattedyrs hjerne” og inkluderer nyere deler av korteks, hvor kognitiv vurdering og langtidsplanlegging er viktige ingredienser. Dette området i hjernen danner grunnlaget for menneskers komplekse og nyanserte følelsesliv, da det er her sentrene som integrerer og skaper mening i persepsjoner befinner seg (MacLean, 1990). Spesifikke hjerneområder som er involvert i slik høyere emosjonsprosessering er blant annet Anterior Cingulate Cortex som er forbundet med oppmerksomhet på og selvregulering av emosjoner (Posner, 1998). Dorsolaterale Prefrontale Cortex ser ut til å danne utgangspunktet for mer metakognitive ferdigheter, som for eksempel å kunne tenke om følelser. Dette området har også tette forbindelser med Hippocampus og er antatt å være involvert i vår evne til å tenke på hendelser i et tidsmessig perspektiv. Videre ser blant annet Orbitofrontale Cortex ut til å være sentral for evner som omhandler å sette seg inn andres opplevelser og forstå andres følelsesmessige uttrykk (Gerhardt, 2004).

Denne hierarkiske strukturen av hjernen som MacLean presenterer antyder at lavere funksjoner kan operere uavhengig av høyere funksjoner, men at de mer avanserte og senere utviklede funksjonene opererer på bakgrunn av de lavere funksjonene. De strukturene som modnes tidlig vil utvikle seg i takt med barnets utviklingsfaser og etter hvert bli mer kompleks organisert. Etterhvert vil de funksjonene som var ledende på ett tidspunkt bli underlagt og regulert av de mer nylige og høyere utviklede nivåene (Hart, 2006). Det må med andre ord skje en integrering av de lavere

nivåene (emosjon) og de høyere nivåene (kognisjon) i hjernen for at den emosjonelle utviklingen skal være adaptiv, og for at de ulike nivåene skal kunne samhandle optimalt. For at de høyere nivåene skal kunne operere på basis av de lavere nivåene på en hensiktsmessig måte er det da vesentlig at de lavere nivåene er velutviklet. Når barn har emosjonelle vanskeligheter vil disse vanskene alltid påvirke barnets tankeprosesser og man vil derfor heller ikke kunne endre de følelsesmessige vanskelighetene på bakgrunn av tankeprosesser alene (Hart, 2006). For eksempel vil det for barn som har vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon, regulering av atferd og affekter, samt evnen til og stole på og knytte seg til andre mennesker være lite hensiktsmessig med kognitivt rettede terapimetoder. Dette er terapimetoder som i hovedsak retter seg mot kortikale funksjoner, mens de følelsesmessige funksjonene som er beskrevet her hovedsakelig er knyttet til subkortikale deler av hjernen (Perry, 2006). Barnet må først og fremst få hjelp på det følelsesmessige nivået for å kunne endre tankeprosessene (Hart 2006). I denne sammenheng kommer Perry (2006) med viktige implikasjoner for foreldre-barn samspill, men også for psykoterapi, da han argumenterer for at ulike deler av hjernen trenger ulik stimulering på ulike tidspunkt i utviklingen. Dermed blir det viktig å tilpasse stimulering generelt og terapi spesielt, til det nivået barnet befinner seg på eller til den delen av hjernen hvor en tenker at en eventuell skjevutvikling befinner seg (Perry, 2006).

Nevrobiologi og samspill med andre

En av de viktigste oppgavene i det første leveåret er etableringen av et sikkert tilknytningsbånd av emosjonell kommunikasjon mellom spedbarnet og omsorgsgiver. For å være i stand til å delta i denne kommunikasjonen må omsorgsgiver være psykobiologisk inntonet til de dynamiske skiftene i spedbarnets kroppsbaserte tilstander av sentral og autonom aktivering. Gjennom den affektive ansikt-til-ansikt kommunikasjonen, vil den tilgjengelige og sensitive omsorgsgiver oppfatte de nonverbale uttrykkene til spedbarnet og deretter reagere på disse, positive så vel som negative (Schore & Schore, 2008). Et barns hjerne er konstruert for å kunne modnes gjennom samspill og støtte fra andre menneskers hjerner. For at denne modningen skal være optimal er den umodne hjernen til et barn helt avhengig av reguleringsassistanse fra et mer utviklet nervesystem. Med andre ord er det innenfor den følelsesmessige utviklingen av hjernen helt fundamentalt med tidlige samstemte

og følelsesregulerende prosesser i samhandlingen mellom omsorgspersoner og barnet. Nervesystemet er laget slik at det skal kunne tilegne seg evnen til å regulere seg selv gjennom stimulering fra et annet menneskes nervesystem (Hart, 2008). Funn tyder på at den regulatoriske funksjonen i mor-barn interaksjonen fungerer som en essensiell pådriver for utviklingen og opprettholdelsen av synaptiske forbindelser gjennom etableringen av funksjonelle nettverk i hjernesystemer som er involvert i affekt og selvregulering. Høyre hjernehalvdel har i denne sammenheng blitt fremhevet som sentral (Schoore & Schoore, 2008; Sullivan & Gratton, 2002).

I samspillsepisoder av affektsynkronitet, er omsorgsgiver og barnet i affektiv resonans, og dermed vil det forkomme en amplifikasjon av vitalitetsaffekter og barnet vil ende i en positiv tilstand. De regulatoriske prosessene av affektsynkronitet som bidrar til positiv aktivering og interaktiv reparasjon som modulerer tilstander av negativ aktivering er de fundamentale byggeblokkene for tilknytning og assosierte emosjoner (Schoore & Schoore, 2008). I tilfeller av interaktiv reparasjon vil den ”bra nok” omsorgsgiveren som har feilet i sin inntoning til barnet regulere spedbarnets negative tilstand ved å gjenoppta det finjusterte samspillet med barnet. Hjernen til et barn vil etter hvert som det gjentatte ganger får erfaring med at høy emosjonell aktivering kan reguleres og deretter gå over, bli bedre justert til å selv roe økt aktivering (Fonagy & Target, 2002; Sroufe, 1995). I denne sammenheng kan en nevne at resiliens i møte med stress er tenkt på som den ultimate indikator på tilknytningssikkerhet (Schoore & Schoore, 2008). Et høyt nivå av steroider kan komme som et resultat av at høyt stressnivå ikke har blitt regulert på en tilfredsstillende måte. Dette kan igjen innvirke på genuttrykk og deretter ha betydning for den videre utviklingen av det nevroendokrine stressresponssystemet og slik bidra til høy emosjonell reaktivitet hos individet og et mer sensitivt stresssystem (Fonagy & Target, 2002; Gerhardt, 2004; Shuder & Lyon-Ruth, 2007). Derfor vil et barn som ikke har fått tilstrekkelig hjelp til å regulere aktivering eller som har fått lite konsistent eller mangelfull respons fra sine omsorgsgivere, kunne ha kraftige emosjonelle uttrykk (Saarni et al., 1998). Når barnets emosjonelle aktivering ikke blir regulert på en tilfredsstillende måte og barnet til stadighet overveldes av denne aktiveringen vil barnet også få vanskeligheter med å forstå og integrere sine emosjonelle opplevelser (Jacobsen & Svendsen, 2010).

Lenge har en lurt på hvordan den synkroniserte samstemtheten mellom barn og omsorgsgiver utarter seg nevrologisk. I dag vet en at spesifikke områder i menneskers hjerne oppfatter andre menneskers emosjonelle uttrykk. For eksempel når det kommer til å lese følelser i andres stemme (Belin, Zatorre, & Ahad, 2002), men også i andres ansiktsuttrykk (Nakamura et al., 1999). Gjennom å forske på aper fant en gruppe forskere at det langs nervesystemets motoriske nevroner finnes det som har fått navnet speilnevroner, og at disse fyrer samtidig med de motoriske nevronene. Det de observerte var at de samme premotoriske nevronene aktivertes når apen satt og så på en annen person som når den selv utførte handlingen (Gallese, 2001; Rizzolatti & Arbib, 1998). På samme måte har en funnet at det i stor grad er de samme nevralt nettverkene som fyrer når vi observerer andres emosjoner som når vi selv opplever en emosjon (Gallese, 2003; Jackson, Brunet, Meltzoff, & Decety, 2006). En slik implisitt og automatisk fornemmelse av hvordan andre har det, kalles limbisk resonans (Hart & Kæreby, 2009). Speilnevroner gir således en mulighet til å forstå bakgrunnen for følelsesmessige resonansfenomener, empati, sympati og følgelig også intersubjektivitet (Susan Hart, 2008).

Implikasjoner for terapi

Utviklingsrettet intersubjektiv terapiforståelse tar utgangspunkt i utviklingspsykologisk kunnskap om basale prosesser i barns utvikling og anvender denne kunnskapen for å forstå og sette lys på hvordan og hvorfor terapi fungerer (Svendsen & Johns, 2012). I denne sammenheng legges det spesielt vekt på funn som tyder på at intersubjektiv deling er fundamentalt for barns utvikling. Mennesket er født inn i en sosial verden, der samspill med andre er av vesentlig betydning for både overlevelse og utvikling. En grunnleggende tanke innenfor denne terapiretningen er at det er i samspill med andre mennesker og disse menneskenes sinn, at både utvikling og endring skjer (Hansen, 2010; Daniel Stern, 2003; Trevarthen, 2001). Forskjellige symptomer betraktes som et resultat av at det er ulike utviklingsbehov som ikke er blitt møtt. Det sentrale blir å hjelpe individet tilbake på et utviklingsspor som han eller hun har sporet av fra. Sagt med andre ord; å sette i gang en utvikling som har kommet på feil spor eller stoppet opp, heller enn å kun fokusere på reparasjonsprosesser og fjerning av symptomer (Jacobsen & Svendsen, 2010; Svendsen & Johns, 2012; Russ, 2004; Hansen, 2002).

Utviklingsbasert terapeutisk forståelse og arbeid er kanskje særlig inspirert av Daniel Sterns selvutviklingmodell (Jacobsen & Svendsen, 2010). Stern (2004) beskriver som nevnt hvordan indre representasjoner over tid etableres som et resultat av erfaringer og opplevelser i nære interpersonlige relasjoner. Disse indre representasjonene kan til enhver tid hentes frem og være gjenstand for utvidelse, utvikling og endring. Nevropsykologisk forskning har også hatt betydning for hva en anser å være sentralt i terapi med barn (Eide-Midsand, 2007; Gerhardt, 2004; Jacobsen & Svendsen, 2010; Russ, 2004). Nyere forskning på hjernens plastisitet har gitt ny behandlingsoptimisme i forhold til å rette opp dysfunksjoner, og det ser ut til at forstyrrelser selv i de dypere lagene av hjernen kan bedres ved hjelp av intensiv sansestimulering (Eide-Midsand, 2011).

Lek i terapi med barn

Når man har barn i terapi er kommunikasjon via lek, bevegelser og metaforer sentralt (Johns & Svendsen, 2014). Lek er barnets naturlige og spontane måte å uttrykke seg på (Eide-Midsand, 2002; Schaefer, 1993) og kan ansees som barnets språk (Svendsen & Johns, 2012; Russ, 2004). Barns "som om" lek tenkes å kunne fasilitere utviklingen av emosjonelle prosesser (Russ, 2004). I terapi vil lek gi gode muligheter for regulerende dialoger og gjennom leken vil terapeut og klient gjensidig påvirke hverandre. Ved å legge til rette for at terapeut og barn kan dele et felles oppmerksomhetsfokus, i tillegg til intersubjektiv deling av intensjoner, fantasier, tanker, følelser og opplevelser, utgjør lek i terapi et utmerket intersubjektivt forum (Johns & Svendsen, 2014). Terapeuten må være tilgjengelig og oppmerksom på barnets formidling (Hansen, 2002), og rette sin oppmerksomhet der barnet retter sin (Haavind, 1996). Videre er det viktig at barnet får erfare at tanker, følelser og ideer kan bli representert i en annens sinn ved at terapeuten formidler tilbake at barnets opplevelse er oppfattet og forstått (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Russ (2004) peker på hvordan lek legger til rette for at barn kan utrykke, oppleve og regulere emosjoner, samt hvordan lek bidrar i integreringen av affektive og kognitive prosesser. Han fremhever videre hvordan barnet gjennom leken får hjelp til å organisere og forstå sine emosjonelle opplevelser.

Det å legge til rette for å oppleve emosjoner har lenge vært tenkt å ha en terapeutisk effekt (McCullough, 2003, Russ, 2004). I leken vil terapeuten leve seg inn og engasjere seg sammen med barnet. Slik legger terapeuten til rette for og hjelper barnet med å uttrykke, men også å regulere affekt. Nettopp dette representerer et av de viktigste terapeutiske aspektene ved bruk av lek i terapi (Russ, 2004). Terapeuten benevner det som skjer, barnets opplevelse og ulike følelser. Ved at terapeuten benevner ulike følelser og hjelper med å sette dem inn i en kontekst, vil disse følelsene bli mindre overveldende og mer forståelige for barnet (Russ, 2004). Når terapeuten formidler barnets opplevelse tilbake til barnet med tydelig ansiktsuttrykk, stemmebruk og kroppsholdning, kan man si at terapeuten forstørker og gjør barnets uttrykk tydeligere, men også mer tålelige (Hoffart & Svendsen, 2013). Dersom følelsene blir mindre overveldende og mer forståelige vil de også bli lettere å regulere (Russ, 2004).

For mange barn kan det være angstprovoserende og vanskelig å snakke eksplisitt om følelser og opplevelser, lek er en mer indirekte og derfor ofte en bedre egnet kommunikasjonsform for barn. Leken utgjør et trygt sted der barnet kan utforske og ”prøve ut ”ulike positive og negative følelser. Gjennom leken vil barnet utforske og leke seg med ulike perspektiver og løsninger, og en antar at slik lek fremmer mentalisering og problemløsningsevner (Svendsen & Johns, 2012). Sammen med en støttende terapeut kan barnet i leken utvikle evnene til å differensiere følelser og tanker, ta flere perspektiver og eksperimentere med hvordan egne og andres tankeverdener virker (Fonagy et al., 2002). Lek bidrar til økt selvfølelse og selvagens hos barn og gjennom kreativ tenkning vil leken også kunne utvide og utfordre barnets problemløsningsevner (Schaefer, 1993).

Russ (2004) understreker også hvordan leken er en utmerket situasjon for barn å erfare nye og korrigerende emosjonelle opplevelser. Ofte har barn visse forventninger til hvordan de vil bli møtt av andre, når disse forventningene ikke blir møtt i møte med terapeuten vil dette kunne gi en ny og korrigerende emosjonell opplevelse. For eksempel kan det være en automatisk link mellom barnets uttrykk av triste følelser og forventning om avvisning, dette vil etterhvert gradvis avta ettersom terapeuten aksepterer barnets tanker og følelser og hjelper barnet med å forstå den aktuelle følelsen. Det viktige er at terapeuten gir klienten en konkret erfaring med at noen kan

forholde seg til personen på en annen måte enn det den er vant til, en konkret relasjon (Eide-Midtsand, 2007). Barnet får sammen med terapeuten mulighet til å gå inn i relasjonelle mønstre som ikke bekrefter barnets vansker men som derimot endrer og reorganiserer barnets forståelse (Jacobsen & Svendsen, 2010).

Foreldrearbeid

Når barn kommer til individualterapi er det helt avgjørende med et tett samarbeid med foreldre fra begynnelse til slutt (Johns & Svendsen, 2014; Svendsen & Johns, 2012). Studier viser at nettopp foreldres involvering i barnets terapiprosess har vesentlig betydning for behandlingsutfall (Bratton, 2005). Et slikt samarbeid er viktig for å få en god forståelse av barnet og barnets problematikk, men også for å fremme omsorgsgivers tilretteleggelse for barnets videre utvikling (Russ, 2004).

I det parallelle foreldrearbeidet kan foreldre selv få forståelse og utløp for sine vanskelige følelser, samt inngå i reflekterende samtaler rundt barnets problematikk og egen rolle i forbindelse med dette. I en terapiprosess der barnet er klienten vil et av hovedmålene være å gjenvinne den intersubjektive delingen mellom barn og omsorgspersoner (Svendsen & Johns, 2012), øke deres forståelse av barnet, samt utvide deres perspektiv på betydningen av hvordan de som foreldre møter barnet sitt (Johns & Svendsen, 2014).

Kasusdelen

Metode

Kasusstudien er av det barnet jeg hadde i terapi som studentterapeut ved universitetsklinikken på psykologisk institutt, NTNU. Oppgaven er basert på journalnotater, veiledningsnotater og filmopptak fra terapiløpet med Tobias. Filmopptakene gjøres for forskningsformål. Gjennom behandlingsløpet var vi fire studentterapeuter som arbeidet i team, under veiledning av psykologspesialist. Terapitimene ble fulgt av teamet bak et enveisspeil og behandlingsforløpet ble nøye diskutert med resten av gruppen og veileder både før og etter hver terapitime. Gjennom disse diskusjonene ble teori og forskning om hva som er virkningsfullt i terapi med barn kontinuerlig knyttet opp mot innholdet i terapitimene. Terapiløpet gikk over et halvt år, og besto til sammen av 16 timer, inkludert individualterapi, foreldresamtaler og fellestimer med terapeut, barn og foreldre.

Henvisning og innledende samtale med foreldre

Tobias på 9 år var henvist til poliklinikken for emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Han bodde sammen med mor, far, storebror og storesøster. Ved henvisningstidspunkt hadde Tobias over lengere tid periodevis trukket seg tilbake og hatt lite lyst til å være sammen med venner eller være med på ulike aktiviteter. Han havnet ofte i konflikter på skolen og hjemme. Flere ganger hadde han sagt at det var helt mørkt inni ham og foreldrene hadde over lang tid lurt på om han var deprimert. I løpet av sommeren hadde han hatt noe som foreldrene beskrev som tics. Beskrivelsen foreldrene ga var at han hadde rytmiske bevegelser i armene som gikk i et visst mønster. Bevegelsene var noe foreldrene hadde sett tidligere, og de hadde registrert at dette falt tidsmessig sammen med perioder der han hadde det vanskelig.

I en innledende samtale med foreldrene beskrev de en gutt med mange styrker. De la vekt på at han var sosialt dyktig, intellektuell, moden og reflektert. Det kom frem at Tobias alltid hadde vært annerledes enn sine to søsken og at han allerede som spedbarn var svært reaktiv og hadde intense emosjonelle uttrykk og reaksjoner. Som foreldrene sa; *”Ingen er så glad som ham når han er glad, ingen er så trist som ham når han er trist og ingen er så sint som ham når han er sint”*. I hverdagen var han mye irritert og kunne tidvis ha et voldsomt sinne. De fortalte om tristheten hans som

ofte kom til uttrykk gjennom dårlig humør og avvisning. Episoder som dette kunne utløses av uheldige situasjoner på skolen, mens andre ganger var det ingen åpenbare ytre årsaker. Selv om Tobias ønsket å trekke seg tilbake hadde han også et stort behov for nærhet. Foreldrene opplevde han ofte som ambivalent og vinglete i sine tilnærminger.

Det kom fram at han grublet mye, var ekstremt stua og at tanker og vanskelige situasjoner kunne bygge seg opp og låse seg. Det var mye han ikke ville være med på og han kunne styre hele familien dersom det var noe han ikke ville. Det som til syvende og sist fikk foreldrene til å ta kontakt med hjelpeapparatet var det de beskrev som ekstreme sinneanfall, hvor en liten ting kunne utløse et voldsomt raseri som ble etterfulgt av et sammenbrudd. Etter slike episoder var han energiløs i flere dager og trengte masse nærhet. Disse episodene hadde skremt hele familien og nå hadde det kommet til et punkt der både foreldrene og søsknene unngikk all atferd som kunne utløse hans raseri. Alle var redde for nye episoder.

I tillegg til Tobias sin tristhet og aggressive utbrudd, var han også en del redd. Når han var redd fikk han sterke fysiske reaksjoner som skjelving og hjertebank. Helt siden tidlig skolealder hadde det spesielt vært problematisk når han skulle legge seg om kvelden. Dette var også den eneste situasjonen hvor han eksplisitt sa han var redd. Derfor hadde foreldrene i flere år hatt en ekstraraseng på eget soverom som Tobias i løpet av nettene endte opp med å sove i. Far oppfattet det slik at redselen Tobias kjente på kvelden og natten bunnet i angst for ikke å greie å styre eller stoppe de vonde tankene sine, heller enn at han var redd for inntrengere, spøkelses, mørket og lignende.

I samtalen fikk jeg inntrykk av at dette var et foreldrepar som hadde et genuint ønske om å hjelpe sønnen sin. De var slitne, rådville og tomme for ideer for hvordan de selv kunne hjelpe Tobias og de hadde derfor innsett at dette var noe de trengte hjelp til. Bekymringen for hans videre utvikling og for at ting skulle bli enda verre så ut til å prege dem. Videre ga de uttrykk for at de ikke greide å forstå hvorfor han til stadighet var så trist eller hvor alt sinnet og irritasjonen kom fra. I deres oppfatning hadde han ingen grunn til det, da alt var lagt til rette for at han skulle ha gode rammer for livet sitt.

CBCL

Ved behandlingsstart fylte begge foreldrene ut Child Behavior Checklist (CBCL), et empirisk validert og standardisert screeningsinstrument, normert for barn mellom 6 og 18 år (Achenbach & Rescorla, 2001). CBCL består av et spørreskjema/atferdssjekkliste, hvor svarene skåres og sorteres i ulike atfredskategorier. Profilen viser om atferden det rapporteres om er i normalområdet, klinisk grenseområde eller klinisk område i forhold til to skalaer; CBCL og DSM – skala. I oppsummeringen brukes percentilen for å forklare hvor skåren ligger i forhold til normalområdet. Når en skåre ligger i klinisk område på over 90 percentilen vil det si at det er kun 10 % av populasjonen som rapporterer om større vansker med barnets atferd og en skåre over 97 percentilen vil si at 3% av populasjonen rapporterer om større utfordringer.

Skjemaet fylles ut av foreldre eller omsorgsgivere som har inngående kjennskap til hvordan barnet fungerer i en hverdagslig kontekst. Ideelt sett skal skjemaet fylles ut før behandlingsstart og etter behandlingsavslutning for å registrere endringer i barnets fungering. I behandlingen av Tobias fylte foreldrene kun ut skjemaet ved oppstart av behandlingen, men var allikevel nyttig for vår forståelse av symptomtrykk og problemområder.

Mor rapporterte på en slik måte at Tobias sin totale og internaliserende skåre lå i klinisk område over 90 percentilen. Hans eksternaliserende skåre lå i klinisk grenseområde 84-90 percentilen. Skårene for engstelighet/depresjon, somatiske plager og tankeproblematikk lå i klinisk område med over 97 percentilen. Skårene for utagerende atferd lå i klinisk grenseområde 93-97 percentilen. På DSM skalaen lå skårene for emosjonelle vansker, angstproblematikk og somatiske problemer i klinisk område over 97 percentilen. Skårene for opposisjonell atferd og atferdsvansker lå i klinisk grenseområde med 93-97 percentilen.

Far rapporterte på en slik måte at Tobias sin totale og internaliserende skåre lå begge i klinisk område over 90 percentilen. Hans eksternaliserende skåre lå i klinisk grenseområde 84-90 percentilen. Skåren for engstelighet/depresjon, tilbaketrukkenhet og tankeproblematikk lå i klinisk område over 97 percentilen. Skårene for utagerende atferd og somatiske plager lå i klinisk grenseområde 93-97 percentilen. På DSM

skalaen lå skårene for emosjonelle vansker, angstproblematikk og opposisjonell atferd i klinisk område over 97 percentilen. Skårene for somatisk problematikk lå i klinisk grenseområde med 93-97 percentilen.

De første møtene med Tobias

Til første møte kom Tobias sammen med mor. Tobias var tydelig nervøs og moren fortalte at han hadde gruet seg veldig. Det virket også som mor var spent og at hun hadde et inderlig ønske om at Tobias skulle få en god førsteopplevelse. Mor fremsto som kjærlig og omsorgsfull og gjorde sitt ytterste for at Tobias skulle kunne fortelle om seg selv og sitt liv. I begynnelsen var han sjenert og tilbakeholden. Det tok imidlertid ikke lang tid før han myknet litt opp. Han fortalte villig om ulike aspekter ved livet sitt, som skole, venner og ulike aktiviteter. I løpet av timen så han flere ganger nysgjerrig rundt seg i rommet. Når jeg spurte om han ville være med å se på de ulike lekene og spillene, sa han at han ikke ville det, fordi det så ut som lekene var litt for barnslige for ham. I timen ble det kommunisert om de vanskene Tobias var henvist for og ved avslutning var både Tobias og mor svært fornøyde. Tobias avsluttet timen med å si at det heldigvis ikke var så skummelt som han trodde det skulle bli.

De tre påfølgende timene møtte jeg Tobias alene, hvor vi to fikk muligheten til å etablere et godt samspill og en allianse. I disse første timene var hovedfokus å kommunisere gjennom ulike følelsspill og tegning. Han ble fort engasjert i de ulike aktivitetene og en slik måte å kommunisere på ble en god samspillsramme for oss og en veldig fin inngangsport for etablering av en allianse. Etterhvert begynte han også å ta initiativ til å ta i bruk lekene som han så tydelig hadde gitt uttrykk for at han ikke hadde ønsket ved terapistart. Kontakten mellom meg og Tobias var god fra første stund og han var en gutt jeg opplevde at det var lett å like. I tillegg til å være nedstemt, var han også en oppvakt og sjarmerende gutt. I terapien ble jeg nysgjerrig på Tobias og han fremsto som en gutt som hadde mange lag å bli kjent med. Han var tilgjengelig i den forstand at han var svært villig til å ta imot, samtidig som han var restriktiv på hva han ga tilbake, sannsynligvis for å unngå å gjøre seg sårbar. Samtalene fløt når vi snakket om hverdagslige temaer, men han datt fort sammen de gangene vi kom inn på temaer som omhandlet hans problematikk. Hver gang vi bevegde oss i retning av å snakke om tristheten hans sank han fysisk sammen og ble

innesluttet. For meg opplevdes det som om et lys ble skrudd av ved disse anledningene. Sårheten hans var så tydelig både i kroppsspråk, stemme og øyne. Jeg fikk etterhvert bare en større og større opplevelse av at han manglet både ord og evne til å snakke om disse temaene. Hans tilsynelatende hjelpeløshet, energiløshet og apati i møte med vanskelige temaer ble et meget spennende utgangspunkt for terapien. Her ble vi nødt til å bruke tid for å finne frem sammen.

Det ble altså tidlig klart at det var veldig vanskelig for Tobias å snakke eksplisitt om det som var vanskelig for ham. Enkelte ganger når vi for eksempel spilte emosjonsstigespillet satt han og grublet lenge på et svar, men når svaret kom var det som regel ”vet ikke”. Han ga uttrykk for at han hadde liten tro på at noen eller noe kunne hjelpe ham og jeg satt med en følelse av at han hele veien veide for og imot og testet ut om det var trygt å gjøre seg sårbar her med meg.

Når vi spilte kunne han bli voldsomt engasjert. Det var viktig for ham å vinne og det var ikke uvanlig at han endret reglene underveis i spillet slik at han selv skulle få vinnermuligheten. Jo mer vi var sammen jo tydeligere kom det frem at det var svært viktig for Tobias å være best. Han snakket mye om søsknene sine og om hvor flinke de var til å spille ulike instrumenter og at han selv ikke var like flink. Det at de var eldre enn ham, så han ikke ut til å ta med i beregningen. Kun det beste var godt nok.

Hos Tobias var nedtryktheten fremtredende, samtidig som han hadde et raseri som av og til kom frem. Tristheten hans kom spesielt til uttrykk når han snakket om sine ulike relasjoner, både til venner og familie. Han uttrykte av og til at han syntes at mor jobbet altfor mye, at hun ikke ville være med å spille spill og var for lite tilgjengelig. Videre snakket han en del om venner som sa at de skulle komme på besøk til ham, men som ikke kom allikevel og at han sjelden var på overnatting med venner. I en av timene snakket vi om hva en god venn er, Tobias ramset opp mange ting, og jeg spurte om han hadde slike venner. Da svarte han; ”*nei men jeg har i hvert fall venner*”. Disse temaene kom til stadighet opp og det var tydelig at dette var noe han tenkte mye på.

I den tredje timen tok jeg igjen opp med Tobias at jeg hadde hørt at han kunne være trist og fortvilet. Som jeg hadde opplevd tidligere ble han med en gang veldig tung.

Han satt på stolen og hang med hode da han svarte at dette stemte, men at han nylig hadde fått ett stort tigerkosedyr som hjalp ham og gjorde det mye bedre når han var trist. Det var åpenbart at dette kosedyret var viktig og det ble derfor naturlig å bygge videre på dette.

Klinisk vurdering og tanker om videre behandling og forståelse av Tobias sine vansker

På bakgrunn av henvisning, CBCL, samtale med foreldrene og møter med Tobias fikk vi et bilde av Tobias og hans vansker. Det som var særlig påfallende for Tobias var at han hadde alle forutsetninger for å fungere godt. Han hadde vokst opp i et stabilt miljø, med søsken og foreldre som i all hovedsak var kjærlige og omsorgsfulle. Han var en intelligent gutt som gjorde det godt på skolen, var dyktig i fritidsaktiviteter og han hadde gode sosiale evner og derfor alltid hatt venner. Det var ingen store risikofaktorer i Tobias sine omgivelser eller ved han selv som kunne forklare vanskene hans. De innledende timene ga informasjon som tydet på at Tobias var en gutt som trengte tid for å bli trygg i terapisisuasjonen og at det derfor var viktig å gi ham det. Han fremsto som en gutt som prøvde veldig hardt å gjøre det som var riktig og indirekte formidlet han at han ofte følte seg sviktet av de rundt seg. I vår forståelse av Tobias ble det viktig å se hans problematikk i lys av utviklingsteori, med særlig vektlegging av utviklingen av viktige grunnfunksjoner i en relasjonell kontekst. Med denne innfallsvinkelen ble det også lettere å forstå Tobias.

Gjennom terapien ble det tydelig at dette var en gutt som hadde problemer med å regulere egne emosjoner, samt vansker med å styre oppmerksomheten vekk fra aspekter ved og utenfor ham selv. Hans reguleringsvansker og oppmerksomhetsfokusering ble derfor et sentralt fokus for terapien. Tobias hadde også svært sterk emosjonell reaktivitet, og dette kan ha vært med på å forsterke vanskene hans. Når Tobias ble emosjonelt aktivert så det ut til at han gikk inn i seg selv og i liten grad var i stand til å rette oppmerksomheten vekk fra den indre aktiveringen. Vansker med disse grunnleggende mekanismene, som regulering av følelser og retting av oppmerksomhet har trolig bidratt til hans erfaring med å stadig bli overveldet i møte med vanskelige situasjoner. Det kan også være med på å forklare foreldrenes opplevelse av at det alltid tok veldig lang tid før han kom seg igjen når

han først var blitt veldig trist eller sint, og at han i disse tilfellene var helt avhengig av deres hjelp for å komme seg.

Det reaktive i emosjonen syntes å skape lite mening, men heller kroppslig uro for Tobias. Måten han rettet kraften av egen aktivering, fremsto også som lite tilpasset de situasjonene han befant seg i. Ubehag og kraften til det reaktive i emosjonene så ut til å føre til en enorm frustrasjon for ham, forvirring og en slags håpløshetsfølelse. Han hadde lite forståelse for sine kaotiske opplevelser, reaksjonene sine og hvordan han kunne få det bedre. Når heller ikke foreldrene greide å forstå, ble det vanskelig for dem å gi den støtten og reguleringshjelpen han trengte for å selv bli bedre til å forstå og håndtere emosjonell aktivering. Sett i lys av dette er det ikke rart at Tobias hadde mistet troen på at ting kunne bedre seg.

Tobias hadde også til dels svært motstridende og lite tydelige tilnærminger og uttrykksformer. Han hadde for eksempel et stort behov for nærhet, samtidig som han var avvisende og ofte ønsket å trekke seg unna både familie og venner. Reguleringen av nærhet og avstand så ut til å være preget av en ambivalens og konflikt. For de rundt ham ble dette forvirrende og det ble vanskelig for dem å forholde seg til hans stadige avvisning, for så tilnærming og ønske om nærhet.

I tillegg fremsto han som en gutt som satte svært høye krav til seg selv og egen prestasjon, og i de tilfellene han ikke var best eller måtte gjøre seg sårbar ble han satt ut av spill, ville trekke seg unna eller slutte. Jeg fikk inntrykk av at den verdien han tilla seg selv, men også andre, i stor grad var basert på prestasjoner.

Ut fra samtalene med foreldrene kom det frem at de strevde med å forstå ham, reaksjonene hans og følelsene hans og de kjente seg i liten grad igjen i hans måter å reagere på. Dette gjaldt særlig mor. Vanskene med å forstå ham var ikke noe som hadde oppstått nylig, men hadde vært slik helt fra han var spedbarn og de hadde ofte kjent på at han var svært forskjellig fra dem selv og de to andre barna deres. Barn er født med varierende grad av emosjonell reaktivitet (Gerhardt, 2004; Posner & Rothbart, 1998). En vet at barn som fort overveldes av emosjonell aktivering og som har sterk kroppslig reaktivitet, utløser andre typer reaksjoner fra omsorgsgivere enn barn som har høyere toleranse for stimulering og som har lavere intensitet i sine

følelsesmessige reaksjoner (Moe, 1996; Sameroff, 2009; Tronick, 1989). Barnets medfødte disposisjoner vil derfor i stor grad kunne påvirke den videre utviklingen. Og etter hvert som transaksjoner finner sted og får utøvd sin virkning, vil det bli vanskelig å skille mellom de medfødte og de miljøbaserte faktorene som bidrar i denne utviklingen (Moe, 1996; Sroufe, 1995).

En kan tenke seg at Tobias sitt medfødte sårbare temperament har påvirket relasjonen til foreldrene, som begge hadde et temperament og måter å uttrykke seg på som var forskjellige fra hans. En av våre hypoteser var at det var en mismatch mellom foreldrenes og Tobias sitt temperament, som gjennom årene hadde gjort det vanskelig med finstemte interaksjoner dem imellom og derav mangelfull emosjonell utvikling. Spedbarnsforskning har gjentatte ganger fremhevet betydningen av den tidlige affektive kommunikasjonen mellom omsorgsgiver og barn, og hvilken funksjon det tidlige samspillet har i utviklingen av en rekke viktige mekanismer. En vet også at det er de feiltilpasningene som har pågått over tid, i sped - og småbarnsperioden, som i størst grad kan knyttes til senere patologi. I så måte blir det nødvendig med et langtidsperspektiv i de tilfellene hvor en forsøker å forstå patologi i lys av utviklingspsykologisk kunnskap (Smith, 2010). Fokuset må legges på de ulike og sammensatte faktorene som påvirker og former utviklingen. Dette dreier seg om biologiske, sosiale og kulturelle faktorer som kontinuerlig påvirker og påvirkes av hverandre. Når man skal forstå og predikere skjevutvikling blir det altså viktig å ta i betraktning både sårbarheter hos barnet og sårbarheter ved omsorgsmiljøet (Sameroff & Chandler, 1975).

Når foreldrene snakket om det som hadde vært, fikk jeg et inntrykk av at Tobias sin tristhet og sinne var noe de nærmest hadde begynt å frykte. Både fordi de selv ikke visste hvordan de skulle takle det, men også fordi de engstet seg for hva dette betydde og hvordan det ville utvikle seg videre. De var stadig på vakt og veldig vare på signaler om dårlige perioder. Jeg tolket det som om at det var lite rom for negative følelsesuttrykk i hjemmet, der i hovedsak de positive følelsene ble inntonet, rommet, delt og forsterket. Dette var ikke fordi foreldrene ikke ønsket å hjelpe Tobias, men heller et resultat av en redsel for at disse hyppige forekommende negative uttrykkene hans var tegn på at noe var alvorlig galt. Strategien deres ble å sette fokus på det som var positivt og undertrykke og unngå det negative. Som Stern (2003) fremmer er det

helt nødvendig at alle typer indre tilstander blir delt og anerkjent, da det er slik barnet får kjennskap til og evnen til å fritt forholde seg til sine indre tilstander. Når noen indre opplevelser og følelser systematisk ikke blir inntonet av omsorgsgiver kan barnet få en opplevelse av at disse ikke kan deles med andre (Svendsen & Johns, 2012; Stern, 2003). En kan tenke seg at Tobias har oppfattet at tristhet og sinne er noe man ikke vil ha, og dermed ikke fått tilstrekkelig hjelp fra sine foreldre til måter å forstå, håndtere og regulere disse følelsene. Aldersmessig har han heller ikke vært i stand til å håndtere dem på egenhånd. Dette blir en belastning for barn og negative følelser kan bli skambelagt og dermed kilde til mer tristhet og sinne. I slike tilfeller kan det etableres negative relasjonelle sirkler. Sett i lys av avstand og nærhet, kan en tenke seg at når Tobias ble sint eller trist ble det en avstand, noe som igjen forsterket tristheten hans. Følelser av å bli skjøvet ut og avvist i de tilfellene hvor han ikke nådde opp til foreldrenes forventninger, standarder og ønsker. For barn blir ofte løsningen i slike tilfeller å gjøre ting riktig, men dette er også en måte å fjerne seg fra selvutviklingen. I forbindelse med det Tronick (1989) betegner som interaktive feil og reparasjoner, kan en tenke seg at de interaktive feilene i deres relasjon sjeldent ble reparert og at Tobias gjennom årene har fått en større og større opplevelse av og forventning om at han ikke kan bli forstått av andre. Affektinntoning er en forutsetning for intersubjektiv relatering. I foreldrearbeidet ble det derfor vesentlig å jobbe med å etablere intersubjektiv deling mellom Tobias og foreldrene på alle emosjoner og opplevelser, samt foreldrenes evne til å tone seg inn på, forstå og tåle Tobias sin overaktivering, romme denne og hjelpe ham til å forstå og akseptere innholdet i denne.

Behandlingsforløpet

Gjennom de tre første timene hadde jeg fått kontakt med en enorm sårhet og tristhet hos Tobias og jeg fikk også kjenne på hans ensomhet. Tungheten hans var ofte til å ta og føle på og jeg kjente igjen mye av det foreldrene hadde beskrevet; en gutt som hadde følelsene utenpå kroppen i en så stor grad at det nærmest smittet. Mye av det vi jobbet med innledningsvis dreide seg om emosjoner. Vi spilte blant annet emosjonsstigespill, tre følelser på rad, tegnet følelser og prøvde å kartlegge hvor de ulike følelsene kjentes i kroppen. Dette opplevdes som en nyttig måte å jobbe på selv om enkelte temaer var veldig vanskelig for Tobias. Hver gang vi kom inn på temaet

følelser ble han veldig tung og han hadde store problemer med å komme med svar. ”Vet ikke” gikk igjen og igjen og han kunne i liten grad forklare hvordan de ulike følelsene kjentes i kroppen, når og hvorfor han kjente de ulike følelsene.

Jeg satt igjen med en usikkerhet om han rett og slett hadde svært lite tilgang til følelsene sine, eller om denne snakkingen om det ble for eksplisitt og angstaktiverende for ham. Barn med emosjonsreguleringsvansker har ofte problemer både med differensiering og forståelse av følelser (Campos et al., 2004). På den andre siden vet en også at det for barn kan være vanskelig med en direkte dialog om følelser, da dette ofte fører til økt aktivering og dermed stenger av for kommunikasjonen (Svendsen & Jacobsen, 2013). Mye tydet på at det å snakke om egne konflikthylte følelser ble for sterkt for ham og det ble derfor viktig at jeg ikke presset mer på dette, da han bare ble mer og mer lukket jo mer jeg prøvde. Han sa oppgitt ved en anledning; *”jeg blir så trist av å snakke om at jeg er trist”*. Jeg fornemmet at han satt inne med mye, men at det var svært vanskelig for ham å sette ord på og være trygg nok på at dette var noe vi kunne snakke om. Han uttrykte også at han var lei av at særlig mor maste så mye om hvordan han hadde det. I terapien ble det derfor viktig å respektere de grensene han satt, og ikke repetere mønsteret med masing og avvisning som ofte var tilfellet hjemme, men heller gi han en ny erfaring. Det å bli kjent med barnet på barnets premisser er vesentlig for at det skal skje en utvikling i terapien (Svendsen & Johns, 2012). Gjentatte ganger måtte jeg ta meg selv i å ikke gi etter for mitt behov for å vite akkurat hva han tenkte og følte, men heller prøve å finne andre måter å forstå Tobias på. Her måtte vi finne nye måter for at han skulle bli bevisst sitt eget emosjonsregister og arbeidet med emosjonsdifferensiering og emosjonsregulering ble viktig.

I terapi er den non-verbale kommunikasjonen alltid sentral (Eide- Midtsand, 1989). I tilfeller der barn har vansker med å uttrykke seg gjennom språk, blir denne informasjonen særlig viktig. De følelsene som vekkes i oss når vi samhandler med disse barna, gir oss informasjon om deres følelsesopplevelser. Ved at en da formidler opplevelsen av barnets uttrykk tilbake til barnet, vil dette kunne skape en opplevelse av å bli sett, forstått og akseptert. Selv om Tobias ikke greide å formidle sine vansker verbalt, uttrykte han mye gjennom sitt kropps- og ansiktsuttrykk. Små, raske skifter i ansiktsmimikk, øynene og kroppsholdning som kom i forbindelse med temaer vi

snakket om, historier han fortalte, eller emner jeg tok opp, gjorde at jeg fikk økt innblikk i hans opplevelsesverden. Nettopp denne informasjonen ble viktig i det terapeutiske arbeidet og i vår forståelse av ham.

I møte med Tobias ble min oppgave som terapeut å følge ham, dele hans opplevelser, lage rom for og tillate både hans verbale og nonverbale følelsesuttrykk. En sentral del av arbeidet gikk også ut på at jeg tonet meg inn på hans følelser, kom i møte med ham og bekreftet ham, samt satte ord på alle hans ulike affektive uttrykk. Mye tyder på at evnen til og opplevelsen av å kunne dele sine indre tilstander med andre er av avgjørende betydning for å bli i stand til å uttrykke og regulere egne følelser (Svendsen & Johns, 2012). For å muliggjøre dette var det viktig at jeg som terapeut ga han tid til å finne en måte han var komfortabel med å uttrykke seg på, og som ikke opplevdes som pressende eller invaderende. Det ble viktig at jeg formidlet at det var greit å være trist, samt at alle barn og voksne av og til er triste og sinte. Ved anledninger da Tobias ble veldig tung ble det viktig å ikke vike unna, men heller være i de vonde følelsene sammen med ham og ikke gi etter for behovet for å løfte ham opp igjen med en gang. Det sentrale ble å formidle at hans vonde følelser er tålelige, normale og helt ufarlige.

Innholdet i timene var forskjellige fra gang til gang med unntak av visse rutiner. Vi spilte ofte ulike spill, tegnet, lekte og jobbet med tigeren. Disse ulike aktivitetene ble en fin arena for å uttrykke emosjoner for Tobias og for meg å dele og ta imot disse. På slutten av hver time tegnet han i en kalender med 10 ruter, som illustrerte hvor mange ganger jeg og Tobias skulle være sammen. På denne måten ble det lettere for ham å strukturere tiden og forberede terapiavslutning.

Tobias gav uttrykk for at han likte min oppmerksomhet og at han trivdes godt med å komme hit. Selv om Tobias i liten grad snakket eksplisitt om problematikken, gav han uttrykk for et stort ønske om at ting skulle bli bedre. Da jeg ved en anledning spurte hvordan det hadde vært for ham hvis han slapp å være så trist, svarte han: *”da hadde det vært MYE MYE bedre. Men jeg tror nok ikke det går, fordi vi har prøvd nesten alt nå”*.

Litt tiger og Litt menneske

I terapi med barn vil bruk av metaforer og bilder på barnets vansker eller på de oppgavene en skal jobbe med i terapien ofte være et fint utgangspunkt (Haavind, 1996; Jacobsen & Svendsen, 2010). Når en tar i bruk slike metaforer eller bilder er det vesentlig at de er forståelige for barnet, at de vekker nysgjerrighet, formidler håp, og at de bygger på det barnet og omsorgsgivere selv har formidlet. Et slikt terapifokus burde også peke på hva det er terapeuten og barnet sammen skal gjøre gjennom behandlingen (Johns & Svendsen, 2014).

Når Tobias snakket om tigerskosedyret sitt lyste han alltid opp. Ivrig sa han til meg: ”*vil du jeg skal tegne den for deg?*”. Han tegnet en stor fin tiger på et stort ark. Denne tegningen skulle vise seg å være med oss hele veien. I de tre innledende timene nevnte han ofte tigreren spontant, særlig de gangene vi snakket om de vonde følelsene hans, dro han inn tigreren som en som hjalp ham. Etter hvert ble det helt naturlig å introdusere ideen om at vi to kunne jobbe sammen for at han skulle få en slik trygg tiger inni seg. Dette virket han med en gang åpen for og jeg foreslo at vi begge kunne tenke litt på hvordan dette kunne la seg gjøre. Jeg fikk følelsen av at Tobias syntes dette var et fint og litt spennende fokus for terapien og samtidig som han syntes det var litt rart ble han veldig engasjert. Han lekte seg med ideen om å ha en tiger inni magen eller brystet sitt. Han greide ikke helt bestemme seg for om han ville ha den i magen eller i brystet, men fant etter hvert ut at han helst ville at den skulle gå på langs gjennom magen og brystet. Grunnen til dette var at det var der han trengte den mest. I mitt hode ble arbeidet med å få en tiger inni seg en analog til utvikling av selvregulering. Tigreren hadde til å begynne med fungert som en ytre regulator og nå ble vårt prosjekt å internalisere denne regulatoren.

Vi begynte etterhvert å utforske ulike egenskaper ved tigreren og hva det var som gjorde at den var så trygg å ha. Tobias var ivrig på å lete etter tigreren sine ulike egenskaper og på tigertegningen skrev han i bobler rundt tigreren ned alle de egenskapene han mente at tigreren hadde. Det ble fort tydelig at tigreren var best på alt, han var uredd, han løp fortest, var smartest, sterkest, morsomst, hadde mange venner og ble aldri lei seg hvis andre var slem med ham. I måten Tobias gjorde dette på så det ut til å være lite rom for svakhet hos tigreren og alle mine forsøk på å undre meg over om det gikk an å være så perfekt ble avfeid tvert. Han fortsatte denne

oppramsingen av egenskaper hos tigreren og i løpet av noen få terapitimer var tigreren blitt til det som så ut til å være en supertiger.

I en av timene hadde Tobias med selve tigerkosedyret til timen, dette var et stort kosedyr som var på størrelse med Tobias selv. Vi bestemte oss for å dra på jungeltur med tigreren, snegla, bjørnen og to hyener. Alle sammen koste seg på tur men etter hvert når vi hadde kommet langt inn i jungelen beit den ene hyenen tigreren i foten. Jeg mente at tigreren hadde fått så vondt at den ikke greide å gå lenger, men det var ikke Tobias enig i og fant fort ut at den hjelpende snegla kunne hjelpe tigreren med behandlingen av såret. Gjentatte ganger i løpet av timen prøvde jeg å introdusere muligheten for at tigreren også noen ganger var redd, sårbar og hadde vondt. Dette ble igjen ved alle forsøk raskt avvist av Tobias.

Jeg kjente på en økende frustrasjon og engstelse over at Tobias hadde laget seg et supermål som var lite realistisk og heller ikke ønskelig. Ved å gjøre tigreren til et usårbart og uslåelig ideal hadde han plutselig bare overført de høye standardene han hadde til seg selv til å bli et mål for terapien. Jeg som terapeut ønsket ikke å støtte opp under målet om å bli helt som denne supertigreren. Her måtte vi også skape rom for det sårbare, triste og redde. Det ble viktig at Tobias fikk innsikt i at ingen mennesker greier å være like usårbar som tigreren. Jeg og Tobias undret oss mye over disse tingene sammen. Vi reflekterte over hva de ulike menneskene i Tobias sitt liv var flinke til, men også hva de ikke var flinke til og etter hvert fant vi ut at ingen av de menneskene som jeg kjente eller noen av de Tobias kjente var flinke på alt sånn som tigreren var. Etter hvert virket det som Tobias slo seg litt til ro med dette og i økende grad greide han å anerkjenne egne og andres svakheter.

Allikevel ville ikke Tobias gi slipp på at tigreren i seg selv var usårbar. Han kunne nærmest bli mutt og småsint de gangene jeg ymtet innpå om dette. Det kunne virke som at han trengte at tigreren var umenneskelig og usårbar. Etter hvert ble vi enige om at det ikke går an for et menneske å være som tigreren, men at man heller kunne prøve å være litt som tigreren. Tobias ville heller ikke gi opp ideen om å ha hele tigreren inni seg, men istedenfor at han skulle bli helt som tigreren kom han opp med et kompromiss. *”Hvis jeg har hele tigreren inni meg så vil jeg jo fortsatt ha mye av meg*

inni meg, men så kan jeg heller bruke av tigerkreftene når jeg trenger det.” På denne måten fant vi ut at han kunne være litt tiger og litt (men mest) menneske.

Arbeidet med tigeren ble et fast innslag i timene og vi prøvde sammen å finne ut hvordan han kunne greie å få en slik tiger inni seg. Enkelte ganger når ting ble for vanskelig å snakke om ble det for Tobias lettere å snakke gjennom tigeren. Når jeg introduserte muligheten for å blant annet gi råd til tigeren eller spurte om hvordan han trodde tigeren hadde følt og reagert hvis noen hadde vært slemme med ham, var Tobias rask med å si at tigeren ikke trengte råd eller hadde følt noe som helst siden tigeren var usårbar. Allikevel gikk han med på at vi kunne late som om tigeren hadde noen menneskelige egenskaper av og til. På denne måten kunne vi reflektere over hvor tigeren kjente de ulike følelsene i kroppen, hvordan han reagerte, hva som hjalp og hva som ikke hjalp når han kjente på ulike følelser. Jeg som terapeut levde meg inn i, benevnte og anerkjente tigerens ulike følelser og reaksjoner. Og i økende grad gjorde Tobias det samme. Denne måten å snakke på ble mye mindre eksplisitt for Tobias og han greide i større og større grad å reflektere over ulike følelser og reaksjoner når vi snakket om tigeren og ikke han selv.

Gjennom terapiløpet kunne en se en sakte utvikling av Tobias sine evner til å uttrykke seg. Han virket etter hvert mer håpefull, vital og trygg i terapirommet. Hans rigiditet i forhold til det å skulle være perfekt ble, etter mye jobbing med akkurat det, sakte men sikkert bedre. Vi kom aldri til et punkt der han var komfortabel med å snakke eksplisitt om egne vansker, og det var det viktig å respektere. I timene begynte han gradvis å si mer i fra dersom han ikke ønsket å gjøre noe eller om det var noe han hadde veldig lyst til. På denne måten ble det også lettere for meg å forholde meg til ham, da jeg fikk en opplevelse av å vite hvor jeg hadde ham. Dette var også noe foreldrene bemerket i foreldresamtaler. Han begynte tydeligere å bli en gutt som likte og mislikte ting, og ikke en gutt som bare prøvde.

Fortløpende samtaler med foreldrene

Underveis i terapiløpet ble samtaler med foreldrene viktige for å få igangsatt endringer også i hjemmet. I samtaler brukte vi mye tid på å sammen reflektere over Tobias sine vansker, mulige årsaker, opprettholdende faktorer og hvordan vi

sammen skulle finne en måte å støtte hans nye utvikling på. Det ble i disse samtalen viktige å dele hypoteser om mulige måter å forstå Tobias og hans reaksjons og uttrykksmåter.

Foreldrene var hele veien veldig motiverte og mottagelige for innspill fra meg. De var åpne for og villig til å prøve ut nye måter å møte Tobias på. Det fremgikk som sentralt å adressere foreldrenes redsel for Tobias sine vonde følelser, samt øke deres forståelse for at ubehag i seg selv ikke er farlig, men faktisk også en nødvendighet og uunngåelig del av et barns utvikling. Deres oppfatning av at Tobias måtte kjenne på minst mulige negative følelser for å fungere optimalt førte til ubehag for foreldrene, men også for Tobias. I denne sammenheng ble det viktig å formidle hvordan deres reaksjoner på Tobias sine vanskelige følelser igjen påvirket Tobias og hans følelsesuttrykk. Mor fikk etter hvert økt forståelse for at hennes reaksjoner på Tobias sin tristhet ikke alltid var like hensiktsmessige, verken for henne selv eller for Tobias. Negative og da særlig triste følelser kunne både hun og faren fort avvise, ved for eksempel å si *”du som har det så bra har da ingenting å være lei deg for, nå må du slutte!”*. De viste både med ord og kroppsspråk at de var oppgitte, at dette bare var tull og at de ikke ønsket å ha det sånn, da det faktisk ikke var noen grunn til dette i deres familie. Tobias ble da ofte sint, irritert og avvisende.

Det inntrykket vi satt igjen med var at foreldrene hadde en oppfatning av at Tobias bare måtte innse at han ikke hadde noe å være trist for, og at det var på den måten han ville bli bedre. Enhver antydning til sterke og ubehagelige følelser tolket de som tegn på at noe var alvorlig galt og forløperen til en svært uheldig utvikling for Tobias. Det kom frem at de hadde katastrofetanker om at Tobias i løpet av ungdomstiden ville bli en innesluttet og deprimert gutt som havnet i slåsskamper støtt og stadig. Derfor hadde foreldrene valgt som strategi å legge mye vekt på det som var veldig positivt i livene deres og heller dysse ned det som var negativt. Foreldrene hadde gode intensjoner med sin håndtering av Tobias sine vansker, men det de ikke forsto var at de ved å reagere slik på mange måter aviste Tobias og hans opplevelser. Hans følelsesopplevelser ble med deres måter å reagere på ikke gitt legitimitet og ble avskrevet som reelle. Om enn ikke med vilje signaliserte foreldrene sin egen redsel, skuffelse og frustrasjon til Tobias, som igjen bidro i den negative relasjonelle sirkelen de hadde beveget seg inn i.

Ved å reflektere rundt ulike måter å forstå Tobias sine uttrykk på og forsøke å se verden utfra hans øyne, fikk foreldrene etterhvert større forståelse for Tobias sin opplevelsesverden. De fikk større aksept for at negative følelser så vel som positive inngår i normalspekteret av følelser alle mennesker har og burde ha. Ved å ta utgangspunkt i en tolkning om at Tobias ikke følte seg forstått, at hans uttrykk ikke ble anerkjent, gitt legitimitet og mening, at han til stadighet ble en skuffelse og kilde til frustrasjon og engstelse for foreldrene og derav følte seg utilstrekkelig, mislykket og unormal, ble det med en gang både lettere og mer motiverende for foreldrene å justere sine måter å møte ham på. Når Tobias sine følelser ble mer forståelige og mindre skremmende for foreldrene, ble det for dem lettere å møte ham på en måte slik at han selv også kunne forstå. Slik fikk Tobias også i større grad den reguleringshjelpen han trengte.

I foreldresamtalene kom det frem at de begge, men særlig mor slet med en del vonde følelser om at hun hadde sviktet sønnen sin. Sentralt i arbeidet med foreldrene var å legge vekt på at deres og Tobias sin måte å oppleve på og reagere på, til dels var svært ulik, noe som også mest sannsynlig hadde gjort det ekstra utfordrende for dem å møte ham på en god måte. Dette var med på å frata foreldrene litt ansvar, gi dem støtte og dermed også mindre skyldfølelse.

Endring ved behandlingsavslutning

Ved behandlingsavslutning fikk Tobias den store tigertegningen i avslutningsgave. Vi snakket om hvordan det ville gå fremover og hva som kunne bli utfordringer videre. Tobias mente selv at dette kom til å gå bra, for nå hadde han jo tigeren litt inni seg og hvis han glemte det kunne han bare se på tigertegningen.

I oppfølgingssamtalen med foreldrene 12 uker etter behandlingsavslutning fortalte de at Tobias nå hadde hengt opp tigeren over sengen sin. De fortalte om en positiv utvikling på flere områder. Søvn situasjonen hadde bedret seg betraktelig, han sovnet lett, våknet som regel ikke om natten og hadde ikke hatt mareritt på lenge. Tics var nesten helt borte og selv om de av og til så antydninger til små rykninger, var ikke dette noe som bekymret dem. På skolen havnet Tobias sjeldent i konflikter og hadde

nylig blitt valgt til tillitselev av klassen. Foreldrene fortalte at han var veldig stolt av dette. Både i helger og ukedager var han nå en del sammen med ulike kompiser. Noen ganger kunne han ha med venner hjem etter skolen flere dager på rad, andre ganger kunne det gå en uke imellom. Foreldrene oppfattet at dette var noe han regulerte selv. Fortsatt hadde han behov for tid for seg selv og det hadde foreldrene fått større aksept og forståelse for. Tobias var også nå vanskelig å få med ut på aktiviteter, men det ble sjeldnere konflikter ut av disse situasjonene. Leksesituasjonen som tidligere hadde vært kilde til mange konflikter i hjemmet hadde blitt betraktelig bedre. Foreldrene fortalte at de i en periode hadde sluttet å mase og han hadde som følge av dette begynt å gjøre dem på eget initiativ.

Videre fortalte foreldrene om et generelt bedre samspill med Tobias, preget av mindre masing, irritasjon, avvising og konflikter. Mor fortalte også at hun i mye mindre grad bekymret seg når Tobias var trist, sint og irritert. Hun hadde roet seg med at det er normalt å av og til være i dårlig humør, at det også må være lov og at det ikke nødvendigvis betydde at han ville falle utenfor samfunnet. Som et resultat av dette greide hun i større grad å respektere de grensene Tobias satt for seg selv og ga han heller den tiden han trengte.

Avsluttende diskusjon

Da Tobias kom til klinikken hadde han mange symptomer forenelig med både depresjon, angst og atferdsvansker. Så hvorfor valgte vi ikke en behandlingsform med et overordnet mål om å fjerne symptom for symptom?

Noen ganger vil det være viktig og riktig å etterstrebe raskt symptomlette hos pasienter, og da særlig hvis symptomtrykket er stort (Jacobsen og Svendsen, 2010). Å legge fokus på symptomnivå kan i flere tilfeller ha positive konsekvenser, selv der en ikke forsøker å oppnå en mer grunnleggende forståelse av årsaker og for symptomets funksjon. Det er imidlertid skjellig grunn til å tenke at symptomer i mange tilfeller kommer til uttrykk på bakgrunn av dypere liggende vansker. Dersom en i behandling velger å fokusere på å fjerne symptomer vil det altså i enkelte tilfeller være nok. Men dersom symptomene er del av et mer generelt problem med for eksempel emosjonsregulering eller andre grunnfunksjoner, vil en kunne risikere at barnets

problemer vedvarer eller vil komme til uttrykk senere via andre typer vansker (op.cit.).

I Tobias sitt tilfelle kan en se for seg en behandling rettet mot symptomreduksjon og korrigerende avferd, og at han gjennom behandlingen hadde lært seg strategier for å hemme sine emosjonelle uttrykk. Dette kunne naturligvis ha fungert og det er mulig at han ville ha kommet inn på et godt utviklingsspor. Allikevel er det grunn til å anta at han ville havnet i risiko for å bli et ytre regulert barn, der det ikke hadde blitt gjort noe med de underliggende dysfunksjonene, hverken hos ham selv eller hans miljø. Dette ville igjen satt ham i fare for å utvikle mangelfulle evner til å differensiere, forstå og regulere egne følelser. En kunne risikere at hans emosjonelle aktivering ville fortsatt å være utydelig og uforståelig for ham. Hans foreldre hadde heller ikke fått muligheten til å forstå ham, og dermed kanskje fortsatt med å se det som sin hovedfunksjon å korrigere ham når han ikke gjorde det riktige. Når en i tillegg har inngående kunnskap om hvordan viktige forbindelser i hjernen organiseres og utvikles i interaksjon og samspill med nære andre, og hvordan dette samspillet og den påfølgende nevronale organiseringen påvirker utviklingen av sentrale grunnfunksjoner, blir det etter min mening helt vesentlig å utforske hva som kan ligge bak symptomene.

En kan tenke at Tobias sine vansker er et eksempel på at det har ballet på seg med negative transaksjonseffekter. Dette er noe som har skjedd over tid, ikke et resultat av omsorgssvikt, men heller noe i deres relasjon som ikke har fungert. Det er mange indikatorer på at foreldrene helt fra hans tidlige år ikke har maktet å møte ham der han er. Alt tilsa at Tobias sine foreldre virkelig ønsket å forstå ham, men dette var noe de trengte hjelp til. Det var svært vanskelig for dem å finne frem til en hensiktsmessig måte å inngå i en utviklingsfremmende relasjon med Tobias. Mekanismene beskrevet av Stern (2003) har ikke fungert slik som de burde og dermed kan en anta at Tobias i relasjonen med sine foreldre ikke har fått mulighet til å tilegne seg gode nok emosjonelle ferdigheter. Tobias hadde over lengre tid ikke fått den støtten han trengte, som igjen førte til at han ble mer og mer hjelpeløs og redd. Etterhvert har også foreldrene kjent på en større og større hjelpeløshet.

Så hvorfor så vi denne bedringen hos Tobias? Det er nærliggende å tenke at noe av bedringen vi så hos Tobias skyldtes bedring i grunnfunksjoner. Uten spesifikke

intervensjoner basert på de ulike symptomene hans, var alle symptomer redusert betraktelig ved behandlingsavslutning. De opplevelsene han selv hadde i individualterapiøpet, men kanskje særlig de endringene han merket på hjemmebane har mest sannsynlig bidratt til den positive utviklingen. Jeg så en gutt som hadde tatt tilbake egen kraft, en endring der han endelig kunne både like og mislike andres reaksjoner. Han trengte ikke å gjøre alt riktig lenger og han hadde funnet ut at en fortsatt har verdi som menneske selv om alt ikke er perfekt. En av mine viktigste erfaringer fra denne terapien er at det ikke alltid er så store intervensjoner som skal til for å skape endring. Det at foreldrene fikk en bedre forståelse for hans måter å være på, gjorde at de kunne møte ham på en mer tilpasset måte, hvor han følte seg forstått og sett. I denne prosessen ble også Tobias sin evne til å regulere nærhet og avstand til sine foreldre, men også andre, lettere og mindre konfliktfylt. Det er viktig å understreke at dette var et ressurssterkt foreldrepar som både var villige og hadde gode evner til å bli veiledet. Sagt på en annen måte var det kort vei til foreldrenes sunnhet.

Tobias sine foreldre hadde hele hans liv kun ønsket det beste for ham. I deres oppfatning var det best for Tobias å ikke kjenne på negative følelser. Det var vondt både for Tobias og for dem. I dagens samfunn der folk sprer rundt seg med lykke og harmoni på ulike sosiale medier, skal en ikke se bort ifra at enkelte fort kan tenke at det er sånn det skal være og at det er sånn det er for andre. Tanken om at hvis ting er veldig harmonisk så er alt bra kan bli en belastning for mennesker og bidra til følelser av å ikke strekke til og ikke være gode nok. Både harmoni og disharmoni, lykke og ulykke inngår i alle menneskers liv, det vesentlige blir å få opp tydeligheten på både det positive og det negative. For Tobias var opplevelsen av å få lov til å ikke ha det bra hele tiden en lettelse og slik jeg oppfattet det fikk han en opplevelse av å endelig kunne slappe av. Han fikk forståelse for at han ikke var unormal, at man kan få hjelp, at andre mennesker også kan ha det vanskelig og at de vanskelige følelsene vil gå over.

Referanser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. I Osofsky, Joy Doniger. (red.), *Handbook of infant development (2. utg.)*. Wiley series on personality processes. (s. 555-578). Oxford: John Wiley & Sons.
- Bates, J. E., Goodnight, J. A., & Fite, J. E. (2008). Temperament and emotion. I Lewis, M., Haviland-Jones, J. M & Barrett, L. F. *Handbook of Emotions (3. utg.)*. (s. 485-496). New York: Guildfort Press.
- Belin, P., Zatorre, R. J., & Ahad, P. (2002). Human temporal-lobe response to vocal sounds. *Cognitive Brain Research*, *13*, 17-26. doi: 10.1016/S0926-6410(01)00084-2
- 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. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
- Campos, J., Campos, R., & Barret, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, *75*, 377-394. doi:10.1037/0012-1649.25.3.394
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, *75*, 377-394. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 284-303. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01289.x
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *8*, 597-600. doi: 10.1017/S0954579400007318
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1574-1584. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.013

- Eide-Midtsand, N. (1989). Tre kommunikasjonsnivåer hos barn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 379-390.
- Eide-Midtsand, N. (2002). 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. (2011). En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 144-149.
- Essau, C. A., & Petermann, F. (1997). *Developmental psychopathology: epidemiology, diagnostics and treatment*. UK: Psychology Press.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture in early infancy*. Chicago: University of Chicago Press.
- 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. doi 10.1080/07351692209348990
- Fox, E. (2008). *Emotion science cognitive and neuroscientific approaches to understanding human emotions*. England: Palgrave Macmillan.
- Gallese, V. (2001). The Shared Manifold Hypothesis. From Mirror Neurons to Empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 5-7.
- 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.
- Goodyer, I. M., Ashby, L., Altham, P., Vize, C., & Cooper, P. (1993). Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1409-1423. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb02099.x
- 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. (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.
- Hansen, B. R. (2010). Affektive dialoger. Fra regulering til mentalisering. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (red.) *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse.* (s.116-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhörighet, personlighet: introduktion til neuroaffektiv utvikling.* København: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. (2008). *Tilknytningens betydning et indblik i neuroaffektiv utviklingspsykologi.* København: Gyldendals Bogklubb.
- Hart, S., & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix*, 3, 289-291.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra Interaksjon til Relasjon: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* (1999). Oslo: Universitetsforlaget.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions.* New York: Plenum Press.
- Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, 44, 752-761. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: grunnfenomener i terapi med barn og unge.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U., & Svendsen, B. (2014). *Terapiguide for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn.* (Upublisert). OSLO: BUP Furuset/NTNU.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology.* New York: Macmillan.
- Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R. (2001). *A general theory of love.* New York: Vintage Books.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 340-348. doi: 10.1097/00004583-200303000-00015

- MacLean, P. D. (1970). The triune brain, emotion, and scientific bias. I: F.O. Schmitt (red.), *The neurosciences: Second study program*. (s. 336-349). New York: The Rockefeller University Press.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology*. Wadsworth: Cengage Learning.
- 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.
- 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.
- Parke, R. D., & Ladd, G. W. (1992). *Family-peer relationships: Modes of linkage*. New Jersey: Psychology Press.
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. I Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. *Handbook of Mental Control* (s. 278-305). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. B. Webb (red.), *Working with traumatized youth in child welfare* (s. 27-52). New York: Guilford.
- Plutchik, R. (1983). Emotions in early development: A psychoevolutionary approach. *Emotion: Theory, Research, and Experience*, 2, 221-257.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. . (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 353, 1915-1927.
- Rizzolatti, G., & Arbib, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21, 188-194. doi: 10.1016/S0166-2236(98)01260-0
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 207-212.

- Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. 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.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18*, 65-79. doi:10.1159/000271476
- Sameroff, A. (2004). Ports of entry and the dynamics of mother-infant interventions. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Red.), *Treating parent infant relationship problems: Strategies for intervention*. (s. 3-28). New York: Guilford Publications.
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development, 81*, 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Casualty. *Review of Child Development Research, 4*, 187-244.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of developmental risk. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health (2.utg.)*. (s. 3-20). New York: Guildford Press.
- Schaefer, C. E. (1993). What Is Play and Why Is It Therapeutic? I Schaefer, 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*. New York: Psychology Press.
- Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201-269.

- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20. doi: 10.1007/s10615-007-0111-7
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (red.), *Håndbok i Sped-og småbarns psykiske helse*. (s.29-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21, 482-496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. UK: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stern, D. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 402-421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61348-0
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stricker, G. (2006). A Poor Fit Between Emperically Supported Treatments and Psychotherapy Integration. I Norcross, J.C., Beutler, L. E. & Levant, R.F. (Red.), *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. New York: American Psychological Association Press.
- Sullivan, R. M., & Gratton, A. (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic–pituitary–adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 99-114. doi: 10.1016/S0306-4530(01)00038-5

- Sund, A. M., Bjelland, I., & Jessica P, K. (2012). Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 30-39.
- Svendsen, B., & Hoffart, M. (2013). Uhåndterlige følelser. Oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet forstått i et emosjonsreguleringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 803-808.
- Svendsen, B., & Jacobsen, K. (2013). Emosjoners kommunikative funksjon i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 809-813.
- Svendsen, B., & Johns, U. T. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I Svendsen, B., Johns, U. T., Brautaset, H. & Egeberg, I. H. (red.) *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. (s. 35-72). Bergen: Fagforlaget.
- Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne og Ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307. doi: 10.1007/BF01319934
- Torgersen, A. M. (2013). Forklaring av Individuelle Forskjeller i Tilknytningsmønstre hos Barn og Voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 16-22.
- Trevarthen, C. (2001). Intrinsic Motives for Companionship in Understanding: Their Origin, Development, and Significance for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 95-131. doi: 10.1002/10970355(200101/04)22:1<95::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-6
- Tronick, E. Z. (1989). Emotion and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44, 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.
- Vasilev, C. A., Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Mead, H. K., & Gatzke-Kopp, L. M. (2009). Correspondence between physiological and self-report measures of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of youth with and without psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1357-1364. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02172.x